

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

MARIANNE VIANA BORGES

**AS PRÁTICAS SOCIAIS DO BINÔMIO CUIDADOR FAMILIAR / EQUIPE DE
SAÚDE EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

VITÓRIA
2013

MARIANNE VIANA BORGES

**AS PRÁTICAS SOCIAIS DO BINÔMIO CUIDADOR FAMILIAR / EQUIPE DE
SAÚDE EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Rodrigues Leite da Silva

VITÓRIA
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

B732p Borges, Marianne Viana, 1980-
As práticas sociais do binômio cuidador familiar/equipe de
saúde em um serviço de assistência domiciliar / Marianne Viana
Borges. – 2013.
130 f. : il.

Orientador: Alfredo Rodrigues Leite da Silva.
Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e
Econômicas.

1. Serviços de assistência domiciliar. 2. Simbolismo. 3.
Cuidadores. 4. Pessoal da área médica. 5. Poder (Ciências
sociais). 6. Práticas sociais. I. Silva, Alfredo Rodrigues Leite da,
1973-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 65



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PPG
ADM

Programa de
Pós-graduação
em Administração
UFES

Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas
Programa de Pós - Graduação em Administração
Av. Fernando Ferrari, 514 – Campus Universitário
- Goiabeiras

CEP. 290075.910-ES-Brasil-Telefax (27) 3335.7712

E-Mail ppgadm@gmail.com

www.ppgadm.ufes.br

“As Práticas Sociais do Binômio Cuidador Familiar/Equipe de Saúde em um Serviço de Assistência Domiciliar”

Marianne Viana Borges

*Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Administração da
Universidade Federal do Espírito Santo
como requisito parcial para obtenção do
Grau de Mestre em Administração.*

Aprovada em: 17/07/2013

COMISSÃO EXAMINADORA


Professor Dr. Alfredo Rodrigues Leite da Silva

Universidade Federal do Espírito Santo


Professor Dr. Eloisio Moulin de Souza

Universidade Federal do Espírito Santo


Professora Dr^a. Leticia Dias Fantinel

Universidade Federal do Espírito Santo


Professora Dr^a. Maria Del Carmen Bisi Molina

Universidade Federal do Espírito Santo

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, minha força, meu socorro, minha segurança, meu refúgio e minha fortaleza. Obrigada Senhor pela Tua presença constante em minha vida.

Agradeço, de forma muito carinhosa, à minha mãe pelo amor, dedicação, incentivo, determinação e apoio, sem os quais não teria conseguido chegar onde estou e nem ser quem sou.

Agradeço ainda aos colegas de mestrado da turma 2011, e de forma especial à Glenda, Camila, Márcia e Beatriz, por terem me socorrido nos momentos de desespero.

Também agradeço à amiga Lorena Benetti pela valiosa contribuição na moderação dos grupos focais.

O meu profundo sentimento de gratidão à equipe da Assistência Domiciliar da Unimed Vitória e aos cuidadores familiares que prontamente se dispuseram a participar dos grupos focais e das entrevistas, possibilitando a realização dessa pesquisa.

Agradeço ao professor Alfredo pela orientação nesses quase 3 anos e por compartilhar comigo muito de seus conhecimentos, estimulando-me intelectualmente.

Por fim, agradeço a todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização dessa dissertação.

RESUMO

Esse estudo objetivou compreender as articulações entre as interpretações dos aspectos relacionados ao serviço de assistência domiciliar e as práticas sociais dos atores envolvidos, através do seguinte problema de pesquisa: como a interpretação dos aspectos relacionados ao serviço de *home care* se articula nas práticas sociais dos cuidadores familiares e da equipe de saúde? Para tal, buscou-se embasamento teórico de temas como simbolismo, cultura organizacional, construção social da realidade, relações de poder e organizações de saúde. Sobre o tema simbolismo e suas conexões com a cultura organizacional foram utilizadas contribuições teóricas de autores como Morgan, Frost e Pondy (1983), Aktouf (1994), entre outros. O tema representações sociais foi abordado sob as lentes de contribuição de Doise (2002) e Moscovici (2003b). Para analisar sociologicamente a realidade da vida cotidiana foram utilizadas as contribuições teóricas de Berger e Luckmann (1978). Também foram discutidos aspectos do pensamento analítico do poder, conforme Foucault (1995, 1999, 2000, 2003), convergindo com as contribuições da teoria da construção social da realidade. O tema organizações de saúde foi embasado pelas definições e abordagens teóricas de Erdmann et al (2004), Duarte e Diogo (2000), entre outros. Para a pesquisa, utilizou-se a metodologia qualitativa de investigação, sendo considerados participantes os profissionais assistenciais de nível superior do *home care* da Unimed Vitória, e os cuidadores familiares dos pacientes atendidos na modalidade de internação domiciliar. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais. A análise dos resultados foi por meio da análise de conteúdo. Dentre os resultados, constataram-se diferenças no atendimento hospitalar e domiciliar, havendo vantagens e desvantagens na comparação de ambos. Essas diferenças refletem pontos de divergência que simbolicamente determinam argumentos considerados favoráveis e desfavoráveis para cada tipo de atendimento. É preciso refletir se os cuidados domiciliares, que estendem a existência do indivíduo resultam em uma conotação simbólica de vida ou sobrevivência? Destacou-se também a perda da privacidade dentro da residência, pois a moradia se transforma simbolicamente em um “hospital virtual”. Esse impacto foi expresso por mudanças nas rotinas de cada núcleo familiar, como mudanças nos âmbitos social, conjugal, físico, emocional e financeiro da família. Foi reconhecida ainda a existência de relações de poder entre equipe de saúde e família, entre

integrantes da equipe de saúde e também entre os membros da família. A análise dos resultados ainda apontou a compreensão do conceito de trabalho em equipe pelos profissionais. O reconhecimento desse conceito oportunizou perceber que a cumplicidade entre os membros que atuam nesse trabalho coletivo resulta em construção de símbolos. Os resultados desse estudo evidenciaram que as diferentes representações sociais dos atores permeiam a construção social de cada realidade. Também se constatou que os sinais e símbolos criados na história de cada um, revelaram-se mutáveis, adaptáveis e influenciadores diante de um novo cenário. E ainda que as práticas sociais dos atores envolvidos em um serviço de assistência domiciliar sofrem influência das representações sociais dos grupos envolvidos e dos aspectos simbólicos que permeiam toda a estrutura ao redor.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Simbolismo. Cuidador. Equipe de saúde. Práticas sociais.

ABSTRACT

This study aimed to understand the links between the interpretations of aspects related to home care service and social practices of the actors involved, through the following research problem: how to interpret the aspects related to home care service is articulated in the social practices of caregivers family and health care team? To this end, we sought theoretical topics such as symbolism, organizational culture, social construction of reality, power relations and health organizations. On the subject symbolism and its connections with the organizational culture were used theoretical contributions from authors such as Morgan, Frost and Pondy (1983), Aktouf (1994), among others. The theme was social representations approached from lenses contribution Doise (2002) and Moscovici (2003b). To analyze sociologically the reality of everyday life were used theoretical contributions of Berger and Luckmann (1978). We also discuss aspects of analytical thinking power, as Foucault (1995, 1999, 2000, 2003), converging with the contributions of the theory of social construction of reality. The theme was based health organizations with the definitions and theoretical approaches of Erdmann et al (2004), and Diogo Duarte (2000), among others. For research, we used a qualitative research methodology; participants were considered the top-level professional assistance of home care Unimed Vitória, and family caregivers of patients seen in the form of home care. Data collection occurred through semi-structured interviews and focus groups. The analysis was by means of content analysis. Among the results, differences were found in the hospital and home, with advantages and disadvantages when comparing both. These differences reflect differences of opinion that symbolically determine considered arguments for and against each type of care. You need to consider whether the care home, which extend the existence of the individual result in a symbolic connotation of life or survival? Also notable was the loss of privacy in the residence, as housing becomes symbolically in a "virtual hospital". This impact was expressed by changes in routines each family, as changes in the social, marital, physical, emotional and financial family. Was still recognized the existence of power relations between health staff and family, between members of the healthcare team and between family members. The results also pointed to the understanding of the concept of teamwork by professionals. The recognition of this concept provided an opportunity to realize that the complicity between members who work in the collective

work results in building symbols. The results of this study showed that different representations of social actors permeate the social construction of each reality. Also found that the signs and symbols created in the history of each, proved changeable, adaptable and influencers before a new scenario. And although the social practices of the actors involved in a home care service are influenced by social representations of the groups involved and the symbolic aspects that permeate the entire structure around.

Keywords: Home care. Symbolism. Caregiver. Health team. Social practices.

LISTA DE SIGLAS

ADUVI – Assistência Domiciliar Unimed Vitória

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASSIS – Assistente Social

CF – Cuidador familiar

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CFM – Conselho Federal de Medicina

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

ENF – Enfermeiro

FISIO – Fisioterapeuta

FONO – Fonoaudiólogo

GF – Grupo Focal

MED – Médico

NA – Não se aplica

NUTRI – Nutricionista

PCT – Paciente

PSICO – Psicólogo

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O SIMBOLISMO E SUAS RELAÇÕES COM AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A CULTURA NAS ORGANIZAÇÕES	17
2.1	SIMBOLISMO.....	17
2.2	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	19
2.3	CULTURA NAS ORGANIZAÇÕES.....	22
2.4	RELAÇÕES DE PODER NAS ORGANIZAÇÕES E SUAS INTERFACES COM A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA REALIDADE	27
3	ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	34
3.1	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	36
3.1.1	ASPECTOS ESSENCIAIS EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	41
3.1.1.1	FAMÍLIA.....	41
3.1.1.2	PACIENTE.....	44
3.1.1.3	CONTEXTO DOMICILIAR.....	45
3.1.1.4	CUIDADOR.....	47
3.1.1.5	EQUIPE DE SAÚDE EM CONTEXTO DOMICILIAR.....	49
4	ESQUEMA CONCEITUAL	56
5	METODOLOGIA	61
6	BREVE HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO LOCUS DA PESQUISA - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR UNIMED VITÓRIA - ADUVI.....	72
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	74

7.1	ATENDIMENTO DOMICILIAR E ATENDIMENTO HOSPITALAR: O QUE HÁ DE DIFERENTE?	74
7.2	INTERPRETAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	79
7.3	MUDANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR	84
7.4	RELAÇÕES DE PODER	92
7.5	TRABALHO EM EQUIPE EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	98
7.6	CONSEQUÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR PARA OS ATORES ENVOLVIDOS NESSA REALIDADE	103
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
9	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICES.....	125
	ANEXO.....	129

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde, em 1999, constatou que até 2019, a população idosa crescerá cerca de 300% nos países em desenvolvimento, e com isso haverá dramáticas mudanças no cenário da saúde mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). Em consequência dessa transição epidemiológica, o aumento de casos de doenças crônicas não transmissíveis e da necessidade de incremento de cuidados também tende a acontecer. Os recentes dados de pesquisas realizadas e divulgados pelo IBGE revelam que o Brasil, da mesma forma que o resto do mundo, sofre hoje de uma grande epidemia de doenças crônicas, com 1/3 de sua população apresentando algum problema de saúde que requer cuidado continuado (VILAR, 2010). Diante disso, nas últimas décadas tem sido crescente a busca por alternativas que aliem a racionalização da utilização de leitos hospitalares de alto custo e a nova lógica de humanização da assistência à saúde (SILVA et al, 2005). A assistência domiciliar à saúde surge nesse contexto como uma opção viável e que vai ao encontro das necessidades atuais.

Ao mesmo tempo em que cresce a população idosa, o número de oferta de leitos hospitalares diminui, e incrementa-se a atenção domiciliar à saúde (MCWHINNEY; BASS; ORR, 1995). No fim do século passado, o *home care* era o segmento de saúde que mais crescia nos Estados Unidos (EUA) e o segundo segmento entre as indústrias que mais se desenvolveu, perdendo apenas para o ramo da informática (FALCÃO, 1999). A assistência domiciliar à saúde é um modelo que também está em ascensão no Brasil (LACERDA et al, 2006), e tanto a rede pública como a privada têm investido para que essa modalidade seja realmente efetivada (PAZ; SANTOS, 2003).

Segundo Lacerda et al (2007), a assistência domiciliar é desenvolvida no âmbito do domicílio e compreende as ações pautadas em uma concepção de saúde-doença que buscam a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção do paciente em seu lar. Para os autores, essas atividades são desenvolvidas por equipe interprofissional e ocorrem de acordo com as particularidades e necessidades apresentadas pelo paciente, seus familiares, bem como por todo o

contexto que circunda esse domicílio. Além da equipe interprofissional de saúde, as famílias são parte integrante da intervenção em saúde em todas as fases da doença e em todos os contextos de assistência, especialmente quando o familiar enfermo está sendo cuidado em sua residência (DUARTE; DIOGO, 2005).

De acordo com Ângelo (2005), pensar em família no contexto de assistência domiciliar é um desafio para os profissionais de saúde e vai além de orientar e esperar a colaboração no desempenho de ações de cuidado, é tomar a família como perspectiva. Isso significa, sobretudo, considerar o seu grande potencial como aliada na manutenção e na restauração da saúde de seus membros. Ainda para a autora, faz-se necessário considerar a família em seu ciclo vital, onde eventos como nascimento, criação de filhos, doença, perda de emprego, aposentadoria e morte estão presentes. Esses acontecimentos têm um potencial gerador de mudanças, previsíveis ou não e que demandam da família uma reorganização formal tanto de papéis como de suas regras, conforme Ângelo (2005).

Não são muitas as pesquisas na área da saúde que vislumbram o aprofundamento do tema e suas relações com os estudos organizacionais, todavia as questões relativas à modernidade da administração dos serviços de saúde certamente apontam para o desenvolvimento nesse campo do conhecimento (MALIK, 1992). Segundo Genet et al (2011) os serviços de saúde prestados em casa estão se tornando cada vez mais importantes, e existe a clara necessidade de aumento do número de publicações científicas sobre o tema, para que seja possível um discernimento mais completo da situação da atenção domiciliar no mundo. A grande maioria das pesquisas sobre assistência domiciliar se restringe a abordar o aumento da qualidade de vida do indivíduo em *home care* e a relação de custo-benefício em comparação com outras instituições de cuidados à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

As pesquisas sobre *home care* demonstram a sua inserção no cotidiano das organizações de saúde. Segundo Minchillo (2010), a atenção domiciliar já participa ativamente do ciclo de cuidados integrais à saúde, atuando de forma estruturada no acompanhamento aos pacientes. Ainda para o autor, grandes desafios se apresentam nesse contexto a fim de viabilizá-la do ponto de vista da excelência, dos

quais se podem destacar as práticas sociais que envolvem o relacionamento entre família e equipe de saúde.

Essa pesquisa justifica-se por entender que o serviço de atendimento domiciliar pode ser interpretado de diferentes maneiras pelos atores diretamente envolvidos nesse processo. Tais interpretações sobre os aspectos inerentes a esse serviço de assistência à saúde envolvem práticas sociais que precisam ser mais bem entendidas. Pelo exposto, este trabalho apresenta como problema de pesquisa: **como a interpretação dos aspectos relacionados ao serviço de *home care* se articula nas práticas sociais dos cuidadores familiares e da equipe de saúde?**

O simbolismo no contexto organizacional é muito estudado, todavia pretende-se nesse estudo abordá-lo no âmbito da assistência domiciliar à saúde, que não pode ser considerada como uma organização comum no *locus* de uma empresa, pois seu local de atuação é a casa do paciente, envolvendo assim atores e contextos diferenciados.

Em relação ao tema simbolismo, e suas conexões com a cultura organizacional serão utilizadas contribuições teóricas abordadas e justificadas por autores como Morgan, Frost e Pondy (1983), Turner (1990), Gioia (1986), Jaime Jr (2005), Aktouf (1994), entre outros. O tema representações sociais também será abordado, sob as lentes de contribuição de autores como Doise (2002) e Moscovici (2003b).

Diante do estudo do simbolismo e de suas relações com a cultura organizacional e com as representações sociais, faz-se necessário analisar sociologicamente a realidade da vida cotidiana, aprofundando-se no conhecimento que guia a conduta na vida diária, e para tal serão utilizadas as contribuições teóricas de Berger e Luckmann (1978). Ainda serão discutidos aspectos do pensamento analítico do poder, conforme Foucault (1995, 1999, 2000, 2003) e Dreyfus e Rabinow (1995), que tenham convergência com as contribuições da teoria da construção social da realidade, de Berger e Luckmann.

O tema organizações de saúde será embasado pelas definições e abordagens teóricas de Erdmann et al (2004), Kerber, Kirchhof e Cesar-Vaz (2008), Pitta (1996), entre outros. E o tema específico de assistência domiciliar à saúde será subsidiado pelas contribuições teóricas de Duarte e Diogo (2000), Dal Ben e Gaidzinski (2007),

Bellehumeur et al (2007), e ainda por artigos publicados pela Organização Mundial de Saúde.

Para o alcance da resposta à questão proposta como problema de pesquisa, essa investigação se realizou a partir dos pressupostos do método qualitativo (MINAYO, 1998; TRIVIÑOS, 1987). Para a coleta de dados foram utilizadas pesquisas documentais, entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Tais técnicas foram embasadas pelas abordagens teóricas de Witter (1999), Triviños (1987) e Flick (2004), respectivamente. Posteriormente os dados foram analisados por meio da análise do conteúdo (BARDIN, 1977).

O grupo de sujeitos dessa pesquisa foi constituído por profissionais assistenciais de saúde que atuam no serviço de assistência domiciliar de uma operadora de saúde com singular no estado do Espírito Santo, e por cuidadores familiares de pacientes atendidos na modalidade de internação domiciliar.

A partir do que foi exposto, o objetivo geral desse trabalho é compreender as articulações entre as interpretações dos aspectos relacionados ao serviço de *home care* e as práticas sociais dos atores diretamente envolvidos (família/equipe de saúde). O fio condutor para atingir o objetivo supracitado são as práticas sociais dos atores família, no papel de cuidador, e profissionais, e para tanto se formulou os seguintes objetivos específicos:

- Compreender as interpretações das práticas sociais dos familiares que atuam como cuidadores, diante dos aspectos inerentes ao serviço de assistência domiciliar à saúde que está sendo executado;
- Identificar as divergências mais comuns dos profissionais diante das particularidades das famílias e do contexto do *home care*; e
- Analisar as implicações da interpretação das práticas sociais e das relações de poder entre cuidadores familiares e equipe de saúde diante dos aspectos inerentes ao serviço de *home care*.

Para o alcance dos objetivos propostos, este trabalho está estruturado da seguinte maneira, a partir da próxima seção: primeiramente será abordado o tema simbolismo e suas relações com as representações sociais e a cultura nas organizações. Na

sequência, serão analisadas as relações de poder nas organizações e suas interfaces com a construção social da realidade. No tópico seguinte serão analisadas as organizações de saúde e a assistência domiciliar. Posteriormente, será apresentado o percurso metodológico para a realização dessa pesquisa. Finalmente serão apresentados os resultados e a discussão dos mesmos, seguida das considerações finais.

2 O SIMBOLISMO E SUAS RELAÇÕES COM AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A CULTURA NAS ORGANIZAÇÕES

2.1 SIMBOLISMO

A partir da década de 80 do século passado, alguns autores, como Morgan, Frost e Pondy (1983) e Carrieri e Leite-da-Silva (2007), atribuíram importância aos estudos que consideram o simbolismo dentro das organizações. Segundo esses mesmos autores, é necessário interpretar o cotidiano humano e suas implicações nos estudos organizacionais. Esses autores consideram e compreendem os símbolos humanos através da cultura, da linguagem, das crenças, das práticas sociais, entre outros. Essa articulação potencializa o entendimento das organizações, legitimando essa abordagem.

Estudar as organizações sob uma perspectiva simbólica permite identificar um ponto de vista comum e uma história que foi desenvolvida pela instituição ao longo de sua trajetória, e assim entender que as organizações não são simplesmente máquinas ou organismos adaptados, e sim sistemas humanos que expressam padrões complexos de atividades culturais (MORGAN; FROST; PONDY, 1983).

Os aspectos simbólicos que caracterizam uma organização, assim como imagens, mitos, regras e valores, são envolvidos por representações sociais (CAPELLE et al, 2002), motivo pelo qual faz-se importante também, no estudo das organizações, considerá-las, pois sendo entendidas como a construção da realidade, podem ser a matéria prima para a análise das relações sociais, todavia considerar tais representações não significa apreendê-las como verdades científicas (MINAYO, 1995). Fleury (1986) afirma que o simbolismo nos remete indubitavelmente às instituições organizacionais, pois as relações de trabalho são resultado da interação do ambiente organizacional com o macro ambiente global.

Para melhor compreensão da abordagem simbólica presente na interação de um serviço de *home care*, foco desse trabalho, é importante conceituar e diferenciar sinais e símbolos. De acordo com Morgan, Frost e Pondy (1983), o termo **sinal** refere-se a um objeto, uma ação, uma expressão, um evento, uma imagem,

enquanto que **símbolo** é a interpretação subjetiva do sinal, podendo ser consciente ou não. Enquanto todos os símbolos podem ser considerados sinais, nem todos os sinais podem da mesma forma ser considerados como símbolos. Os símbolos permeiam a esfera secular e influenciam cada aspecto da existência humana.

Na abordagem simbólica, os símbolos resultantes das interações sociais precisam ser interpretados e traduzidos para a compreensão de seus significados (CARRIERI; LEITE-DA-SILVA, 2007). Os símbolos estão presentes no dia a dia particular e em comunidade, e mesmo de maneira imperceptível e inconsciente, todos se utilizam do simbolismo. Segundo Cavalcanti (2008), os simbolismos e a capacidade da linguagem simbólica é um componente essencial da realidade e também tem a capacidade de transcendê-la. Para o autor, os processos simbólicos permitem a interação de diferentes mundos e realidades, sendo assim, pode-se afirmar que eles são produtos sociais e históricos.

Corroborando com essa ideia, Turner (1990) afirma que as variadas e complexas abordagens simbólicas envolvem os mitos e as culturas, além da multiplicidade de significados, não só no ambiente organizacional, mas também na vida social externa às organizações. Sendo assim, apesar dos aspectos simbólicos serem conhecidos, impossível será reconhecê-los de forma ampla e completa (TURNER, 1990).

Os símbolos e seus significados, ao serem criados consciente ou inconscientemente são influenciados pela construção social da realidade, e esta também é influenciada pelos símbolos (GIOIA, 1986). Segundo Berger e Luckmann (1978), para analisar sociologicamente e tentar compreender a realidade da vida cotidiana, ou ainda, o conhecimento que dirige a conduta na vida diária, é preciso considerar seu caráter intrínseco. Ainda para esses autores, a vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente.

A interpretação da realidade da vida cotidiana insere-se no contexto da existência de cada ser humano. Para Moscovici (2003b) todas as pessoas estão cercadas por palavras, ideias e imagens, que penetram em cada um de forma impressionante e os atinge de forma inconsciente. Inferindo-se dessa conclusão, a realidade interpretada abrange toda a vida social, e isso compreende, dentre outras, a área

organizacional. Capelle et al (2002) diante desse entendimento afirmam que a relação e a interação das organizações com seus membros, por serem fenômenos socialmente construídos, conseqüentemente são produtos e produtores da consciência e do entendimento humano.

De acordo com Gioia (1986), todo entendimento humano é essencialmente simbólico por natureza. Esse mesmo autor afirma que os símbolos têm conotações figurativas para estabelecer significado e importância. Ele ainda assegura que apesar dos símbolos serem construídos de forma subjetiva e de acordo com o contexto, tanto eles, como seus respectivos significados são tratados como objetivamente reais, garantindo assim a relevância de suas análises.

De acordo com Turner (1990), o objetivo de se estudar as particularidades simbólicas de determinado local e época não é esclarecer ou desvendar os significados de cada símbolo, mas compreender como os relacionamentos da vida humana, as culturas regionais, religiosas e corporativas, os rituais, as tradições e as cerimônias influenciam as características do cotidiano. Corroborando com essa declaração, Pimentel, Carrieri e Leite-da-Silva (2007, p. 218) acrescentam que ao se estudar as organizações pretende-se compreender as transformações que acontecem “[...] nas identidades, nos valores, normas e nas relações sociais, pois, as contradições e as ambigüidades podem criar não uma, mas várias identidades nas organizações”.

2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As identidades, mesmo a de níveis individuais, são construções sociais, derivadas e constituídas da interação com os outros (GIOIA; SCHULTZ; CORLEY, 2000). Pelo fato do indivíduo ser essencialmente um ser social, suas representações não são independentes, isto é, elas “[...] têm a ver com nossa concepção de ser humano e de sociedade” (GUARESCHI, 1995, p. 200). Ainda para Guareschi (1995), as representações são dinâmicas, estão em constante construção, são relacionais, amplas e político-ideológicas, e é por tudo isso que podem ser denominadas de social.

Doise (2002, p. 30) define representações sociais como sendo “[...] princípios organizadores das relações simbólicas entre indivíduos e grupos”. Esse autor acrescenta que as representações sociais constituem elemento essencial da realidade social.

Em relação à pesquisa proposta, considera-se que os atores envolvidos em um serviço de assistência domiciliar apresentaram diferentes práticas sociais, expressas por diversas representações sociais. Nesse sentido, Oliveira (2010b) declara que as representações sociais têm por legítima a diversidade das pessoas ao reconhecer a construção de mundos previsíveis, a partir das diferenças individuais. Por esse motivo, essa autora afirma ser a teoria das representações sociais um importante instrumento de análise da realidade social, pois “[...] permite enxergar as concepções que os diferentes grupos constroem a respeito do mundo e da realidade vivenciada” (OLIVEIRA, 2010b, p.35). Segundo Capelle et al (2002), a cultura e a estrutura determinam as representações sociais, por meio dos processos de comunicação e práticas sociais, como os diálogos, os discursos e os padrões de trabalho. Isso é possível, pois as representações sociais abrangem o individual e o social e têm por foco a “[...] relação entre o sujeito e o objeto-mundo e [...] nesta relação, o sujeito é capaz de construir tanto o mundo quanto a si próprio” (CAPELLE et al, 2002, p. 256).

As representações sociais interferem nas atividades cognitivas e podem condicionar e controlar a realidade de cada ambiente social de forma prescritiva e impactante (MOSCOVICI, 2003b). De acordo com Moscovici (2003b), todas as interações humanas pressupõem representações sociais. Diante dessa afirmação, o autor acrescenta que as pessoas se moldam por tais representações, pois essas são capazes de influenciar e modelar o comportamento do indivíduo em seu contexto social.

Assim como Berger e Luckmann (1978), Moscovici (2003b) afirma que os aspectos simbólicos do cotidiano são essencialmente históricos, mutáveis e influenciam o indivíduo desde a primeira infância, e a sua compreensão deve estar associada ao entendimento da história de suas produções. Essa perspectiva simbólica de interpretação do dia a dia humano envolve as representações sociais cotidianas de cada um, individualmente e em seu contexto social.

Segundo Oliveira (2010b), as representações sociais resultam da interação e da comunicação social, configurando-se de diferentes formas dependendo do momento em que ocorrem. Ainda para essa autora, o ser humano é constituído por elementos orgânicos, psicológicos, sociais e culturais que influenciam a construção das representações sociais.

Ao considerar as representações sociais especificamente no âmbito dos serviços de saúde, pode-se inferir que as práticas sociais que as determinam são influenciadas por diversos fatores cotidianos presentes desde o diagnóstico até a cura ou óbito do paciente. Coutinho e Trindade (2006, p.16), ao abordarem as representações sociais de saúde, concluem que as variações encontradas nesse contexto demonstram:

[...] a possibilidade da saúde ser significada de forma múltipla, não restrita à ausência de doença, incorporando outros determinantes, como o trabalho, o estudo e o lazer, que são valores sociais importantes para que o indivíduo se reconheça como sujeito. Tal variação se relaciona com os diferentes momentos de convivência com a doença, que geram diferentes contextos de produção para as representações.

A principal função das representações sociais é tornar algo não familiar, ou seja, algo que não é comum e que ameaça a ordem pré-estabelecida na memória humana, em algo familiar, conhecido e convencionado (MOSCOVICI, 2003b). As representações sociais são produzidas por dois processos distintos e complementares entre si, a saber: a **ancoragem**, que classifica e rotula o que se apresenta como novo; e a **objetivação**, que reproduz algo até então desconhecido, em imagens ou conceitos já conhecidos, isto é, o abstrato se transforma em concreto. Tais processos desempenham seus papéis conjuntamente com a memória, pois a ancoragem mantém-na em movimento contínuo, e a objetivação direciona-a para o ambiente externo, para o coletivo (MOSCOVICI, 2003b).

Segundo Moscovici (2003b, p. 57, 48), “[...] o pensamento social deve mais à convenção e à memória do que à razão [...]” por isso, “[...] nossas coletividades hoje não poderiam funcionar se não se criassem representações sociais [...]”, pois sem elas a sociedade não pode se comunicar ou se relacionar e nem definir a realidade. A memória humana tem características que a definem como sólida e segura. É o pilar das interações sociais humanas, pois a partir dela aceita-se ou rejeita-se o novo, cria ou destrói a realidade, e mantém ou retém a cultura.

2.3 CULTURA NAS ORGANIZAÇÕES

A cultura é permeada por uma natureza simbólica complexa e interativa (CALDAS, 2009), por isso a concepção de simbolismo relaciona-se diretamente com o conceito de cultura. Geertz (1989), contribuindo com essa proposição, afirma que a cultura é composta por sistemas de símbolos socialmente construídos, estabelecidos e interpretáveis. Segundo Cavedon (2003, p. 21), “[...] a cultura configura-se como o maior diferencial existente entre os homens e os demais animais do planeta [...]”, pois é através dela que é possível adaptar ideias, costumes e crenças para melhor lidar com os problemas e necessidades de cada grupo em particular.

A cultura está inserida num contexto sócio histórico, e nesse contexto os indivíduos produzem-na, transmitem-na, recebem-na e interpretam-na em seu cotidiano (JAIME JR, 2005). Para Jaime Jr (2005), os sujeitos sociais que compõem uma organização, concomitantemente com o fato de pertencer a tal grupo, participam também de outros grupos culturais de referência, como filiações políticas, crenças religiosas, preferências sexuais, histórias de vida, origens étnicas e familiares, entre outros. Por isso e também pelo fato dos capitais econômicos, sociais e simbólicos estarem distribuídos de forma desigual na sociedade, a cultura nas organizações deve ser vista como um “[...] texto polissêmico que os indivíduos escrevem e reescrevem através das suas interações cotidianas dentro e fora do espaço organizacional” (JAIME JR, 2005, p. 165).

A cultura, no contexto organizacional, pode ser estudada sob diferentes abordagens. Concordamos com Silva et al (2006) no que se refere à abordagem interpretativista, que considera as distinções entre as diferentes organizações. Para os autores, essa abordagem não visa o controle, e sim a compreensão adequada do contexto cultural da organização e a sua heterogeneidade. Para esses autores, essa abordagem ainda considera as questões relativas ao poder nas organizações e as inerentes características humanas de seus profissionais, em seus diferentes contextos sociais e culturais, que vão além do contexto organizacional. Essa perspectiva é adequada ao estudo que se propõe aqui, pois estudar os atores envolvidos em um serviço de *home care* envolve diferentes *loci* de atuação e conseqüentemente diversidades de interpretações dos aspectos que precingem esse tipo de atendimento à saúde.

Diante do exposto faz-se relevante para compreensão da cultura que consideramos, também entender a abordagem da cultura corporativa. Entende-se que a partir de ambos os entendimentos torna-se possível distingui-los em suas essências, permitindo embasamento de argumentos.

Aktouf (1994) aborda que a cultura organizacional ou a também chamada “cultura de empresa” ou “cultura corporativa” é uma área bastante pesquisada e prolífera da gestão moderna. Esse interesse se intensificou no fim dos anos 70 e início dos 80 do século passado, quando a atenção dos estudiosos dessa área voltou-se para o Japão pela curiosidade com a questão do vínculo entre cultura e gestão e quando a cultura passou a ser vista como uma variável interna à empresa. A partir daí passou-se a considerar a empresa como capaz de estabelecer suas próprias regras, costumes, hábitos, visões e linguagens, em suma, as empresas se tornaram as supostas produtoras da própria cultura (AKTOUF, 1994). Outros motivos para tal interesse são: o deslocamento da perspectiva gerencial para algo mais global; a preocupação com o comportamento e com a compreensão do subjetivo, afastando-se da tradição objetiva anterior; o fracasso dos modelos racionais e do comportamento científico das organizações; e o desejo de se atingir a qualidade nas organizações, ou seja, a busca pela satisfação pessoal na e através da organização (AKTOUF, 1994).

Ainda segundo Aktouf (1994), os precursores dessa cultura corporativa defendiam que os dirigentes das empresas são os possuidores dos valores, das orientações e das expectativas da organização, gerando exemplos a se seguir e atitudes a se interiorizar. Entretanto, esse mesmo autor considera como uma visão funcionalista e instrumental da cultura, o fato de considerar a cultura da empresa diagnosticável, manipulável, transformável e mutável, seja isso para o benefício próprio ou para emergir um sentimento coletivo de identificação.

Silva et al (2006) também se opõem a essa visão generalista e integrativa da cultura corporativa, e especificam críticas à ela, das quais destacam-se: o fato de conceber o gestor como limitado a atender aos interesses da organização, não considerando-o como possuidor de objetivos e questões pessoais e sociais; a simplificação da subjetividade humana com a finalidade de instrumentalizar o desejável; subestimar relações de poder e conflitos presentes nas estruturas sociais e; não considerar a

interdependência da experiência de vida das pessoas, no que se refere a condições de vida, estrutura social, valores pessoais, características econômicas, sociais e simbólicas.

Jaime Jr (2005) acredita ser uma visão utilitarista, reduzida e ingênua, o pressuposto de que a cultura corporativa seja gerenciada, pois dessa maneira, estaria encarcerando as características simbólicas na racionalidade instrumental, objetivando apenas a maximização da performance da empresa. Concordamos com Aktouf (1994) e com Silva et al (2006), ao afirmarem que a cultura organizacional é algo que está inscrito no inconsciente e na experiência humana, não sendo assim possível tratá-la como uma simples variável dependente, cujos fatores são construídos de maneira instrumental e consciente.

Silva et al (2006) considera a abordagem interpretativista da cultura como a mais adequada aos estudos organizacionais, pois considera as diversidades humanas e organizacionais. Sendo assim, é possível afirmar que cultura de uma organização tem relação íntima com os aspectos simbólicos de seus membros, pois ela envolve representações mentais que ligam o imaterial e o material; essa “[...] imaterialidade simbólica e representacional deve estar ancorada em uma materialidade inscrita nas estruturas, na experiência vivida e nas práticas sociais da empresa”, mantendo necessariamente a materialidade a uma relação de anterioridade com a imaterialidade (AKTOUF, 1994, p. 78).

Aktouf (1994) ainda considera que os sustentáculos da cultura são o mito e o simbolismo, pois o mito está no centro do processo que constitui as representações sociais, e se traduz nas ações e práticas sociais cotidianas, tentando explicar as origens e o funcionamento do universo. Os símbolos são “[...] resultado de uma atividade – psíquica ou prática – que provém do mito, ou que reverte necessariamente ao mito [...] os símbolos são, então, coisas ou signos dotados da capacidade de realizar a aproximação [...]” com aquilo que é considerado sagrado (AKTOUF, 1994, p. 72).

Sendo assim, estudar e descrever a cultura são atividades complexas, pois segundo Geertz (1989), a cultura não se trata simplesmente de um poder ao qual os acontecimentos sociais podem ser atribuídos. Ao contrário, explorar e tentar

compreender cultura trata-se de uma descrição mais densa, mais profunda e mais detalhada de um contexto que deve ser analisado em termos de interação coletiva, pois “[...] através do fluxo do comportamento, ou mais precisamente da ação social, é que as formas culturais encontram articulação” (GEERTZ, 1989, p. 27).

Quando se estuda cultura, faz-se importante distinguir valores culturais e comportamentos culturalmente aceitos (CALDAS, 2009). Essas diferenças puderam ser reafirmadas na obra de Hofstede e Bond (1988), que concluiu haver traços culturais específicos em diferentes países, e que a cultura é importante para determinar o destino das nações. Esses mesmos autores conceberam a cultura como uma programação coletiva mental adquirida a partir do nascimento, influenciada pelo local e época, cujo processo mantém-se ao longo de toda a vida do indivíduo, sendo assim, é imprescindível superar a ideia de que haja opções culturais superiores a outras.

O conceito de cultura supracitado não é aplicável a essa pesquisa, pois considera a heterogeneidade cultural entre as nações, todavia defende a homogeneidade nacional, o que não é perceptível e aceitável. Corroborando com isso, Caldas (2009, p. 70) através de uma análise antropológico histórica da cultura brasileira, concebeu a cultura como um “[...] conceito complexo e reflexivo, não um construto objetivo e quantificável [...]” concluindo que “[...] a cultura define as pessoas, que por sua vez definem a cultura, numa interação contínua, mutuamente dependente e de rico simbolismo”.

Para o autor, a cultura do Brasil é múltipla, está em constante mutação e apresenta diferenças em suas crenças, em suas atitudes e em seus comportamentos. Essas características são consequência natural de integração econômica, de globalização de negócios, de inumeráveis etnias coexistentes, de uma estrutura social profundamente hierárquica, entre outros motivos, e resume que “[...] as representações da cultura brasileira tendem a tornar-se embaralhadas e confusas frente a diferentes premissas quanto à natureza de sua cultura” (CALDAS, 2009, p. 61).

De modo semelhante, Alcadipani e Crubbellate (2003) destacam a pluralidade social, étnica e cultural nacional, colocando em cheque as afirmações que Hofstede

(1988) faz sobre a homogeneidade decifrável da cultura de uma nação. Dessa forma, faz-se importante considerar as peculiaridades regionais, locais, individuais e momentâneas para a análise mais profunda das organizações brasileiras (ALCADIPANI; CRUBELLATE, 2003). Esse fato de se considerar as singularidades anteriormente citadas, é fortalecido se forem acrescidas das dimensões continentais do Brasil e às suas habituais migrações internas.

As multiculturas presentes nas comunidades e nos contextos organizacionais indicam uma “[...] gama infinita de possibilidades e de elementos que fundamentam essa reflexão” (RESTA; BUDÓ, 2004, p. 54). Essa diversidade cultural pode ser percebida intensamente nos profissionais de saúde, à medida que carregam as contribuições de seu próprio cotidiano de vida não profissional, além da pluralidade cultural experimentada no desempenho de suas atividades laborais, por meio do inter-relacionamento com outros profissionais, com pacientes e com familiares.

Abordar a cultura em organizações de saúde é indissociável das necessidades de considerar os profissionais que atuam nesse ramo (MALIK, 1992). Segundo Malik (1992, p. 38-39), “[...] a saúde é uma das áreas em que os técnicos consideram menos necessário justificar quaisquer atitudes, uma vez que as organizações consideram deter o conhecimento, sendo cada área a dona absoluta de sua expertise”. Por esse motivo, e ainda de acordo com essa autora, é reconhecível haver variadas culturas e subculturas nas organizações de saúde, principalmente no que se refere às diferentes especificidades do trabalho executado por profissionais administrativos e assistenciais.

Cavedon (2010, p. 43-44) afirma que “[...] o indivíduo transita em instituições, e isso implica ele se apropriar dos saberes, que nesses espaços são difundidos de modo específico, como forma de viabilizar sua atuação em diferentes contextos”. Essa declaração corrobora com o que Malik (1992) menciona acerca da suposta detenção absoluta de perícia profissional dos atores dos serviços de saúde. Nesse caso, explicita-se o envolvimento da característica simbólica da detenção do saber, presente nos atores que atuam em organizações de saúde.

De acordo com Fleury (1986), a cultura organizacional nas relações de trabalho sugere que o simbólico assume papel essencial na identificação e no mapeamento

das relações de poder entre as categorias e entre as áreas das organizações. Para melhor esclarecer a relação do simbolismo com as relações de poder nas organizações, torna-se necessário tratar com mais pormenor este tema, o que será realizado na próxima seção.

2.4 RELAÇÕES DE PODER NAS ORGANIZAÇÕES E SUAS INTERFACES COM A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA REALIDADE

O conceito de poder considerado nesse trabalho tem origem nos estudos do filósofo francês Michel Foucault. Segundo Cecílio e Mendes (2004), a produção foucaultiana acerca da dimensão do poder é a que mais tem a contribuir para os estudos organizacionais. A concepção de poder desenvolvida por Foucault se diferencia de algo definido, identificável, localizável e manipulável, tratando-se de algo que se exerce e não que se possui, e que suas relações não podem se constituir sem a interação conjunta com o campo de saber (FONSECA, 2007). Para Dreyfus e Rabinow (1995, p. 242), as relações de poder, na análise foucaultiana, se exercem através da produção e da troca de signos, não somente entre parceiros, mas se tratando de um “[...] modo de ação de alguns sobre outros [...]”, conduzindo condutas e ordenando probabilidades sobre sujeitos livres. Ainda para os autores, não se trata de uma estrutura que pode se manter ou se quebrar, trata-se de algo que se elabora, se transforma e se organiza.

Em sua aula de 14 de janeiro de 1976, Foucault (1999) fala que sua intenção foi entender o “como do poder”, ou seja, quais os efeitos de verdade que o poder produz, conduz e reconduz, e sua relação com as regras de direito que teoricamente impõem limites ao poder. Em suma, Foucault estuda a tríade: poder-direito-verdade, como o mesmo diz: “[...] somos forçados a produzir a **verdade** pelo **poder** que exige essa verdade e que necessita dela para funcionar [...] no sentido de que a verdade é a **norma**” (FOUCAULT, 1999, p. 29, grifo nosso).

Souza (2004) afirma ser importante reiterar que em momento algum Foucault instituiu uma teoria do poder, ele estabelece sim uma analítica do poder, e sua relação de

envolvimento com o saber. Para esse autor, esse envolvimento do poder com o campo do saber supõe que essa não se constitui e não é produzida sem aquela e vice-versa, e que saber e poder não são a mesma coisa. O autor ainda pondera a consideração do poder como um exercício e o saber como um regulamento. Em síntese, o saber incorpora-se ao poder, ou ainda, “[...] poder e saber são práticas sociais, mas a prática do poder mantém-se irreduzível a toda prática do saber” (SOUZA, 2004, p. 133,134).

Para facilitar o entendimento do que anteriormente foi exposto, faz-se importante considerar a relação existente entre **discurso e poder** para Foucault, sendo que o **discurso** é “[...] uma série de acontecimentos, como acontecimentos políticos, através dos quais o **poder** é vinculado e orientado [...]”, portanto, “[...] o **poder** não é nem fonte e origem do **discurso**”, o **poder** age pelo **discurso** (FOUCAULT, 2003, p. 253, 254, grifo nosso). Diante disso, para Foucault (2003), o que importa não é identificar quem tem poder e sim estudar os efeitos que esse poder produz, pois a legitimação de tais efeitos nas relações sociais diz respeito aos discursos, que funcionam como regras.

Diante dessas observações, o que seria, então, o poder para Foucault? O poder são relações de força que são exercidas nas práticas sociais, é algo que não há como alguém possuir, pois não é um objeto concreto, uma propriedade, é sim uma estratégia, uma rede que circula livremente em todos os pontos da estrutura social (SOUZA, 2004), e ainda:

[...] o poder funciona. O poder se exerce em rede e, nessa rede, não só os indivíduos circulam, mas estão sempre em posição de ser submetidos a esse poder e também exercê-lo. Jamais eles são o alvo inerte ou consentidor do poder, são sempre seus intermediários. Em outras palavras o poder transita pelos indivíduos, não se aplica a eles [...] as relações de poder perpassam, caracterizam, constituem o corpo social [...] (FOUCAULT, 1999, p. 35).

Foucault, sob influência de Nietzsche, analisa as práticas discursivas e não discursivas concentradas nas relações de poder, de saber e de corpo na sociedade, nessa forma de análise, o que importa são as práticas sociais e não os indivíduos, o sujeito não preexiste, e sim as relações de poder (SOUZA; MACHADO; BIANCO, 2008). Essas relações de poder são exercidas sobre cada sujeito e esse mesmo sujeito exerce tal poder sobre os outros (FOUCAULT, 2000). Já as práticas sociais

“[...] são experiências diárias que se referem à maneira como o sujeito se constitui por meio de esquemas que ele encontra em sua cultura, em sua sociedade e em seu grupo social” (SOUZA; MACHADO; BIANCO, 2008, p. 81).

Para Peci, Vieira e Clegg (2006, p. 51, grifo dos autores), as “[...] práticas que são institucionalizadas são práticas que **funcionam**, ou seja, práticas necessárias e úteis ao exercício do poder”. Ainda para esses autores, os processos institucionais acontecem dentro de campos discursivos, que inconscientemente, expressam as relações de poder existentes nesses campos. Nesse contexto, os indivíduos, consciente e inconscientemente, estão subordinados por uma lógica de poder e de saber que os obriga a obedecer a preceitos estabelecidos (SILVA, 2007).

Diante do exposto, é possível fazer um paralelo entre as ideias defendidas por Berger e Luckmann em sua análise sociológica da realidade e por Foucault, no que diz respeito às relações de poder. Ambas as concepções são convergentes à medida que compreendem o controle exercido pelas instituições a partir da construção de um saber instaurado como verdade (VIEIRA et al, 2009).

Concordamos com Fleury (1987, p. 9), quando afirma que a questão das relações de poder em uma dada configuração social constitui uma preocupação secundária no pensamento da sociologia do conhecimento de Berger e Luckmann, pois para eles, “[...] a questão do poder é enfocada como pano de fundo sobre o qual se tecem as relações sociais, e não como eixo central de análise”. Essa afirmativa legitima o que se pretende atingir com essa pesquisa, pois ao se propor o estudo das práticas sociais dos atores diretamente envolvidos em um serviço de *home care*, vislumbra-se um cenário de relações de poder que envolvem esses atores.

Segundo Berger e Luckmann (1978), as ações que constroem identidades tipificadas estão vinculadas ao conhecimento, e este está estruturado em termos de poder. Para Foucault,

[...] as relações de poder se enraízam no conjunto da rede social. Isto não significa, contudo, que haja um princípio de poder, primeiro e fundamental, que domina até o menor elemento da sociedade; mas que há, a partir desta possibilidade de ação sobre a ação dos outros (que é coextensiva a toda relação social), múltiplas formas de disparidade individual, de objetivos, de determinada aplicação do poder sobre nós mesmos e sobre os outros, de institucionalização mais ou menos setorial ou global, organização mais ou

menos refletida, que definem forma diferentes de poder (Foucault, 1995, p. 247).

Analisar sociologicamente a realidade da vida cotidiana significa aprofundar-se no conhecimento que guia a conduta na vida diária, e para melhor compreensão dessa realidade, é necessário considerar seu caráter intrínseco, pelo qual a vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles, na medida em que forma um mundo coerente (BERGER; LUCKMANN, 1978). De acordo com Berger e Luckmann (1978), é preciso ainda entender que o cotidiano se origina no pensamento e na ação dos homens comuns, sendo afirmados por eles como real, através da consciência, que é sempre intencional, denotando assim que a consciência sempre tende para os objetos ou então que ela é dirigida para tais.

Esses autores enumeram algumas características primordiais da realidade da vida diária, que podem ser eficazes para clarificar essa abordagem, a saber: 1) ela é **ordenada**, à medida que seus fenômenos acham-se previamente dispostos em padrões que parecem ser independentes da apreensão que deles se tem; 2) ela é **objetivada**, ou seja, é constituída por uma ordem de objetos que foram designados como objetos anteriormente, e essas objetivações são garantidas pela linguagem; 3) ela apresenta-se como um **mundo intersubjetivo**, isto é, não é possível existir na vida cotidiana sem estar continuamente em interação e comunicação com os outros, nas rotinas normais, evidentes da vida cotidiana; e 4) ela tem consciência do **tempo** – a temporalidade é uma propriedade intrínseca da consciência.

Para Berger e Luckmann (1978), a realidade da vida cotidiana é partilhada com outros, e há uma contínua reciprocidade de atos expressivos simultaneamente acessíveis a ambos (eu e o outro). Gelati (2009) fornece a compreensão de que a natureza do homem não é dada ao homem, mas é por ele produzida sobre a base da natureza biofísica, e cada indivíduo, de forma singular, compõe a humanidade, que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos indivíduos. Sendo assim, ainda para esse autor, o homem é um ser dotado de possibilidades em um universo constituído de relações, ligações e conexões inusitadas.

Nascimento (2005) complementa o entendimento afirmando que mesmo havendo interação e comunicação entre os atores sociais, há para cada ator uma realidade

de vida cotidiana específica, exclusiva e diferente, mesmo que estejam inseridos numa mesma área da vida cotidiana. Para o autor, isso é possível, pois se acredita que a participação contínua de atores em um mesmo mundo possibilita a construção e a operacionalização da realidade, todavia esta não é a garantia da apreensão e da transformação idêntica da consciência humana.

Para Berger e Luckmann (1978), a estrutura social é um elemento essencial da realidade da vida cotidiana, pois esta é partilhada com outros indivíduos, havendo um intercâmbio contínuo entre a minha expressividade e a do outro, e a reciprocidade dessas expressões são simultaneamente acessíveis a ambos (eu e o outro). Esses autores afirmam que na situação face a face, o outro não é uma ilusão fictícia, é algo verdadeiro. A realidade social da vida cotidiana é apreendida num *continuum* de tipificações, que são esquemas apreendidos e definidos pela interação com o outro, e essas tipificações vão se tornando progressivamente anônimas à medida que se distanciam do aqui e do agora da situação face a face (BERGER; LUCKMANN, 1978).

Berger e Luckmann (1978) ainda consideram a relação entre o homem e o mundo social como uma relação dialética, em que o homem, em sua coletividade, e o cotidiano social atuam reciprocamente entre si. Essa realidade, socialmente construída, e também a sua superação, vão além do que pode ser observável, pois, os sujeitos, depois de instituir tal realidade, vivem-na dotada de legalidade própria (PECI; VIEIRA; CLEGG, 2006).

De acordo com Berger e Luckmann (1978), sempre que ocorre uma tipificação recíproca de ações habituais por mais de um ator, afirma-se que se sucedeu a **institucionalização**. Esses autores referem que as instituições provêm de uma história, e por isso não é possível compreender adequadamente uma instituição sem entender o seu processo histórico de formação. E ainda, as instituições, só pelo simples fato de existirem, já controlam a conduta humana, a partir do momento que estabelecem protótipos de conduta a serem seguidos, e para tal, é necessário haver um sentido objetivo, que por sua vez exige uma objetivação linguística.

A linguagem pode ser definida como sistema de sinais vocais, e é o mais importante sistema de sinais da sociedade humana, por isso, pode-se afirmar que a vida

cotidiana é, sobretudo, a vida com a linguagem, e é por meio dela, que interajo com meus semelhantes (BERGER; LUCKMANN, 1978). De acordo com Berger e Luckmann (1978), a linguagem constrói representações simbólicas que se tornam componentes essenciais da compreensão da realidade da vida cotidiana e da apreensão pelo senso comum dessa realidade.

Em relação à linguagem, supracitada, ela é o “[...] veículo de internalização dos esquemas motivacionais e interpretativos [...]” que legitimam o simbolismo das relações de poder (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010, p. 39).

Pensar o poder como uma relação, e não como uma propriedade, significa investir em uma “torção analítica” referente ao estabelecimento de práticas sociais cotidianas (SILVA, 2007). O poder na análise foucaultiana, se aproxima da concepção de uma verdadeira “engenharia de participação”, e assim, a visibilidade de suas relações provoca, instiga e encoraja disciplinas, constrangimentos, comportamentos e emoções. Sendo assim, as situações cotidianas colaboram com o desencadeamento de práticas de relações de poder (SILVA, 2007).

Peci, Vieira e Clegg (2006) destacam que uma teoria do discurso pode harmonizar dimensões de outras perspectivas, sejam elas afetivas, normativas, cognitivas ou políticas, sendo assim, é possível vislumbrar no discurso de Foucault uma alternativa para a compreensão desses processos. Ainda para esses autores, essa visão mais abrangente que inclui a dimensão do poder aos processos de institucionalização pode beneficiar o campo de ação dos estudos organizacionais.

Faz-se ainda importante enfatizar que o objetivo do estudo de Foucault, em momento algum foi criar uma teoria geral, e sim, oferecer uma análise interpretativa do cotidiano, tratando os fatos sociais como coisas (DREYFUS; RABINOW, 1995). Compreender as relações de saber como uma construção social vinculado à noção de poder é uma perspectiva relevante para entender a realidade da vida cotidiana, e a sua manutenção (VIEIRA et al, 2009). Essa realidade é construída socialmente e a sociologia do conhecimento procura compreender o processo que dirige este fato (BERGER; LUCKMANN, 1978).

Pretendeu-se através da articulação dos conceitos de relações de poder e de saber com a construção social da realidade, compreender as articulações entre as

interpretações dos aspectos relacionados ao serviço de atendimento domiciliar à saúde, e as práticas sociais dos atores diretamente envolvidos (família/equipe de saúde). Diante desse propósito, foi possível entrever que tanto a construção social da realidade, quanto relações de poder, seriam identificadas nesta investigação, pois seriam analisadas as práticas sociais de situações cotidianas de diferentes grupos sociais, locais e culturais.

3 ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Para Erdman et al (2004), o sistema de saúde, por estar inserido no sistema sociocultural, é constituído por unidades sociais, isto é, por organizações que promovem diferentes níveis de cuidado, que envolvem promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Ainda para os autores, todas as organizações de saúde, sejam elas empresariais, do terceiro setor ou pública, envolvem uma dimensão de elementos do próprio setor e da sua inter-relação direta ou indireta com os demais setores da sociedade.

Pesquisas de opinião evidenciam a preocupação da população com relação à saúde (PITTA, 1996), e a sociedade moderna, em busca do processo de viver mais e feliz, cria organizações capazes de lidar com a crescente complexidade dos sistemas de cuidado (ERDMANN et al, 2004). Segundo Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008), o modelo assistencial de saúde que predomina na atualidade foi construído histórica e socialmente ao longo dos anos, e privilegia o modelo hospitalocêntrico, curativo e medicalizante. Esses mesmos autores acreditam que esse modelo compreende o indivíduo isolado do contexto social, cultural e familiar, fato evidenciado pela tendência da fragmentação do cuidado, onde o corpo humano é visto em partes, sem considerar as dimensões que o envolvem.

Segundo Pitta (1996), as organizações contemporâneas, e nessas incluem-se as organizações de saúde, produzem relações sociais e sistemas simbólicos que exercem influência sobre o individual, o coletivo, a sociedade e o mundo. Ainda de acordo com a autora, essas organizações impõem exigências especiais que visam atender às permanentes e complexas necessidades específicas desse setor, onde casos supostamente simples podem comportar riscos não presumíveis. Para Kurcgant, Ciampone e Melleiro (2006), outro elemento importante que deve ser considerado ao se estudar organizações de saúde, diz respeito ao significado de saúde, tanto para os profissionais, como para o paciente/família e a sociedade em geral.

Para os autores, os parâmetros de normalidade no diagnóstico em saúde diferem em vários contextos, podendo ganhar alusões políticas e sociais. Sá (2001) explora

a possibilidade de abordagem das dimensões cultural, subjetiva, imaginária e inconsciente das organizações de saúde. Para ela, isso se dá pela possibilidade dessas organizações serem identificadas como *loci* privilegiados de manifestações de dor, morte e sofrimento, sendo por isso produtora de defesas por parte de seus membros. Esse entendimento pode ser esclarecido pelo fato das organizações de saúde serem procuradas pela sociedade em geral, apenas nas situações de doença, de necessidade de busca de soluções para o tratamento de algo que não condiz com a “normalidade” do cotidiano.

Segundo Sá (2001), as organizações de saúde enfrentam uma grave crise no Brasil, em consequência da desqualificação da assistência que é, em parte, resultado da falta de ética e de compromisso organizacionais.

O desafio de estudar o doente e sua doença, o cuidador e seu processo de trabalho, e, mais ainda, as organizações, no interior das quais ocorrem cotidianamente negociações para que as pessoas possam aliviar sofrimentos e provisoriamente se afastar da morte, impõe, necessariamente, um caminho interdisciplinar onde muitos saberes estarão convocados às suas decifrações (PITTA, 1996, p. 37).

Ainda nesse contexto de interdisciplinaridade, Pitta (1996) infere que os profissionais que atuam nas organizações de saúde são mais leais às suas profissões do que às organizações, problema este que resulta em desequilíbrio de relações, que muitos autores buscam solucionar. Campos (1998) corrobora com esse entendimento, considerando que sempre haverá antagonismos entre as organizações e os interesses corporativos das categorias dos profissionais de saúde. E pensando nesses antagonismos que caracterizam as organizações de saúde, esse mesmo autor sugere o distanciamento e a extinção dos modelos inspirados no fayolismo e no taylorismo, propondo um modelo em que os profissionais atuem de forma interdisciplinar, não somente na teoria, mas de fato.

Essa proposta vai ao encontro do modelo de assistência domiciliar à saúde, onde diferentes profissionais se envolvem em torno de um objetivo, e onde há interdependência de saberes. No próximo tópico será abordada, de forma explicativa, tal modalidade de atenção à saúde. Não é propósito desse trabalho exaurir toda a abrangência do tema organizações de saúde / assistência domiciliar. A intenção é compreender os aspectos relacionados a esse tipo de atendimento à

saúde, com foco nas práticas sociais de alguns atores, para compreender a articulação de suas interpretações em relação ao serviço de assistência domiciliar.

3.1 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A assistência domiciliar é também conhecida como *Home Care* (do inglês, Home – lar, residência e Care – cuidado), de acordo com Duarte e Diogo (2000), é uma modalidade de atenção à saúde que consiste em encaminhar para o tratamento domiciliar o paciente clinicamente estável, que não mais necessita de todos os serviços específicos oferecidos pelos hospitais.

Esse modelo tem se destacado devido a vários fatores envolvidos, dos quais é possível salientar: mudança demográfica na pirâmide populacional, mudança de paradigma do sistema de saúde mundial (ênfase nos pacientes crônicos), redução de custos, redução de risco de infecção, disponibilização de leitos hospitalares, desenvolvimento tecnológico que facilita e dá suporte à assistência domiciliar, maior envolvimento do paciente com a família nas atividades relacionadas à saúde e atendimento humanizado e individualizado oferecido no atendimento em domicílio (DUARTE; DIOGO, 2000; SILVA et al, 2005). Para Dal Ben e Gaidzinski (2007) a assistência domiciliar é uma resposta à progressiva demanda de pacientes com doenças crônicas.

Para Genet et al (2011) a assistência domiciliar é definida como atendimento profissional de saúde para pessoas com necessidades formalmente avaliadas. Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008, p.488) conceituam a assistência domiciliar como

[...] prática do trabalho em saúde, que visa a assistir ao indivíduo e à família no espaço domiciliar, de forma integral e contextualizada, nos aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, promovendo uma integração dos diversos trabalhadores atuantes no Sistema de Saúde para oferecer cuidado de saúde de acordo com as possibilidades do serviço e as necessidades do cliente.

Segundo Oguisso (2008), os cuidados domiciliares existem desde a origem da humanidade, desde os tempos do homem pré-histórico, uma vez que os seres

humanos sempre precisaram de cuidados, e historicamente esses cuidados eram dispensados às pessoas em suas próprias habitações. Obviamente esse tipo de cuidado não era realizado de forma sistematizada e estruturada como serviço de saúde. De acordo com Mendes (2001), em nível mundial, os primeiros relatos de assistência domiciliar são do século XIX, no estado da Carolina do Sul, logo após a Guerra Civil, como uma caridade prestada por instituições religiosas. Ainda de acordo com esse autor, apenas em 1943 iniciaram-se as tentativas de uma sistematização metodológica destas atividades e foi introduzida a noção de assistência domiciliar como extensão do hospital.

Já em nível nacional, as primeiras atividades de *home care* foram descritas no começo do século passado, mais especificamente em 1919 com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras do Rio de Janeiro, na época em que o país era assolado por várias epidemias, como a febre amarela e a peste (DUARTE; DIOGO, 2005). No Brasil existem centenas de empresas de *home care*, e só no estado de São Paulo são mais de 30 mil vidas assistidas mensalmente por essa modalidade de atendimento (OGUISSO, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999), a assistência domiciliar à saúde tem por objetivo promover, restabelecer e manter o máximo nível de conforto e de saúde da pessoa assistida, e até mesmo proporcionar morte digna, e por isso, essa modalidade pode ser classificada como: preventiva, terapêutica, reabilitativa, mantenedora e paliativa. Segundo Lacerda, Oliniski e Giacomozzi (2004), essa modalidade ressurgiu como uma forma de personalização e humanização da assistência à saúde.

Para Lacerda et al (2006), no Brasil há vários termos para designar tal modalidade, e embora signifiquem o atendimento à saúde do paciente em sua residência, pode ser que existam diferenças significativas no que diz respeito à complexidade do cuidado, alguns desses termos são:

[...] *home health care, domiciliary care*, atendimento domiciliar à saúde, atenção domiciliar, enfermagem domiciliar, visita domiciliária, *nursing home, nursing care, home care nursing*, enfermagem residencial, cuidado domiciliar, internação domiciliar, cuidados médicos domiciliares, cuidados de saúde no domicílio, atendimentos médicos domiciliares e outros tantos (LACERDA et al, 2006, p. 89).

Ainda para esses mesmos autores, quando o modelo de atenção domiciliar vislumbra a redução de riscos para os pacientes, estão inerentemente envolvidos nesse contexto não somente a prática de políticas de saúde, mas também políticas econômicas e sociais.

As doenças mais frequentes nos atendimentos em domicílio são as consideradas crônicas como hipertensão, câncer, seqüela de derrame, Alzheimer e esclerose, enfermidades estas provenientes do envelhecimento da população, segundo Bonomi (2006). Para a autora, o rápido avanço tecnológico tem permitido um incremento no número de pacientes atendidos à distância, e diante desse fato, outras doenças virão se juntar às anteriormente elencadas.

Dal Ben e Gaidzinski (2007) afirmam que a assistência domiciliar tem sido cada dia mais presente no Brasil, e destacam que já existem leis e portarias que regulamentam esse sistema. No Brasil, o Ministério da Saúde estabelece algumas leis que regulamentam a prática da assistência domiciliar, tanto no serviço público, quanto no privado. A Lei nº 10.424 de abril de 2002 estabelece o atendimento domiciliar, complementando a Lei nº 8.080 de setembro de 1990 que dispõe o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 26 de janeiro de 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispôs sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar, através da RDC nº 11.

Em relação aos profissionais que atuam em *home care*, já existem resoluções brasileiras específicas para a prestação de serviços de saúde em domicílio, como as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN nº 267 de 2001 e COFEN nº 270 de 2002, do Conselho Federal de Medicina – CFM nº 1.668 de 7 de maio de 2003 e do Conselho Federal de Farmácia – CFF nº 386 de 12 de novembro de 2002. Assim como em qualquer serviço de atenção à saúde, na assistência domiciliar é indispensável a observância de princípios éticos e a legislação vigente, especialmente porque no ambiente domiciliar há peculiaridades que podem expor o profissional.

O incremento das legislações vigentes é uma ocorrência que confirma o panorama de crescimento e consolidação desse modelo de atenção à saúde. Para

Bellehumeur et al (2007), a assistência em domicílio tem se desenvolvido nas últimas décadas, principalmente pela necessidade de corte de despesas com saúde, pois se torna uma alternativa viável, e até mesmo, preferível, para uma população cada vez mais idosa e mais doente. Segundo os autores, além de custar menos, essa modalidade de atenção à saúde oferece mais conforto, atenção personalizada e melhor controle individual, se comparado com o atendimento em um ambiente hospitalar ou em outras instituições de alto custo. A assistência domiciliar à saúde excede às práticas institucionalizadas de saúde, pois visa “[...] construir uma nova ação profissional com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, interações e relações dos indivíduos, em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio” (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, p. 647).

Corroborando com esse contexto, Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008, p. 489) compreendem que a atenção domiciliar à saúde pode também vir a ser uma estratégia capaz de potencializar a reorganização do sistema de saúde, pois através de sua operacionalização é possível “[...] amenizar a relação sujeitos necessitados de assistência/trabalhadores/serviços de saúde”. Isso se dá, ainda segundo esses mesmos autores, pela possibilidade de suprir tanto a população carente de serviços de saúde, quanto trabalhadores em busca de emprego e instituições de saúde cuja demanda é superior à oferta.

Justificando a potencialização da estratégia da assistência domiciliar e a sua contextualização no mundo, vale ressaltar o trabalho de Genet et al (2011) que fornece um panorama sobre a inserção do *home care* nos países europeus. Esses autores, através de uma pesquisa bibliográfica realizada por artigos publicados em inglês de 1998 a 2009, sobre o tema *home care* em 31 países da Europa, identificaram a necessidade de incremento das publicações científicas nessa área, todavia chegaram a conclusões pertinentes, a saber: apenas em 13 países não foram encontradas informações sobre o tema (Bulgária, Croácia, Chipre, Estônia, Grécia, Hungria, Islândia, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Romênia e Eslováquia); nos demais países o atendimento domiciliar à saúde é visto como prioridade e como um benefício universal. Ainda de acordo com esses autores, na França, um terço das pessoas com mais de 75 anos recebem atendimento domiciliar, na Dinamarca, essa porcentagem é de 60%, todavia, foi identificado

situações contrárias, como na Finlândia, onde apenas 6,3% da população com idade superior a 65 anos recebeu atendimento em domicílio no ano de 2003.

Nos Estados Unidos e no Canadá as altas hospitalares com encaminhamento do paciente para os serviços de *home care* tem sido cada vez mais precoces; nos países escandinavos a assistência domiciliar é algo tradicional, sendo importante destacar que nesse caso, o aspecto econômico não é prioritário, o principal fator de desenvolvimento desse tipo de atendimento é o aumento da qualidade de vida dos pacientes (OGUISSO, 2008).

Para Duarte e Diogo (2005) o atendimento domiciliar pode iniciar precocemente, ainda no hospital, antes da alta, ou na própria residência do paciente; o atendimento se mantém enquanto houver necessidade de realizar intervenções para o alcance das metas propostas; por fim, o atendimento domiciliar, assim como o atendimento hospitalar, é finito, sendo importante considerar algumas razões que determinam a interrupção do atendimento, a saber:

- a estabilidade clínica do paciente;
- a possibilidade da família assumir o cuidado do paciente;
- a recusa da família em seguir a proposta de atendimento;
- a necessidade de hospitalização do paciente pela não-estabilidade clínica do mesmo;
- a escolha da família por outra modalidade de atendimento, como por exemplo, a institucionalização; e
- o óbito do paciente (DUARTE; DIOGO, 2005, p.16).

Ainda de acordo com Duarte e Diogo (2005), ao se considerar o contexto de um atendimento de saúde domiciliar, faz-se importante ponderar sobre aspectos fundamentais, a saber: **o paciente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe de saúde**. O paciente, que em geral é idoso, é o foco dessa modalidade de atendimento, pois devido à estimativa do crescimento mundial desse grupo etário, incrementam-se as doenças crônico-degenerativas e a consequente necessidade de intervenção dos serviços de saúde. A família consiste no grupo de pessoas que têm uma relação de pertencimento (aliança, filiação) com o portador do sintoma e que assume a responsabilidade do cuidado, seja ele físico, financeiro ou emocional. O contexto domiciliar como um local que tem história, lembranças e significados próprios é o ponto chave que diferencia o atendimento “convencional” hospitalar/ambulatorial do domiciliar. O cuidador é aquele que assume os cuidados

do paciente, sendo ainda o elo entre o paciente/família e a equipe interprofissional de saúde. Em relação a esta última, trata-se de vários profissionais com seus conhecimentos específicos, que trabalham em prol de um objetivo comum, sendo que seus conhecimentos específicos são complementares e não concorrentes entre si.

A partir da análise das características desses diversos aspectos, Lacerda e Oliniski (2005) asseveram que para que uma **equipe de profissionais** possa de fato oferecer o sistema de cuidados necessários a um **paciente** em assistência domiciliar, é necessário contextualizá-lo e vislumbrá-lo integralmente, o que significa considerar seus **familiares, cuidadores** e o **contexto domiciliar** em que se encontra. Concordamos com o argumento dos autores ao se considerar esses cinco aspectos intrínsecos a qualquer serviço de *home care*. Para o alcance do objetivo proposto de compreender as articulações entre as interpretações e as práticas sociais do contexto de um serviço de assistência domiciliar, faz-se essencial o entendimento de cada um desses aspectos. Por isso, nas próximas subseções eles serão explorados mais detalhadamente.

3.1.1 ASPECTOS ESSENCIAIS EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

3.1.1.1 FAMÍLIA

A família pode ser definida como um sistema dinâmico de envolvimento emocional entre duas ou mais pessoas, permeado por uma cultura própria e por valores coletivamente construídos em determinado contexto (DUARTE; DIOGO, 2005). Leme (2005) conceitua família como a mais importante forma de associação humana, sendo o ambiente “ecológico” do homem, e, portanto, o mais saudável e o mais normal para se viver.

Para Bonomi (2006, p. 37) a família é o grupo primário onde as pessoas vivenciam experiências positivas como afeto, estímulo e apoio e também experiências negativas como frustrações, limites e perdas, e todas essas experiências têm influência na formação do indivíduo e ainda

[...] a família é a primeira integradora, e o amor, compreensão, confiança, estímulo e comunicação, que permeiam a relação, são formas de proteção que utiliza para facilitar o processo de integração e participação do indivíduo nos diferentes grupos sociais da comunidade/sociedade.

De acordo com Leme (2005), o papel da família é importante em qualquer estágio da vida, porém torna-se particularmente relevante durante períodos transitórios ou permanentes de menor capacidade física ou de limitação em diferentes graus de capacidade de autocuidado. Ainda para esse autor, faz-se importante que a atenção domiciliar vislumbre a família como um elemento diagnóstico e como um elemento terapêutico durante todo o processo de atendimento. No contexto da assistência domiciliar, a família detém um “[...] grande potencial como aliada na manutenção e na restauração da saúde de seus membros” (ÂNGELO, 2005, p. 27).

É inegável considerar que o diagnóstico de uma doença é uma crise vital para as famílias, pois geralmente, o paciente e a família não estão preparados para as mudanças, pois as doenças exigem novos modos de enfrentamento, modificações nas autodefinições da família e períodos intensos de adaptação (DUARTE; DIOGO, 2005).

Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008) afirmam que a atenção domiciliar objetiva subsidiar o processo de saúde-doença do paciente e de sua família, e considerando os aspectos simbólicos que foram descritos anteriormente, acrescentam que

[...] o encontro entre família e trabalhadores, como um espaço ético – abarcando os princípios de autonomia, confiança e co-responsabilização no processo de cuidados à saúde da família significa compartilhamento de responsabilidades, então, se faz necessário esclarecer que não é objetivo repassar para a família o cuidado, já que o sistema de saúde não está tendo condições de fornecê-lo, mas, sim, construir uma assistência em que as respostas se situem o mais próximo possível do nível em que se encontram as necessidades e as possibilidades de atendê-las (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008, p. 490).

Segundo Resta e Budó (2004), o sistema familiar no contexto da saúde engloba as diversidades culturais, sociais e econômicas de cada grupo. Sendo assim, para as autoras, os profissionais que atuam em *home care* são desafiados a articular igualdade e diferença, uma vez que a situação de doença gera uma gama infinita de possibilidades e elementos que será definida de acordo com os valores, as crenças e as visões de mundo de cada família. Corroborando com essa proposição, Martins et al (2009, p. 560), consideram que o cuidado familiar é um fenômeno social e

dinâmico, “mediado por ações e interações, contradições e conflitos, valores e sentimentos”. Em suma, os aspectos simbólicos que permeiam o dia a dia de cada família determinam as práticas sociais nas diferentes formas de cuidar.

Faz parte do cotidiano de um serviço de *home care* considerar esse contexto familiar no processo de cuidar em saúde, todavia, esse fato se constitui em um desafio para a equipe de saúde, sobretudo quando os cuidados anteriormente recebidos são focados no atendimento individual e não da unidade familiar (ÂNGELO, 2005). Sendo assim, no atendimento domiciliar, a família deve ser interpretada como “coparticipante” em todos os momentos que envolvem o processo de cuidar (LACERDA; OLINISKI, 2005). Segundo Gruner e Faria (2000), a família, em interação com a equipe assistencial no contexto domiciliar, garante um ambiente terapêutico para o atendimento ao paciente em casa.

Quando a família recebe orientação profissional para executar as atividades que diz respeito aos cuidados com seu ente querido necessitado, ela se sente mais tranquila, diminuindo assim o estresse gerado pela demanda, que pode ser iminente e repentina (PAZ; SANTOS, 2003). Fica assim subentendido que existe uma relação de poder expressa de forma simbólica na relação família/profissionais.

Ter uma pessoa doente em casa pode ter diferentes significados para as famílias, ao se considerar fatores como o passado familiar, a relação interpessoal entre a pessoa enferma e a família, a situação financeira, a etapa da vida da pessoa doente, a dinâmica cotidiana do grupo familiar, entre outros. Oliveira (2010a, p. 292, grifo nosso) complementa essa declaração, ao afirmar que

[...] os maiores entraves para os cuidados são, quase sempre, os **subjetivos**, a falta de domínio de uma situação ainda desconhecida. Muitas vezes, as famílias não têm a noção, por desconhecimento ou até por mecanismo de proteção, do real estado do paciente, das limitações e das mudanças que ocorrerão na vida familiar.

Lahan (2010) esclarece essa afirmação comparando o atendimento domiciliar em diferentes idades: nas **crianças**, onde a família apresenta uma maior desestruturação e sentimento de culpa e de injustiça, pelo fato da doença “não combinar” com crianças; na **idade adulta**, onde há a interrupção de um ciclo já iniciado, gerando a necessidade de readequação do planejamento de vida dessa família; enquanto que nos **idosos**, a doença é compreendida como “algo natural e

normal” com o avançar da idade, sendo mais comum a aceitação do limite imposto pela doença.

Ângelo (2005) pondera três categorias indispensáveis na consideração de famílias atendidas em *home care*, a saber: estrutura, desenvolvimento e funcionamento. Essa autora ainda ressalta que essa observação possibilita a compreensão das práticas sociais evidenciadas em determinadas etapas da história dessa família. Dessa forma é possível alcançar o entendimento de heterogêneas experiências familiares que participam de cuidados domiciliares a seus entes queridos enfermos.

3.1.1.2 PACIENTE

Puschel, Ide e Chaves (2005) acreditam que o paciente é o ser humano imerso em uma multidimensionalidade e em uma gama de significados criados ao longo de sua trajetória social, ao se considerá-lo dessa forma, amplia-se o sentido de saúde como uma experiência subjetiva. Para compreender o paciente é preciso olhá-lo como uma pessoa e não como um doente, “[...] vendo-o como indivíduo, mas considerado como sujeito pensante, ao mesmo tempo único (diferente de todos os outros) e uno (através das suas modificações)” (OLIVEIRA, 2010a, p. 292).

Segundo Paz e Santos (2003), a assistência domiciliar tem como premissa a manutenção da autonomia do paciente, bem como o incentivo ao autocuidado no espaço domiciliar e as vantagens dessa modalidade para os pacientes são a redução de complicações clínicas e de rehospitalizações desnecessárias. Para essas autoras, a possibilidade do paciente permanecer em seu domicílio, normalmente vem atrelada ao restabelecimento da qualidade de vida, do equilíbrio biopsicossocial e da esperança.

Como exposto anteriormente, a assistência domiciliar vem ao encontro da demanda crescente das necessidades provenientes das doenças crônicas. Ter uma doença crônica significa não haver expectativa de cura, e com isso sobrevêm algumas consequências como angústia, sentimento de injustiça ou de culpa, autoestima e autoimagem prejudicadas, prejuízos financeiros, implicações psíquicas, vergonha

relativa à deficiência do corpo, sentimento de negação, entre outras (LAHAM, 2010). Assim sendo, considerar a abordagem simbólica dos atores de um serviço de *home care* faz-se essencial para a compreensão dessa dinâmica de trabalho. Corroborando com essa afirmação, Laham (2010, p. 284) acrescenta que “[...] o modo como a doença é sentida será determinado pelo momento de vida do paciente, pela cultura em que está inserido, pelas relações familiares e de amizade que tem cultivado ao longo da vida, além de muitos outros fatores”.

Essa autora ainda menciona que a pessoa doente pode apresentar sentimento de culpa por considerar-se um “fardo” para sua família e para aqueles responsáveis pelo seu cuidado; em contrapartida, a enfermidade também pode gerar ganhos secundários para o enfermo, à medida que recebem mais atenção de sua família e de amigos. Fica exposto dessa forma, que a doença pode apresentar conotação e significado negativo ou positivo de acordo com o momento de vida, com o contexto inserido, com as relações existentes, entre outros fatores.

3.1.1.3 CONTEXTO DOMICILIAR

O ambiente domiciliar deve atender às necessidades daquele que será assistido, todavia faz-se essencial considerar que para cada família, o lar tem um significado próprio e único, que deve ser respeitado e priorizado (SANTOS, 2005). O contexto domiciliar proporciona um ambiente acolhedor sugestivo de segurança e confiança, fato este, que influencia de maneira positiva o sistema imunológico do paciente, proporcionando rápida recuperação (BONOMI, 2006).

De acordo com Oguisso (2008, p. 24, tradução nossa) “[...] é evidente que a transferência do paciente do hospital para a casa seja complexo não apenas pela utilização de materiais e equipamentos, mas também pelo aspecto humano, transformando o domicílio do paciente em um verdadeiro hospital virtual”. Diante do exposto, Andrade (2010b), sustenta a concepção de que cada residência deve ser concebida como uma construção social, e não como um lugar físico, pois cada domicílio é particular e único em sua organização, em suas regras de conduta e em seus valores compartilhados. Na visão dessa autora

atender em domicílio em nenhum momento pode ser visto como apenas a “publicização” de um espaço privado ou, como se ouve constantemente: “levar o hospital para dentro das casas dos pacientes”. Muito pelo contrário, tal modelo de assistência concretiza-se na particularização de uma ação, no reconhecimento de um espaço diferenciado que precisa ser conhecido e respeitado no que ele tem de único (ANDRADE, 2010a, p. 308, grifo da autora).

Zanoni et al (2006), em uma pesquisa sobre a vivência de doentes em diferentes ambientes de cuidado, constataram que os pacientes pesquisados preferiam o atendimento domiciliar ao hospitalar. Os autores enfatizam que mesmo satisfeitos com o tratamento hospitalar, os pacientes justificam que o diferencial é que em suas residências é possível ter conforto, liberdade, apoio psicológico familiar, aconchego, sossego, tranquilidade, acolhimento, bem estar emocional e melhora da autoestima. Essas autoras também destacam a imagem representacional do lar para os enfermos, sendo o local de saúde e de normalidade, o seu ambiente de referência.

Cada ambiente domiciliar apresenta cenários e contextos peculiares, configurados como resultado de diferentes dinâmicas familiares, que através de autênticas expressões simbólicas, proporcionam demandas próprias de intervenção (PUSCHEL; IDE; CHAVES, 2005). Para Oliveira (2010a), o domicílio é capaz de proporcionar um conhecimento tão profundo sobre cada pessoa que nenhum outro lugar é capaz. Essa autora ainda constata que no espaço privado e privativo do lar se concentram as relações familiares mais íntimas, não sendo por acaso, que ao se falar de domicílio, seja inerente falar-se de família. Diante disso, fica exposto que através da leitura do ambiente domiciliar é possível identificar e até mesmo esclarecer sinais e símbolos que não foram “declarados” ou até mesmo que foram “escondidos” na avaliação do paciente e de sua família.

O domicílio diz ainda tão claramente sobre os hábitos e costumes que permeiam as relações familiares, que a compreensão sobre ele se torna imprescindível na avaliação para se estabelecer a base e os termos em que se firmarão as parcerias entre a família e os profissionais que realizarão o atendimento [...] o domicílio é um narrador silencioso e, enquanto a família nada diz, **tagarela**, vai contando tudo (OLIVEIRA, 2010a, p. 290, grifo da autora).

Lacerda, Oliniski e Giacomozzi (2004, p. 112) afirmam que o contexto domiciliar é dinâmico e interativo, pois envolve os “[...] aspectos econômicos, sociais, afetivos, as questões históricas e as experiências culturais dos familiares, ou seja, todos os recursos disponíveis, tanto humanos como materiais”. As pessoas consideram o lar

como o seu **porto seguro**, e nesse contexto, o domicílio “[...] vai muito além do espaço físico delimitado, envolve as pessoas, os relacionamentos, os objetos pessoais, os cheiros, os sonhos, os sentimentos, enfim, o todo que envolve este ambiente” (LACERDA; OLINISKI; GIACOMOZZI, 2004, p. 116). Diante disso, fica evidente a amplitude de significados que envolve o contexto domiciliar e sua interação com os atores de um serviço de assistência domiciliar, dos quais pode-se destacar a figura do cuidador.

3.1.1.4 CUIDADOR

Um dos critérios de elegibilidade para o atendimento domiciliar é a presença de um cuidador que se responsabilize pelo cuidado ao paciente assistido (LACERDA; OLINISKI; GIACOMOZZI, 2004). O cuidador no contexto da assistência domiciliar é o indivíduo que representa o elo entre o paciente, sua família e a equipe de saúde, e podem ser identificados sob a seguinte subdivisão: o **cuidador informal** e o **formal**, sendo este último, qualquer pessoa remunerada para o cuidado e aquele primeiro como sendo um elemento da família que assume o cuidado ao sujeito atendido. Outra subdivisão que também pode ser utilizada define o cuidador como **familiar, leigo ou profissional** (DUARTE; DIOGO, 2005).

De acordo com Brasil (2008) a função de cuidador já integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, definindo-o como aquele que cuida de outro, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa cuidada. Para o Ministério da Saúde (MS), o papel do cuidador excede o simples acompanhamento das atividades de vida diária de outros indivíduos, sua função é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, salientando que procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na enfermagem, não devem ser desempenhados por esse profissional. De acordo com o MS, o cuidador não é caracterizado como um profissional de saúde, todavia suas atividades devem ser planejadas junto com a equipe de saúde, e de acordo com as necessidades da pessoa assistida.

A parceria entre os profissionais e os cuidadores deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalização, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento (BRASIL, 2008, p. 10).

Para Oguisso (2008), a função do cuidador é aparentemente simples, por considerar que basicamente se restringe a ajudar o paciente nas suas atividades de vida diária, como alimentação, eliminações, hidratação e higiene, todavia, na prática diária, essas atividades envolvem muitos cuidados, que podem levar à exaustão do cuidador. A autora destaca que a função do cuidador envolve situações conflitantes, resultantes da cultura, dos costumes e até mesmo dos valores sociais do paciente/cuidador/família/equipe de saúde, à medida que o convívio abrange a necessidade de comunicação, de apoio emocional e mudança de comportamento.

Corroborando com esse entendimento, Gonçalves, Alvarez e Santos (2005) afirmam que o cuidador é aquele que se envolve no processo de cuidar de outras pessoas, tendo um caráter de ajuda, apoio humano e relações afetivas. De acordo com essas autoras, devido à complexidade das sociedades da atualidade, para o desempenho das funções do cuidador, mesmo de forma voluntária, é preciso treinamento próprio e específico para o cuidado no contexto específico da pessoa acompanhada. Essa capacitação necessária para o desempenho da função de cuidador, associada à insuficiente oferta de profissionais para essa atividade e ao papel da mulher na família de cuidadora principal e de mãe, influenciaram Gonçalves, Alvarez e Santos (2005) na caracterização desse profissional.

Essas autores e também a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999), destacam a figura da mulher em assumir a função de cuidadores, não somente de forma voluntária na família e na comunidade, mas também de maneira formal. Pitta (1996) também aponta que os cuidadores mais frequentes são mulheres, e ainda acrescenta que são: solteiras, brancas, com idade entre 25 e 40 anos, nível básico de escolaridade e normalmente trabalham em turnos, participando ativamente das atividades que dizem respeito ao paciente. Para essa autora esses cuidadores adoecem com muita facilidade por problemas físicos e psíquicos, por lidarem sem descanso, ou mesmo sem preparo adequado, com situações de dor, sofrimento e morte. Corroborando com essa afirmação, Genet et al

(2011) certificam que grande parte dos cuidadores domiciliares da Irlanda do Norte e dos Países Baixos estão insatisfeitos com tal tipo de trabalho.

Em relação ao perfil de cuidadores no Brasil, Resta e Budó (2004) também concluíram o baixo nível de escolaridade, inclusive com limitações de entendimento, e ainda apontaram que esse é um dificultador para que as equipes de *home care* trabalhem educação em saúde com essas pessoas.

De acordo com o que foi exposto até aqui, é clara a inter-relação dos cuidadores de pessoas em atendimento domiciliar com a equipe que presta esse tipo de atendimento. Os profissionais dependem dos cuidadores para o prosseguimento do atendimento e os cuidadores, para que possam executar suas tarefas, precisam das orientações da equipe de saúde. Para Wingeste e Ferraz (2008), o cuidador é um ator fundamental para o sucesso do cuidado em domicílio.

O profissional que atua no *home care*, ao adentrar o espaço designado para o atendimento, considera não somente os problemas do paciente, mas também a interação com a família, em seu nível de esclarecimento, e em seu contexto social, cultural, econômico e espiritual (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). É relevante no processo de compreensão dos serviços de saúde prestados em domicílio, que a equipe que participa desse atendimento esteja em harmonia com o paciente, com a família, com o contexto domiciliar e com o cuidador. Diante do papel holístico que deve ser desempenhado pelos profissionais de um serviço de *home care*, faz-se necessário elucidar esse tema com mais profundidade, o que será abordado no próximo item.

3.1.1.5 EQUIPE DE SAÚDE EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Neste trabalho, o tema equipe será abordado sob uma perspectiva que considera a coexistência e a interação de diferentes pessoas, cujas realidades sociais foram estabelecidas historicamente no contexto singular de cada um (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Todavia, embora não seja o corte dessa pesquisa, faz-se interessante também entender esse tema em seu sentido funcionalista, que leva em

consideração a distinção entre trabalho em grupo e o trabalho em equipe, no que se refere aos seus respectivos conceitos. Nesse sentido, o trabalho em equipe, segundo Peduzzi (2001), tem duas modalidades que as tipificam, a saber: **equipe agrupamento** e **equipe integração**. Para essa autora o primeiro conceito refere-se ao simples agrupamento de pessoas e à justaposição de suas ações no trabalho, enquanto que o outro conceito refere-se à interação das pessoas e à articulação de suas ações para o alcance de um objetivo comum.

Corroborando com o corte funcionalista de equipe, Scherer, Pires e Schwartz (2009) afirmam que as pessoas, apesar de pertencerem a serviços diferentes, podem trabalhar em grupo, simplesmente por compartilharem valores; todavia o trabalho em equipe, ou o também chamado trabalho coletivo, é quando os trabalhadores buscam a eficácia e a eficiência de suas atividades, através de processos de confiança e cooperação. Assim, o trabalho em equipe pressupõe a compreensão de novas formas de relacionamento, tanto em relação à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização dos componentes do trabalho (finalidade, objeto, força de trabalho e instrumentos), visando à obtenção de um resultado (MATOS; PIRES; SOUZA, 2010).

Para Silva e Trad (2005) e Oliveira e Spiri (2006), a interação e a troca de informações entre os diversos profissionais de uma equipe possibilitam a construção de um projeto que seja compartilhado por todos. Apesar da visão funcionalista dos autores sobre o tema, o que não será foco desse trabalho, estes últimos destacam um aspecto que servirá de fundamento para o corte escolhido. Eles destacam a existência de diferenças de ideologias e de condutas entre os indivíduos pertencentes ao grupo. Isso também vai ao encontro das contribuições teóricas que foram discutidas em seções anteriores sobre pluralidade cultural.

Para Moscovici (2003a) o convívio em grupo envolve conflitos ao existir escassez de recursos capazes de satisfazer necessidades, desejos e afetividades individuais e conjuntos. Para essa autora, estar em um grupo envolve os sistemas pessoais e interpessoais, as percepções, os pensamentos, os sentimentos e os valores, equilibrando contradições e identidades. Os pressupostos teóricos sobre os grupos de trabalho, diante das divergências individuais, consideram o caráter intra, inter, transpessoal e organizacional desses grupos, sendo importante entender e perceber

o que permeia a dimensão simbólica do grupo, e não somente aquilo que é objetivo e aparente no conceito do termo “grupo” (MUNARI et al, 2007).

O trabalho em coletividade se transforma de acordo com as necessidades do ambiente organizacional, e acompanha “[...] as mudanças sociais, culturais, econômicas, tecnológicas, entre outras, reatualizando permanentemente o debate acerca do trabalho e da utilização da força coletiva” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 723).

O trabalho em equipe nos serviços de saúde é relevante, principalmente, pela abordagem integral do cuidado, pois a soma de olhares de diferentes profissionais que compõem uma equipe interdisciplinar possibilita que a prática de um profissional se reconstrua e se complemente na prática do outro (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Para Araújo e Rocha (2007), o termo “equipe”, no contexto de produção de saúde, sempre fará referência a uma situação de trabalho interdisciplinar que visa à articulação de intervenções para a atenção às necessidades humanas. De acordo com Filizola, Milioni e Pavarini (2008, p. 497), uma equipe interdisciplinar de saúde identifica-se como “[...] uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos, e desejos”. Para Ribeiro, Porto e Thofehrn (2011, p. 244), equipes de saúde “[...] requerem habilidades superiores na arte de reunir as pessoas, com possibilidades de articulação entre colegas e construções sistemáticas do cooperativo e integração”.

Furtado (2007) discute alguns conceitos que caracterizam os diferentes graus de interação e troca entre saberes e disciplinas no campo das práticas em saúde, a saber: a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade.

A **multidisciplinaridade** é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico [...] a **pluridisciplinaridade** é caracterizada pelo efetivo relacionamento de disciplinas entre si, havendo coordenação por parte de uma dentre as disciplinas ou pela direção da organização [...] aqui prevalece a ideia de complementaridade sobre noção de integração de teorias e métodos [...] a **interdisciplinaridade** representa o grau mais avançado de relação entre disciplinas, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas. Nesse caso, seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas [...] não há simples justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares, mas uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais

de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente (FURTADO, 2007, p. 241-242, grifo nosso).

Ainda para Furtado (2007), a **transdisciplinaridade** refere-se a uma etapa superior que sucederia os trabalhos interdisciplinares, através da qual não haveria fronteiras disciplinares. Esse autor também diferencia os sufixos “disciplinar” e “profissional”, este sendo relacionado à prática e aquele aos conceitos e teorias, em suma, ao campo dos saberes. Para o propósito desse trabalho, diante das peculiaridades e desdobramentos do setor saúde, considera-se que a perspectiva interdisciplinar/interprofissional é a apropriada, pois é a que possibilita interação e colaboração entre saberes e competências, em busca de um objetivo comum. Quanto aos sufixos “disciplinar” e “profissional”, acredita-se ser difícil distingui-los, pois teoria e prática se complementam e se realimentam, fundamentalmente nos ramos da saúde, e devido a tal não será definido qual termo é mais ou menos apropriado para essa pesquisa.

A ação interdisciplinar/interprofissional nas práticas de saúde valoriza a diversidade disciplinar, concorrendo assim para uma abordagem mais ampla e resolutiva do cuidado, descentralizando a figura de um único profissional, que no caso da área da saúde é o médico, principalmente no modelo hospitalocêntrico (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Reforçando essa abordagem, Andrade (2010a, p. 11) afirma que a adoção de uma postura interdisciplinar significa a possibilidade de atuação de diferentes profissionais, “[...] no qual a busca do uno não desconsidera a multiplicidade de formas de ver e analisar determinado fenômeno [...] e requer também um espaço onde os saberes técnico científicos não se sobreponham e sim se complementem [...]” para um objetivo comum. O fato de considerar uma equipe como sendo formada por pessoas, conseqüentemente envolve diferenças e especificidades próprias que podem interferir no processo de trabalho, a saber, “[...] gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais, e por fim, interesses próprios” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 463).

Para Leme (2005) a estruturação de uma equipe de saúde em assistência domiciliar deve ter por objetivo a atuação conjunta de diversos profissionais, dentro de suas áreas de competência individual, interagindo entre si, e não interferindo nas áreas específicas, a fim de se atingir o bem-estar físico, psíquico e social do paciente

assistido. Para o autor, os profissionais que compõem a atenção à saúde no contexto domiciliar são: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, dentistas, farmacêuticos, etc. Segundo Andrade (2010a), a atitude interdisciplinar dos profissionais de *home care* intenta demonstrar a possibilidade de cada indivíduo em ter a sua ação complementada, seus conhecimentos questionados e sua prática compreendida pelos demais membros da equipe. Diante disso,

[...] acredita-se que a atuação em equipe interdisciplinar transcende à simples ação de exercer uma prática em conjunto com outros profissionais, mas requer dos sujeitos envolvidos a capacidade de aprendizado constante, de compartilhamento de saberes, bem como de análises conjuntas que desemboquem em conclusões comuns (ANDRADE, 2010a, p. 12).

Silva et al (2005) afirmam que o modelo de assistência domiciliar parte do pressuposto da necessidade de que os profissionais atuantes superem o modelo hegemônico fundamentado na doença. Ainda para as autoras, as relações interpessoais dos atores envolvidos nesse modelo de atenção à saúde, são otimizadas pelo estabelecimento do vínculo cotidiano, que implementam o cuidado e ratificam a importância e validade dessa modalidade.

Para Bellehumeur et al (2007), os profissionais que atuam em um serviço de assistência domiciliar precisam de conhecimentos e habilidades técnicas, conforme é necessário em qualquer outro tipo de atendimento, todavia existem particularidades que deixam claro que os profissionais de assistência domiciliar são um grupo diferenciado e com atributos particulares. Em relação a essas características é possível destacar:

- flexibilidade, abertura, criatividade e disposição para aplicar habilidades e conhecimentos de uma forma única para cada paciente;
- capacidade de agir de forma independente, mas reconhecendo limitações pessoais e de campo profissional, procurando ajuda quando necessária;
- capacidade de avaliar amplos aspectos de uma situação e comunicá-los, de forma clara e sucinta, verbalmente e por escrito, a outros membros da equipe;
- capacidade de adaptação de habilidades e de conhecimento para cada paciente particular e para cada ambiente domiciliar, focalizando as áreas específicas de necessidade e improvisando em situações atípicas ou desafiadoras;
- respeito e aceitação do domicílio do paciente, independente do nível social;
- capacidade de avaliar, estabelecer limites e ficar à vontade em um ambiente em que é um **visitante**;

- criatividade na motivação dos pacientes, estimulando atitudes positivas, independência e obediência ao plano de atenção [...] (BELLEHUMER et al, 2007, p. 12, grifo dos autores).

Ainda para Bellehumer et al (2007), é importante considerar que no atendimento em domicílio não há acesso imediato a outros profissionais, é indispensável coordenar os serviços profissionais com outras disciplinas, além de ser necessário compatibilizar os serviços de profissionais não especializados e leigos. Articular o fato de não ter acesso a outros profissionais no momento da atuação e ao mesmo tempo ter que compatibilizar sua atividade com as prescrições de outros profissionais e com pessoas leigas, são práticas que pode ter implicações simbólicas de interpretação, como também pode envolver relações de poder.

Corroborando com o que acima foi exposto, Puschel, Ide e Chaves (2005, p. 468) afirmam que é fundamental aos profissionais que atuam em domicílios não somente o conhecimento clínico e psicossocial, mas também “[...] habilidades para compreender o contexto e saber agir eficazmente às situações que surgem no âmbito do domicílio que é particular a cada pessoa doente e família e que, portanto, não são passíveis de generalizações”. Concordamos ainda com essas autoras, quando afirmam que a abordagem psicossocial possibilita a apreensão das expressões simbólicas do paciente, de sua família, de seu cuidador e de seu contexto domiciliar.

Andrade (2010a) aborda que a atuação de uma equipe de saúde é importante pelo princípio básico da necessidade humana ir além de visões parciais que redundam em ações fragmentadas e focais. Ela ainda analisa a interdisciplinaridade como conceito, concluindo a necessidade de destaque a alguns pontos de relevância, a saber:

[...] a interdisciplinaridade vista como método, como crítica à fragmentação do saber e como uma forma de atuação que prevê a participação efetiva de vários campos do saber, a preocupação com a linguagem harmônica e com o diálogo constante: base de toda ação; a interdisciplinaridade como uma ação coletiva, histórica e contextualizada que prevê um saber e um fazer também coletivos, históricos, intencionais e simbolizadores (ANDRADE, 2010a, p. 20).

Peduzzi (1998) apresenta que o movimento do “trabalho em equipe” é reforçado pela crítica aos modelos de administração clássica, em relação à rígida e excessiva divisão do trabalho, à divisão de tarefas e à despersonalização do trabalho, e esse

fato também pode se estender ao setor saúde. Andrade (2010a) afirma que a prática interdisciplinar depende de uma linguagem comum que facilite o entendimento entre os variados campos do saber. Contribuindo com essa afirmação, Peduzzi (1998) considera que o trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo, estabelecida em uma relação de reciprocidade entre as intervenções técnicas e a interação de cada profissional, e ainda, que essa articulação só é possível por meio da comunicação, isto é, por meio da mediação simbólica da linguagem.

Para Oliveira e Spiri (2006, p. 728), a noção de equipe pode ser considerada “[...] símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em solução mágica e apaziguadora de conflitos entre as diferentes áreas profissionais [...]”, caso não se pondere as circunstâncias concretas, particulares e racionais da prática profissional. Os autores ainda afirmam que essas condições, que podem não ser consideradas, são a divisão e a desigualdade do trabalho, a legitimidade técnica e social dos diferentes saberes e os diferentes graus de autonomia profissional.

Em consonância com o que fora descrito, no próximo capítulo será apresentado um esquema conceitual elaborado de acordo com as articulações do referencial teórico, a fim de apresentar de forma sucinta e objetiva as considerações propostas nessa pesquisa.

4 ESQUEMA CONCEITUAL

Fundamentado na argumentação teórica exposta, elaborou-se um esquema conceitual (Figura 1) que demonstra a inserção da assistência domiciliar à saúde no contexto social e suas interfaces. Através deste esquema é possível identificar e correlacionar de maneira nítida os temas apresentados, permitindo a busca pela compreensão das articulações entre as interpretações dos aspectos relacionados ao serviço de home care, e as práticas sociais dos atores diretamente envolvidos (família/equipe interdisciplinar), objetivo dessa pesquisa.

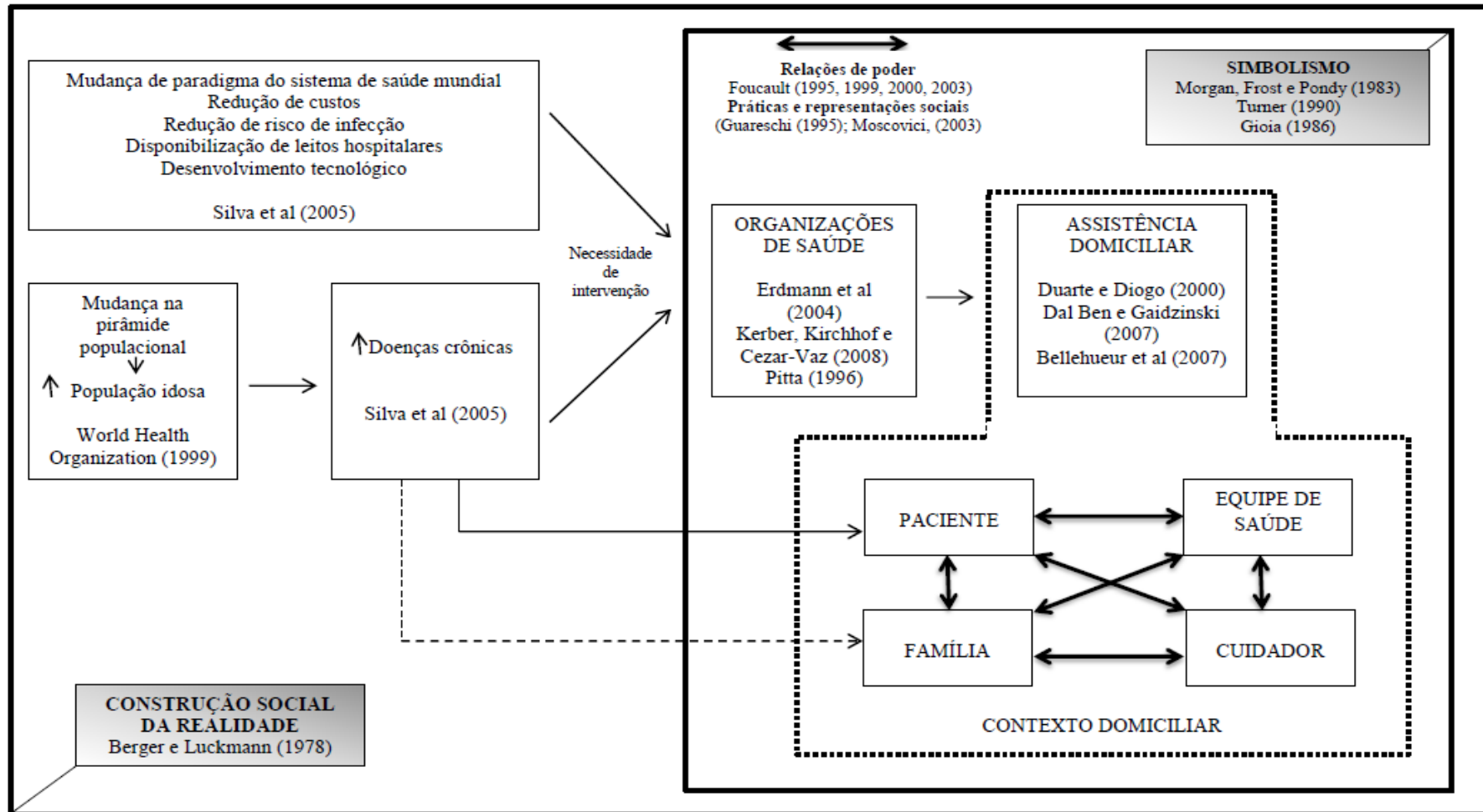


Figura 1 - Esquema Conceitual

Fonte: do autor (2013).

Inicialmente o esquema situa os serviços de *home care* na estrutura social. A assistência domiciliar, de acordo com Duarte e Diogo (2000), é uma modalidade de atenção à saúde que consiste em encaminhar para o tratamento domiciliar o paciente clinicamente estável, que não mais necessita de todos os serviços específicos oferecidos pelos hospitais. De acordo com essas autoras, ao se considerar o contexto de um atendimento de saúde domiciliar, faz-se importante ponderar sobre seus aspectos fundamentais, a saber: **o paciente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe de saúde.**

O paciente, que em geral é idoso, é o foco dessa modalidade de atendimento, pois devido à estimativa do crescimento mundial desse grupo etário, incrementam-se as doenças crônico-degenerativas e a conseqüente necessidade de intervenção dos serviços de saúde. A família consiste no grupo de pessoas que têm uma relação de pertencimento (aliança, filiação) com o portador do sintoma e que assume a responsabilidade do cuidado, seja ele físico, financeiro ou emocional. O contexto domiciliar como um local que tem história, lembranças e significados próprios é o ponto chave que diferencia o atendimento “convencional” hospitalar/ambulatorial do domiciliar. O cuidador é aquele que assume os cuidados do paciente, sendo ainda o elo entre o paciente/família e a equipe interprofissional de saúde. Em relação a esta última, trata-se de vários profissionais com seus conhecimentos específicos, que trabalham em prol de um objetivo comum, sendo que seus conhecimentos específicos são complementares e não concorrentes entre si.

O atendimento domiciliar à saúde surgiu em resposta a vários fatores envolvidos, dos quais é possível salientar: mudança demográfica na pirâmide populacional, mudança de paradigma do sistema de saúde mundial (ênfase nos pacientes crônicos), redução de custos, redução de risco de infecção, disponibilização de leitos hospitalares, desenvolvimento tecnológico que facilita e dá suporte à assistência domiciliar, maior envolvimento do paciente com a família nas atividades relacionadas à saúde e atendimento humanizado e individualizado oferecido no atendimento em domicílio (DUARTE; DIOGO, 2000; SILVA et al, 2005).

Segundo Pitta (1996), todas as organizações contemporâneas, e nessas incluem-se as organizações de saúde, produzem relações sociais e sistemas simbólicos que exercem influência sobre o individual, o coletivo, a sociedade e o mundo. Ainda de

acordo com a autora, essas organizações impõem exigências especiais que visam atender às permanentes e complexas necessidades específicas desse setor, onde casos supostamente simples podem comportar riscos não presumíveis.

Estudar as organizações sob a perspectiva simbólica permite identificar um ponto de vista comum e uma história que foi desenvolvida pela instituição ao longo de sua trajetória, e assim entender que as organizações expressam padrões complexos de atividades culturais (MORGAN; FROST; PONDY, 1983). Na abordagem simbólica, os símbolos resultantes das interações sociais precisam ser interpretados e traduzidos para a compreensão de seus significados (CARRIERI; LEITE-DA-SILVA, 2007).

O esquema conceitual também apresenta a construção social da realidade como estando presente em toda a estrutura social. Nesse sentido, pretende-se demonstrar que a vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles, na medida em que forma um mundo coerente (BERGER; LUCKMANN, 1978).

Berger e Luckmann (1978) consideram a relação entre o homem e o mundo social como uma relação dialética, em que o homem, em sua coletividade, e o cotidiano social atuam reciprocamente entre si. Essa realidade, socialmente construída, e também a sua superação, vão além do que pode ser observável, pois, os sujeitos, depois de instituir tal realidade, vivem-na dotada de legalidade própria (PECI; VIEIRA; CLEGG, 2006).

Para Berger e Luckmann (1978), a realidade da vida cotidiana é partilhada com outros, e há uma contínua reciprocidade de atos expressivos simultaneamente acessíveis a ambos (eu e o outro). E isso pode ser claramente visualizado através da interação existente entre os atores de um serviço de *home care*. Essas interações também estão expressas pelas relações de poder, que envolvem também relações de saber.

Para Foucault, o poder são relações de força que são exercidas nas práticas sociais, é algo que não há como alguém possuir, pois não é um objeto concreto, uma propriedade, é sim uma estratégia, uma rede que circula livremente em todos os pontos da estrutura social (SOUZA, 2004).

O objetivo do estudo de Foucault é oferecer uma análise interpretativa do cotidiano, tratando os fatos sociais como coisas (DREYFUS; RABINOW, 1995). Essa análise interpretativa do cotidiano não significa a busca por algo dado, por uma origem, pois para Foucault

[...] a história é feita de rupturas, descontinuidades. A ideia de que a história é algo contínuo, que sempre tende para o progresso, de que existe uma origem a ser descoberta e em cuja origem pode-se encontrar a essência do homem, toda a sua pureza, sua perfeição, enfim, tudo o que prega a metafísica socrático-platônica, é [...] mera ilusão (SOUZA et al, 2006, p.19).

Compreender as relações de saber como uma construção social vinculado à noção de poder é uma perspectiva relevante para entender a realidade da vida cotidiana, e a sua manutenção (VIEIRA et al, 2009). Essa realidade é construída socialmente e a sociologia do conhecimento procura compreender o processo que dirige este fato (BERGER; LUCKMANN, 1978).

Compreender, então, que o serviço de atendimento domiciliar pode ser interpretado de diferentes maneiras pelos atores diretamente envolvidos nesse processo de construção da realidade, é o que justifica esse estudo. Portanto, através da metodologia de pesquisa descrita no próximo tópico, em consonância com o esquema conceitual articulado, pretende-se responder ao seguinte problema proposto: como a interpretação dos aspectos relacionados ao serviço de *home care* se articula nas práticas sociais dos cuidadores familiares e da equipe interdisciplinar?

5 METODOLOGIA

Essa pesquisa foi realizada a partir dos pressupostos do método qualitativo de investigação. Esse método “[...] compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significado” (NEVES, 1996, p. 1). Ainda segundo Neves (1996), essa perspectiva tem por características principais: o caráter descritivo, o enfoque indutivo, o significado das coisas, o ambiente como fonte de dados e o pesquisador como instrumento imprescindível, em suma, desvendar o sentido dos fenômenos sociais. De acordo com Minayo (1988), a pesquisa qualitativa enfatiza, de um lado, a necessidade para fins de análise, e de outro, a necessidade para liberdade de reconhecer as diferentes técnicas e métodos como guias, e prescindir deles quando se tornam obstáculos. Essa autora ainda destaca que essa abordagem trabalha com o universo de significados, aspirações, crenças, motivos, valores e atitudes, aprofundando-se no mundo dos significados dos atos e dos relacionamentos, o que não é perceptível e nem captável em equações e estatísticas.

Segundo Godoy (1995, p. 21), “[...] a abordagem qualitativa, enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques”.

A base teórica de orientação dessa pesquisa foi a fenomenológica. Segundo Triviños (1987), a pesquisa qualitativa de natureza fenomenológica preocupa-se com a descrição das características dos fenômenos sociais. Ainda para esse autor, essas descrições

[...] estão impregnadas dos significados que o ambiente lhes outorga, e como aquelas são produto de uma visão subjetiva, rejeita toda expressão quantitativa, numérica, toda medida. Desta maneira, a interpretação dos resultados surge como a totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno num contexto. Por isso, não é vazia, mas coerente, lógica e consistente (TRIVIÑOS, 1987, p. 128).

Ainda nesse contexto, Creswell (2003) aborda quatro escolas de pensamento filosófico, com suas diferentes alegações de conhecimento, que se constituem em

subsídios para a elaboração de uma pesquisa, a saber: pós-positivismo, construtivismo social, reivindicatória/participatória e pragmatismo. Nesse trabalho, a alegação de conhecimento adotada será o construtivismo social. Segundo Creswell (2003), essa perspectiva está sempre combinada com o interpretativismo, onde o pesquisador busca uma multiplicidade de visões para dar interpretação aos significados que as pessoas têm do mundo cotidiano. Ainda para esse autor, o processo de pesquisa dessa escola de pensamento é sempre qualitativa e indutiva.

Foram considerados sujeitos dessa pesquisa, os profissionais assistenciais de nível superior do *home care* da Unimed Vitória, e os cuidadores familiares dos pacientes atendidos na modalidade de internação domiciliar. Os *loci* da pesquisa foram a sede administrativa da Assistência Domiciliar da Unimed Vitória (ADUVI), onde os profissionais se reúnem para programar os atendimentos, e de onde saem para as visitas, e as residências dos pacientes de internação domiciliar da ADUVI, onde a assistência é prestada. A escolha dessa instituição se deu por ser esse serviço, no estado do Espírito Santo, com maior número de pacientes atendidos e por ter mais tempo de atuação na área, no estado citado.

O projeto desse trabalho foi aprovado na Plataforma Brasil, que é uma base do Ministério da Saúde de registro de pesquisas que envolvem seres humanos. Também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Atenção à Saúde – CIAS/Unimed Vitória, sob o número de parecer 75421 (ANEXO A), só iniciando-se a pesquisa propriamente dita, posteriormente ao consentimento da instituição.

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C), obedecendo aos requisitos estabelecidos pela Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. O objetivo de tal termo foi elucidar aos sujeitos de pesquisa todas as informações pertinentes ao estudo e assegurar-lhes o direito de escolha de participação. Para Marsicano et al (2008), os Comitês de Ética em Pesquisa de todo país insistem exaustivamente nesse termo não somente para informar aos pesquisados o conteúdo da pesquisa, mas sobretudo para esclarecer a sua liberdade de vontade e decisão. Para esses autores, o cumprimento dos padrões éticos preconizados para a execução de pesquisas científicas envolvendo

seres humanos, garante o respeito ao indivíduo e à sua individualidade, além de proporcionar a integridade das pesquisas científicas.

É sabido que problemas podem surgir no percurso metodológico, em virtude do *locus* ser o local de trabalho da pesquisadora, todavia precauções foram observadas e ponderadas. De início fez-se importante considerar que a pesquisadora, embora trabalhe nesse serviço, não tem função assistencial, não tendo contato pessoal direto com as famílias/cuidadores e pacientes, e por esse motivo não houve prejuízo na coleta de dados realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Já em relação à equipe multidisciplinar, por haver contato direto, convívio e relações de chefia/subordinação da pesquisadora com tais membros, foi utilizado como método de coleta de dados o grupo focal, e nesse a pesquisadora não participou diretamente, reduzindo a influência sobre os pesquisados.

Neves (1996) cita alguns dos problemas que podem surgir no percurso de uma pesquisa que adota o método qualitativo, a saber: dificuldades relacionadas à linguagem e expressões simbólicas próprias de determinado grupo social, coleta de dados extremamente trabalhosa e individual, existência de vieses de interpretação, e os métodos de análise ainda não serem bem estabelecidos.

Nesse mesmo âmbito, Triviños (1987) aborda a necessidade do pesquisador permanecer neutro diante de rivalidades, o sentimento de estar marginalizado, a necessidade de envolver-se pessoalmente no grupo pesquisado, a dificuldade de encontrar o informante adequado para a pesquisa e a falta de tempo do informante. Diante disso, Cavedon (2003) faz referência a alguns preceitos imprescindíveis que devem ser considerados nas populações que se constituem objeto de uma pesquisa, pois os mesmos podem pertencer ao mesmo grupo de interação social do pesquisador, ou até mesmo trabalhar na mesma organização, esses princípios são:

- a) direito de serem informados sobre a natureza da pesquisa.
- b) direito de se recusar a participar de uma pesquisa.
- c) direito de preservação de sua intimidade, de acordo com seus padrões culturais.
- d) garantia de que a colaboração prestada à investigação não seja utilizada com o intuito de prejudicar o grupo investigado.
- e) direito de acesso aos resultados da investigação.
- f) direito de autoria das populações sobre sua própria produção cultural (CAVEDON, 2003, p. 156).

Considerando todas as formalidades sugeridas para a execução de uma pesquisa, e a fim de dirimir os problemas que pudessem surgir no percurso dela, a coleta de dados foi realizada em duas etapas.

A primeira etapa foi constituída por meio de pesquisa documental utilizando-se de folders, procedimentos de funcionamento, protocolos e regras de admissão e outros documentos pertinentes para a elaboração da pesquisa. Os documentos analisados através da pesquisa documental, segundo Cavedon (2003), servem para suplementar os dados obtidos no trabalho de campo. A pesquisa documental, segundo Witter (1999, p. 22), “[...] é aquela cujos objetivos ou hipóteses podem ser verificados através da análise de documentos bibliográficos ou não bibliográficos, requerendo metodologias (coleta, organização, análise de dados) compatíveis com os mesmos”. Ainda para esse autor, todos os documentos manuscritos ou impressos como atas, cartas, protocolos e documentos de arquivos são classificados como bibliográficos, enquanto que documentários jornalísticos em televisão, gravações, fotos são considerados como não bibliográficos. Sendo assim, todos os documentos da instituição que foram avaliados foram bibliográficos.

Reforçando as argumentações sobre a pesquisa documental, Godoy (1995) acrescenta como vantagem desse tipo de pesquisa o fato dos documentos serem considerados como uma fonte não reativa, que fornece informações válidas e confiáveis do contexto investigado. Como desvantagem da pesquisa documental, essa autora destaca que a maioria dos documentos não foi feita com o objetivo de fornecer informações para uma investigação social, permitindo vieses de interpretação. Ela ainda ressalta que os documentos não proveem informações comportamentais, que são necessárias para a investigação social, e por esse motivo propôs-se nessa pesquisa identificar tais lacunas não preenchidas pela pesquisa documental, através da realização de entrevistas e grupos focais.

Na segunda etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Para Triviños (1987), a principal técnica de coleta de dados para uma pesquisa qualitativa é a entrevista semiestruturada, que é aquela que a partir de determinados questionamentos básicos é possível oferecer amplo campo de interrogativas. Para o autor, mesmo diante da presença de um entrevistador, através dessa técnica é possível proporcionar liberdade suficiente ao entrevistado, a fim de garantir uma

riqueza de dados para a investigação. O autor ainda orienta pontos importantes a serem considerados na entrevista semiestruturada, a saber: gravar as entrevistas com sua transcrição e análise imediata, manter clima de simpatia recíproca, de confiança, de harmonia e de lealdade mútuas entre pesquisador e informante, transmissão ao informante da sua importância e utilidade, garantindo através da modéstia do pesquisador, a naturalidade e a espontaneidade do entrevistado. Essas entrevistas foram realizadas com os cuidadores familiares dos pacientes atendidos pelo *home care* na modalidade de internação domiciliar.

Para essa pesquisa propôs-se inicialmente entrevistar 10 cuidadores familiares de pacientes em internação domiciliar, e caso não houvesse recorrência nas respostas, esse número aumentaria para 12, e assim subsecutivamente até o alcance de recorrência. Os critérios adotados para escolher os cuidadores familiares foram: envolvimento no cuidado assistencial ao paciente e tempo que exerce a atividade (inferior a 1 ano e superior a 3 anos). A justificativa para a escolha de tais critérios é o fato de muitos cuidadores familiares se comprometerem apenas com a questão financeira ou da rotina da residência, todavia o foco será aquele cuidador que assume funções assistenciais de cuidado ao seu familiar doente. Em relação à demarcação do tempo de exercício da função, visa identificar divergências que podem se associar à sobrecarga, esperança, ou outros fatores determinantes de práticas sociais específicas.

Na modalidade de internação domiciliar, o serviço escolhido atendia durante o período de coleta de dados, um total de 20 pacientes em suas residências. Diante dos critérios estabelecidos para a escolha dos entrevistados, foram selecionados inicialmente 13 cuidadores familiares, todavia, desses, 4 preferiram não participar da pesquisa e 2 perderam seus familiares atendidos por óbito, antes da realização da entrevista agendada, conforme Quadro 1.

PACIENTE	CUIDADOR DIURNO	CUIDADOR NOTURNO	TEMPO	OBSERVAÇÃO
PCT1	não familiar	familiar	-1 ano	Paciente obituou uma semana antes da entrevista agendada
PCT2	não familiar	não familiar	NA	NA
PCT3	não familiar	não familiar	NA	NA
PCT4	não familiar	não familiar	NA	NA
PCT5	CF6	CF6	4 anos	Entrevista realizada
PCT6	CF5	familiar	-1 ano	Só a CF5 aceitou participar
PCT7	CF7	CF7	4 anos	Entrevista realizada
PCT8	não familiar	CF3	3 anos	Entrevista realizada
PCT9	familiar	familiar	2 anos e meio	NA
PCT10	não familiar	familiar	2 anos	NA
PCT11	CF4	familiar	+ 5 anos	Só o CF4 aceitou participar
PCT12	não familiar	familiar	1 ano e 6 meses	NA
PCT13	não familiar	familiar	+ 5 anos	Paciente obituou uma semana antes da entrevista agendada
PCT14	familiar	não familiar	2 anos	NA
PCT15	não familiar	não familiar	NA	NA
PCT16	não familiar	não familiar	NA	NA
PCT17	não familiar	não familiar	NA	NA
PCT18	familiar	familiar	4 anos e 10 meses	Não aceitaram participar
PCT19	não familiar	não familiar	NA	NA
PCT20	CF2	CF1	+ 5 anos	Entrevistas realizadas

Quadro 1 – Cuidadores dos pacientes atendidos na modalidade de internação domiciliar

Fonte: do autor (2013).

Diante do exposto, foram entrevistados 7 cuidadores familiares, identificados pelas letras CF (cuidador familiar), seguida dos números de 1 a 7, conforme Quadro 2, sendo que mesmo com redução do número de entrevistas previstas, foi identificado recorrência nas respostas.

CUIDADOR FAMILIAR ENTREVISTADO	PACIENTE	IDADE DO PACIENTE	GRAU DE PARENTESCO DO ENTREVISTADO COM O PACIENTE	TEMPO QUE CUIDA DO PACIENTE
CF1	PCT20	61	Filha	+ 5 anos
CF2	PCT20	61	Esposo	+ 5 anos
CF3	PCT8	71	Filha	3 anos
CF4	PCT11	21	Pai	+ 5 anos
CF5	PCT6	63	Esposa	- 1 ano
CF6	PCT5	4	Mãe	4 anos
CF7	PCT7	75	Filha	4 anos

Quadro 2 – Cuidadores familiares entrevistados

Fonte: do autor (2013).

Ainda na segunda etapa foram realizados encontros de grupo focal com os profissionais assistenciais de nível superior que atuam nesse serviço, sendo que nesses, a pesquisadora não foi a moderadora, para que não houvesse interferência nos dados. Os profissionais assistenciais de nível médio (técnicos de enfermagem) não foram contemplados nessa pesquisa, visto que se chegou à recorrência das informações entre os diferentes profissionais de saúde, antes de entrevistá-los. Foi contratada uma psicóloga com experiência em realizar grupos focais para a moderação dos grupos, e também tiveram duas observadoras em cada encontro. No período da pesquisa, o serviço possuía um total de 34 profissionais assistenciais de nível superior, a saber: 10 enfermeiros, 11 médicos, 1 psicólogo, 2 assistentes sociais, 2 nutricionistas, 1 fonoaudiólogo e 7 fisioterapeutas. Foi concretizada a proposta inicial desse trabalho de realizar 3 encontros de grupo focal para atingir um mínimo de 24 profissionais. Os profissionais foram escolhidos e convidados de acordo com a disponibilidade de participação nas datas pré-agendadas, devendo ter representantes de mais de 4 categorias profissionais, conforme pode ser verificado no Quadro 3. Esses encontros foram realizados em um auditório externo ao local de trabalho desses profissionais, com duração média de 1 hora e 30 minutos cada encontro, tendo participação efetiva de todos os profissionais, que totalizaram 27. Para efeito de facilitar a compreensão, os profissionais foram identificados pelas letras GF (grupo focal), seguidas dos números de 1 a 3, de acordo com o grupo focal que participou, e das letras iniciais de cada categoria profissional.

PROFISSIONAIS	GRUPO FOCAL 1	GRUPO FOCAL 2	GRUPO FOCAL 3
Assistente social	1	1	-
Enfermeiro	2	3	4
Fisioterapeuta	3	2	1
Fonoaudiólogo	-	-	1
Médico	3	1	2
Nutricionista	1	1	-
Psicólogo	-	-	1

Quadro 3 – Grupos focais

Fonte: do autor (2013).

Em relação ao grupo focal, Flick (2004) defende sua utilização quando se pretende estudar opiniões e atitudes que podem vir a ser considerados como tabus na sociedade. Ele expõe como vantagens desse método a economia de tempo, de custo, a riqueza de dados produzidos por grupos homogêneos ou heterogêneos. Gaskell (2002) orienta a realização do grupo com pessoas dispostas em círculo, em um ambiente confortável, onde o moderador inicia o debate com a sua apresentação, do assunto e da proposta de uma discussão grupal.

Corroborando com as abordagens supracitadas em relação às entrevistas individuais e em grupo, Gaskell (2002, p. 73) afirma que esses tipos de entrevistas “[...] são quase que um convite ao entrevistado para falar longamente, com suas próprias palavras e com tempo para refletir [...]” e assim “[...] o pesquisador pode obter esclarecimentos e acréscimos em pontos importantes com sondagens apropriadas e questionamentos específicos”. Pelo fato das entrevistas serem processos sociais, com interação cooperativa, deve-se levar em consideração que essa prática envolve sentidos e sentimentos diversos que são consequência das diferentes realidades possíveis (GASKELL, 2002).

As entrevistas individuais e dos grupos focais foram realizadas conforme disponibilidade e voluntariedade dos pesquisados, todas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. Após a transcrição das entrevistas, as mesmas foram agrupadas e analisadas dentro de categorias específicas para posterior análise.

Os dados foram analisados posteriormente por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Segundo Bardin (1977, p. 119), através da análise de conteúdo é

possível que os dados sejam organizados e reorganizados sistematicamente, classificando-os em categorias, fornecendo “[...] por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos [...]” que foram coletados. Através do procedimento de análise do conteúdo, os resultados da coleta de dados podem ser agrupados e classificados, propiciando assim a compreensão de significados e de níveis de compartilhamentos organizacionais (SILVA et al, 2006).

Segundo Mozzato e Grzybovski (2011, p. 732), a análise de conteúdo “[...] é uma técnica refinada, que exige muita dedicação, paciência e tempo do pesquisador, o qual tem de se valer da intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição de categorias de análise”. Para essas autoras, essa técnica de análise de dados é potencialmente clara e perspicaz, visto que através da elaboração de esquemas, é possível reduzir o material anteriormente delineado, o que torna a análise mais simples e menos ambígua.

Em relação às categorias de análise, para essa pesquisa foi utilizada o modelo misto, que é aquele que embora sejam selecionadas inicialmente todas as categorias com base nas articulações teóricas, o pesquisador tem liberdade de modificá-las a qualquer momento, em função do que a análise indica (Laville; Dionne, 1999). As categorias de análise configuradas para essa pesquisa inicialmente foram: interpretação emocional do *home care*, interpretação racional do *home care*, relações de poder – família *versus* família, profissionais *versus* profissionais, equipe interdisciplinar *versus* família, mudança de interpretação. Posteriormente à definição das categorias, seguiu-se à fase de tratamento e interpretação dos dados obtidos. Nessa fase, segundo Godoy (1995), o pesquisador procura tornar elementos brutos em dados válidos e significativos. “A interpretação envolve uma visão holística dos fenômenos analisados, demonstrando que os fatos sociais sempre são complexos, históricos, estruturais e dinâmicos” (GODOY, 1995, p. 25).

Arruda (2005) aborda a importância da etapa da interpretação de dados na pesquisa qualitativa, e afirma a presença constante de trabalhos que não atingem o real objetivo, mesmo estando metodologicamente corretos e com dados bem descritos e analisados. O autor justifica tal dificuldade pela escassez literária de clareza e de orientação didática desses procedimentos. Ainda para o autor, a interpretação dos

dados coletados acontece durante toda a pesquisa, e envolve tanto a questão empírica quanto a questão teórica. Para ele, existem aspectos importantes a serem considerados na interpretação, a saber: características do objeto de estudo, características históricas e atuais dos sujeitos da pesquisa, bem como seus conflitos, e características do pesquisador, que deve ter uma boa dose de sensibilidade; outros componentes indispensáveis são a consistência teórica e a revisão bibliográfica, nas quais a interpretação estará apoiada.

Para uma interpretação condizente, Arruda (2005) afirma serem as entrevistas semiestruturadas a preferência para a pesquisa qualitativa, pelo fato dos discursos não serem homogêneos, sendo necessária a análise desses discursos para uma interpretação coerente, além das anotações importantes durante o processo. Resumindo, “[...] a interpretação, para ser plausível e feliz, precisa exercitar a visão holística e integradora que trace a relação dos dados entre si, com o universo/objeto e com grandes categorias do pensamento” (ARRUDA, 2005, p. 254).

Martins (1994) aborda a importância de considerar que o método escolhido pelo pesquisador para desenvolver sua pesquisa não define se uma pesquisa será boa ou ruim, as diferenças de metodologia vêm ao encontro das mudanças de concepções, das mudanças das formas de ver e de assimilar a realidade a ser estudada. O autor considera ainda ser necessário esclarecer que não importa o método escolhido para a realização da pesquisa, e foca na necessidade que este seja descrito, delineado, explicado e justificado para que seja um método válido e de relevância.

O método qualitativo foi considerado o mais apropriado para esta investigação, todavia faz-se necessário elencar algumas limitações possíveis de acontecer no decorrer da pesquisa, das quais, Flick (2004) destaca problemas intrínsecos de entrevistas narrativas, como materiais textuais extensos e interpretações vultuosas, além da complexidade dos dados verbais. Gaskell (2002) evidencia limitações de seleção, e aborda a possibilidade dos entrevistados não serem receptivos ao convite e proposta do entrevistador. Ainda sobre a relação entrevistado / entrevistador, Triviños (1987) destaca a falta de tempo suficiente para atender às necessidades da investigação. Esse autor evidencia outra limitação de informação no que diz respeito

à inibição de alguns entrevistados, em caso de utilização de gravador, sendo necessário não utilizá-lo, não sendo possível obter-se todo o conteúdo da entrevista.

Outra limitação é tratada por Neves (1996) que acrescenta os problemas decorrentes do uso da linguagem na expressão de ideias específicas de grupos sociais específicos. O autor enfatiza a difícil tarefa de identificar e captar símbolos particulares desses grupos. Em relação a essa limitação específica, essa pesquisa apresenta um facilitador pelo fato da pesquisadora participar do grupo social investigado.

Visando situar a pesquisa no contexto teórico explanado até aqui, na próxima seção será apresentado um breve histórico da organização que foi investigada.

6 BREVE HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO LOCUS DA PESQUISA - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR UNIMED VITÓRIA - ADUVI

A coordenadora administrativa do serviço, em entrevista, afirma que o sistema Unimed é uma rede de cooperativas que prestam serviços de saúde em todo o mundo e está presente em 83% do território brasileiro, sendo composto por 367 cooperativas que atendem a mais de 18 milhões de clientes. Dentre os serviços oferecidos está o atendimento domiciliar à saúde.

O serviço de assistência domiciliar da Unimed Vitória (ADUVI) é um serviço de atenção continuada que tem por objetivo proporcionar um ambiente mais confortável para o cuidado do paciente, além de evitar a permanência deste no hospital (VIVER, 2011). Esse serviço foi criado em maio de 1998, em consequência de múltiplos fatores, dos quais é possível destacar: a necessidade de agregação de valores, a solicitação da clientela, a regulamentação dos planos de saúde pelo governo e a necessidade de se criar alternativas para a desospitalização.

Esse serviço é composto por equipe de saúde formada por profissionais de nível superior e nível médio. Durante o período da pesquisa, o serviço possuía um total de 34 profissionais assistenciais de nível superior, a saber: 10 enfermeiros, 11 médicos, 1 psicólogo, 2 assistentes sociais, 2 nutricionistas, 1 fonoaudiólogo e 7 fisioterapeutas, além de 156 técnicos de enfermagem.

Segundo o procedimento de qualidade (UNIMED, 2011, p. 2-3) o serviço da ADUVI atende a pacientes, de acordo com os seguintes critérios:

- Ser usuário da Unimed Vitória, residente na região de abrangência do serviço: Vitória, Vila-Velha, Cariacica e Serra, num raio de 25 km do CIAS;
- Existir vaga disponível;
- Possuir consentimento expresso da família;
- Ter plano SOS - Emergências Médicas;
- Ter concordância formal do Médico Assistente, quando encaminhado pelo mesmo;
- Apresentar, no momento da admissão, resumo clínico completo;
- Estar em alta hospitalar, clinicamente estável, porém necessitando de cuidados para sua completa recuperação ou manutenção clínica;
- Ter familiar ou cuidador designado pelo responsável, para dar continuidade aos cuidados e seguir as orientações necessárias para o bem estar do cliente;
- Estar residindo em domicílio próprio ou de seu responsável legal;
- Não residir em instituição asilar, ou casa de repouso.

A ADUVI atende aos pacientes portadores de doenças que invalidem total ou parcialmente as suas atividades de vida diária (UNIMED, 2011). O serviço classifica seus pacientes de acordo com o quadro e a complexidade clínica dos mesmos, podendo os mesmos ser admitidos nas seguintes modalidades assistenciais (UNIMED, 2011, p. 4-5, grifo nosso):

Internação Domiciliar (adulto e infantil)

A modalidade Internação inclui os clientes com estabilidade clínica que necessitam de procedimentos técnicos específicos (hidratação venosa, ventilação mecânica).

Classificação de Internação Domiciliar:

Alta complexidade: clientes dependentes de ventilação mecânica invasiva e Enfermagem 24 horas.

Média complexidade: clientes que necessitam de acesso venoso periférico ou profundo com infusão de solução contínua e Enfermagem durante este procedimento.

Assistência Domiciliar (Adulto e infantil)

Essa modalidade inclui clientes com demanda para atendimento em caráter domiciliar, programadas e continuadas por meios de ações preventivas e/ou assistenciais com participação da equipe multiprofissional.

O cliente encontra-se com estabilidade clínica, mas necessita de visitas periódicas da equipe de saúde.

Cliente que utiliza ventilação mecânica não invasiva intermitente.

Monitoramento de Clientes com Doenças Crônicas

A entrada no programa de Monitoramento fica restrita aos clientes que já se encontram no programa de Assistência Domiciliar, não sendo incluídos clientes externos. Ao migrar de categoria de Assistência o mesmo deverá, primeiramente, passar pela avaliação do Médico e do Enfermeiro.

Esta modalidade de atendimento contempla clientes que apresentam estabilidade clínica e que, por isso, demandam a visita médica em espaços maiores de tempo, e que já tem cuidadores treinados. Para inclusão nessa modalidade a família do cliente deve estar treinada e ciente das condições do mesmo, bem como sobre a patologia que ele apresenta.

Procedimentos

Modalidade de atendimento que admite clientes somente para conclusão de terapia endovenosa, intramuscular, subcutânea por período determinado ou curativo, com supervisão do Médico solicitante, ora denominado Médico externo, e com demanda apenas da Enfermagem da ADUVI.

Conforme explicitado acima, o foco dessa pesquisa foram os pacientes de internação domiciliar de alta complexidade, cujo contato com o serviço é mais intenso por parte da família e a necessidade de assistência é mais intensiva. Nessa modalidade, o atendimento se dá por equipe de técnicos de enfermagem que permanecem 24 horas na residência do paciente e por visita programada de todos os demais profissionais acima citados.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão descritas as análises, que foram elaboradas a partir dos dados coletados.

7.1 ATENDIMENTO DOMICILIAR E ATENDIMENTO HOSPITALAR: O QUE HÁ DE DIFERENTE?

Foi consenso entre os familiares e os profissionais entrevistados que o atendimento domiciliar e o hospitalar são diferentes, todavia ambos apresentam suas vantagens e desvantagens. Os fragmentos de entrevistas, abaixo citados, revelaram essa articulação.

1. A gente não dá conta disso [manter os mesmos cuidados que em um hospital]. Não só de pessoal, mas de material mesmo (GF 1 AS).
2. [...] (em casa) não é que ele vai receber o mesmo tratamento do hospital. Mas ele vai sair do hospital, a partir do momento que ele está estável [...] (GF 1 ENF).

Obviamente nesse julgar há o entendimento que o simbolismo está presente em cada realidade. Na abordagem simbólica, os símbolos resultantes das interações sociais precisam ser interpretados e traduzidos para a compreensão de seus significados (CARRIERI; LEITE-DA-SILVA, 2007). Os símbolos estão presentes no dia a dia particular e em comunidade, mesmo de maneira imperceptível e inconsciente, todos se utilizam do simbolismo. Para Cavalcanti (2008), os processos simbólicos permitem a interação de diferentes mundos e realidades, sendo assim pode-se afirmar que eles são produtos sociais e históricos.

Ainda nesse contexto, Turner (1990) afirma que as variadas e complexas abordagens simbólicas envolvem os mitos e as culturas, além da multiplicidade de significados, não só no ambiente organizacional, mas também na vida social externa às organizações.

Dessa forma, foi destacado como vantagem da assistência domiciliar, a possibilidade de proporcionar conforto, envolvimento e o convívio do paciente com sua família e com outras pessoas de seu âmbito social.

Em relação ao conforto, foi identificado que estar em casa, é mais confortável e menos desgastante para aquele familiar que precisa estar presente no ambiente hospitalar, indo e vindo. Os trechos a seguir, manifestados pelos respondentes, ilustram esse entendimento.

3. E melhorou o quê? Que antigamente nós tínhamos a preocupação de estar indo pro hospital, vindo do hospital, levar roupa, trazer roupa, lavar, passar, levar, trazer. Aqui não, dentro de casa está aqui, eu pego a roupa dele e lavo, cuido das coisas dele, está aqui debaixo dos meus olhos. Está pertinho de mim, qualquer coisa já corro né? (CF6).

4. A gente consegue ter uma vida com ela aqui em casa. Agora no hospital não. No hospital [...] eu tenho que ir pro hospital, eu tenho que fazer isso, tenho que fazer aquilo, porque tem que estar lá. Então parou a sua vida no hospital. Tem que estar ali. Só ali. Aqui não, você pode ir na cozinha, e você tá ali [...] Você vai no supermercado, volta, minha mãe está ali. Faz essas coisas normais. Em casa, quando está em casa né? (CF1).

Ainda em relação ao conforto, um cuidador familiar, como pode ser verificado no trecho abaixo transcrito, foi enfático ao afirmar que o ambiente hospitalar é mais confortável para ele e não para o paciente, pois considerava o fato de não ter que cuidar da casa, da alimentação e dos horários com o paciente.

5. Pra mim é um hotel o hospital tá? Pra mim o hospital é melhor. Mas para o paciente não. Tá? Porque aqui em casa eu tenho que fazer tudo. Tenho que lavar, eu tenho que cozinhar (risos), tenho que [...] que outros né? E lá no hospital não [...] E eu falo: Não, eu prefiro aqui o hospital. Porque aqui né? nós temos comida, nós temos tudo na mão, tudo no horário certo né? E a gente fica sem fazer nada [...] Quase né? (CF7).

Os profissionais atuantes na assistência domiciliar também identificaram o conforto da família ao manter o paciente hospitalizado, como pode ser constatado nos trechos seguintes.

6. [...] ser cômodo pra ficar no hospital, por que tem sempre alguém vindo sempre alguém ajudando [...] (GF3 ENF).

7. Então doente crônico, no hospital, não, não acontece nada disso. Ela [a esposa do paciente] vai lá bonitinha, arrumadinha. Adora, pra ela a UNIMED [hospital] é um passeio, ela adora! (GF 1 MED).

8. Então, quer dizer, o hospital dá essa falsa liberdade pra família. Por que deixando uma pessoa lá com o cuidador do hospital, o quê que ele vai fazer? Ele vai lá de visita. Já o compromisso em casa ele é muito grande. (GF1 MED).

9. O medo [de desospitalizar] às vezes por ser cômodo também (GF3 MED).

De acordo com os entrevistados, o envolvimento e o convívio social e familiar com o paciente foram destacados como questão propícia e favorável no atendimento domiciliar. Abaixo seguem 4 trechos que evidenciam tal circunstância.

10. E em casa é melhor. Tem mais carinho, tem mais [...] A família envolvida, mais envolvida com ele. Por que hospital não é todo mundo que tem disponibilidade de ir pro hospital, sempre ir visitar. Né? (CF5).

11. Por que no hospital, tem a visita limitada, tem a distância e nem todo mundo está perto. Em casa tem minha sobrinha, criança pode estar perto e não pode ir no hospital (CF1).

12. Então, eu acho que cada caso é um caso. Existe paciente que ele vai pra casa por que ele é um paciente terminal e realmente precisa ficar na família por que não vai ter nada do ponto de vista médico mais pra fazer, e precisa mais de conforto, de dignidade e tudo mais, pra ficar do lado de pessoas queridas, que no hospital você não tem isso toda hora, a todo momento (GF 1 ENF).

13. A maior diferença é a liberdade que a gente tem de estar junto, de estar perto (CF4).

A interpretação da realidade da vida cotidiana está inserida no contexto da existência de cada ser humano. Para Moscovici (2003b), as pessoas estão cercadas por palavras, ideias e imagens, que penetram em cada um de forma impressionante e os atinge de forma inconsciente. Daí resulta o livre arbítrio que formula um juízo do que é ou não considerável.

Nesse sentido, também foi percebido, por diferentes atores, que o ambiente hospitalar apresenta conotações simbólicas que não permitem que o mesmo seja associado a um local agradável e benéfico. Como exemplo, dois respondentes afirmaram o seguinte:

14. [...] o hospital, quando a pessoa vai pro hospital não é uma coisa boa né? É necessidade mesmo (GF 1 ENF).

15. O ambiente hospitalar já é meio [...] É ruim [...] Ah, assim, quando você entra num hospital, o pessoal que tiver ali ou está doente ou está acontecendo alguma coisa errada. Então no hospital você não entra bom.

Você não fica bom, você não vai passear em um hospital né? Quando você está num hospital, é assim, por estar com algum problema. Então, o ambiente já não é [...] É ruim! (CF1).

Esse significado subjetivo dos hospitais sustenta outras interpretações, e segundo um cuidador entrevistado, também influencia a dinâmica de atuação dos profissionais que aí trabalham.

16. A maior diferença do atendimento no hospital e em casa, eu acho que é a falta de carinho. Dos enfermeiros, dos técnicos que estão assim [...] Quando está na domiciliar, as pessoas tratam, não sei se é porque está na residência. Eu sei que o atendimento é melhor. Quando chega lá [no hospital] parece que eles estão tão habituados a, sei lá, já tratar as pessoas, já vê tantas pessoas doentes, tantas pessoas com dores, que parece que eles não ficam sensibilizados entendeu? É normal (CF3).

Um profissional entrevistado ainda enfatiza que, no domicílio, alguns cuidados básicos, como a mudança de decúbito para evitar abertura de feridas, são realizados com mais efetividade do que no ambiente hospitalar.

17. Olha, eu posso te falar uma coisa, existem pacientes que estão há 8 anos em casa sem nem ter uma ferida. Vem pro hospital, e com uma semana, sai com uma ferida. Então, a família entende que em casa, por mais problemas que eles tenham, às vezes ele é mais bem cuidado que no hospital (GF 2 ENF).

Esses aspectos interpretados como positivos acabam prevalecendo, apesar de se reconhecerem aspectos concretos de vantagem e diferencial do atendimento hospitalar, tais como a presença de profissionais médicos 24 horas e de suporte imediato diante de intercorrências clínicas. Tanto cuidadores familiares quanto profissionais identificaram tal distinção, como pode ser conferido nas transcrições seguintes.

18. Por que no hospital, quando ele estava ali, a diferença que existia era qual: Médicos 24h né? Fisio o dia todo né? Fono também tinha de dia; psicóloga sempre ali, que vai ficando com a gente. E, dentro de casa, depois dele tá em casa, a diferença é porque não tem isso né? (CF6).

19. Complementando também, que na UTI né? No setor intensivo o médico tá ali 24 horas. Então qualquer coisinha urgente, se alarmou o aparelho tá ali; a gente não, a gente tem o técnico de enfermagem que fica lá [...] (GF 1 ENF).

20. [...] situações que ocorrem no dia a dia, os imprevistos que em um hospital você tem todo um suporte que na casa infelizmente você não tem. [...] Mas assim, é totalmente diferente do que é realmente a rotina de um hospital (GF3 ENF).

Principalmente para os profissionais entrevistados, a assistência domiciliar apresenta, além da ausência do médico em alguns momentos, outras limitações importantes que interferem diretamente o desempenho de suas funções, sendo a insegurança a consequência dessas limitações. A seguir seguem alguns exemplos manifestados pelos respondentes.

21. [...] a gente esbarra com limitação, família, espaço físico, tempo, trânsito, hora, disponibilidade [...] E a gente tem que fazer o melhor, mas a gente esbarra nessas limitações, e isso faz com que a gente amadureça muito. Por que você tem que lidar com isso. E tem que lidar com isso da melhor maneira possível, pra fazer o melhor possível, que é deixar o paciente vivo. No hospital, você não tem essas limitações, você não tem limitação financeira, você não tem limitação de espaço, você não tem nenhuma limitação da família, por que a família está lá acompanhando, quem toma conta é o clínico, é o médico, é o técnico, entendeu? [...] Ainda até de tempo mesmo, o trânsito. Está dentro da casa, o paciente mora lá em Itacibá, e se o trânsito tiver [...] Só um helicóptero pra chegar [...] então esse tanto de aperto, que tem, de emoção que a gente vive, que tem que fazer o melhor, de cobrança [...] (GF3 FISIO).

22. Por que aqui [domiciliar] é a gente e eles [familiares], lá no hospital não, é a gente e todo mundo. Por que a hora que eu precisar eu tenho a quem chamar. Aqui eu dependo de uma intercorrência entre a gente, eu dependo da boa vontade do acesso, de se deslocar até a residência [...] [no hospital] é só eles atravessarem que eles já estão lá [...] (GF3 ENF).

Segundo Wingeste e Ferraz (2008), o ambiente hospitalar proporciona acesso rápido e pronto a tecnologias e atendimentos de intercorrência, todavia é um ambiente onde a individualidade é perdida, e onde a história de vida do paciente é desconsiderada.

A assistência individualizada ao paciente atendido em domicílio também foi destacada como ponto positivo. Nas instituições hospitalares foi referido haver um número de profissionais insuficiente para o atendimento a todos os pacientes, no tempo desejado. Já no atendimento ao paciente de internação domiciliar, o fato de haver um técnico de enfermagem exclusivo para um paciente, é tido como proveitoso e benéfico. Os trechos que seguem evidenciam essa proposição.

23. A diferença é a seguinte [...] Que no hospital, no hospital é uma coisa. Que no hospital, as enfermeiras têm muita coisa pra olhar. E aqui não, é só dona [se referindo à paciente], no hospital tinha que estar chamando as enfermeiras, tinha que estar chamando os enfermeiros pra aspirar isso e aquilo [...] no hospital era muito paciente e não tinha como atender naquela hora (CF2).

24. É no hospital, é um técnico pra vários pacientes. Acaba você assim, não tendo aquela atenção toda. Acaba que ele chega ali, faz o

procedimento e sai porque ele tem que cuidar de [...] Ele tem seus afazeres né? (CF1).

25. [...] os funcionários não têm só um paciente pra cuidar, às vezes, o hospital tem um técnico pra 5 ou 6 apartamentos, e pra fazer medicação, pra fazer cuidados, pra banho, pra tudo. Sendo que na residência é um familiar ou um cuidador pra um paciente (GF3 ENF).

26. Porque se você tem uma pessoa pra fazer, pra ficar do lado do paciente, enquanto que no hospital você tem dois funcionários pra gerenciar, 2 não digo, mas 5 né? 5 enfermeiros pra olhar 20, 10 ou 20 pacientes, enquanto no domicílio você tem um técnico de enfermagem pra aquele paciente. Então, o conforto realmente pra quem é, pra quem recebe, é muito maior (GF 1 ENF).

Ainda em relação ao atendimento individualizado, destaca-se a humanização no atendimento ao paciente quando este é realizado em seu lar, conforme menção de um dos profissionais que atuam na instituição pesquisada.

27. Aqui a gente trata o paciente com o nome, lá [no hospital] não, é o paciente do L21, do M7, então quer dizer, ele realmente tá ali por um período e aqui não, como você falou, é por um tempo mais prolongado ou melhorar, ou como na grande maioria das vezes, até óbito né? (GF1 ENF).

De acordo com Gioia (1986), todo entendimento humano é essencialmente simbólico por natureza. Esse mesmo autor afirma que os símbolos têm conotações figurativas para estabelecer significado e importância. Ele ainda assegura que apesar dos símbolos serem construídos de forma subjetiva e de acordo com o contexto, tanto eles, como seus respectivos significados são tratados como objetivamente reais, garantindo assim a relevância de suas análises.

Diante dessa afirmação, pode-se concluir que o conceito e a interpretação de um serviço de assistência domiciliar variam entre os atores envolvidos. Na próxima seção esse tema será abordado, reconhecendo, através de trechos transcritos das entrevistas e dos grupos focais, diferentes interpretações de aspectos inerentes ao serviço de *home care*, que cada ator propõe, segundo sua análise pessoal e grupal.

7.2 INTERPRETAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Para Lacerda et al (2006) o modelo de atenção domiciliar proporciona redução de riscos ao paciente. Conseqüentemente a essa redução de riscos, o paciente vive mais tempo se comparado ao paciente atendido no hospital. Foi identificado que esse prolongamento da vida é perceptível aos familiares e aos profissionais que atuam nessa modalidade, e isso pode ser evidenciado nas transcrições que seguem.

28. [...] há pouco tempo [...] a minha mãe perdeu a irmã dela mais nova né? E ela, eu tenho certeza, que ela faleceu porque ela não teve cuidado! Porque assim sabe, porque [...] se ela tivesse um acompanhamento igual minha mãe tem, ela não teria [...] Entendeu? Eu sei disso por que tem a mamãe. Mas eu tenho certeza que se ela tivesse um acompanhamento igual minha mãe tem? Ela estava aqui até hoje sabe? Igual mamãe né? (CF1).

29. [...] a gente prolonga a vida do paciente que a gente tem, a gente presencia isso muitas vezes (GF1 ENF).

30. Tem paciente na domiciliar que eu tenho há 12 anos, que é mais velho que eu. E correm o risco de viverem muito mais de que eu também [risos e confirmação de todo grupo] (GF 1 FISIO).

E essa extensão da sobrevivência dos pacientes atendidos em domicílio, nem sempre é bem visto pelos profissionais, sejam eles atuantes nesse ramo ou não. Inclusive, em alguns casos, é perceptível que opiniões contrárias a tal prolongamento da vida, levam os profissionais a se questionarem dos reais benefícios do atendimento domiciliar. Essa situação é mais bem elucidada através dos trechos transcritos abaixo.

32. Eu honestamente, não acho que *home care* pra isso vai ser lucro. Eu não consigo ver. Não aceito. Eu adoro trabalhar aqui, mas gente, o doente custa muito em morrer. Ele não morre. Eu tenho paciente há 12 anos que está comigo [...] Eu não quero ir pra domiciliar não, eu quero morrer logo (GF1 MED).

33. É muito engraçado, a gente escuta cada dia uma pérola né? [...] Aí quando a gente liga pro SOS, então, assim quando a gente vai pedir uma remoção, eles dizem: mas esse paciente tá vivo ainda? Entendeu? Então, assim, é [...] É bem [...] É engraçado. Acaba até sendo engraçado né? Ouvir isso. Aí a gente pergunta se tá sendo bom pra quem né? (GF1 ENF).

34. Ai, outro dia eu fui conversar com um médico que fez um procedimento em uma paciente nossa, aí ele falou assim comigo, olha o que eu tive que escutar: Mas o quê que vocês querem? [...] Mas você quer o que? Eu fiz esse procedimento pra durar 6 meses no máximo. Vocês querem o que? Os seus pacientes, os pacientes de vocês duram 100 anos. O que vocês querem? Que os pacientes de vocês durem 100 anos? A gente ainda vê isso entendeu? (GF 1 ENF).

35. [falando do que os colegas da UTI falam da domiciliar] vou ver, é da domiciliar né? Aquele vovozinho, todo cheio de escara, todo ferradinho que vocês insistem em manter vivo né? (GF3 FISIO).

E essa é apenas uma das imagens que a atenção domiciliar passa para profissionais de outros setores. O pertencimento a grupos diferentes condicionam os indivíduos a terem representações sociais distintas. Doise (2002, p. 30), define representações sociais como sendo “[...] princípios organizadores das relações simbólicas entre indivíduos e grupos”. Tais representações interferem nas atividades cognitivas e podem condicionar e controlar a realidade de cada ambiente social de forma prescritiva e impactante (MOSCOVICI, 2003b). De acordo com Moscovici (2003b), todas as interações humanas pressupõem representações sociais. Diante dessa afirmação, o autor acrescenta que as pessoas se moldam por tais representações, pois essas são capazes de influenciar e modelar o comportamento do indivíduo em seu contexto social. Isso não significa dizer que o sujeito não tenha espaço de reação e criatividade, mas sim que ele é controlado por tais representações. Nesse sentido, Doise (2002) afirma que os indivíduos mantêm relações com as representações sociais, o que corrobora com o entendimento de participação e não de submissão.

Pelo fato do diferente e complexo perfil clínico dos pacientes atendidos pela assistência domiciliar, existe certo preconceito da equipe assistencial das instituições quando há a necessidade de rehospitalização desses pacientes, como pode ser percebido nas transcrições abaixo.

36. Mas antes de trabalhar aqui eu trabalhei no CTI daqui do hospital. A imagem da domiciliar dentro do CTI é péssima, muito ruim [...] Então, assim, a domiciliar é vinculada com uma imagem de maus cuidados, de descaso. Isso foi uma imagem que eu tive da domiciliar durante muito tempo. Eu só mudei essa imagem depois que eu comecei a trabalhar aqui dentro, e que eu fui vivenciar a realidade, e ver que a coisa é completamente diferente do que falam lá fora (GF3 FISIO).

37. Agora, a minha visão depois, é que eu vejo que, eu tenho a plena certeza que as pessoas realmente precisam saber o quê que é o serviço né? [...] Por incrível que pareça, os nossos pacientes, são os pacientes que eles menos gostam [os outros setores do hospital]. [...] E eu acho que exatamente por desconhecer. E porque eles vêm que, ah! Aquele paciente que vem poliesculhambado. Mas ninguém sabe qual é a história, o trabalho que a gente desenvolve. Porque a gente tem, como citado no início, nós temos famílias resistentes aos cuidados, nós temos os nossos, as nossas barreiras, os nossos obstáculos entendeu? (GF3 ENF).

38. Paciente da domiciliar que vem pro hospital é sempre paciente problema. Nós somos sempre problema (GF3 MED).

39. [falando dos pacientes da assistência domiciliar que precisam ser hospitalizados] Entrou no hospital é isolamento de contato, é isso, é aquilo, é aquela barreira com os nossos pacientes (GF 3 ENF).

Os dados são convergentes com o entendimento de que a assistência domiciliar ainda é uma modalidade de atenção à saúde em ascensão, de acordo com Dal Ben e Gaidzinski (2007) e Bellehumeur et al (2007). Por esse motivo, acredita-se que a divulgação das propostas desse modelo de atenção à saúde ainda não é pleno. Esse fato é relacionado não somente aos profissionais da área de saúde que atuam exclusivamente em hospitais, mas até mesmo aqueles que hoje estão inseridos no âmbito da assistência domiciliar, não tinham conhecimento prévio suficiente do que realmente se tratava um serviço de *home care*. Essa questão pôde ser observada na fala de cuidadores e profissionais.

40. Nunca tinha ouvido falar de assistência domiciliar, nem nos Estados Unidos (CF7).

41. Antes do acidente dela eu nunca tinha ouvido falar sobre assistência a doente em casa, nas condições dela (CF2).

42. Pra mim foi totalmente diferente, por que além de ser novo [...] Eu ouvia falar do *home care*, mas não tinha noção do que era realmente (GF3 ENF).

43. Eu quando vim pra domiciliar, eu já trabalhava na UNIMED em outros serviços, mas eu fui transferida porque o meu serviço acabou. E eu confesso a você que a primeira visita eu nunca esqueci. Eu achei uma ousadia. Que quando eu entrei e olhei um ambiente de internação domiciliar em uma casa, eu pensei, gente essa turma é louca de manter um paciente no respirador, sobre os cuidados de um técnico de enfermagem. Achei ousada a técnica, de assumir aquilo dali. Porque é uma ousadia né? Ela é responsável, ela é chefe do plantão dela, em um domicílio de pessoas leigas. E eu me questionei muitas vezes se eu seria capaz de continuar nesse serviço, porque eu confesso que eu tive medo (GF 1 NUTRI).

Diante disso, os próprios respondentes destacaram que há a necessidade de ampliação desse conhecimento para dentro das instituições hospitalares, facilitando assim a interação profissional entre os serviços.

44. É, eu acho que falta um vínculo maior entre o hospital e a assistência domiciliar. Esse vínculo ele existe, mas existe muito pouco [...] Se já tivesse todo um projeto dentro do hospital sobre a assistência domiciliar para as famílias já ficarem cientes, porque tem essa opção, como é que funciona, eu acho que muita gente não ia estar internado. Muita gente [...] A

assistência domiciliar estar mais presente realmente dentro do hospital e não ser aquela coisa inacessível que a família só fica sabendo quando o médico ou assistente social quer que ela faça, entendeu? (GF3 ENF).

45. O serviço da UNIMED domiciliar, ele é pouco conhecido pelos profissionais do hospital, eu digo isso porque eu fiquei 3 anos no hospital e eu não conhecia a domiciliar. E eu tenho certeza que meus colegas lá de dentro não conhecem a domiciliar. A gente sabe assim, que tem a parte de curativo, que tem a parte de medicação e que tem a parte de paciente internado. Mas como que funciona? Ninguém sabe (GF3 MED).

O desconhecimento do funcionamento de um serviço da assistência domiciliar ainda pode ser considerado um dos motivos da insegurança familiar e até mesmo profissional em desospitalizar o paciente. A representação do hospital como sendo um ambiente de cura, como um espaço propício para soluções em saúde, aliado ao desconhecimento do cuidado em domicílio, dificulta a abordagem que conduz ao processo de alta hospitalar para continuidade do tratamento em casa. Nas falas que seguem fica explícita a insegurança da família e de maneira implícita percebe-se o medo diante da possibilidade de transferência de responsabilidade.

46. No hospital, o quê? A gente passou 7 meses né? De internação. Aí depois, no dia 15 de maio de 2001 minha mãe veio pra casa. Quando mamãe veio pra casa, a gente assim, não tinha ideia do que ia acontecer, nem o que você ia fazer (CF1).

47. [...] mas a família acha que uma vez ele acamado, ela não vai ter mais condição de cuidar e vai deixar. Acaba esses pacientes residentes no hospital, desnecessariamente, que poderiam estar na residência, acaba tendo condição, mas existe essa insegurança de levar pra casa (GF3 ENF).

48. É né? A ideia de hospital parece que aparentemente dá mais segurança à família. E assim, a gente tem que trabalhar isso com as reuniões, que a gente faz reunião de inclusão, a gente tem que passar pra essas pessoas, de que forma nós vamos. Muitas vezes, nessas reuniões a gente escuta assim: Mas é só isso que vocês dão? Não vou tirar meu pai do hospital porque é muito pouco o que vocês oferecem (GF3 PSIC).

49. Mas apesar disso, existe o medo. Tem famílias que se recusa terminantemente em levar o paciente [...] [o grupo todo concorda]. Eu acho que é medo, condição financeira, comodidade [muitos concordam]. Tem que amar muito aquele paciente ou não ter outra alternativa (GF 1 ENF).

50. Acho que o grande desafio é o que a gente tem que conseguir no momento da desospitalização, é passar segurança para aquela família, por que existe muito medo. Eu vou tirar o meu familiar daqui, eu tô aqui perto, qualquer coisa a enfermeira vem. E vocês? Né? Então essa segurança tem que ser crucial (GF3 PSIC).

De acordo com Oguisso (2008, p. 24, tradução nossa) “[...] é evidente que a transferência do paciente do hospital para a casa seja complexo não apenas pela utilização de materiais e equipamentos, mas também pelo aspecto humano, transformando o domicílio do paciente em um verdadeiro hospital virtual”. Diante do exposto, Andrade (2010b), sustenta a concepção de que cada residência deve ser concebida como uma construção social, e não como um lugar físico, pois cada domicílio é particular e único em sua organização, em suas regras de conduta e em seus valores compartilhados.

Considerando as particularidades e as singularidades de cada família e de cada paciente, frente a uma realidade, possivelmente atribuída como não desejável, pode-se inferir que haverá diferentes formas de mudança na rotina desses indivíduos. A próxima seção abordará esse tema.

7.3 MUDANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR

É inegável considerar que o diagnóstico de uma doença é uma crise vital para as famílias, pois, geralmente, o paciente e a família não estão preparados para as mudanças, pois as doenças exigem novos modos de enfrentamento, modificações nas autodefinições da família e períodos intensos de adaptação (DUARTE; DIOGO, 2005).

Foi perceptível, ao longo da análise das narrativas, que ter um parente sendo cuidado em domicílio tende a ser um processo difícil para a família, principalmente pelas rotinas que são modificadas pela necessidade de comprometimento do tempo para cuidar (WINGESTE; FERRAZ, 2008). Quando um paciente é tratado em seu domicílio, mudanças ocorrem nesse ambiente, e essas modificações se estendem às rotinas familiares já estabelecidas. Os trechos seguintes evidenciam tal sentença.

51. Eu estava há 12 anos fora e o quê que eu tive que fazer [...] Ligaram pra mim e disseram que ela estava assim, assim e assim [...] Ela falava na época, era é assim: semiacamada. Ai eu fui, aí eu e meu esposo nós conversamos e como que é? Vamos mandar ela pra casa de repouso, vamos mandar ela pra onde? Porque ela precisa de cuidado né? Ai eu falei assim, não! Eu vou voltar pro Brasil e vou cuidar dela. Não é [...] Eu morava em Boston, morei lá por 12 anos (CF7).

52. [...] então você está na casa da pessoa, alterando a dinâmica daquela casa, e querendo que eles aceitem muito bem isso (GF 1 FISIO).

53. [...] famílias que são extremamente desgastadas com essa rotina, que às vezes, desestrutura o próprio ambiente familiar (GF3 FISIO).

Dentre as mudanças que ocorrem, foi identificada a perda da privacidade familiar dentro da residência. Essa “privação” à qual o cuidado de um parente doente submete seu cuidador familiar pode ser evidenciada nas transcrições das entrevistas realizadas.

54. Porque às vezes a gente tem, assim, o momento da gente, de família. E, às vezes é complicado, você quer conversar, ou quer discutir e sempre tem alguém de fora na sua casa. É como eu já falei, eu não tenho um cômodo, um lugar na minha casa que eu possa entrar e discutir ali. Tem que ser discutido perto de quem está aqui. Não tem como esconder. Não é? (CF2).

55. Bom, no momento que eu fiquei sabendo da assistência domiciliar que viria acompanhar meu filho né? No momento que eu fiquei sabendo, eu fiquei meio assim, preocupada né? De ter pessoas diferentes na minha casa, e tirar minha liberdade e tudo mais (CF6).

56. Nós não somos uma família normal. Não somos normais. Normal não, porque nem todas as famílias têm uma mãe acamada em casa e uma equipe de enfermagem em casa. Então, você tem que assim, você tem que saber que você tem uma rotina diferente de outras pessoas. Então você tem que se adaptar a essa rotina [...] Na adaptação dessa rotina, é aquilo, em casa a gente pode ter até uma discussão, mas tem que entrar pra dentro dum quarto e falar ali. Você não pode falar alto e você, um tem que conter. Se a pessoa chegar e ficar mais exaltado o outro tem que ficar quieto, depois conversar e olha não pode acontecer isso, a gente tem pessoas diferentes em casa [...] (CF1).

A equipe de saúde compartilha dessa interpretação, como pode ser evidenciado abaixo.

57. Eu acho que realmente as famílias [...] se sentem um pouco violadas né? Porque a gente entra na casa das pessoas, a gente começa a mandar a onde a gente não deve, entendeu? Então a gente começa a participar das coisas que a família, muitas vezes ela não te vê como só médico, ela quer que você resolva um problema que muitas vezes quer passar pra você uma responsabilidade que é da família. Entendeu? (GF1 MED).

58. São quatro pessoas né? Que ficam 24 horas revezando na residência, é uma invasão de privacidade muito grande no domicílio (GF3 ENF).

59. E outra coisa, é que você tá invadindo a casa de um paciente [...] (GF 1 MED).

60. Então, tem coisas que a gente às vezes tem que passar por cima, Às vezes a gente tem que fingir que não ouviu alguma coisa, porque a gente tem que se dar bem com a família. Porque eu estou entrando lá no domicílio dele [...] o hospital [...] eles [a família] estão teoricamente no nosso espaço. Lá não, a gente está invadindo a casa da família (GF 2 ENF).

A rotina de trabalho dos familiares cuidadores que assumem ter um paciente sendo tratado em domicílio também é abalada. Silva e Acker (2007) identificaram em um estudo realizado com cuidadores familiares de pacientes assistidos em domicílio, que muitos deles abandonaram suas profissões e empregos, pois não conseguiam conciliar as duas atividades. Essa condição também foi percebida nas entrevistas realizadas.

61. A nossa forma de trabalho mudou. Por que antes assim, a gente trabalha, a gente era diarista, entendeu? Então eu trabalhava todo dia, de segunda a sábado e ela [a esposa] também [...] Mas aí com o tempo a gente foi percebendo que a gente precisava trabalhar e ela também precisava. Aí a gente começou a, a procurar meios pra, pra tá todos os dois em casa [...] Um dia ela, um dia eu. Sempre alternando. Foi essa a maior mudança de rotina. Foi se adaptar a ele né? Ao sistema de vida que ele precisava. (CF4).

62. E eu relaciono isso com o acidente dela. Porque eu não fui trabalhar mais. Eu não pude trabalhar. É [...] Às vezes eu estou lá cortando um cabelo aí alguém me chama [...] Seu [se referindo ao cuidador] vem cá virar dona [se referindo à paciente], seu [se referindo ao cuidador] vem cá levantar dona [se referindo à paciente] [...] (CF 2).

63. E, assim, a [refere-se à mãe do paciente] teve que abrir mão do emprego dela (CF4).

64. Pra você ter ideia [...] a minha vida parou. Minha vida parou, mas parou completamente. Lá no trabalho [...] Ixiii [.]. Parou a minha vida. Então, eu me dedico a ela [paciente] (CF 2).

Conseqüentemente a essa mudança, os desafios de se ter um parente doente sendo cuidado em casa também atinge o âmbito econômico. Foi assim destacado pelos entrevistados que as questões financeiras também impactam e modificam a rotina familiar.

65. Antes do acidente eu ganhava X, depois do acidente, caiu, mas caiu com força [...] Depois [...] No acidente eu ganhava 3 mil, 4 mil, 5 mil, depois do acidente caiu por mais da metade a nossa situação financeira [...] (CF 2).

66. Então quem está vivendo esse problema não tem mais vida, não pode sair de casa, tem que ter uma pessoa que cuide se você sair, não pode depender de um parente pra fazer um favor, você tem que contratar, então é muito gasto. Então, tudo isso vai depender de disponibilidade né? Que no fundo acaba em disponibilidade financeira principalmente, da família pra

poder aderir ao que você tá ensinando, ao que você está tentando passar daquilo que você sabe (GF 1 ENF).

67. [...] o aprisionamento que o doente crônico leva. Do custo que não é barato... O custo de manter um paciente em casa não é baixo. Mesmo de internação não é baixo. Que tem impacto em energia elétrica e outros impactos que existem (GF 1 MED).

68. E quando isso é explicado pra família na reunião de adesão de que não existe isso, de que a família vai ter que arcar financeiramente, é um estresse né? (GF3 MED).

69. A gente têm famílias pobres, e se a gente botar na ponta do lápis quanto custa um paciente em casa, é difícil. É fralda, é medicação, energia elétrica. Aí o paciente tá acamado, tem a demanda de lavar roupa [...] o paciente com sonda, que não conseguiu ainda a dieta no SUS, tem que comprar e é caro (GF 2 ENF).

Percebeu-se ainda que a vida social desses familiares também é afetada significativamente, uma vez que ter um paciente sendo assistido em casa, demanda cuidado, vigilância e acompanhamento contínuo. As narrativas abaixo destacam tal situação.

70. Então quem está vivendo esse problema não tem mais vida, não pode sair de casa, tem que ter uma pessoa que cuide se você sair (GF 1 ENF).

71. Por que a nossa rotina mudou, tipo assim, a minha e da minha irmã... A minha principalmente porque eu como estou aqui com ela... É assim, eu não posso sair à noite, eu não faço compromissos à noite, só assim, dias de sexta e sábado. É os dois dias que eu posso sair (CF3).

72. Até então nós ficamos, foi exatamente 10 anos sem poder sair pra canto nenhum. Nós dois né? Por exemplo, se eu tivesse que viajar, ela [a esposa] ficava e eu saía. Se eu precisasse visitar meus familiares, ou ela, a gente fazia essa inversão (CF4).

73. Então acaba assim, você não tendo vida social e nem nada (CF1).

Não só a vida social sofre o prejuízo ao manter-se um paciente em casa, como também o relacionamento conjugal pode ser afetado, como foi mencionado por um cuidador entrevistado.

74. Mas é assim, essa rotina [...] Entendeu? Ela (a esposa) tá trabalhando hoje, eu estou em casa. À noite eu saio, ela chega. Amanhã eu estou trabalhando, no outro ela está em casa, entendeu? (CF4).

Sena et al (2006) destaca o desgaste físico dos cuidadores ao assumir o cuidado no domicílio, ao afirmar que a jornada de trabalho deles não têm princípio e nem fim, ou

seja, trata-se de uma jornada contínua com responsabilidades de tarefas diversificadas. Essa sobrecarga física dos cuidadores familiares também foi percebida na fala dos entrevistados.

75. [...] 25 horas, não 24 horas que eu tomo conta dela. O tempo todo dedicado a ela. Larguei a minha vida pra cuidar dela (CF7).

76. Minha casa tem 180 m² e eu limpo sozinha. É lavar roupa dele, que e muita roupa né? É fazer comida, é limpar chão. Tudo sou eu. Envolve muito eu, naquele serviço. Então, eu não tenho muito tempo [...] Aí eu cochilo ali [aponta para a cama] e acordo, cochilo e acordo um monte de vez. Tanto que eu nem durmo direito mais. Por que [...] é parte do trabalho, sai do quarto, entra no quarto. Antes meu quartinho eu fechava e ficava pra lá né? Trancada no quarto. Hoje não. Hoje eu tenho que [...] Fico ali participando de tudo. Não tem problema não, faz parte (CF5).

77. Ai eu fico agitada, porque é minha filha, é o bebê, é almoço, é a [refere-se à irmã do paciente] pra ir pra escola, é olhar o [refere-se ao paciente], é ensinar a técnica de enfermagem, é ir lá ver como que ele tá, é aspirar [...] Ó, é tudo isso pro meu dia a dia. Tem dia que é bem corrido. Né? (CF6).

78. Até porque é uma rotina muito cansativa. Os nossos pacientes são pacientes que estão, que necessitam de cuidados né? São pacientes crônicos, são acamados. Então isso requer da família, um cuidado maior, uma atenção maior (GF3 FISIO).

79. [...] mas pela história de vida dos pacientes que, a gente vai conhecendo e tentando ajudar a administrar essa rotina tão dura de ter um paciente acamado, dependente, em casa (GF 1 AS).

E essa sobrecarga também se estende à equipe de saúde que atende esse paciente.

80. Eu acho que o atendimento domiciliar é um avanço. Muitos desafios, mas um avanço. Eu acho que o beneficiado da história é o paciente. Por que o restante, todo mundo fica estrupiado. Família, a equipe, todo mundo (GF 1 ENF).

Machado, Freitas e Jorge (2007) afirmam que a sobrecarga de trabalho dispensada ao responsável pelo cuidado em domicílio, de um familiar, implica em significativo impacto não somente físico e social, mas também emocional. Essas autoras ainda afirmam que o desgaste emocional é decorrente do despreparo técnico e emocional para exercer as atividades que lhe são designadas. As famílias entrevistadas também foram e são afetadas emocionalmente pelo fato de ter em casa um parente dependente de cuidados, e isso pode ser verificado abaixo.

81. Ó é difícil tá? Você tem que né [...] Por que pra mim foi um susto! Porque eu deixei ela [...] bem né? Ótima, saudável, trabalhava, a vida toda cuidando de tudo né? Sempre preocupava com tudo né? Quando chego encontro a pessoas em cima numa cama, acamada, não fala, não se mexe mais nem nada, aí pra você ver foi um choque! Eu pirei! Tá? (CF7).

82. Ah, eu faço o que eu posso fazer durante o dia com o [se refere ao paciente] [...] E quando eu estou bem, eu faço as coisas que eu tenho que fazer dentro de casa, mas nem sempre eu estou bem né? Porque eu preciso também fazer um tratamento na minha vida. Mas, assim, no dia-a-dia que você vive [...] você vive inteiramente a sua vida pra o paciente, para aquela pessoa. Você não tem mais vida própria, né? A vida da gente ela acaba sendo em torno da pessoa a qual você cuida (CF6).

83. Se eu não tomar remédio, pra controlar meu estresse do dia-a-dia eu acho que eu nem estava viva mais, pelo que eu já passei. Ai eles já me perguntaram: Como você dorme? Você dorme tranquila? Eu falei: eu apago (CF6).

84. Fala pra mim: Ah, nós pensamos no paciente. E eu não vejo que tem que pensar só no paciente. Eu acho que tem que pensar em mim também. Por que além de eu ter esse problema, essa situação na qual eu vivo, você sabe que não é fácil, eu já tenho os meus problemas de saúde. Que as vezes eu me preocupo com minha saúde. Que eu peço a Deus que ele acrescenta os meus anos de vida. Eu peço a Deus que ele me permita ver o meu filho crescer. Porque eu tenho muito medo de partir, e deixar os meus filhos assim. Principalmente o [refere ao paciente] que é uma jóia preciosa na minha vida. Os meus filhos né? Mas o [refere ao paciente] em especial, porque ele é especial (CF6).

Esse desgaste físico e emocional das famílias pode interferir em médio e longo prazo no cuidado com os pacientes. Os profissionais da equipe de saúde identificaram e destacaram a queda no desempenho assistencial dos cuidadores, quando estes permanecem por tempo prolongado nessa atividade.

85. Então todo mundo vai na residência pra orientar, treinar e educar essa pessoa que vai realizar os cuidados. Só que é uma rotina diária, é uma rotina cansativa, entendeu? Então assim, às vezes a gente chega a um ponto que a gente não consegue mais desenvolver o trabalho [...] É uma família cansada, uma família desestruturada, com o desgaste do tempo. Às vezes inicia um trabalho muito bom, mas que vai se perdendo ao longo do tempo [...] (GF3 FISIO).

86. Ocorre um desgaste maior por conta da família porque, porque eles vão ver que o paciente crônico não é por um mês, uma semana, é pro resto da vida daquele paciente (GF 1 ENF).

87. Ela (esposa do paciente) falou assim, que daqui a uns dias ela vai ficar doente por causa dele [...] (GF 1 MED).

Esse desgaste também pode ser explicado pela falta de ajuda de outras pessoas para o cuidado com esses pacientes. Nas falas dos cuidadores abaixo fica implícita

a interpretação da obrigação/imposição do cuidar do familiar, pois, muitas vezes, não há possibilidade de escolha para assumir o cuidado.

88. Os irmãos, todo mundo: Ah! Nós temos trabalho, nós temos família né? [...] Só somos nós e eu fiquei pra cuidar dela (CF7).

89. Ah, me sinto abandonada por parte dos meu irmãos, do meu pai, às vezes da minha mãe [...] (CF6).

90. Todo mundo ajuda. Mas é mais eu né? Porque eu fico mais em casa. Você vê, eu estou aqui sozinha né? (CF5).

Em alguns casos, há ajuda, mas sempre fica um cuidador sobrecarregado, que é aquele que mais assume, durante a maior parte do tempo, a responsabilidade pelo cuidado de seu ente querido.

91. Assim a nossa família não é muito grande não. Que é eu, minha mãe e meus irmãos. Apesar que eles não estão aqui, mas eles estão presentes assim de tá ligando [...] Minha irmã agora todo final de semana ela vem pra cá. Tipo assim, ai o quê que a gente faz [...] Final de semana ai eu já durmo um pouquinho até mais tarde e é ela quem levanta mais cedo pra ajudar [...] De madrugada se precisar [...] (CF3).

Foi identificado também que alguns membros das famílias se revezam no cuidado, tentando assim evitar a sobrecarga de um único cuidador.

92. Eu tenho uma neta que chega meio dia e dez do colégio. Ela estuda né? [...] Tem 16 anos, e ela me ajuda, e ajuda a equipe também. Se tiver que virar o avô, ela ajuda a virar. Tenho um filho também que no plantão da [refere à técnica de enfermagem] ele que dá o banho, ajuda a dar o banho. Amanhã minha filha está em casa e é ela que ajuda a cuidar. E a noite a gente reveza né? (CF5).

93. A família aqui em casa a gente fazia assim, revezamento né? Tinha os horários de cada um né? Que nem a minha irmã num horário, meu pai no outro. Porque tem banho, tem tudo assim, acaba te envolvendo de tal forma que você assim, nem via o tempo passar né? Ai vai passando dias e tal [...] (CF1).

94. Não tenho ajuda de mais ninguém, é só eu e ela [a esposa], e o [refere-se ao filho - irmão do paciente] que tá agora ajudando também, porque já tá com, vai fazer 16 anos. E ele assim já interage com ele, já tá nessa fase de [...] Se ele perguntar alguma coisa, ele já sabe desenvolver (CF4).

95. Ah, eu faço o que eu posso fazer durante o dia com o [paciente]. Eu ajudo no banho, quando não é eu é o pai dele. E quando eu estou bem, eu faço as coisas que eu tenho que fazer dentro de casa, mas nem sempre eu estou bem né? (CF6).

96. Às vezes quem me ajuda a cuidar é [...] Outro dia mesmo, foi minha mãe. Eu não estava muito bem, ela ajuda a dar banho no [paciente]. Às vezes minha cunhada, quando eu saio (CF6).

Corroborando com o que foi exposto nos fragmentos acima, Brondani (2008) afirma que a necessidade de (re) organização para o cuidado de uma pessoa doente em seu lar altera grande parte da dinâmica dessa família. Ainda nessa perspectiva, Sena et al (2006) destaca que o processo de cuidar em domicílio prejudica a vida social, emocional, financeira e espiritual do cuidador, em virtude das exigências do cuidar do outro.

Diante do que foi apresentado em relação às mudanças que ocorrem na dinâmica familiar, conclui-se que o cuidado de um parente tendo o domicílio como cenário, demanda atenção ininterrupta e dedicação constante. Tanto cuidadores familiares, quanto profissionais de saúde que atuam nessa modalidade compartilham essa representação social. Esse fato corrobora com a afirmação de Doise (2002, p.30), quando este afirma que as representações sociais “se constroem nas relações de comunicação que supõem referentes ou pontos de referência comuns aos indivíduos ou grupos implicados” em trocas simbólicas.

Martins et al (2009, p. 560) consideram que o cuidado familiar é um fenômeno social e dinâmico, “mediado por ações e interações, contradições e conflitos, valores e sentimentos”. Em suma, os aspectos simbólicos que permeiam o dia a dia de cada família determinam as práticas sociais nas diferentes formas de cuidar.

O cuidar em *home care* envolve o relacionamento interpessoal entre a família, o paciente e os profissionais de saúde, dentro da estrutura de uma residência, lócus esse, não pertencente a todos os envolvidos. As construções sociais desenvolvidas pelas dificuldades decorrentes desse cuidado aliadas às necessidades de aprimoramento assistencial do cuidador frente a uma nova realidade, evoca uma conexão social. Fica assim subentendido que nesse vínculo social podem existir relações de poder expressas de formas diversas. Esse tema será abordado na próxima seção.

7.4 RELAÇÕES DE PODER

Para Foucault, o poder é conceituado como relações de força que são exercidas nas práticas sociais, como algo que não há como alguém possuir, pois não é um objeto concreto, uma propriedade, é sim uma estratégia, uma rede que circula livremente em todos os pontos da estrutura social (SOUZA, 2004). Essa concepção de poder desenvolvida por Foucault se diferencia de algo definido, identificável, localizável e manipulável, tratando-se de algo que se exerce e não que se possui, e que suas relações não podem se constituir sem a interação conjunta com o campo de saber (FONSECA, 2007). Para Dreyfus e Rabinow (1995, p.242), as relações de poder, na análise foucaultiana, se exercem através da produção e da troca de signos, não somente entre parceiros, mas se tratando de um “[...] modo de ação de alguns sobre outros [...]”, conduzindo condutas e ordenando probabilidades sobre sujeitos livres. Ainda para os autores, não se trata de uma estrutura que pode se manter ou se quebrar, trata-se de algo que se elabora, se transforma e se organiza. Diante do que fora acima exposto, foram identificadas essas relações de poder, em que a equipe de saúde da assistência domiciliar exerce sobre a família do paciente atendido nesse serviço, como pode ser verificado abaixo.

97. Eu já conheço o trabalho de vocês. Eu sei quem você é. Já é uma pessoa preparada. Eu tenho que respeitar você né? A partir do momento que eu entreguei minha mãe pra vocês [...] Então né? Eu tenho que respeitar vocês (CF7).

98. Todos da equipe são um apoio e, assim, uma segurança que você tem que o negocio está indo bem, que está cuidando bem [...] Como você é leigo no assunto, vocês aí são experts né? Então a gente assim [...] A gente assim [...] Igual falou: ah, é X! A gente: Ah é né, é isso mesmo, então vamos fazer isso. Então, acaba que como você não estudou, como você não sabe, então você tem que ter um apoio. Porque se não né? E assim, você tem medo de fazer coisa errada né? (CF1).

99. [...] mas eles acabam colocando a gente como, é o porto seguro [...] a gente acaba entrando na família, e eles colocando na gente uma pessoa de referência pra eles, é uma segurança, é sim, a gente acaba sendo um porto seguro pra eles (GF3 ENF).

100. Quando eu tenho problema com a equipe eu não vou, assim, brigar... Eu chego e pergunto: Ó que não sou enfermeira, mas isso assim e assim tá certo? É assim que tem que ser assim? Por que às vezes tem coisa que eu num entendo, eu num sou enfermeira né? Sou leiga naquele negócio de enfermagem (CF5).

101. Olha, eu prefiro mais é ficar calado quando tem problemas com a equipe (CF1).

Em contrapartida, a família também exerce poder sobre a equipe assistencial. Esse fato corrobora com a declaração de Foucault (2000), quando este afirma que as relações de poder são exercidas sobre cada sujeito e esse mesmo sujeito exerce tal poder sobre os outros. As transcrições que seguem atestam essa sentença.

102. Mas na hora que está trabalhando [o técnico de enfermagem], não sabe se faz ou se olha pra TV? Aí eu chamo atenção. Pode ter certeza. (CF5).

103. Mas depois que a gente está lá na casa do doente, que a família se sente amparada por você entendeu? Vê você como um [...] como Deus e o diabo se me permite a palavra, porque, por exemplo, se você não faz também aquilo que eles querem, eles se viram contra você entendeu? (GF 1 MED).

104. Um enfermeiro ele está ali, ele acompanha diretamente todo o caso do paciente, todas as ligações que a gente recebe, todas são direcionadas ao enfermeiro, pra tentar resolver os problemas, né? E solucionar, porque o que eles querem é a solução dos problemas, é tentar resolver e, assim, um enfermeiro ele está ligado, é, assim, nosso, a nossa meta é uma visita mensal. Só que ultimamente né? A família tem se mostrando tão solicitantes que às vezes a gente faz três visitas mensais entendeu? (GF 1 ENF).

105. É difícil também por que são famílias extremamente estressadas e que é difícil a gente lidar com isso (GF1 ENF).

A equipe assistencial necessita diretamente da parceria e do apoio da família para que o paciente se mantenha em bom estado clínico, e nesse caso vislumbra-se a relação de poder que a família exerce sobre tal equipe. Essa dependência da equipe de saúde para o seguimento de suas responsabilidades com o paciente demonstra a relação de poder que a família exerce, mesmo inconscientemente, sobre tal equipe. Nesse contexto, Silva (2007) declara que os indivíduos, consciente e inconscientemente, estão envolvidos por uma lógica de poder. Podemos afirmar essa maneira involuntária da família em exercer relação de poder sobre a equipe, visto que só foi mencionada tal dependência pelos profissionais e não pela família, como segue.

106. Mas mesmo se fossemos 100%, nós dependemos muito dessa parceria com família [...] Nós temos caráter educacional, então nós dependemos muito dessa parceria. Então se a gente fizer orientação e ela não for seguida, não vai adiantar. [...] eu vejo que a gente depende muito dessa parceria com família e cuidadores que às vezes são muito limitados,

às vezes são analfabetos, a família não tem às vezes como contratar ou são cuidadores leigos (GF 1 FISIO).

107. Ai, a gente tem que tentar apaziguar a família e a equipe, e conversar com o familiar né? Pra tentar manter um respeito também. Mas às vezes é difícil, tem familiares que são muito difíceis (GF 1 MED).

108. A gente depara muito com família muito resistente né? Não cumpre as orientações da gente, o que a gente acha que é correto e muitas vezes ele acha que não. Aí você volta lá e está do mesmo jeito, não seguiram sua orientação. Às vezes você tem que dar um puxão de orelha [...] (GF3 MED).

A facilidade de acesso a informações nos dias atuais fornece subsídios para que as famílias exerçam relações de poder, nesse caso, já de forma consciente e intencional, sobre os profissionais de uma equipe de saúde, no que diz respeito aos conhecimentos específicos de cada área profissional.

109. [...] quanto às famílias, eu acho que tem uma dificuldade enorme, até porque [...] hoje existe uma falta de respeito muito grande né? Com a equipe de saúde. Hoje todo mundo abre o *google* sabe um pouco e então se sente apto a questionar algumas condutas suas e isso obriga a gente também, porque eu também entendo isso com um aprendizado, de ter uma firmeza absurda. Você tem que subir no banquinho e falar assim, não é isso e peitar a família muitas vezes de uma forma, até chegar ao ponto de se discutir, que eu acho que é uma situação máxima né? Então, você profissional, na domiciliar não pode ter um minuto de fraqueza, você tem que tá sempre firme, sabendo muito bem o que tá fazendo. Mesmo que fale bobagem, fale com firmeza, se não você é engolido por alguém da família. Porque hoje todo mundo conversa um pouquinho de saúde, mesmo que seu embasamento seja a revista *Tititi* ou o *Fantástico*. Então acho que isso é um aprendizado, essa maturidade, vêm aos poucos, eu acho que quem começa sofre pra caramba, como eu sofri. Eu não entendi o serviço. E eu acho que 10 anos eu já consigo uma maturidade profissional pra entender e viver isso sem abalar tanto. Por que se não, da vontade de chorar, de nunca mais entrar dentro daquela família e encarar o pai de um paciente que acha que entende muito mais do que eu já sei. Então, e acho que isso é aprendizado. Isso não acontece só com a nutricionista que teoricamente a hierarquia é menor, acontece com médico, enfermeiro, fisioterapeuta. Acontece com todo mundo. Então, eu acho que esse é o maior drama (GF 1 NUTRI).

110. A mudança gera ônus também né? Dificuldades né? Antes era 60 [pacientes] né? Exigia-se menos por desconhecer. A partir do momento que você conhece, aí você já quer o [...] Sei lá [...] Você acha que poderia, não a sonda não, eu quero um bóton. Né? Aí já começa, eu não quero esse saturímetro aqui porque ele é de remoção, eu quero aquele que fica ali paradinho, quadradinho; eu fiquei sabendo que a vizinha tem isso [...] Então, as pessoas vão exigindo e a tendência é tentar acompanhar (GF1 FISIO).

O fato de o atendimento ser feito na residência do paciente, ou seja, no ambiente dele, possibilita também ao familiar exercer relações de poder sobre a equipe assistencial de saúde, como enfatizado por vários profissionais.

111. Acho que a gente tem que medir muito as palavras, é [...] Por que tudo o que você fala, você está dentro da casa dele, você tem que respeitar a rotina dele. Então não existe aquela questão assim, o banho vai ser dado de manhã, isto vai ser dado neste horário. Se ele é acostumado a ficar sempre acordado de noite e dormir de dia, sempre foi esse habito deles na residência, a gente tem que respeitar. Claro que tentando ajustar com o que a gente pode fazer, orientando sempre o que é benéfico pro paciente. Agora a gente não pode exigir que uma coisa seja feita, se eles nunca fizeram, se é rotina dele. É a gente tenta [...] (GF3 ENF).

112. Realmente tem que ver que o ambiente não é seu, você é médica mas não é você que manda ali, é a família que manda. Você tá dentro da casa dele né? Tem que aceitar as regras daquela casa (GF 2 MED).

113. Você em casa, como já foi falado, quem manda é a família, e você se adapta à rotina na família, pra você prover dentro daquela rotina, o que é melhor para ser feito (GF 2 FISIO).

Outra forma pela qual as famílias exercem poder sobre a equipe de saúde, é em relação às ameaças de pleito judicial. A judicialização da saúde tem sido realidade crescente nos dias atuais, como afirma Marques (2008). Essa autora acrescenta que o exercício do direito à saúde vem ganhando contornos nunca antes vivenciados, e pelo fato do Poder Judiciário não poder adiar ou deixar sem resposta, casos urgentes relacionados à vida ou minimização do sofrimento do cidadão, muitas dessas decisões têm sido trágicas e desnecessárias. A garantia social efetiva do direito à saúde, caucionada pela Constituição Federal de 1988, atrelada ao emergencialismo das decisões, permitem aos familiares se utilizarem de manifestações intimidatórias para exercer poder sobre a equipe multiprofissional assistencial. Os fragmentos abaixo comprovam essa constatação.

114. Eu acho que uma forma que a gente vem também observando, é que as pessoas agora, tudo pra elas é justiça, tudo é processo, tudo é juiz. Então em algumas determinadas situações, a gente faz o máximo também pra se respaldar. Então, assim, a gente faz tudo direito, mas tudo escrito, pra no caso de algum processo, a gente ter o respaldo: Ó aqui foi feito, estava aqui, fulano foi, o médico foi, o enfermeiro foi, o que a gente poderia fazer foi feito. Então, porque as pessoas acham que agora a justiça resolve tudo (GF3 ENF).

115. Agora, qualquer coisa que a família pede e você fala não, não tem indicação, não precisa fazer. Mesmo porque qualquer coisa depois é advogado, é processo, é canetinha [...] (GF3 MED).

116. Mas você tem que saber conversar, por que dependendo da família, se você fala "a", eles usam seu argumento pra entrar na justiça (GF3 FONON).

Parafrazeando Foucault (1999, p. 35), quando este afirma que “[...] o poder se exerce em rede e, nessa rede, não só os indivíduos circulam, mas estão sempre em posição de serem submetidos a esse poder e também exercê-lo [...]”, é possível referir que os cuidadores familiares do paciente assistido, também são alvos dessa relações de poder. E no caso demonstrado abaixo, os membros da própria família exercem tal poder sobre aqueles que assumem a responsabilidade do cuidado do ente querido enfermo.

117. Mas você tem um instinto. Né? E sempre assim, na família, sempre um se sobressai, sempre um. Aí aqui em casa eles me elegeram como eu sei tudo. Mas eu não sabia de nada (CF1).

118. Os irmãos, todo mundo: Ah! Nós temos trabalho, nós temos família né? Só somos nós e eu fiquei pra cuidar dela (CF7).

Ainda analisando os mesmos grupos sociais, é possível identificar o exercício das relações de poder também entre os membros da equipe assistencial, como seguem nos trechos abaixo.

119. E o relacionamento com a equipe, vira e mexe a gente tem dificuldades mesmo e, fica um insatisfeito, o outro fica satisfeito, e a gente não consegue, a equipe tá muito grande, a gente cresceu muito, e eu acho só que precisa crescer mais, junto com a demanda que também cresceu muito rápido de 60 pacientes passamos pra 300. Então acaba infelizmente, isso acaba gerando, a equipe também de enfermagem, acaba gerando um pouco de desavenças mesmo, mas não uma desavença pessoal, mas é por não conseguir, às vezes querer fazer a coisa certa e perder um pouco o rumo do negócio (GF 1 FST).

120. Você manda um técnico de enfermagem pra um domicílio, você é capeta [...] final de semana vocês não têm noção, pra você mandar um técnico de enfermagem da rota para o treinamento, ele sai xingando até a sua terceira geração. Então, se você tiver muita cumplicidade você não tem autonomia (GF 2 ENF).

121. Vou usar uma fala de um técnico de enfermagem que usou comigo esses dias, que quando ele veio e fez o treinamento e agora ele foi pra casa, antes ele tinha a sensação assim: Meu Deus, eu vou ficar sozinho numa residência, vão me abandonar lá, eu vou ficar com o paciente sozinho. E depois que ele foi pro domicílio ele viu o quanto que não só, o quanto o paciente é monitorado, mas que o tempo todo tem um médico, tem um enfermeiro, que ele pode ligar a qualquer momento, que fisio vai lá com mais frequência durante a semana. Então, assim, que ele tinha a sensação de que seria abandonado, mas que não foi. Que ele tá 24 horas ali com um suporte né? Sendo assistido né? (GF 1 ENF).

122. O meu trabalho também é difícil também por que os técnicos de enfermagem são pessoas com o temperamento. Não estão, não são acostumados às vezes a lidar também com aquelas situações. O técnico de

enfermagem é um profissional que às vezes também são limitados também, situações até de estudo. Então, tem dificuldade de algum entendimento. Então acho que a gente acaba vivenciando muito conflito e tentando sempre apaziguar (GF1 ENF).

E também entre a equipe assistencial e a equipe administrativa que coordena tal serviço, principalmente no que diz respeito à escassez de recurso humano e à sobrecarga de atividade de alguns profissionais.

123. Dificuldade tem. Dificuldade de material humano tem. Hoje tem um serviço enorme que continua só com duas nutricionistas, então é uma distribuição de uma nutricionista pra 140 pacientes. Então humanamente isso é impossível, até por que a carga horaria ela é reduzida. Né? Então eu acho que a gente faz milagre. Eu acho que a gente faz milagre, e milagre não é por que a gente tem uma nutricionista [cita o nome da nutricionista] e uma [cita o nome da outra nutricionista], por que tem um olhar de nutricionista da [cita o nome da fisioterapeuta], tem um olhar de nutricionista da [cita o nome da enfermeira] da [cita o nome da outra enfermeira]. Eu acho que de qualquer forma pode talvez ser cada um por si, mas eu acho que o olhar ele é diferenciado de quem trabalha na domiciliar. E, eu acho que a gente, por essa amizade, todo mundo vive muito a mesma dificuldade a gente acaba se ajudando. Por que não é incomum, a [cita o nome da enfermeira] entrar num domicílio e falar alguma conduta de nutrição. Porque precisa, porque a [cita o nome da nutricionista] não vai conseguir sair em 140 domicílios (GF 1 NUTRI).

Na análise dos dados dessa pesquisa, alusivos ao tema de relações de poder, levou-se em consideração a afirmação de Foucault de que

[...] as relações de poder se enraízam no conjunto da rede social. Isto não significa, contudo, que haja um princípio de poder, primeiro e fundamental, que domina até o menor elemento da sociedade; mas que há, a partir desta possibilidade de ação sobre a ação dos outros (que é coextensiva a toda relação social), múltiplas formas de disparidade individual, de objetivos, de determinada aplicação do poder sobre nós mesmos e sobre os outros, de institucionalização mais ou menos setorial ou global, organização mais ou menos refletida, que definem forma diferentes de poder (Foucault, 1995, p. 247).

E ainda a proposição de Berger e Luckmann (1978) de que a estrutura social é um elemento essencial da realidade da vida cotidiana, pois esta é partilhada com outros indivíduos, havendo um intercâmbio contínuo entre a minha expressividade e a do outro, e a reciprocidade dessas expressões são simultaneamente acessíveis a ambos (eu e o outro).

Nesse sentido, pretendeu-se através dessa articulação conceitual e dos exemplos de relações de poder com a construção social da realidade, compreender que as articulações entre as interpretações dos aspectos relacionados ao serviço de

atendimento domiciliar à saúde são e estão influenciadas e persuadidas pelas práticas sociais das famílias e da equipe de saúde. Pormenorizando esse contexto inter-relacional, o tema equipe será abordado no próximo segmento dessa análise e discussão de dados.

7.5 TRABALHO EM EQUIPE EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

O tema equipe abordado nesse estudo considera a coexistência e a interação de diferentes pessoas, cujas realidades sociais foram estabelecidas historicamente no contexto singular de cada um, conforme define Araújo e Rocha (2007). Ainda para esses autores, o trabalho em equipe nos serviços de saúde é relevante, principalmente, pela abordagem integral do cuidado, pois a soma de olhares de diferentes profissionais que compõem uma equipe interdisciplinar possibilita que a prática de um profissional se reconstrua e se complemente na prática do outro. Esse conceito de trabalho em equipe é compreendido pelos atores do *locus* pesquisado, como segue nas transcrições abaixo.

124. Eu acho que o paciente de domicílio exige mais da gente, que veja ele como um todo. Eu vou lá pra fazer minha parte de fonoaudiologia, mas eu vejo que uma parte da família ou até do próprio paciente que precise de um psicólogo. Então é por isso que essa parte do trabalho interdisciplinar é muito importante. Ai eu vou e vejo uma ferida que tá abrindo, eu tenho que falar com a enfermeira né? Tipo assim, se eu vou lá e faço só a minha parte, e deixo o paciente lá, vejo que precisa da fisio e não sinalizo, aí assim [...] (GF3 FONO).

125. Eu acho que nenhum problema a gente consegue resolver sozinho. Todo profissional, por mais que seja assim um problema, vamos supor, do enfermeiro, eu nunca consigo resolver sozinha. Sempre preciso da ajuda de algum outro profissional, ou de mais do que um. É impossível eu resolver sozinha. [...] Eu acho que nunca eu consegui. Nunca até. Sempre eu tive que ter ajuda de alguém, a opinião de alguém. Até num problema que seja o mais simples possível, a gente sempre procura pedir opinião, em como abordar, como resolver. Então sempre com alguém, nunca sozinho. Por isso que eu acho interessante a equipe [...] (GF 1 ENF).

126. É diferente de um hospital, porque em um hospital, a gente está cada um por si [...] Trabalhar na domiciliar é trabalhar em conjunto né? É trabalhar em coletivo (GF 2 ENF).

127. Cada um de nós faz esse serviço, e cada um na sua particularidade faz o melhor, com todas as dificuldades, um apoiando o outro apesar de todas

as diferenças, mas a intenção é única: Que o paciente fique bem (GF 1 NUTRI).

128. E aqui na domiciliar, como já havia dito, eu pude ver efetivamente o que a gente ouve tanto falar, às vezes, do lado de fora, em equipe multidisciplinar e tudo. Creio que interdisciplinar seria o mais correto exatamente. E aqui, efetivamente a gente vê isso [...] no geral a gente é aliado, a gente quer um bem comum. O bem do paciente, daquela família (GF 2 NUTRI).

As transcrições acima substanciam a afirmação de Andrade (2010a, p. 11) de que adoção de uma postura interdisciplinar significa a possibilidade de atuação de diferentes profissionais, “[...] no qual a busca do uno não desconsidera a multiplicidade de formas de ver e analisar determinado fenômeno [...] e requer também um espaço onde os saberes técnico científicos não se sobreponham e sim se complementem [...]” para um objetivo comum. Mesmo havendo o conhecimento da postura interdisciplinar, as transcrições 124 e 125 demonstram que esse conceito não é de todo compreendido, pois há a prevalência do “eu”, e não do “nós”. Várias categorias profissionais trabalhando em prol de um objetivo é multidisciplinar e não interdisciplinar.

O fato de considerar uma equipe como sendo formada por pessoas, conseqüentemente envolve diferenças e especificidades próprias que podem interferir no processo de trabalho, a saber, “[...] gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais, e por fim, interesses próprios” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 463). Essa declaração foi destacada por um dos respondentes, como pode ser verificado no trecho 127. Os trechos 127 e 128 também corroboram com o entendimento de Leme (2005), de que a estruturação de uma equipe de saúde em assistência domiciliar deve ter por objetivo a atuação conjunta de diversos profissionais, dentro de suas áreas de competência individual, interagindo entre si, e não interferindo nas áreas específicas, a fim de se atingir o bem-estar físico, psíquico e social do paciente assistido.

Foi pontuado por um dos participantes de um grupo focal que a assistência domiciliar é um ambiente de trabalho onde se experimenta com veemência a interação em equipe.

129. Uma coisa que a gente vê é o aprender a trabalhar em equipe, acho que é o local onde mais a gente mais tem que trabalhar em equipe, onde a equipe tem que ter uma interação de todos os profissionais que estão envolvidos no cuidado do paciente na assistência (GF1 MED).

Outro tópico observado nesta pesquisa, em relação ao tema equipe, foi a cumplicidade existente entre os membros que atuam nesse trabalho coletivo. Foi identificado que o vínculo cotidiano e a interdependência/inter-relação entre os profissionais aproximam-nos de tal forma, que segundo algumas transcrições, pode-se perceber a construção de símbolos para a definição do trabalho em equipe como família, confiança e convivência. Os exemplos abaixo demonstram essa construção simbólica.

130. A domiciliar é uma família, tem os seus problemas, as suas dificuldades, mas é um ambiente muito bom da gente trabalhar e lidar com a família mesmo no domicílio (GF1 FISIO).

131. Na verdade eu acho que até o relacionamento, assim, por a gente, a maioria das pessoas já trabalham há muito tempo juntos, mas todos os que chegaram recentes, assim, é presenciaram visitas e tudo, a gente costuma falar, a forma que a gente costuma falar com as famílias. Então, algumas situações, a gente recebe uma ligação de um familiar, e um coloca assim: fulano veio na minha casa e falou isso. A gente fala assim: não, eu tenho certeza que ela não falou isso. Porque as falas já são tão próximas, tão certas do que, eu tenho certeza do que a [citando o nome da enfermeira] falaria num domicílio, eu tenho certeza do que [citando o nome da fisioterapeuta] orientaria algum procedimento a ser feito, que quando a família tenta deturpar isso daí, a gente já sabe que isso não é real. Tão integrado assim (GF3 ENF).

Andrade (2010a) afirma que a prática interdisciplinar depende de uma linguagem comum que facilite o entendimento entre os variados campos do saber. Ainda nesse contexto, Peduzzi (1998) considera que o trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo, estabelecida em uma relação de reciprocidade entre as intervenções técnicas e a interação de cada profissional, e ainda, que essa articulação só é possível por meio da comunicação, isto é, por meio da mediação simbólica da linguagem. Tal comunicação foi evidenciada como essencial no trabalho em equipe dos membros pesquisados, como por exemplo:

132. Eu acho que a comunicação é uma coisa essencial, é a palavra chave da equipe multidisciplinar, da equipe profissional né? Mas que também assim, muitas vezes a gente não consegue né? Então assim, um profissional vai pra lá, o outro tá pra cá né? Então assim, muitas vezes essa comunicação falha um pouco. Mas o primordial é assim, a comunicação é a palavra chave do serviço. Entendeu? (GF 1 ENF).

133. Eu vejo uma atuação, como enfermeira eu estou falando, eu vejo uma atuação muito maior por que você tem mais autonomia. Isso. Exatamente. Tanto você como enfermeira no seu serviço, como você enfermeira dentro da equipe entendeu? A minha relação com o médico do home care é totalmente diferente da minha relação com um médico dentro da UTI. Até por que assim a gente desenvolve um trabalho, uma confiança... Eu, por exemplo, se eu vou em um domicílio eu tenho que observar tudo porque ali sou eu. Sou eu que estou vendo aquele paciente. Dentro de uma UTI, sou eu, o médico, o [...] está todo mundo ali como alguém já falou. É todo mundo, se eu deixar uma coisinha passar, imperceptível, eu tenho certeza que o colega do lado não. Mas agora, eu na residência, quando eu vou ver o paciente, eu não posso deixar passar nada. E o que eu faço pro meu médico, eu vejo uma confiança muito no médico em acreditar no que eu estou falando. Entendeu? Eu acho isso muito legal aqui no home care. O que eu falo pra ele, ele confia em mim e confia no meu trabalho. E às vezes a gente não encontra isso em outros locais (GF3 ENF).

Foi observado ainda que o trabalhar em equipe de saúde em um serviço de assistência domiciliar pode envolver a rejeição de convicções profissionais, principalmente pelo sentimento de impotência diante das complexidades, particularidades e dificuldades de um serviço de *home care*, e isso pode ser evidenciado nas transcrições seguintes.

134. Eu penso assim, no meu papel de psicóloga, na frustração da atuação do psicólogo, de ambas as partes. Então, eu precisava de alguma coisa a mais, eu precisava de um entendimento maior de que o papel do psicólogo não é simplesmente de apagar incêndio, é de entender o contexto, é de lidar com isso. E eu não tenho quase nunca tempo suficiente e, assim, condição suficiente pra isso. Isso gera uma frustração. Ai alguém: ah, mas eu já falei com a psicóloga e não adiantou nada. E outra: eu já pedi pra psicóloga ir a esse domicílio, mas ela não foi, ou ela acha que não precisa ir, enfim. Então, quer dizer, é uma coisa que ficou um pouco indefinida pra equipe. Então, essa é a maior dificuldade, eu passo uma imagem de que eu não quis resolver, eu não quis ir, eu me acomodei, ou enfim, não é assim, e a gente sabe que não é assim. Mas é difícil passar isso muitas vezes, entendeu? (GF3 PSIC).

135. Olha eu posso dizer que pra eu executar essa tarefa eu preciso abrir mão de convicções, assim, da psicologia [...] Porque que nem sempre eu tenho privacidade pra conversar com esse paciente, é nem sempre eu tenho local ideal, eu tenho que lidar com as interferências, as variáveis dentro do domicílio. E pra minha profissão eu precisaria de ter aquele momento muito de, muito pessoal dele, e eu nem sempre consigo, raramente eu consigo (GF 3 PSIC).

136 O trabalho que é feito aqui com fisioterapia, ainda mais pra mim que passei, e eu gosto dessa área respiratória, não dá pra fazer aqui, é impossível, não tem como. E isso gera uma frustração em todos nós, que nós conversamos já de fisioterapia. Então, pra nós, até a gente mesmo entender que não dá pra acompanhar, quando eu entendo que não dá pra fazer o que a gente gostaria de fazer, eu passo a compreender que o que a gente faz é muito bom dentro do que a gente pode fazer. Porque os pacientes de ventilação são crônicos, mas quando você tá dentro do hospital, que você quer diminuir um parâmetro, a parte respiratória, é você

tem que acompanhar, você tem que ir medindo, você tem que acompanhar. Aqui não tem como fazer isso (GF3 FISIO).

137. Pra fisio também é complicado, pelos mesmos motivos [...] A gente não tem o perfil de reabilitação, e todo mundo pensa em fisioterapia igual fisioterapia de clínica, muito exercício e aparelho, e isso. E não é o trabalho que a gente faz aqui, os pacientes não têm esse perfil, a maioria não é esse perfil. E você fazer isso dentro da casa, com a expectativa da família. Porque as visitas, por exemplo, de outros profissionais, eu vejo, até porque é assim mesmo né? São mais rápidas, e a fisio, a expectativa deles, é o oposto, é que você fique lá, que você reabilite, que você fique mais tempo. E não é o local ideal, a gente não consegue [...] não está você e o paciente, está você, o paciente e a família. Então você lida com a expectativa do paciente e de todo mundo que está em volta dele (GF3 FISIO).

As doenças mais frequentes nos atendimentos em domicílio são as consideradas crônicas como hipertensão, câncer, sequela de derrame, Alzheimer e esclerose, enfermidades estas provenientes do envelhecimento da população, segundo Bonomi (2006). Lahan (2010) afirma que ter uma doença crônica significa não haver expectativa de cura, e com isso sobrevêm algumas consequências como angústia, sentimento de injustiça ou de culpa, autoestima e autoimagem prejudicadas, prejuízos financeiros, implicações psíquicas, vergonha relativa à deficiência do corpo, sentimento de negação, entre outras. Esse autor refere que tais consequências são inerentes ao paciente, todavia foi percebido, em especial nas transcrições 134 a 137, que tais sentimentos também podem atingir os profissionais que assistem esses pacientes.

É sabido que o modelo hegemônico de cuidados à saúde é fundamentado na doença (SILVA et al, 2005), e em consequência disso, a cura ainda simboliza o objetivo principal dos profissionais da saúde diante da doença. Pensando nisso, o cuidar, o palear e o confortar, ações que alicerçam o tratamento as doenças crônicas, ainda não são realidades totalmente consolidadas no meio profissional. Acrescenta-se a essa questão o fato do domicílio não ser o território natural da atuação dos profissionais de saúde (SCHWONKE et al, 2008).

Diante das especificidades do atendimento domiciliar, a próxima seção, em integração com as seções anteriores de análise dos dados, arremata a proposta de resposta ao problema de pesquisa: como a interpretação dos aspectos relacionados ao serviço de *home care* se articula nas práticas sociais dos cuidadores familiares e da equipe de saúde? Através da análise das “diferenças identificadas entre assistência domiciliar e hospitalar”, da descrição simbólica do “significado dessa

modalidade de atendimento”, da identificação das “mudanças que esse serviço proporciona nas famílias dos pacientes acompanhados”, do reconhecimento das “relações de poder” envolvidas nessa interação e através do sentido de “trabalho em equipe” para essa proposta de atenção à saúde, é possível referir que as práticas sociais dos envolvidos se relacionam com diversas consequências. Essas consequências serão apresentadas a seguir.

7.6 CONSEQUÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR PARA OS ATORES ENVOLVIDOS NESSA REALIDADE

A interpretação da realidade da vida cotidiana insere-se no contexto da existência de cada ser humano. De acordo com Moscovici (2003b), todas as pessoas estão cercadas por palavras, ideias e imagens, que penetram em cada um de forma impressionante e os atinge de forma inconsciente. Ainda para esse autor, as interações humanas pressupõem representações sociais. Inferindo-se dessa conclusão que a realidade interpretada abrange toda a vida social do indivíduo.

Diante dessa afirmação, pode-se concluir que a realidade vivenciada pelos atores envolvidos em um atendimento de assistência domiciliar, modela as representações e influencia o comportamento dessas pessoas. Para efeito de compreensão, definimos tais modelagens de consequências do atendimento domiciliar. Várias consequências foram identificadas, e dentre elas, o envolvimento da equipe com a família se destacou, como segue nas falas dos profissionais dessa equipe.

138. É difícil por que eu acho que como a gente vai na casa do paciente, acho que a gente acaba se apegando à família como um todo, não é só o paciente ali, a gente vê situações da família em si, a gente presencia briga, presencia o momento de confraternização. Então nisso a gente se apega, a gente vê as dificuldades e facilidades da família né? (GF 1 ENF).

139. Em casa, às vezes somos nós a família do paciente, que ele fica lá, sozinho no quarto, acompanhada por uma pessoa que a família quase nem vai lá, e essa pessoa toma conta da casa e toma conta do paciente. Aí você vê assim que é um paciente mais sozinho, e que às vezes a gente acaba sendo a família do paciente. Nem sempre a realidade de o paciente ir pra casa é ter a família do lado o tempo inteiro. Aquela coisa de ir pra casa nem sempre é a melhor coisa pro paciente. Às vezes lá no hospital ele estava melhor do que ir pra casa né? Olhando por esse lado (GF3 MED).

140. Depois que eu entrei na domiciliar, minha vida mudou completamente! A gente não tem noção do quão complexo é. A gente acaba se envolvendo com a família né? A gente realmente vive a realidade daquela família. Quando você está dentro do hospital, é ali. E quando você está na casa da pessoa, você vê toda a situação mesmo, social, tudo. Você acaba vivendo tudo aquilo ali (GF3 MED).

141. E a gente, acaba se vendo também, porque tanto a gente vive essa situação como a própria família às vezes insere a gente nisso mesmo. Então, às vezes você está numa visita, ou você convive, eles te inserem no cotidiano mesmo, na vida deles, na rotina deles. Então você fica muito, você vive a realidade com a família. Ao mesmo tempo que eles brigam com você, e eles brigam mesmo, discute com você, ao mesmo tempo está te elogiando e tá [...] É como se fosse uma família [...] A grande maioria das minhas residências, eu me sinto muito inserida mesmo, exatamente por isso. É na hora de brigar, na hora de elogiar, na hora de rir, na hora de chorar, é tudo assim, a gente se faz muito presente [...] Então, de chegar, eu abrir a porta e a esposa do paciente já tá de braços abertos chorando pra me abraçar, por que precisa conversar muito comigo (GF3 ENF).

142. E a gente é tão chegado às famílias, que as famílias são nossos amigos de *facebook* [...] aniversário a gente vai [...] você não cuida só do doente, acaba se envolvendo com a família, que tá todo mundo fragilizado e a gente acaba virando amigo das pessoas (família) (GF 2 ENF).

Outra questão destacada, também pela equipe, foi o crescimento profissional dos mesmos. As declarações abaixo demonstram essa sentença:

143. Então a gente tem uma amplitude de conhecimento que a gente nunca vai adquirir em livro, eu acho que é só quem está aqui, quem vivencia essas situações [...] a grande parte científica que a gente aprende muito, muito realmente com esses pacientes. Porque ele tem muitas doenças, do ponto de vista de doenças neurológicas, doenças degenerativas. E esse conhecimento a gente tem é lidando. Eu acho que o aprendizado foi e ainda é muito grande. Por que sempre surge alguma coisa pra gente aprender mais. O lidar com os colegas eu acho que também a gente cresce muito (GF1 MED).

144. Mas o que eu ia falar é que de aprendizado, que a gente tem muito, muito no serviço, que a gente leva pra nossa vida diária, é segurança. Você se torna uma pessoa muito mais segura, diante de um paciente grave. Como por quê? Porque os nossos pacientes não tem uma doença só. Né? Como todo mundo falou (GF 1 MED).

145. Então eu acho um trabalho muito difícil né? Mas é prazeroso. Eu gosto muito, até pelo aprendizado que a gente tem. Eu não aprendo só com a família, eu não aprendo só com o técnico, eu aprendo com o médico diariamente, eu aprendo com a nutrição, com a fisioterapia, sempre tem uma informação nova que é pra gente é profissionalmente é muito importante né? (GF 1 ENF).

146. Eu acho que de positivo pra mim nisso tudo pra mim é o aprendizado. Eu acho que não estaria em outro lugar que eu conseguisse aprender tanto até por que um profissional da domiciliar, ele precisa ter um olhar muito aguçado pra tudo (GF 1 NUTRI).

O crescimento pessoal da equipe também foi destaque, como pode ser confirmado nas transcrições abaixo.

147. Ao mesmo tempo a gente aprende também a ter tolerância, paciência, por que eu acho que precisa uma enorme paciência pra lidar com os pacientes tá? Porque é um envolvimento familiar, cuidador, é muita gente envolvida em todos os aspectos dessa inter-relação tá? Então eu acho que em termos de conhecimento, não só conhecimento científico, mas conhecimento humano. [...] Tolerância, paciência entendeu? Lidar muito de perto com esse sentimento de perda, do aprisionamento que o doente crônico leva (GF1 MED).

148. É um aprendizado tanto quanto profissional e como pessoa (GF3 ENF).

149. E é até perceptível pra mim, é a caminhada desses profissionais que chegaram depois de mim, e como tudo começou, de que forma chegam e daqui a pouco o crescimento deles de viver, até de experiência de vida, de sonhos e tudo mais. Mas a gente percebe como as coisas vão crescendo, num processo de crescimento pessoal. Entendeu? É interessante isso porque acaba que pra gente ter um trabalho assim, equipe, com tanta diversidade de hábitos, de convicções e de experiências, a gente consegue ver que em alguns momentos, isso é de alguma forma, amadurecido e cresce. Ai a gente consegue tá falando, discutindo, dialogando, de uma forma mais, como eu diria, civilizada não, de uma forma mais fácil, de uma forma mais fluente. Entendeu? (GF3 PSIC).

150. O que quê mudou na vida de vocês depois que vocês passaram? Mudou muito. Por que a gente valoriza muita coisa que a gente não valorizava antes [...] (GF3 ENF).

151. Eu acho que passar pela domiciliar é um crescimento muito profissional, trabalha muito com improvisado e é você e você. E é crescimento pessoal (GF3 ENF).

As consequências identificadas nas famílias desses pacientes foram principalmente as relacionadas com o descanso com a ajuda da equipe de técnicos de enfermagem em atendimento 24 horas em suas residências. Abaixo seguem alguns trechos que salientam tal afirmação.

152. Hoje, depois assim, que tem a ajuda da assistência domiciliar né? Assim, dos técnicos, aí a vida começou assim, mesmo tendo mamãe especial, a vida começou a entrar nos seus eixos num tem? A gente começou a ter vida social que antes a gente não tinha. Hoje eu posso sair, posso ir na igreja, eu posso ir na pizzaria, hoje você pode assim, pedir alguém pra ficar acompanhando o técnico. Você tá com um telefone celular e tal né? Não saio muito longe, a gente não sai. Assim uma pizzaria mais, assim, uma mais próxima né? Ah, se vai no shopping, ah, tem o Praia da Costa que é o perto [...] (CF1).

153. Mas foi agora, depois dos técnicos em casa. Então, assim, ficou nessa parte, eu achei assim, que foi um divisor de águas (CF1).

154. Até que chegou o momento que a equipe começou a fazer assistência, a equipe da UNIMED, ai que foi assim, me facilitando (CF2).

155. E foi passando, até que chegou a equipe que é agora. Tipo assim, em vista... Nossa! Agora eu tô à toa, tipo assim (CF3).

Abordando a diminuição do peso de se ter um parente sendo assistido em casa, os trechos 152 a 155 demonstram um suporte concreto oferecido por uma equipe de saúde que se responsabiliza pelos cuidados diários desse paciente, reduzindo a sobrecarga física desses familiares. Ainda nessa abordagem de alívio da carga, foi observado que a espiritualidade também atua como sustentáculo diante da realidade de doença, vivenciada por esses familiares.

O tema espiritualidade, apesar de inicialmente não ter sido foco dessa pesquisa, foi abordado por vários familiares, como suporte para o cuidado com o paciente em domicílio.

A espiritualidade identificada na fala dos familiares é a que Kovács (2007, p. 246) define como “a busca pela compreensão do sentido da vida, da transcendência”, diferenciando de religiosidade, de seguir a um dogma. Essa mesma autora afirma que o sofrimento facilita e possibilita o indivíduo a buscar tal sentido para a vida. E são essas pontuações que nos permitiram identificar a consequência de se ter um parente sendo cuidado em casa: a construção de uma realidade em que o indivíduo mantém uma ligação com uma figura divina ou força superior. Essa interação, simbolicamente, oferece um suporte emocional às famílias. Seguem abaixo transcrições das falas de vários cuidadores familiares.

156. Peço muito a Deus que me dê força. Porque só ele pra me dar força né? Pra eu passar por tudo que eu passo [...] Às vezes eu espero alguém que entre por essa porta e me diz uma palavra de conforto, mas eu não tenho. Ai onde eu me conforto é no meu quarto, só com Deus [...] Porque, o [refere ao paciente] na verdade, como todo mundo sabe, o [paciente] tá na mão de Deus, a vida do meu filho tá na mão de Deus (CF6).

157. Não é fácil [...] A vida sem problema não é bom! Tem que ter problema pra gente ter história pra contar [...] Então, a gente tem que agradecer a Deus [...] Bom, bom, bom não é. Porque ela [paciente] tá [...] Eu queria que ela tivesse andando com nós aqui [...] Mas ela não tá. Tem que só agradecer a Deus! E eu fico feliz. Fico feliz! [...] Deus me deu saúde pra eu ficar perto dela (CF2).

158. Tem uma coisa mais de Deus mesmo né? Pra ajudar a gente assim a superar essa parte assim, porque a gente mesmo não sabe (CF1).

159. [...] porque se ela esta sofrendo isso é porque Deus vai dar força pra ela superar [...] Mas às vezes da tristeza quando ela chora, e a gente não sabe assim [...] Ela fala que não tá com dor que não tá com nada. E eu acho que ela fica até pedindo a Deus pra levar ela. Às vezes assim [...] Ai dá tristeza. E a gente sempre em oração né? Se for da vontade de Deus, que a esperança [...] É igual ela fala né: Enquanto houver suspiro há de haver esperança. E é nisso que a gente acredita (CF3).

160. Porque a fé, ela aumenta o, como é que fala? O sistema de defesa do próprio paciente, aumenta a autoestima. Então ele fica bem [...] Ele é movido a emoções né? Se você fala com ele hoje, vai chover e você não vai na igreja, ele fica aborrecido (CF4).

O envolvimento de equipe/família, o crescimento profissional e pessoal e a espiritualidade identificados nesse tópico, corroboram para a compreensão da construção dos sentidos de cada um diante dessa modalidade de atenção à saúde.

Em relação a essa pesquisa, foi considerado que os familiares e a equipe de saúde, atores esses, envolvidos em assistência domiciliar, apresentavam diferentes práticas sociais, expressas pelas diversas representações sociais. Oliveira (2010b) declara que as representações sociais reconhecem a diversidade das pessoas ao reconhecer a construção de mundos previsíveis, a partir das diferenças individuais. Por esse motivo, essa autora afirma ser a teoria das representações sociais um importante instrumento de análise da realidade social, pois “[...] permite enxergar as concepções que os diferentes grupos constroem a respeito do mundo e da realidade vivenciada” (OLIVEIRA, 2010b, p. 35). Sendo assim, foi possível concluir que tais representações permeiam a construção social de tal realidade, que no caso estudado, é o cuidado de saúde a um ente querido em seu próprio habitat.

Berger e Luckmann (1978) e Moscovici (2003b) afirmam que os aspectos simbólicos do cotidiano são essencialmente históricos, relativamente mutáveis e influenciam o indivíduo. Eles ainda afirmam que a sua compreensão deve estar associada ao entendimento da história de suas produções. É inegável considerar que o diagnóstico de uma doença é uma crise vital para as famílias, pois, geralmente, o paciente e a família não estão preparados para as mudanças, pois as doenças exigem novos modos de enfrentamento, modificações nas autodefinições da família e períodos intensos de adaptação (DUARTE; DIOGO, 2005).

Faz parte do cotidiano de um serviço de *home care* considerar esse contexto familiar no processo de cuidar em saúde, todavia, esse fato se constitui em um desafio para

a equipe de saúde, sobretudo quando os cuidados anteriormente recebidos são focados no atendimento individual e não da unidade familiar (ÂNGELO, 2005).

Conclui-se então que as práticas sociais dos atores envolvidos em um serviço de assistência domiciliar, que foram pesquisados, sofrem influência das representações sociais dos grupos a que pertencem e dos aspectos simbólicos que permeiam toda a estrutura ao redor.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da busca pela compreensão das interpretações das práticas sociais buscou-se dar resposta ao seguinte problema de pesquisa: como a interpretação dos aspectos relacionados ao serviço de *home care* se articula nas práticas sociais dos cuidadores familiares e da equipe de saúde?

A relevância dessa pesquisa foi justificada pelo entendimento de que o serviço de atendimento domiciliar pode ser interpretado de diferentes maneiras pela família e pelos profissionais que atuam nessa modalidade de atendimento à saúde. Tais interpretações envolvem práticas sociais que precisam ser mais bem entendidas para compreensão do modelo domiciliar de atendimento à saúde. Diante dos resultados analisados, foi permitido identificar que as interpretações simbólicas sobre os aspectos inerentes a esse serviço de assistência à saúde envolvem práticas sociais que influenciam a construção social da realidade de cada ator envolvido.

As análises dos dados dessa pesquisa possibilitaram identificar, através da consideração do universo simbólico dos atores envolvidos, que ocorrem diferentes interpretações e significados na construção da realidade de cada indivíduo. Nesse sentido, e em relação ao atendimento domiciliar/atendimento hospitalar foi possível constatar que há diferenças na essência desses modelos de assistência, havendo vantagens e desvantagens na comparação de ambos os atendimentos. Não foi intuito classificar determinada modalidade de atenção à saúde como melhor ou pior que outra, e sim evidenciar pontos de divergência que simbolicamente determinam argumentos considerados proveitosos / positivos e desfavoráveis / negativos para cada tipo de atendimento.

Essas conclusões reiteram a afirmação de Carrieri e Leite-da-Silva (2007), de que os símbolos resultantes das interações sociais precisam ser interpretados e traduzidos para a compreensão de seus significados. Também reforçam a proposição de Turner (1990), quando este afirma que as variadas e complexas abordagens simbólicas envolvem os mitos e as culturas, além da multiplicidade de significados,

não só no ambiente organizacional, mas também na vida social externa às organizações.

Em relação ao atendimento domiciliar, o fato do paciente ser atendido em casa foi identificado como vantagem e ao mesmo tempo como desvantagem, pois para alguns, o conforto, justificado pela não necessidade de deslocamento diário para visitas no hospital se apresenta como ponto favorável. Em contrapartida, para outros, ter responsabilidades diante do cuidado com o paciente em casa, torna o atendimento hospitalar mais confortável. O envolvimento e o convívio do paciente com a família, a insensibilidade de alguns profissionais atuantes nos hospitais, a associação simbólica dos hospitais a doenças, a individualização e a humanização do atendimento em casa, são questões consideradas benéficas no atendimento domiciliar.

Em contrapartida, foi evidenciado tanto pelos familiares cuidadores quanto pelos profissionais que o suporte médico imediato diante de intercorrências clínicas, é o aspecto concreto que caracteriza como superioridade o atendimento hospitalar, ao ser comparado com o domiciliar. Esse entendimento fortalece o argumento de Gioia (1986) de que apesar de os símbolos serem construídos de forma subjetiva e de acordo com o contexto, tanto eles, como seus respectivos significados são tratados como objetivamente reais, garantindo assim a relevância de suas análises.

Este estudo ainda permitiu-nos constatar que a redução dos riscos inerente ao atendimento domiciliar, principalmente no que diz respeito a infecções hospitalares, acarreta incontestavelmente o prolongamento da vida do paciente. Tal fato configura-se como matéria polêmica entre profissionais da saúde. É preciso refletir se esses cuidados que estendem a existência do indivíduo resultam em uma conotação simbólica de vida ou sobrevida? Quem está sendo beneficiado com isso? O paciente? A família? Profissionais de saúde?

Ainda nessa seara, foi identificado que essa também é uma das imagens expressas pela atenção domiciliar diante de outros modelos de assistência à saúde. Imagem essa que, pelo seu caráter discutível e controverso, resulta em comportamento preconceituoso. Tal conclusão substancia o entendimento de Doise (2002, p. 30) sobre representações sociais como sendo “[...] princípios organizadores das

relações simbólicas entre indivíduos e grupos”. E também, em relação à imagem que a atenção domiciliar passa para profissionais de outras áreas, foi possível identificar que o pertencimento a grupos diferentes condiciona os indivíduos a terem representações sociais distintas. Esse entendimento fortalece a proposição de Moscovici (2003b) sobre a interferência das representações sociais nas atividades cognitivas, podendo condicionar e controlar a realidade de cada ambiente social de forma prescritiva e impactante.

Os resultados também apontaram para o impacto na família ao se ter um parente doente sendo assistido no lar. Esse impacto foi expresso principalmente pelas mudanças nas rotinas pré-estabelecidas de cada núcleo familiar. Dentre elas, pôde-se destacar a perda da privacidade dentro da residência, pois a moradia se transforma simbolicamente em um “hospital virtual”, onde várias categorias profissionais executam suas atividades para a realização do atendimento da pessoa assistida. Outras mudanças percebidas foram relacionadas aos âmbitos social, conjugal, físico, emocional e financeiro da família, em especial do cuidador designado como o responsável.

Diante de mudanças, originam-se novas construções sociais. As construções sociais desenvolvidas pelas dificuldades decorrentes de mudanças exigidas para o cuidado de um parente, aliadas às necessidades de aprimoramento assistencial do cuidador frente a uma nova realidade, evocam uma conexão social. Fica assim subentendido que nesse vínculo social podem existir relações de poder expressas de formas diversas. Mediante a concepção foucaultiana de poder, em que não se trata de uma estrutura e sim de uma estratégia que se exerce através da produção e da troca de signos dentro da estrutura social, foi revelado, através da análise dos resultados dessa pesquisa, que todos os envolvidos num processo de assistência domiciliar exercem e são submetidos a relações de poder.

Nesse ínterim, ficou evidenciado, que no ambiente do atendimento domiciliar, a equipe de saúde exerce poder sobre a família, por ser a detentora do conhecimento profissional que garante a segurança do atendimento ao familiar enfermo. Em contrapartida, a família também exerce poder sobre a equipe de saúde de diversas maneiras, e de forma consciente ou inconsciente. É factível identificar tal relação de poder através da dependência que a equipe de saúde tem diante da família para o

seguimento de suas responsabilidades com o paciente. Também foi identificado que o pronto acesso a informações técnicas específicas através da rede mundial de computadores e a judicialização da saúde corroboram com o exercício do poder da família sobre a equipe assistencial.

Além disso, foi reconhecida ainda a existência de relações de poder entre os próprios familiares do paciente assistido em casa diante do cuidador familiar responsável; entre os integrantes da equipe assistencial, e ainda entre a equipe assistencial e a equipe administrativa que gerencia o serviço de atendimento domiciliar. Nesse sentido, vislumbrou-se que as articulações entre as interpretações dos aspectos relacionados ao serviço de atendimento domiciliar à saúde são e estão imbricadas pelas práticas sociais das famílias e da equipe de saúde.

Mediante a importância que o tema equipe tem no contexto do *home care*, a análise dos resultados apontou a compreensão do conceito de trabalho em equipe pelos profissionais integrantes. Foi adotada nessa pesquisa, como concepção desse tema, a definição de Araújo e Rocha (2007), que afirma a coexistência e a interação de diferentes pessoas, cujas realidades sociais foram estabelecidas historicamente no contexto singular de cada um. A relevância de tal modelo de trabalho justifica-se pela soma de olhares de diferentes profissionais para que a prática de um se reconstrua e se complemente na prática do outro. Essas conclusões também substanciam as proposições de Andrade (2010a) no que diz respeito à postura interdisciplinar de atuação.

O reconhecimento desse conceito oportunizou-nos a perceber que a cumplicidade existente entre os membros que atuam nesse trabalho coletivo resulta em um vínculo cotidiano e à construção de símbolos para a definição do trabalho em equipe como família, confiança e convivência.

Ainda sobre essa matéria, foi observado que o trabalhar em equipe de saúde em um serviço de assistência domiciliar pode envolver a rejeição de convicções profissionais, principalmente pelo sentimento de impotência diante das complexidades, particularidades e dificuldades que um serviço de *home care* impõe, em especial diante da doença crônica. Lahan (2010) afirma que ter uma doença crônica significa não haver expectativa de cura, e com isso sobrevivem algumas

consequências como angústia, sentimento de injustiça ou de culpa, autoestima e autoimagem prejudicadas, prejuízos financeiros, implicações psíquicas, vergonha relativa à deficiência do corpo, sentimento de negação, entre outras. Esse autor refere que tais consequências são inerentes e exclusivas ao paciente e sua família, todavia foi evidenciado pela análise dos resultados dessa pesquisa que tais sentimentos também atingem os profissionais que assistem tais pacientes. Os profissionais de saúde não são preparados para lidar com a finitude, e sim com a cura, com a solução. Revela-se, portanto, diante desse achado, ser fundamental o aprofundamento de estudos que busquem a compreensão da inserção simbólica dessa realidade.

Por fim, pelos achados dessa pesquisa, pode-se concluir que a realidade vivenciada pelos atores envolvidos em um atendimento de assistência domiciliar, modela as representações e influencia o comportamento dessas pessoas. Para efeito de compreensão, definimos tais modelagens de consequências do atendimento domiciliar. Dessas consequências, é possível fazer vários destaques como o envolvimento profissional com o familiar do paciente assistido, além do crescimento pessoal e profissional da equipe diante das dificuldades vivenciadas e das experiências compartilhadas. Outra questão também identificada como consequência, em especial para os familiares envolvidos num serviço de atendimento domiciliar, está relacionada à espiritualidade. A espiritualidade identificada na análise das falas dos familiares possibilita-nos concluir que o sofrimento facilita e viabiliza o indivíduo a buscar um sentido para a vida. E essa busca constrói uma realidade em que o indivíduo mantém uma ligação com uma figura divina ou força superior. Podemos concluir que essa interação, simbolicamente, oferece um suporte emocional às famílias.

A guisa de conclusão, observamos que os resultados desse estudo evidenciaram que as diferentes representações sociais dos atores permeiam a construção social de cada realidade. Também se constatou que os sinais e símbolos criados na história de cada um, revelaram-se mutáveis, adaptáveis e influenciadores diante de uma nova realidade de rotina. E ainda que as práticas sociais dos membros da equipe de saúde e dos cuidadores familiares de pacientes atendidos em assistência domiciliar sofrem influência das representações sociais dos grupos envolvidos e dos aspectos simbólicos que permeiam toda a estrutura ao redor.

As limitações dessa pesquisa são as próprias limitações dos estudos qualitativos, que não permitem a generalização dos resultados, devido à impossibilidade de submetê-los às regras da análise estatística que caracteriza a exatidão dos métodos quantitativos. Também se considera as limitações da autora, que devido à sua subjetividade, pode influenciar os resultados.

Como contribuição final, diante das variações e semelhanças encontradas nos elementos das práticas sociais dos diferentes atores envolvidos em um serviço de assistência domiciliar, adicionadas aos demais achados dessa pesquisa, sugere-se novos estudos para a investigação das implicações de temas identificados, mas que ainda não ficaram bem esclarecidos. Dentre essas lacunas, ressaltamos a extensão da existência dos indivíduos assistidos por um serviço de assistência domiciliar e a judicialização da saúde. Em relação ao primeiro tema e seguindo a proposta simbólica desse trabalho, seria interessante o aprofundamento da investigação desse cenário e suas implicações para a família cuidadora, para a equipe de saúde e para o paciente, quando este último for capaz de expressar-se de forma lúcida e orientada. Já em relação ao tema judicialização da saúde, esperamos que as considerações dessa pesquisa revelem-se pertinentes para despertar novas discussões que envolvam a proteção do direito à saúde, e suas consequentes implicações nas relações sociais.

9 REFERÊNCIAS

- AKTOUF, O. O simbolismo e a cultura de empresa. In: CHANLAT, J. F. (Org.). **O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1994. v. 2, p. 39-79.
- ALCADIPANI, R.; CRUBELLATE, J. M. Cultura organizacional: generalizações improváveis e conceituações imprecisas. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 64 -77, abr./jun. 2003.
- ANDRADE, L. Interdisciplinaridade como modelo efetivo de intervenção. In: YAMAGUCHI, A. M. et al. **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri: Manole, 2010a. p. 11-26.
- _____. Residência: morada da vida e da morte. In: YAMAGUCHI, A. M. et al. **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri: Manole, 2010b. p. 307-317.
- ÂNGELO, M. O contexto familiar. In: DUARTE, Y. A.; DIOGO, M. J. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 27-32.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **RCD/ ANVISA nº 11 de 26 de janeiro de 2006**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-domiciliar/ANVISA11.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2012.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007.
- ARAÚJO NETTO, L. F. S.; RAMOS, F. R. S. Enfermeiro: o papel que se define nas relações conflituosas. In: VIII Simpósio Brasileiro de Enfermagem de Comunicação, 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: SIBRACEN, 2002.
- ARRUDA, A. Despertando do pesadelo: a interpretação. In: MOREIRA, B. V.; CAMARGO, J. C.; NOBREGA, B. V. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. da UFPB, 2005. p. 229-258.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BELLEHUMEUR, C. et al. **Home care: cuidados domiciliares; protocolos para a prática clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Tratado de Sociologia do Conhecimento. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1978.
- BONOMI, D. O. **A viabilidade do home care como ferramenta na promoção da saúde**. 2006. 51f. Monografia (Pós-graduação em Auditoria em Saúde) – Universidade Gama Filho, Belo Horizonte, 2006.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 out. 1996. Seção 1, p. 21082-21085.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, Senado, 1998. Disponível em <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 24 abr. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 15 abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRONDANI, C.M. **Desafios de cuidadores familiares no contexto da internação domiciliar**. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

CALDAS, M. P.; WOOD JR., T. Identidade organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 37, n.1, p.6-17, jan./mar. 1997.

CALDAS, M. Culturas brasileiras: entendendo perfis culturais no plural e em mutação. In: BARBOSA, L. (Coord.). **Cultura e diferença nas organizações**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 53-83.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CAPPELLE, M.C.A.; SILVA, A.L.; VILAS BOAS, L.H.B.; BRITO, M.J.de Representações das relações de gênero no espaço organizacional público. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 253-276, 2002.

CAPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O. L.; GONÇALVES, C. A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações rurais e agroindustriais**, Lavras, v. 5, n. 1, p. 69-85, jan./jun.2003.

CARRIERI, A. de P.; LEITE-DA-SILVA, A. R. Aspectos simbólicos da gestão organizacional. In: JUNQUILHO, G.; BIANCO, M. de F.; BEHR, R. R.; SOUZA, S.

(Orgs.). **Tecnologias de gestão**: por uma abordagem multidisciplinar. Vitória: EDUFES, 2007.

CAVALCANTE, R. C. Comunicação e realidade: contribuições da sociologia do conhecimento à comunicação organizacional. Em: XXXII ENANPAD, 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ENANPAD, 2008.

CAVEDON, N. R. O fazer etnográfico e a sua contribuição para a administração. In: CAVEDON, N. R. **Antropologia para administradores**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. p. 141-166.

_____. De volta às origens. In: CAVEDON, N. R. **Antropologia para administradores**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. p. 21 - 50.

_____. De frente pro crime: cultura organizacional e socialização dos peritos ingressantes no Departamento de Criminalística do Instituto-Geral de Perícias do Rio Grande do Sul. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 38-65, 2010.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes esperam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, mai./ago. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 267 de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, 05 out. 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 270 de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Foz de Iguaçu, 18 abr. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). Resolução nº 386, de 12 de novembro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 dez. 2002. Seção 1, p. 102.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 1.668, de 07 de maio de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 03 jun. 2003. Seção 1, p. 84.

COUTINHO, B. B.; TRINDADE, Z. A. As representações sociais de saúde no tratamento da leucemia e linfoma. **PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 9-18, jan./jun. 2006.

CRESWELL, J. W. Uma estrutura para projeto. In: CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DAL BEN, L. W.; GAIDZINSKI, R. R. **Home care**: planejamento e administração da equipe de enfermagem. São Paulo: Andreoli, 2007.

DOISE, W. Da psicologia social à psicologia societal. **Psic – Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2002.

- DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- DUARTE, Y. A.; DIOGO, M. J. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. In: DUARTE, Y. A.; DIOGO, M. J. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 3-18
- ERDMANN, A. L. et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev. Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 467-471, 2004.
- FALCÃO, H. A. Home Care: uma alternativa ao atendimento da saúde. **Medicina On line - Revista Virtual de Medicina**, v. 2, n. 7, jul./set. 1999.
- FERREIRA, L. C. M.; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 31-54, nov./dez. 2010.
- FILIZOLA, C. L. A.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n. 2, p. 491-503, 2008.
- FLEURY, M. T. L. **O simbólico nas relações de trabalho: um estudo sobre as relações de trabalho na empresa estatal**. 1986. 236 f. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.
- FLEURY, M. T. L. Estórias, mitos, heróis – cultura organizacional e relações de trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 7-18, out./dez. 1987.
- FLICK, U. Entrevistas e discussões tipo grupos de foco. In: FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004. p.124-136.
- FONSECA, M. A. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo: Editora da PUC-SP, 2007.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- _____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- _____. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault, uma trajetória política: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1995.
- _____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. Estruturalismo e Pós-estruturalismo. In: FOUCAULT, M. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. **Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissionais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, mai./ago. 2007.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 64-89.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 13-41.

GELATI, F. C. A escola como instituição socialmente construída. **Roteiro**, Joaçaba, v. 34, n. 1, p.79-92, jan./jun. 2009.

GENET, N. et al. Home Care in Europe: a systematic literature review. **BMC Health Services Research**, London, v. 11, n. 201, 2011.

GIOIA, D. A. Symbols, scripts, and sensemaking: creating meaning in the organizational experience. In: SIMS, Henry P.; GOIA, Dennis A. (Eds.). **The thinking organization**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1986. p. 49-74.

GIOIA, D. A.; SCHULTZ, M.; CORLEY, K. G. Organizational identity, image, and adaptive instability. **Academy of Management Review**, Westchester, v. 25, n.1, p. 63-81, 2000.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, mai./jun. 1995.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y.A.; DIOGO, M.J. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 101-110.

GRUNER, M. F.; FARIA, E. M. Percepções de um sistema profissional de saúde sobre o cuidado domiciliar terapêutico ao indivíduo (família) portador do HIV/AIDS. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 9, n. 2, p. 402-413, mai./ago. 2000.

GUARESCHI, P. A. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 191-225.

HOFSTEDE, G.; BOND, M. H. The confucius connection: from cultural roots to economic growth. **Organizational Dynamics**, Dallas, v. 16, n. 4, p. 5-21, 1988.

JAIME JR, P. Um texto, múltiplas interpretações: antropologia hermenêutica e cultura organizacional. In: Cavedon, N.; Lengler, J. (Orgs.). **Pós-modernidade e etnografia nas organizações**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005. p. 145-169.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre assistência domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-193, mar. 2008.

KOVÁCS, M. J. Espiritualidade e Psicologia – cuidados compartilhados. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 246-255, abr./jun. 2007.

KURCGANT, P.; CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 351-355, 2006.

LACERDA M. R.; OLINISKI, S. R.; GIACOMOZZI, C. M.; VENTURI, K. K.; TRUPPEL, T. C. As categorias da assistência domiciliar e a prática dos profissionais de saúde – pesquisa exploratório-descritiva. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 6, n. 0. 2007.

LACERDA M. R.; OLINISKI, S. R.; GIACOMOZZI, C. M. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 110-118, mai./ago. 2004.

LACERDA M. R.; OLINISKI, S. R.; GIACOMOZZI, C. M.; TRUPPEL, T. C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 89-95, mai./ago. 2006.

LACERDA M. R.; OLINISKI, S. R. Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n.1, p. 76-87, abr. 2005.

LAHAM, C. F. Convivendo com a doença. In: YAMAGUCHI, A. M. et al. **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri: Manole, 2010. p. 279-286.

LEME, L. E. G. A interprofissionalidade e o contexto familiar. In: DUARTE, Y. A.; DIOGO, M. J. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas; tradução Heloisa Monteiro e Francisco Settineri**. – Porto Alegre: Artmed, 1999.

MACHADO, A. L. G.; FREITAS, C. H. A.; JORGE, M. S. B. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 530-534, set./out. 2007.

MALIK, A. M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 32-41, 1992.

- MARSICANO, J. A. et al. Pesquisa em seres humanos: aspectos médicos, jurídicos, psicológicos e religiosos. **RGO**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 327-332, jul-set. 2008.
- MARTINS, G. A. Metodologias convencionais e não convencionais e a pesquisa em administração. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, p. 1-6, 2º sem. 1994.
- MARTINS, J. J. et al. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 556-562, out-dez. 2009.
- MARQUES, S. B. Judicialização do direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-72, jul./out. 2008.
- MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; SOUZA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-781, set.-out. 2010.
- MCWHINNEY, I. R.; BASS, M. J.; ORR, V. Factors associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team. **Can Med Assoc J**, v. 152, n. 3, fev. 1995.
- MENDES, W. **Home care**: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- MENEGHETTI, F. K.. O que é um ensaio-teórico? **Revista de administração contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 2, abr. 2011.
- MINAYO, M. C. de S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 89-111.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: HUCITEC, 1998.
- MINCHILLO, A. Cidades e cidadania: a atenção domiciliar e sua inserção no cenário atual. **Revista Home Care Brasil**. Rio de Janeiro: 3D Editoração e Comunicação Integrada, ano 2, n. 29, p. 15-16, mar./abr. 2010.
- MORGAN, G.; FROST, P.; PONDY, L. Organizational symbolism. In: PONDY, L. et al. (eds.). **Organizational symbolism**. Connecticut: Jay Press, 1983. p. 3-35.
- MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. 8. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003a.
- MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em Psicologia Social. Petrópolis: Vozes, 2003b. p. 29-110.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul./ago. 2011.

MUNARI, D. B.; PADILHA, G. C.; MOTTA, K. A. M. B.; MEDEIROS, M. Contribuições para abordagem da dimensão psicológica dos grupos. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Rio de Janeiro, jan./mar. 2007.

NASCIMENTO, D. M. **Campo de conhecimento, vida cotidiana e a informação**. Informação & Informação, Londrina, v.10, n.1/2, jan./dez. 2005.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 2º sem. 1996.

OGUISSO, T. El ejercicio de la enfermería domiciliar en brasil y en el mundo: una visión histórica y ética. **Cultura de los cuidados**, Granada, ano 12, n. 24, 2008.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

OLIVEIRA, I. B. Paciente crônico e cronicidade dos cuidados: conhecendo essa realidade. In: YAMAGUCHI, A. M. et al. **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri: Manole, 2010a, p. 287-300.

OLIVEIRA, S. G. **Representações sociais da internação domiciliar na terminalidade**: o olhar do cuidador familiar. 2010, 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2010b.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 538-541, set./out. 2003.

PECI, A.; VIEIRA, M. M. F.; CLEGG, S. R. A construção do "real" e práticas discursivas: o poder nos processos de institucionaliz(ação). **Revista de administração contemporânea**, v. 10, n. 3, p. 51-71, jul./set. 2006.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia - atualização. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, 2001.

PIMENTEL, T. D.; CARRIERI, A. de P.; LEITE-DA-SILVA, A. R. Ambiguidades identitárias na "Feira Hippie"/Brasil. **Comportamento organizacional e gestão**, Lisboa, v. 13, n. 2, p. 213-236, 2007.

PITTA, A. M. F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 35-60, 1996.

PUSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Competências psicossociais para a assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 466-470, jul./ago. 2005.

RESTA, D. G.; BUDÓ, M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores familiares. **Acta Scientiarum – Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 53-60, 2004.

RIBEIRO, J. P.; PORTO, A. R.; THOFEHRN, M. B. A construção do ser humano no grupo para o trabalho em equipe de enfermagem. **Revista electronica trimestral de Enfermería**, n. 23, jul. 2011, p. 242-250.

SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001.

SANTOS, N. C. M. **Home care**: a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar. São Paulo: Iátria, 2005.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, I. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. Internação domiciliar: reflexões sobre a participação do cuidador/família/enfermeiro no cuidado. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Valinhos, v. 7, n. 1, p. 77-90, 2008.

SENA, R. R. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 124-132, mai./ago. 2006.

SILVA, A. R. L. da; JUNQUILHO, G. S.; CARRIERI, A. P.; MELO, M. C. O. L. Contradições gerenciais na disseminação da cultura corporativa: o caso de uma estatal brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 357-384, 2006.

SILVA, C. A. M.; ACKER, J. I. B. V. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 150-154, mar./abr. 2007.

SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no sistema único de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 39, n. 3, p. 391-397, 2005.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.

SILVA, J. C. S. Foucault e as relações de poder: o cotidiano da sociedade disciplinar tomado como uma categoria histórica. **Revista Aulas**, Campanias, n.3, p. 1-28, 2007.

SOUZA, E. M. **Contribuições de Foucault a temática da gestão e subjetividades**: uma análise sobre poder. 2004, 191 f. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

SOUZA, E. M. et al. A analítica de Foucault e suas implicações nos estudos organizacionais sobre poder. **O&S**, Salvador, v. 13, n. 36, p. 13-25, jan./mar. 2006.

SOUZA, E. M.; MACHADO, L. D.; BIANCO, M. F. O homem e o pós-estruturalismo foucaultiano: implicações nos estudos organizacionais. **O&S**, Salvador, v. 15, n. 47, p. 71-86, out./dez. 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. In: TRIVINÕS, A. N. S. **A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 116-158.

TURNER, B. A. Introduction. In: TURNER, B. A. (Ed.) **Organizational symbolism**. New York: De Gruyter, 1990. p. 1-11.

UNIMED (Vitória – Espírito Santo). Procedimento de Qualidade – P.Q.DOM. 001 de 14 de março de 2011, Vitória – ES, 14 mar. 2011.

VIEIRA, G. T. et al. A utilização da idéia de “empoderamento” em políticas públicas e ações da sociedade civil. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 135–148, 2009.

VILAR, J. M. Os tortuosos descaminhos da saúde. **Revista Home care Brasil**. Rio de Janeiro: 3D Editoração e Comunicação Integrada, ano 2, n. 29, p. 4-5, mar./abr. 2010.

VIVER e não ter a vergonha de ser feliz. **Revista Viva: Saúde e Bem Estar - Unimed Vitória**, Vitória – ES, n. 3, p. 8-11, set./out. 2011.

WINGESTE, E. L. C; FERRAZ, A. F. Ser assistido pelo serviço de assistência domiciliar: uma rica experiência para o doente de aids e seu cuidador. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 34-39, jan./mar. 2008.

WITTER, G. P. Pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e busca de informações. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 5-30, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Home-based and long-term care: home care issues at the approach of the 21th century from a World Health Organization perspective - an annotated bibliography**. Canadá, 1999.

ZANONI, A. C. N.; PEREIRA, F. C.; SAKAMOTO, M.; SALES, C. A. O cuidado hospitalar e o cuidado domiciliar: vivência expressa pelos doentes portadores de neoplasia maligna. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 48-53, jan./mar. 2006.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevistas

Identificação: _____

Idade do paciente assistido: _____

Tempo de atuação no cuidado do familiar: _____

Grau de Parentesco: _____

Recebe remuneração pelo cuidado ao seu familiar: () sim () não

Questão principal: **Gostaria que você falasse livremente sobre o seu cotidiano de cuidado do seu familiar.**

Questões secundárias:

- 1) Como é para você cuidar do sr(a) nome do paciente em casa?
 - a) O que significa para você ter uma pessoa doente sendo assistida em casa?
 - b) Quem são as pessoas que te ajudam a cuidar do paciente? Qual o vínculo dessa pessoa com o paciente?
- 2) Como você vê o atendimento da assistência domiciliar ao seu familiar?
- 3) Como você resolve os problemas inesperados que surgem no dia a dia?
 - a) Com o paciente.
 - b) Problemas pessoais.
 - c) Problemas com o serviço da assistência domiciliar.
- 4) O que você esperava da assistência domiciliar à saúde antes de ter o seu familiar atendido?
 - a) E hoje, o que espera?
- 5) O que mudou em sua vida/rotina depois que o seu familiar iniciou o atendimento de saúde em casa?
- 6) Para você, quais as diferenças entre o atendimento do hospital e o da assistência domiciliar?

APÊNDICE B - Roteiro do Grupo Focal

Questão principal: **Gostaria que cada um de vocês falasse sobre o seu cotidiano de trabalho na assistência domiciliar.**

Questões secundárias:

- 1) Como é para vocês exercer suas atividades profissionais na residência do paciente?
- 2) Como vocês veem a família que tem uma pessoa doente sendo assistida em casa?
- 3) Como vocês veem a possibilidade de uma pessoa receber cuidados de saúde em sua própria residência?
- 4) Como vocês resolvem os problemas inesperados que surgem no dia a dia?
 - a) Com o paciente.
 - b) Com a família.
 - c) Com os cuidadores.
 - d) Com os demais membros da equipe de saúde.
- 5) Como vocês viam a assistência domiciliar à saúde antes de trabalhar com essa modalidade de atendimento?
 - a) E hoje, como vocês veem?
- 6) O que mudou em sua vida/rotina profissional depois que começou a trabalhar em assistência domiciliar?
- 7) Para vocês, quais as diferenças entre o atendimento do hospital e o da assistência domiciliar?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa: As práticas sociais do binômio cuidador familiar / equipe de saúde em um serviço de assistência domiciliar

Nome da pesquisadora: Marianne Viana Borges

Telefone de contato da pesquisadora: (27) 9231-4009

Nome do orientador: Prof. Dr Alfredo Rodrigues Leite da Silva

Telefone de contato da instituição de ensino – UFES - PPGAdm: (27) 4009-7712

O sr (sra) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo compreender as articulações entre as interpretações dos aspectos relacionados ao serviço de *home care*, e as práticas sociais dos atores diretamente envolvidos (cuidador familiar/equipe interdisciplinar). Ao participar deste estudo, o sr (sra) permitirá que a pesquisadora Marianne Viana Borges utilize os dados coletados para fins de divulgação científica.

Estas informações serão utilizadas na dissertação de Mestrado em Administração da Universidade Federal do Espírito Santo. Todo material resultante será guardado, sob o poder da pesquisadora durante 5 (cinco) anos, sendo então incinerados.

O sr (sra) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa à pesquisadora.

A participação nessa pesquisa não traz complicações legais. Não haverá risco à sua integridade física ou moral. O único desconforto será a disponibilização do tempo em que deverão ser gastos cerca de 60 minutos para as respostas à entrevista formulada.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, garantindo-lhe o anonimato. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados brutos. Todos os participantes serão identificados

apenas por letras e números aleatórios, garantindo assim a sua privacidade, confidencialidade e preservação de sua identidade.

Ao participar desta pesquisa, o sr (sra) não terá nenhum benefício direto, entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o tema proposto, e que de alguma forma, o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para melhorar a qualidade do serviço. O sr (sra) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como não lhe será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida para a sua participação nesta pesquisa. Por favor, preencha os itens que se seguem:

Tendo em vista o que foi acima apresentado, eu, _____ portador do RG / CPF nº _____ de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar desta pesquisa. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Data: ___ de _____ de 20 ___

Data: ___ de _____ de 20 ___

Assinatura da testemunha (se aplicável)

Data: ___ de _____ de 20 ___

Dúvidas éticas relacionadas a esse estudo: CEP/CIAS – (27) 3335-5348

cep@unimedvx.com.br

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Centro Integrado de Atenção a Saúde - CIAS/ UNIMED Vitória

PROJETO DE PESQUISA

Título: AS PRÁTICAS SOCIAIS DO BINÔMIO FAMÍLIA/EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM UM SERVIÇO DE HOME CARE

Área Temática:

Pesquisador: Marianne Viana Borges

Versão: 2

Instituição: Centro Integrado de Atenção a Saúde - CIAS/
UNIMED Vitória

CAAE: 04643712.6.0000.5061

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 75421

Data da Relatoria: 27/08/2012

Apresentação do Projeto:

Essa pesquisa será a partir dos pressupostos do método qualitativo de investigação. Serão considerados sujeitos dessa pesquisa, os profissionais assistenciais de nível superior do home care de uma operadora de saúde da cidade de Vitória - E.S., e os cuidadores familiares dos pacientes atendidos na modalidade de internação domiciliar. Os loci da pesquisa serão a base administrativa desse serviço, onde os profissionais se reúnem para programar os atendimentos, e as residências dos pacientes de internação domiciliar. A primeira etapa será constituída por meio de uma pesquisa documental utilizando-se folders, procedimentos de funcionamento, protocolos e regras de admissão e outros documentos pertinentes para a elaboração da pesquisa. Na segunda etapa serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os cuidadores familiares dos pacientes atendidos pelo home care na modalidade de internação domiciliar. Propõe-se entrevistar 10 cuidadores familiares. Ainda na segunda etapa será realizado grupo focal com 24 profissionais assistenciais de nível superior que atuam nesse serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as articulações entre as interpretações dos aspectos relacionados ao serviço de home care, e as práticas sociais dos atores diretamente envolvidos (família/equipe interdisciplinar).

A direção para atingir o objetivo supracitado são as práticas sociais dos atores família e profissionais e para tanto foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as interpretações das práticas sociais das famílias diante dos aspectos inerentes ao serviço de assistência domiciliar à saúde que está sendo executado;
- Identificar as divergências mais comuns dos profissionais diante das particularidades das famílias (valores e cultura) e do contexto do home care; e
- Conhecer as implicações da interpretação das práticas sociais de ambos (família e equipe interdisciplinar) diante dos aspectos inerentes ao serviço de home care.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A relação risco-benefício a que expõe os indivíduos é favorável, não sendo previstos riscos potenciais significativos para os sujeitos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está prevista para realizar-se no Centro Integrado de Atenção à Saúde - CIAS da UNIMED Vitória, no serviço de Assistência Domiciliar UNIMED Vitória - ADUVI, que apresenta condições técnicas para o desenvolvimento da mesma. Inclui, adicionalmente, a respectiva declaração de infra-estrutura e currículos dos pesquisadores responsáveis e equipe, os quais são condizentes com o projeto pretendido. O delineamento do projeto é adequado. Em nossa análise, parece conter todos os dispositivos

necessários para garantir a exploração dos objetivos definidos na pesquisa, o cronograma previsto é adequado, e detalha claramente as etapas do projeto a serem seguidas.

A amostra da pesquisa foi devidamente calculada, e o número total de sujeitos em todo o estudo será de 34 participantes, sendo 10 cuidadores familiares que serão entrevistados in loco nas residências dos pacientes, e o grupo focal composto por 24 profissionais representando todas as categorias que atuam no serviço, para tanto será realizado 03 encontros para atingir o "N" informado para o grupo focal.

Os sujeitos da pesquisa não pertencem a grupos especiais tais como índios, crianças, ou outros grupos susceptíveis.

Os critérios de inclusão foram explicitados no projeto e são condizentes com o desenho da pesquisa.

O tratamento e avaliação dos dados são definidos no projeto e apresentam-se coerentes com objetivos e delineamento propostos.

A referência bibliográfica apresentada é suficiente e adequada, denotando que na elaboração do projeto, o pesquisador avaliou com profundidade o tema de investigação proposto.

A privacidade e confidencialidade a que têm direito os sujeitos da pesquisa são garantidos no projeto pelo TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE contém os requisitos necessários ao pleno entendimento do projeto, é redigido de forma clara, concisa e precisa, incluindo informações sobre as garantias que têm os sujeitos de livre arbítrio para aceitar participar e/ou desistir a qualquer momento, sem prejuízos. Também são esclarecidos os procedimentos do estudo e seus direitos enquanto sujeito da pesquisa. Contato telefônico com pesquisador, CEP e instituição são claramente indicados no TCLE. Campos de assinatura para paciente, testemunha/responsável legal e pesquisador além de campos para data encontram-se claramente reservados no projeto.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Consideramos que não há pendências e inadequações. Segundo nossa opinião o presente projeto observa todas as normas e diretrizes da resolução CNS 196 de 1996 e suas complementares.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

15 de Agosto de 2012

Assinado por:

Alvaro Armando Carvalho de Moraes