

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LIDIANE COLA ROCETI DAL PONTE

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO EM EQUIPE NO
PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR E SUAS REPERCUSSÕES NO
CUIDADO INTEGRAL

São Carlos

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO EM EQUIPE NO PROGRAMA
DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR E SUAS REPERCUSSÕES NO CUIDADO
INTEGRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos como um dos requisitos para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Márcia Niituma Ogata.

São Carlos
2010

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

D136rs

Dal Ponte, Lidiane Cola Roceti.

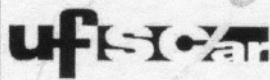
Representação social do trabalho em equipe no programa de internação domiciliar e suas repercussões no cuidado integral / Lidiane Cola Roceti Dal Ponte. -- São Carlos : UFSCar, 2011.

193 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2010.

1. Enfermagem. 2. Trabalho em equipe. 3. Programa de orientação domiciliar. 4. Enfermagem - pesquisa. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



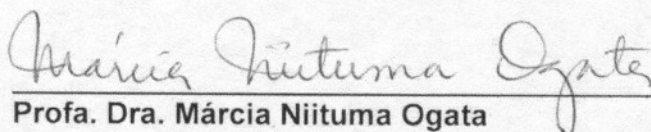
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



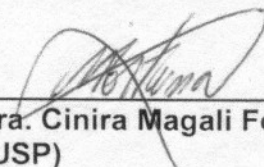
FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: LIDIANE COLA ROCETI DAL PONTE

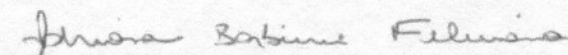
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 10/12/10
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:



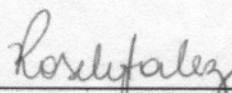
Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata
(Orientadora - PPGE_{nf}/UFSCar)



Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna
(EERP/USP)



Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano
(D_{Enf}/UFSCAR)



Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

Dedico este trabalho à minha família, em especial, aos meus pais Humberto Ap. Roceti e Valéria Ap. Cola Roceti e ao meu marido João Luiz Dal Ponte Filho pelo apoio, incentivo e compressão em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por permitir a concretização de mais uma conquista.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde, por proporcionar a realização desse mestrado.

À orientadora, Prof^ª. Dr^ª Márcia Nittuma Ogata, pela amizade, carinho, presença, compreensão, convivência, por acreditar em mim e me orientar no desenvolvimento de minha vida acadêmica.

Aos funcionários do Proiid, por disponibilizarem seu tempo para participarem deste trabalho, especialmente à enfermeira Sandra e ao motorista Vanderley, que se preocupou em me levar em todas as residências para coleta dos dados.

Aos colegas de mestrado, pelas trocas de informações relacionadas aos trabalhos, às dúvidas e às futilidades, tão necessárias, às vezes durante nossa estada juntos.

Às minhas colegas de trabalho de São Carlos por lidarem com minhas ausências durante minhas aulas do mestrado, afinal, o show tem que continuar.

Ao meu marido João Luiz, por me suportar nessa fase do mestrado, aceitando por vezes minhas alterações de humor e apoiando-me nesses momentos.

Aos meus pais, por estarem sempre por perto, pela preocupação, por dividir esse período comigo, em especial ao meu pai Humberto, por me acompanhar em todas as viagens a São Carlos durante os encontros para orientações.

*"É indispensável conhecermo-nos a nós próprios; mesmo se
isso não bastasse para encontrarmos a verdade, seria útil, ao
menos para regularmos a vida, e nada há de mais justo."
(Blaise Pascal)*

RESUMO

PONTE, L. C. R. D. 2011. **Representação social do trabalho em equipe no programa de internação domiciliar e suas repercussões no cuidado integral. 2011.** Folhas. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos- SP, 2011.

Diante da velocidade das transformações ocorridas nos campos político, econômico, social, cultural e tecnológico, as organizações na área da saúde estão buscando novos referenciais de processos de trabalhos e formas de gestões que respondam de maneira eficaz e integral às necessidades dos trabalhadores e usuários. O domicílio passa a ser um espaço que busca construir uma nova lógica de atenção centrada na humanização do cuidado. Desta forma, a presente pesquisa teve como objetivo analisar as representações sociais sobre o trabalho em equipe dos profissionais de saúde de um programa de internação domiciliar e dos cuidadores acompanhado pelo mesmo. Trata-se de um estudo exploratório que consistiu de uma primeira etapa do levantamento bibliográfico das publicações na base Scielo e Medline, e na segunda etapa da observação participante e entrevistas com os profissionais que compõem a equipe do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar e com os cuidadores, na cidade de Marília. Utilizou-se para sistematização dos dados o *software ALCESTE 4.5* e a análise das categorias ocorreu sob a luz da Teoria das Representações Sociais. O trabalho em equipe tanto para os integrantes da equipe, quanto para os cuidadores constitui-se em um conjunto de categorias profissionais atuando em um mesmo espaço, porém, cada um em sua área específica. Dessa forma, percebe-se que o processo de trabalho fragmentado realizado pelos profissionais, condutas e comportamentos individuais são resultados dessa representação sobre o trabalho em equipe, ou seja, do tipo agrupamento. Essas atitudes e ações acabam produzindo práticas de cuidados centradas nos modelos médico-hegemônico que fazem parte do cotidiano dos cuidadores, ajudando-os a construir suas representações sobre o trabalho em equipe, também do tipo agrupamento.

Palavras chaves: equipe de assistência ao paciente; serviços de assistência domiciliar; pesquisa em enfermagem.

ABSTRACT

PONTE, L. C. R. D.. 2011. Social representation of teamwork in the home care program and its impact on integrated care. 2011. Leaves.Thesis (MA)- Graduate Program in Nursing, Centre for Biological Sciences and Health Sciences, Federal University of Sao Carlos, Sao Carlos-SP, 2011.

Given the speed of the changes occurring in the political, economic, social, cultural and technological organizations in healthcare are seeking new standards for work processes and forms of administrations to respond effectively and fully the needs of workers and users. The home becomes a space that seeks to build a new logic of attention centered on the humane care. Thus, this research aimed to analyze the social representations about the teamwork of healthcare professionals from a home care program for caregivers and accompanied by the same program. This is an exploratory study that consisted of a first stage of the bibliography of publications in the Medline and Scielo base, and the second phase of participant observation and interviews with professionals who comprise the team of the Interdisciplinary Program of home care and carers together the program in the city of Marilia. It was used for data systematization *ALCESTE 4.5* software and the analysis of categories occurred in the Theory of Social Representations. Teamwork for both team members, and for carers is in a range of professional groups working in the same apace, but each in their specific area. Thus, it is clear that the process of fragmented work performed by professionals, and conducts individual behaviors are the result of such representation on teamwork, ie the type grouping. These attitudes and actions come to produce care practices focus on medical-hegemonic models that are part of daily life of caregivers, helping them build their representations on teamwork also of type grouping.

Keywords: patient care team; home care services, nursing research.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Paradigmas do agir comunicativo proposto por HABERMAS.....	35
QUADRO 2- Distribuição dos artigos por periódicos nacionais que trazem o tema “Trabalho em Equipe, no período de 1999 ao primeiro semestre de 2009.....	42
QUADRO 3- Distribuição da formação acadêmica dos autores por artigos no período de 1999 ao primeiro semestre de 2009.....	44
QUADRO 4- Distribuição dos artigos conforme palavras chaves utilizadas nos artigos no período entre 1999 ao primeiro semestre de 2009.....	45
QUADRO 5- Classes de palavras e categorias estabelecidas resultantes da análise das entrevistas dos profissionais realizadas pelo <i>ALCESTE</i>	96
QUADRO 6- Classes de palavras e categorias estabelecidas resultantes da análise das entrevistas dos cuidadores realizada pelo <i>ALCESTE</i>	97

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EUA	Estados Unidos das Américas
FGTS	Fundo de Garantia de Tempo de Serviço
HSPESP	Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
INAMSP	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
I.D	Internação Domiciliar
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Programa de Assistência Domiciliar
PID	Programa de Internação Domiciliar
PROIID	Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar
RC	Responsável pelo Cuidado
SF	Saúde da Família
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
u.c.e	Unidades de Contexto Elementar
u.c.i	Unidades de Contexto Inicial
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Trabalho em equipe na saúde.....	12
1.1.1 Transformações do mundo do trabalho e sua relação com o trabalho em equipe na saúde.....	20
1.1.2 O trabalho humano e suas transformações.....	23
1.1.3 O processo de trabalho na saúde: uma breve caracterização histórica.....	27
1.1.4 A tecnologia nas diferentes formas de organização do trabalho.....	31
1.1.5 Trabalho em equipe: dispositivo da tecnologia das relações.....	36
1.2 Trabalho em equipe na saúde: revisão de literatura.....	42
1.3 Trabalho em equipe na enfermagem.....	49
1.4 Domicílio como cenário para o desenvolvimento do trabalho em equipe.....	58
1.4.1 Equipe e familiares interagindo no domicílio.....	68
1.5 A Teoria das Representações Sociais para compreender o trabalho em equipe na saúde.....	78
1.6	
Objetivos.....	85
2. MÉTODO.....	86
2.1 Tipo de Estudo.....	86
2.2 Local de estudo.....	88
2.3 Sujeitos da pesquisa.....	88
2.4 Procedimento da coleta de dados.....	89
2.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	91
2.6 Procedimento da análise.....	91
3. RESULTADOS.....	94
3.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa.....	94
3.2 Apresentação das categorias.....	95
3.2.1 Categorias da equipe.....	98
3.2.1.1 Atuação do trabalho em equipe de forma individualizada.....	98
3.2.1.2 Falta de redes de serviços e pactuação na equipe.....	110
3.2.1.3 Pouca utilização da tecnologia das relações.....	123
3.2.2 Categorias dos cuidadores.....	131
3.2.2.1 Reconhecimento das atividades fragmentadas no cuidado.....	131
3.2.2.2 Ser cuidador: necessidades que demandam tecnologia das relações.....	138
3.2.2.3 Descontinuidade do cuidado pela falta de articulação entre os serviços.....	141
3.2.2.4 Vínculos não construídos.....	144
3.3 Análise das categorias.....	146

3.4 Representações sociais sobre trabalho em equipe para os profissionais do Proiid e cuidadores: várias categorias profissionais atuando em um mesmo espaço, configurando uma equipe tipo agrupamento.....	167
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
REFERÊNCIAS.....	172
APÊNDICE.....	184
ANEXOS.....	192

1. INTRODUÇÃO

1.1 Trabalho em equipe na saúde

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece que a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado, sendo que a cidadania e a dignidade passam a ser elementos fundamentais. O Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ser regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 e 8.142/90, no qual são descritos os princípios do SUS, entre eles: universalização do atendimento; equidade; integralidade da atenção; participação social e descentralização no âmbito gerencial, que permitiu responsabilizar os municípios pela organização do sistema local (BRASIL, 1990).

Esses princípios norteadores estabelecem a realização de um modelo de atenção pautado na integralidade, já que as necessidades precisam ser desvendadas em suas diversas extensões, considerando a complexidade frente às relações materiais de existência aos usuários. Dessa forma, necessita da disponibilidade de outros serviços em seus vários níveis de atenção: primário, secundário e terciário, possibilitando acesso de forma integrada (PEREIRA et al., 2009).

O SUS também estabelece um modelo, no qual, não haja indissociabilidade entre ações preventivas, curativas, promocionais e reabilitadoras. A década de 90 é demarcada por um período de expansão da rede ambulatorial e as Unidades Básicas de Saúde em todo país (PEREIRA et al., 2009).

No período entre 1980 a 2002 verifica-se um alto incremento dos estabelecimentos públicos, significando expansão de acesso da população aos serviços com a implantação do SUS. Em 2006 fica estabelecida a Portaria 648/GM, que trata da Política Nacional de Atenção Básica, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo e continuidade, coordenação do cuidado; responsabilização; equidade, integralidade e humanização (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica se caracteriza por ações individuais e coletivas desenvolvidas por uma prática democrática, com enfoque no trabalho em equipe, considerando o contexto em que o indivíduo está inserido. Essa política encontra-se articulada com a Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que trata do Pacto pela Saúde, que confirma os princípios do SUS como eixo da Política de Saúde do Brasil. A portaria é constituída por três componentes: Pacto pela Vida; Pacto de Gestão e Pacto em Defesa

do SUS. Em geral, tem como objetivo inovar processos e instrumentos de gestão, redefinir as responsabilidades e promover qualidade social e sanitária para a população (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida estabelece seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, malária, tuberculose e influenza; fortalecimento da atenção básica e Promoção da Saúde. O Pacto pela Gestão reafirma o processo de descentralização, definindo as funções e responsabilidade de cada esfera de gestão (âmbito nacional, estadual e municipal). Além disso, constitui instrumento de trabalho que exige dos trabalhadores e gestores a articulação de saberes de diversas áreas, remetendo à idéia do trabalho em equipe. Por último, o Pacto em Defesa do SUS busca a repotilização do SUS, comprometida com a defesa do caráter público e universal do Sistema de Saúde do Brasil (BRASIL, 2006).

Pensando no desafio de colocar em prática os princípios do SUS, sendo a integralidade um deles, o Ministério da Saúde coloca como proposta para enfrentar esses desafios o Humaniza SUS. Este visa à priorização do atendimento com qualidade, participação integrada dos gestores trabalhadores e usuários para consolidação do SUS. Por humanização entendemos: “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.” (BRASIL, 2004, p. 3).

Os princípios que norteiam a humanização são o estabelecimento de vínculo, participação coletiva no processo de gestão e indissociabilidade entre atenção e gestão. A Clínica Ampliada passa a ser um conceito dentro da Política Nacional de Humanização e compreende o compromisso radical com o sujeito, responsabilização sobre os usuários, busca de ajuda em outras áreas e saberes, ou seja, a intersectorialidade, reconhecendo os limites de conhecimento dos profissionais e das tecnologias, além do compromisso ético (BRASIL, 2004).

Entre os princípios que podem ajudar na operacionalização da Clínica Ampliada encontram-se: a escuta qualificada, tentando ajudar o usuário a reconstruir e respeita os motivos que levaram ao seu adoecimento e as correlações estabelecidas entre o que ele sente e a vida; vínculo e afeto. Nesse sentido, o trabalho em equipe torna-se imprescindível para a concretização do que o SUS preconiza (BRASIL, 2004).

Dessa forma, a sociedade apresenta necessidades de transformações que estão se refletindo na área da saúde, surgindo novos desafios para os profissionais e

pesquisadores. O setor saúde deve responder às diversas necessidades e complexidades devido às mudanças demográficas, condições socioeconômicas, centrando suas ações no individual e coletivo. No campo da saúde coletiva, que enfatiza a promoção da qualidade de saúde e vida, a ação interdisciplinar tem sido privilegiada. Ela permite um espaço para repensar teorias, inovar conhecimentos, refletir sobre as práticas dos profissionais, elaborando um saber que integre os sujeitos. Além disso, apresenta uma nova visão, sistematizando o conceito de saúde, apresentando potencialidades para construção do conhecimento interdisciplinar, articulando novos paradigmas científicos para realizar um cuidado com visão ampliada através do reconhecimento de todo o seu contexto (MEIRELLES; ERDMANN, 2005).

Assim, o modelo de atenção fragmentado atual, que não vem dando conta de atender às necessidades da população em seu processo-saúde-doença, tem levado os profissionais a pensarem em alternativas que articulem o saber para mudar a situação da realidade. Surgem as discussões sobre a interdisciplinaridade na saúde, sendo que essas práticas nos serviços de saúde convivem com as dificuldades impostas pelo modelo biomédico. O grupo interdisciplinar, portanto, busca contribuir com estratégias para um novo modelo (MATOS; GONÇALVES; RAMOS, 2005).

A complexidade prioriza o máximo de informações e dados concretos com o objetivo de reconhecer o variado, ambíguo, incerto e aleatório. A visão unidimensional na saúde deforma nossa visão de mundo, o que nos leva a separar os problemas do seu contexto, como se isso fosse simplificar para resolver. Com isso, a resolutividade é baixa, dando a impressão de que os problemas se repetem quando, na verdade, não são resolvidos. Essa mudança de visão de mundo envolve a noção de trabalho integrado, ocorrendo mudanças também nas áreas de políticas públicas, comunidades e até em comportamentos e hábitos de vida. Isso leva a uma “nova visão de saúde como qualidade de vida e nova visão dos sujeitos como protagonistas.” (MEIRELLES; ERDMANN, 2005, p. 417).

Assim, são evidentes as contradições e tensões entre, de um lado, a nova concepção do processo-saúde-doença e a integralidade na saúde e, do outro, a necessidade da racionalização dos custos e controle dos serviços oferecidos à população. Os profissionais exercem autonomia como sujeitos do processo de trabalho, entendida como esfera de liberdade de tomada de decisão e julgamento frente às necessidades de saúde dos usuários. As variadas autonomias darão a maior ou menor

autoridade técnica socialmente legitimada, e não apenas tecnicamente estabelecida, das diversas áreas profissionais (PEDUZZI, 2007).

Considerando a implantação do SUS, e o princípio da integralidade da saúde, que engloba todos os níveis de atenção, um dos instrumentos de trabalho disponível para colocar o modelo de prática proposto, isto é, visando o indivíduo e a família no seu contexto de vida, baseados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, é o trabalho em equipe, visto que o processo de saúde-doença tem suas especificidades e complexidade, envolvendo dimensões intrínsecas ao fenômeno e sua intersubjetividade (PEDUZZI, 2007).

A integralidade pode ser entendida como “uma ação resultante da integração democrática entre os autores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.” (PEDUZZI, 2002, p. 15).

Porém, o termo integralidade é um conceito que continua em construção e pode apresentar três sentidos: a integralidade como traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).

O primeiro sentido refere-se a uma assistência que não reduz ao sistema biológico, mas que, nesse encontro paciente/usuário, pretende reconhecer, além das demandas explícitas, as necessidades no que diz respeito à saúde. O segundo sentido refere-se à horizontalização dos programas anteriormente verticais, superando a fragmentação das atividades, a necessidade de articulação entre demanda programada e esperada como atividades coletivas. O último sentido refere-se às políticas especialmente desenhadas para dar respostas a determinados problemas de saúde que afligem certo grupo populacional (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Assim, a integralidade é um modo de atuar democrático, saber fazer integrado, em um cuidar onde existe uma relação de compromisso ético, sinceridade, confiança e responsabilidade. Desse modo, a integralidade existe em ato e pode ser uma prática na organização dos serviços que valorizem o cuidado e tem suas concepções de considerar o usuário como sujeito, respeitando-o e atendendo suas necessidades. A noção de vínculo faz refletir sobre responsabilidades e compromisso (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Merhy (1994, p.138) afirma que:

...criar vínculo implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável

pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.

Campos (1997) refere que junto com a especialidade sempre viria o monopólio do conhecimento, a fragmentação do processo terapêutico e o argumento da autoridade. Além disso, é visível que a especialização aumenta a fragmentação das ações dos profissionais, já que diminui a capacidade destes em resolver os problemas, pois o especialista se encarrega de resolver em uma parte, não se responsabilizando pelo cuidado global do indivíduo. Nessa perspectiva, perde-se a visão integral do paciente, sendo que as ações são realizadas de forma mecanizada através de protocolos específicos baseados em diagnósticos iniciais.

Em geral, hoje existem dois modelos polares para organização dos processos de trabalho em saúde. Um dos modelos atuais de organização do processo de trabalho é caracterizado pelas verticalização, hierarquizações, havendo desentrosamento entre as categorias profissionais, cada uma delas sentindo-se responsável por aquilo que é ligado estritamente à sua área, através de protocolos normativos. Esse modelo gera divisão de responsabilidades. Outro modelo idealizado caracteriza-se por relações horizontalizadas, distribuição homogênea de poder, igualando todos os profissionais, ou seja, todos fariam tudo e ninguém seria responsável por nada em particular, o que gera perda da identidade profissional. No caso, o desafio seria a combinação de graus de polivalência em certo nível necessário, inventando modelos organizacionais que mais potencializam a produção de saúde (CAMPOS, 1997).

O trabalho em equipe tem sido proposto como estratégia para enfrentar o processo intenso de especialização na área da saúde, na tentativa de aprofundar verticalmente o conhecimento e intervenções em aspectos individualizados das necessidades de saúde, não havendo, conseqüentemente, uma articulação das ações e saberes. A equipe foi uma estratégia concebida pelo homem para aumentar a produtividade e racionalização dos serviços. Apesar de haver a divisão técnica do trabalho, ela apresenta aspectos de complementaridade e interdependência. Vale ressaltar que toda divisão técnica do trabalho gera relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos (PEDUZZI, 2007).

A equipe é pensada como um campo fértil para a aquisição de habilidades e competências na realização de um cuidado integral, sendo a atuação interdisciplinar a forma de trabalho que mais caracteriza os cuidados em saúde na visão da complexidade desses cuidados (SILVA; SANTOS, 2006).

Espera-se que a equipe tenha uma visão crítica e reflexiva do seu objeto institucional inserido, isto é, um maior comprometimento, responsabilização e envolvimento com ele que, por sua vez, traduz o modelo assistencial proposto. As atividades devem ser baseadas nas negociações do profissional-usuário em relação às necessidades de saúde deste e da população do território e não na reprodução alienada e mecanizada de uma proposta tomada como receita (PEDUZZI, 2007).

Meirelles e Erdmann (2005) afirmam que o projeto multiprofissional nos ajuda a enfrentar os problemas complexos como os quais nos defrontamos nos dias de hoje, contrapondo às especialidades, que decompõe o homem na busca de saberes verificáveis e métodos científicos determinados. A verdade em que acreditamos não é a verdade única e definitivamente adquirida, mas algo que foi refletido a respeito das questões colocadas na sociedade, com diversos pontos de vista. A verdade é alcançada através do diálogo e polêmica, sendo que o trabalho em equipe possibilita o conhecimento claro das interdependências das verdades.

As verdades são também construídas por aproximações sucessivas e questionamentos constantes para poder apreender a totalidade da realidade. A multiprofissionalidade busca a integração e a instauração da totalidade em campos de saberes heterogêneos, pluralistas e múltiplos, reconhecendo que os fenômenos são complexos, apresentando olhares diversificados sobre estes. Compreender a realidade exige um pensamento complexo, trata-se de identificar as relações e inter-retroações entre cada fenômeno e seu contexto, as relações entre o todo e as partes, a repercussão da modificação do todo sobre as partes, reconhecendo a unidade incluída na diversidade e vice-versa (MEIRELLES; ERDMANN, 2005).

O trabalho em equipe tem sido apontado, nas últimas décadas, como um modelo de referência no processo de trabalho na saúde, pois tem proporcionado maior satisfação e motivação dos trabalhadores, além de qualidade na assistência. Hoje, vários termos têm sido utilizados para indicar ações integradas, como os termos multiprofissional, interdisciplinar, grupos de apoio, dentre outros (TAVARES; MATOS; GONÇALVES, 2005).

Para Matos, Pires e Campos (2009), o trabalho multiprofissional possibilita maior interação entre os agentes e, conseqüentemente, a compreensão ampliada do objeto de trabalho em saúde através da articulação dos diversos saberes e fazeres presentes, possibilitando outras formas de relação entre os sujeitos inseridos no

processo, contribuindo para se pensar em um novo paradigma de organização do trabalho em saúde.

Desse modo, atualmente, o setor da saúde tem como responsabilidade atender às diversas necessidades, como as intervenções que pressupõem alta tecnologia em níveis terciários, como também atuar nos locais onde as pessoas vivem, proporcionando ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Assim, o modelo de atenção à saúde estabelecido considera o indivíduo, a família, a doença e o contexto de vida (processo-saúde-doença). Este, pela natureza do seu objeto, implica no trabalho interdisciplinar em diferentes níveis e áreas com diferentes abordagens (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Assim, torna-se necessário que entre a equipe de saúde e a comunidade se estabeleça uma nova relação, uma nova concepção de trabalho, diferentemente do modelo biomédico tradicional. Essa relação deve estar baseada na interdisciplinaridade, para privilegiar um atendimento que não seja fragmentado, mas que veja o indivíduo, bem como a família, como um todo na sua integralidade (BRASIL, 2000).

No que se refere às relações estabelecidas entre profissionais e usuários, a atuação multiprofissional propicia um novo modo de relação entre usuário/família, favorecendo a percepção e a atenção centrada nas relações e condições do trabalho, além daquelas relacionadas às doenças, ou seja, uma visão ampliada de saúde (MATOS, PIRES, CAMPOS, 2009).

Matos, Pires e Campos (2009) puderam observar em seu estudo que os usuários dos serviços prestados por equipes multiprofissionais evidenciaram melhor atendimento às suas necessidades e um cuidado mais humanizado. Destacaram também o vínculo estabelecido entre os usuários e alguns profissionais e a confiança no serviço e atuação diferenciada dos mesmos. Além disso, referem que são melhores acolhidos quando comparados com outros serviços que utilizam o modelo tradicional de organização do trabalho (MATOS, PIRES, CAMPOS, 2009).

Schraiber et al (1999) afirmam que as necessidades de saúde hoje vêm expressando múltiplas dimensões, complexificando os conhecimentos e intervenções sobre o objeto. Assim, a totalidade das ações demandadas no campo da saúde não pode ser realizada por ações isoladas. Coloca-se, pois, a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, seja no interior de uma mesma área ou na relação interprofissional. Acrescenta, também, que o atendimento integral não se tem mostrado possível locando apenas recursos humanos de diferentes áreas profissionais em um mesmo local de trabalho. A eficiência e eficácia, nessa perspectiva, requerem uma

modalidade de trabalho em equipe que traduza uma forma de conectar as diferentes ações e profissionais.

É perceptível, nas práticas atuais, uma dificuldade das equipes de saúde em entender a forma como o processo de trabalho vem se estruturando nos serviços de saúde e o motivo pelo qual isso vem ocorrendo, proporcionando a substituição do antigo modelo médico hegemônico e hospitalocêntrico pelo novo modelo de vigilância à saúde. Além disso, a dificuldade dos profissionais da saúde em realizar o trabalho em equipe, criando barreiras para o trabalho multiprofissional e, conseqüentemente, para um cuidado integral, tem sido amplamente disseminada como objeto de estudo.

A dificuldade que os profissionais de saúde apresentam em lidar com os problemas que surgem ao estabelecerem uma relação com as famílias assistidas pelo programa de internação domiciliar tem sido outro fato importante. Diante dessa problemática, questiona-se sobre o quanto os profissionais de saúde sabem, acreditam e têm dado importância a esse novo modelo de atenção à saúde, o quanto a prática do trabalho em equipe tem sido incentivada e compreendida pela equipe, orientando a organização do processo de trabalho e, principalmente, as dificuldades encontradas pela equipe para a realização desse trabalho, juntamente com as famílias e cuidadores de pacientes do programa de internação domiciliar e suas estratégias para a concretização do cuidado integral.

Considera-se que esta pesquisa contribuirá para uma maior aproximação da problemática, além de proporcionar aos profissionais de saúde, serviços de saúde e acadêmicos conhecimentos sobre as transformações do processo de trabalho no campo da saúde pública, além de estratégias para a realização do trabalho em equipe, o trabalho com a família na atenção domiciliar e suas repercussões na realização do cuidado integral. Além disso, possibilita uma pequena reflexão sobre a prática do trabalho em equipe e sua importância para o processo de trabalho, não só na área de saúde, mas também em outros campos de conhecimento, além de estimular novos estudos sobre o tema, estimulando a exploração de referenciais teóricos atualizados que possam ajudar na construção de futuros trabalhos científicos a serem publicados.

1.1.1 Transformações do mundo do trabalho e sua relação com o trabalho em equipe na saúde

O modo de produzir e reproduzir a vida material e social, os valores; a construção do conhecimento, as regras de convivência social e a forma como se realiza o trabalho humano são produções humanas resultantes de relações sociais. Assim, a introdução da tecnologia no processo de produção não pode ser justificada por um determinismo tecnológico, mas precisa ser analisada como fenômeno social, resultante de relações sociais, disputas de interesses entre indivíduos e grupos sociais de acordo com as características culturais, inserção de classe e experiências de vida (PIRES, 1998).

A instrumentalidade pode adquirir caráter estratégico, do ponto de vista normativo e das relações sociais, conforme seja a ação mais automatizada e independente das interações, ou seja, produto das relações intersubjetivas. O trabalho tem duas especificidades como ação social: o trabalho como ação estratégica produtiva e o trabalho como ação comunicativa e interação social (SCHRAIBER, et al., 1999).

Em relação ao trabalho como ação estratégica, algumas considerações devem ser levantadas. O primeiro ponto a ser considerado é que sua ação não é qualquer, mas intencionalmente realizada e essa intenção é pautada na finalidade dessa ação, sempre reconhecida socialmente. O segundo ponto é que essa ação produz algo para a sociedade satisfazendo as necessidades dos indivíduos. O terceiro ponto é que essa ação tem que alcançar os resultados esperados e apresenta sempre um produto final. O quarto ponto a ser considerado é que, para que a ação ocorra, é necessário ajustar meios aos seus fins, o que confere uma racionalidade de operação. O quinto e o último ponto a ser levantado é que isso gera tanto um conhecimento acerca dos meios e objetos de sua intervenção e de sua finalidade, quanto acerca da operação a ser realizada, ou seja, qual o melhor modo de produzir o produto determinado, modo que passa a constituir uma técnica, isto é, saber fazer (SCHRAIBER, et al., 1999).

Conseqüentemente, esse conhecimento é transmitido de um para o outro agente do trabalho sem perder de vista a operação corretamente exercida. Assim, a técnica nada mais é que a intervenção manual que produz coisas, manipulações, obras exteriores ao fazer junto com o conhecimento. Logo, trabalho são atos técnicos, ou seja, os processos de trabalho valem - se de técnicas, embora a técnica não recubra todas as técnicas envolvidas no trabalho, assim como o trabalho não recobre todas as atividades técnicas (SCHRAIBER, et al., 1999).

Essas características possibilitam ao trabalho ações repetidas, que podem ser realizadas por diferentes mãos, com alguma garantia do mesmo resultado. Isso é, um coletivo de agentes (profissionais) que são pessoas diferentes, formações, valores, desejos, sentimentos e opiniões diferentes, construindo produtos bastante próximos que satisfazem pessoas diferentes e satisfazem de forma bem parecida (SCHRAIBER, et al., 1999).

Argenta e Pires (2000) afirmam que o trabalho encontra-se em constantes mudanças no que se refere ao padrão tecnológico e a organização do trabalho. Todo trabalho é pensado sob a forma de projeto, no qual o homem seleciona o objeto de trabalho, o qual sofrerá transformações para se obter o produto final e elabora as finalidades ou objetivos a serem alcançados, de acordo com os instrumentos, equipamentos, conhecimentos, aptidões e recursos econômicos disponíveis.

A repetitividade e capacidade de reiterar o agir como intervenção pode ser chamada de “técnica”, ou seja, é possível reter o saber da operação enquanto saber, antes da ação em curso. Essa presença será mais forte quanto maior a complexidade que envolve conhecimentos científicos. Por isso, o aparecimento da tecnologia permitiu que o saber da operação crescesse em volume de conhecimento necessário e diversificado de conteúdo. Em outras palavras, em conhecimento do tipo teoria, sobre práticas ou modo de praticar (SCHRAIBER, et al., 1999).

Entre a ciência e o trabalho existem dois saberes: o saber operante, ou tecnológico, que orienta a aplicação da ciência na perspectiva da racionalidade do trabalho e o saber prático, em que na atividade do trabalho o próprio saber tecnológico se enriquece. O saber nunca se esgotará numa ação em ato, por mais que esteja sendo mecânico o trabalho (SCHRAIBER, et al., 1999).

Lunardi Filho (1997) afirma que o trabalho quando realizado de forma mecânica, gera maior esforço fisiológico, ritmo e tempo de trabalho separando assim o trabalho intelectual do manual, sobrecarregando o trabalho corporal, este que acarreta muitos prejuízos, devido às exigências do trabalho moderno fundamentada no taylorismo. A divisão do trabalho resulta, tanto na fragmentação das tarefas, como também na fragmentação das relações, criando individualismo entre os trabalhadores e a dificuldade de união, cooperação e relacionamento.

Na ação em saúde, a exatidão do saber científico e tecnológico não é tão completa assim, já que existem incertezas dos fenômenos vitais que não podem ser

totalmente previstos. Além disso, os contextos da produção de trabalho podem trazer limitações das operações da ciência e tecnologia (SCHRAIBER, et al., 1999).

O trabalho, além de ser uma forma humana de produzir respostas às necessidades através das atividades intencionais de alteração da natureza, é também um modo de construção da vida social, formas de sociabilidade do homem. Desse modo, as finalidades dos trabalhos correspondem à construção ética e política do modo social de viver (SCHRAIBER, et al., 1999).

A almejada e a realizada proposta da prática do trabalho em equipe relacionam-se às várias mudanças que vêm ocorrendo nos serviços de saúde, tais como: especializações das disciplinas científicas; a especialização do trabalho; a incorporação da tecnologia; a institucionalização elitizadora e segmentadora da oferta de atenção à saúde; o caráter interdisciplinar dos trabalhos em saúde e as diretrizes da atenção integral às necessidades de saúde da população. O trabalho em equipe conjuga-se tanto à divisão do trabalho e dos saberes quanto à necessidade de recomposição de suas ações (SCHRAIBER, et al., 1999).

A mudança no processo de trabalho não ocorre somente devido a incorporação de novas categorias profissionais, mas sim devido à organização dos serviços, pois as relações entre objetos e instrumentos modificam-se, atributos técnicos se tornam distintos, além da necessidade de maior interação e articulação entre os diferentes profissionais (PEDUZZI, 1996).

Visto que as necessidades de saúde compreendem de múltiplas dimensões e as intervenções acerca do processo-saúde-doença constituem um intenso processo de especialização, é cabível, na atualidade, a realização de ações em saúde totalizadoras, seja por cada um dos usuários em particular, seja pelo coletivo de usuários de um serviço. Desse modo, coloca-se a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados que visem à assistência integral, seja em uma especialidade de uma mesma área profissional, ou em áreas distintas, como em equipes multiprofissionais (SCHRAIBER, et al., 1999).

Desse modo, o setor saúde tem como responsabilidades atender às necessidades, como as intervenções que pressupõe complexas tecnologias, como também atuar em locais onde as pessoas vivem proporcionando ações de prevenção de doença e promoção à saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Porém, o cuidado integral não é possível apenas por meio de locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais nos mesmos locais de trabalho. Esses

profissionais realizando ações isoladas, sem comunicação e articulação, não permitem a concretização da atenção integral. Esta requer um trabalho em equipe que permita a conexão das diferentes ações e os distintos profissionais no coletivo de agentes presentes às prestações de serviços (SCHRAIBER, et al., 1999).

Assim, torna-se necessário que entre a equipe de saúde e a comunidade se estabeleça uma nova relação, uma nova concepção de trabalho, diferente do modelo biomédico. Esta relação deve estar baseada no trabalho integrado, para privilegiar um cuidado que não seja fragmentado, mas que veja o indivíduo como um todo, bem como a sua família (BRASIL, 2000).

1.1.2 O Trabalho humano e suas transformações

As especializações das produções em áreas já aconteciam na sociedade feudal, mas o capitalismo introduz uma característica inédita: a divisão de uma especialidade produtiva em múltiplas operações. O trabalho passa a ser desenvolvido pelo esforço humano, operações manuais que requerem rapidez, habilidade, segurança e destreza individual (PIRES, 1998).

Com a revolução industrial, as ferramentas que são movidas pelas forças humanas são substituídas pelas máquinas. O modo capitalista de produção tem apenas um propósito: a garantia de acumulação, tornando o trabalhador dependente da venda da força do trabalho para sobreviver. Desse modo, várias alternativas tecnológicas são empreendidas pelo capital para controlar o trabalho, aumentando a margem de lucro. Dentre elas encontram-se as inovações tecnológicas como novos equipamentos, redução de remuneração e extensão da jornada de trabalho (PIRES, 1998).

No início do século XX, os resultados da aplicação dos princípios da gerência científica, baseados nas formulações de Taylor, começam a ser conhecidos e ampliados de forma crescente, influenciando o trabalho industrial. Surgem estudos sobre o tempo de execução das tarefas, registros das quantidades de trabalho desempenhado, rotinizações, reorganização física dos ambientes de trabalho para diminuição dos tempos gastos sem produção, etc. Para aumentar a produtividade, expande-se a divisão parcelar do trabalho e a mecanização da produção (BRAVERMAN, 1981).

A gerência passou a ser uma ferramenta importante para garantir a produtividade e a qualidade, que beneficiaria toda a sociedade. Nesse sentido, a gerência ganha aprofundamento com as contribuições de Taylor e seus seguidores. Com a centralização

da produção nas fábricas, o controle sobre o processo de produção passa para as mãos dos proprietários do capital. Estes, por sua vez, adotam medidas para controlar o ritmo do trabalho, extensão da jornada de trabalho, o valor do produto e apropriam-se do saber envolvido na confecção do produto (PIRES, 1998).

Para Taylor, as regras são estabelecidas pela gerência, cabendo aos trabalhadores apenas executá-las em ritmo. Assim, a gerência racionaliza a produção, define os tempos e modos de produção através da rigidez e hierarquia, fiscalizando a produção. Como Taylor, Ford separa o planejamento da execução, desqualificando e parcelando as tarefas. Ford se baseia no processo contínuo de produção na linha de montagem, fazendo uso da mecanização associada e parcialmente automatizada (KURCGANT, 1991).

O controle sobre o trabalho humano pode ser feito diretamente pela máquina. Com a linha de montagem, o trabalho vai aos homens ao invés do homem ao trabalho. A peça principal é trazida pela esteira ao trabalhador, que vai fixando componentes para obter o produto final. Para os trabalhadores, isso significou alienação, degradação da condição do trabalho, desqualificação e humilhação, gerando diversas formas de resistência individual e coletiva entre os trabalhadores. No fordismo, o homem é subordinado à máquina, o trabalho torna extremamente fragmentado e o ritmo é definido pela máquina (KUCGANT, 1991).

Esse novo padrão de desenvolvimento capitalista foi capaz de garantir longo período de prosperidade durante 25 anos pós-guerra. Sua configuração não foi devido à determinação econômica, mas sim devido à dinâmica da luta de grupos e classes sociais que exigiu mudanças na forma de gestão, no papel do Estado, no padrão de consumo e relação salarial. Nesse sentido, o Estado passa a intervir na reprodução da força de trabalho conciliando os interesses da apropriação privada dos meios de produção com uma gestão democrática da economia e intensa elevação do padrão de vida (PIRES, 1998).

Para isso, foi necessário o crescimento e fortalecimento dos sindicatos dos trabalhadores e sua participação na luta política geral, conquistando um sistema *welfare*, ou seja, políticas voltadas para emprego, salários mais altos, direitos políticos e sindicais. Por outro lado, os empresários aceitaram a participação dos trabalhadores em suas organizações. Dessa forma, o Estado Nacional passa a fazer o papel de administrador da demanda, tentando reduzir a desigualdade e desemprego através da geração de rede de serviços conhecida como Estado do Bem - Estar Social.

Conseqüentemente, a elevação de renda aconteceu através dos investimentos, aumentando os serviços públicos de segurança, saúde, educação e outros, fazendo crescer o nível de produção e emprego (BRAGA, PAULA, 1987).

O sistema *welfare* foi uma conquista dos trabalhadores que resultou de diversas lutas, além de conquistas de direitos pelos trabalhadores. Esse movimento esteve presente do pós-guerra até o final dos anos 60 e resolveu o problema da estabilização da demanda macroeconômica, mas não resolveu a insatisfação dos trabalhadores com a exploração, perda do controle do processo de trabalho para o capital. Esse modelo de desenvolvimento apresentou sinais de esgotamento a partir da segunda metade dos anos 60, podendo ser explicado por diversos aspectos e determinações como: insatisfação com as condições de trabalho por parte do operário; trabalhadores, intelectuais e estudantes reagindo contra a falta de liberdade, autoritarismo e a organização do trabalho taylorista-fordista (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Na economia ocorreu aumento da inflação, redução da taxa de lucro da produtividade. Com essa crise, verificou-se a necessidade de reestruturação do capital, incluindo ajustes macroeconômicos, transformação no modelo de produção com introdução de inovações tecnológicas e novas modalidades de organização do trabalho. Esse novo modelo pós-fordista, também conhecido como sistemas flexíveis, apresenta as seguintes características: inovação tecnológica com aplicação da tecnologia digital; crescimento da complementaridade intersetorial com a terceirização e redução de força de trabalho industrial, vinculada diretamente a empresa; visão sobre o cliente, ou seja, muda a visão do consumidor passivo e a opinião, interesses e expectativas do consumidor passam a ser valorizados, e considerados parte do planejamento, além da criação de mecanismos de avaliação e controle de qualidade dos produtos (PIRES, 1998).

O processo de trabalho passou por diversas transformações com a introdução do trabalho em equipe, com trabalhadores desenvolvendo múltiplas atividades e intervindo nas diversas fases do processo de produção, identificando e corrigindo falhas; as relações tornaram-se mais horizontalizadas e informais; as habilidades passaram a ser revalorizadas; a força de trabalho requer alto nível de formação escolar e técnica; os trabalhadores começaram a receber treinamento amplo, diferente do modelo taylorista-fordista que aplicava o treinamento direcionado para realização de tarefas específicas (PIRES, 1998).

No Brasil, o crescimento da produção industrial de 1968-1974 ocorreu sob o autoritarismo do regime militar com dificuldade de intervenção classista, falta de liberdade e de participação dos grupos sociais nas decisões políticas. A estabilidade do trabalho passou a ser substituída pelo FGTS (Fundo de Garantia de Tempo de Serviço), aumentando a rotatividade da força de trabalho e de demissões, além disso, diferente dos países capitalistas desenvolvidos, no Brasil não se constituiu um sistema *welfare* que beneficiasse os cidadãos (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

O Estado do Bem Estar Social iniciou-se no Brasil nos anos 30 com as políticas implantadas por Getúlio Vargas. As políticas de proteção social se consolidaram nos anos 70, com medidas de proteção ao trabalho e ao mesmo tempo intervindas contra a organização sindical livre dos trabalhadores. Entre as atividades de proteção social encontram-se a previdência e assistência social, habitação popular, educação básica e atenção à saúde. No entanto, não se constituiu um *Welfare State* como nos países desenvolvidos, mas sim num sistema conservador consagrando privilégios e limitando concessão de benefícios a alguns (BRAGA; PAULA, 1987).

De 1949 a 1980, o setor industrial aumentou consideravelmente a sua participação na renda nacional, os trabalhadores começam a conquistar espaços democráticos e conquistaram novos direitos sociais, porém, ainda havia utilização de alguns princípios do fordismo. Nos anos 80, a inflação foi alta, praticamente sem crescimento econômico. Houve a ampliação do setor sindical e dos espaços de negociação e reconhecimento social. Com a industrialização em alta ocorreu aumento da urbanização e da migração do campo para a cidade; do desemprego industrial, do trabalho informal, da desigualdade de renda e do número de pessoas em estado de pobreza, além da violência urbana (PIRES, 1998).

O período marcou o fim do "milagre econômico" cujos efeitos se faziam sentir no setor saúde através da crise no padrão de prestação de serviços da rede pública e da previdência social, além do privilégio dos produtores privados nos serviços de saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1981).

O quadro epidemiológico que passou a evidenciar-se mostrava a coexistência de doenças infecto-contagiosas e doenças crônico-degenerativas. Além disso, enfermidades como doença de Chagas, esquistossomose e malária, dentre outras, que incidiam preponderantemente na zona rural, passaram a assolar também as cidades (BRAGA; PAULA, 1987).

No início dos anos 70, a crise econômica se agrava, a dívida externa se aumenta, e o governo implementa políticas de abertura econômica ao capital estrangeiro. O Estado diminui sua atuação na fiscalização das atividades econômicas e não realiza ações visando a distribuição de renda. Com isso, ocorre a deteriorização dos portos, estradas, energia, comunicação e toda a infra-estrutura social como saúde, educação, habitação e previdência (PIRES, 1998).

Segundo Soares (2000), o setor saúde, no Brasil, em especial na década de 90, tem sido afetado pelas ações governamentais decorrentes da política de “Reforma do Estado”, apontada como necessária para o processo de modernização e inserção do País de forma competitiva no cenário internacional. A proposta de reforma defendeu a substituição do modelo administrativo das instituições públicas, localizando na questão gerencial o nó crítico do problema das fragilidades dos serviços públicos de saúde. E os problemas de fundo que geram a desigualdade no País permanecem, dentre eles o padrão de financiamento do Estado, sua incapacidade de produzir políticas de distribuição de renda e equalização do acesso a serviços públicos essenciais.

1.1.3 O processo de trabalho na saúde: uma breve caracterização histórica

As características da organização do trabalho em saúde que se verificam na Idade Média, na Europa, e o processo de mudanças que vêm ocorrendo com o modo de produção capitalista diferem das sociedades primitivas e marca o modo como a sociedade ocidental até hoje lida com o processo-saúde-doença. Na Idade Média, a assistência à saúde era realizada por grupos especializados em áreas de atuação específicas, existindo a prática realizada pelos religiosos, sendo eles físicos, intelectuais, filósofos e os realizados pelos leigos (PIRES, 1998).

Os trabalhos mais intelectualizados eram mais valorizados que os de base manual. O atendimento aos pobres era realizado em parte pelos religiosos, que tinham especializações e por leigos como dentistas, barbeiros e farmacêuticos. Assim, tratava-se de um trabalho no qual os profissionais tinham controle sobre o seu processo. Nesse tipo de organização social dominada pelo cristianismo, as atividades manuais estão subordinadas às intelectuais (PIRES, 1998).

As faculdades médicas não só assumem o papel de formador, mas também determinam regras para profissionalização e exercício da prática dos outros no trabalho em saúde. A divisão do trabalho em áreas de conhecimento e em campos de atividades

adquire outro caráter. Assim, a especialização das atividades sobrepõe à perda parcial do controle do processo de trabalho (PIRES, 1998).

O hospital, que antes eram instituições do caráter religioso nos quais os doentes das camadas pobres eram atendidos, passa a ser um espaço terapêutico e de formação dos médicos. Concentrando as atividades no espaço hospitalar, a assistência à saúde é agora resultado de um trabalho realizado de forma coletiva, sendo que uns acabam assumindo o controle do trabalho coletivo e delegando atividades (BERTOLOZZI, GRECO, 1996).

A enfermagem acaba surgindo como profissão sob o modo capitalista de produção, desenvolvendo suas atividades no espaço hospitalar e integrando o trabalho coletivo em saúde. Apresenta autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, porém, subordinada às regras impostas pelas instituições assistenciais. Apresenta-se organizada pela divisão parcelar do trabalho, assumindo papéis de gerência do trabalho assistencial em enfermagem e também delegando tarefas parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem (SILVA, 1996).

Os avanços dos conhecimentos na saúde e a ampliação da complexidade das doenças/problemas tornam-se necessárias as intervenções complexas, gerando instituições de grande porte e especializações em unidades e serviços. Assim, o conhecimento é fragmentado devido ao número de especializações, resultando numa visão do homem segundo os “órgãos doentes” (PIRES, 1998).

As políticas públicas relacionadas à saúde no Brasil surgem no início do séc. XIX, como o saneamento dos portos e espaços urbanos para garantir integração do país no mercado mundial e atrair mão de obra para o processo de industrialização. Surge também a Previdência Social financiada pelos trabalhadores, patrões e Estado; em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde e só em 1953, o Ministério da Saúde, que se responsabilizava pelas ações coletivas de cunho preventivo (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A assistência era constituída pelas instituições religiosas, por médicos do regime privado, por hospitais militares e pela previdência com a parcela dos trabalhadores incluída no sistema. A partir dos anos 50, esta se tornou a principal estrutura financiadora e prestadora da assistência individual no país. Duas lógicas conviveram durante esse século na organização das práticas em saúde: o trabalho profissional independente com controle, ainda que parcial, e a lógica do trabalho coletivo, ambas contextualizadas historicamente e influenciada pela lógica do capital e organização e

gestão do trabalho. Também foram influenciadas pelo avanço da ciência e da tecnologia em cada momento histórico e seus problemas de saúde-doença (PIRES, 1998).

Nos anos 50, o Brasil já possuía um centro industrial, porém atrasado em relação aos outros países e sob a influência da política *welfare* e, após a Segunda Guerra Mundial, ampliaram-se no mundo e no Brasil os serviços de assistência à saúde, aumentando significante o número de hospitais e serviços públicos de saúde com a unificação da previdência em 1966. Essa estrutura de serviço de saúde, resultante da pressão dos trabalhadores por direitos e necessidade de força de trabalho em condições de integrar o processo produtivo, trata-se de um modelo de desigualdade no acesso, tanto no modelo das ações coletivas, quanto no modelo curativista individual e hospitalar (PIRES, 1998).

Nos anos 70, esse modelo começou a entrar em crise, juntamente com a crise política e econômica, o aumento da pobreza e o aumento das reivindicações dos trabalhadores para maior participação dos benefícios produzidos por toda a sociedade. Assim, a situação força o Estado a abrir espaços para novos modelos de organização da atenção à saúde. Em 1977, ocorre a reestruturação na previdência com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), gerido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e definiu-se o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMSP) como responsável pela assistência (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Nos anos 80, pensando num modelo mais integrado e universal, criaram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, mais tarde, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Nessa mesma época, houve o fortalecimento da luta dos trabalhadores do setor da saúde pela inclusão do direito à saúde, dentre os direitos de cidadania da população brasileira e desse movimento, estabelecendo o Sistema Único de Saúde (SUS), que busca superar a multiplicidade de instituições responsáveis pela saúde, racionalizar os custos do setor, forçar o Estado a assumir responsabilidades para com a saúde, melhorar a qualidade da assistência e abrir espaços para a participação da população sobre os serviços de saúde (PIRES, 1998).

Com a reforma constitucional de 1988, ocorrem os avanços na universalização dos direitos, amplia-se o conceito de seguridade social, surge o seguro desemprego e diminui a idade exigida para aposentadoria. Assim, nessa constituição fica estabelecido que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo que as Lei 8.080/90 e

8.142/90 estabelecem os princípios legais para o funcionamento do SUS. (BERTOLOZZI; GRECO, 1998).

O processo de mobilização da sociedade teve continuidade nos trabalhos de elaboração da nova constituição democrática, que culminou com a aprovação de um capítulo inédito da Constituição, que versava sobre a saúde, no qual se refletia, em parte, o pensamento e a luta do movimento sanitário (ESCOREL, 1993).

Esse período se restringiu, no campo da saúde, a adoção explícita da política neoliberal, cujos elementos básicos que a norteiam são: a desvalorização da moeda, a liberalização do comércio exterior, a redistribuição da riqueza e receita governamental, a redução do déficit público, a redução do emprego público, a privatização, o controle salarial, a eliminação do controle de preços, o cumprimento de parcelas de pagamento da dívida externa e a priorização das exportações, com a queda de qualidade do sistema público (LAURELL, 1995).

Não há dúvida de que a opção neoliberal que visava reduzir o papel do Estado e a remeter a regulação da saúde para o âmbito privado, deve ser analisada com muito cuidado, pois dentre outros argumentos, encontram-se experiências de âmbito internacional, como Chile e México, que evidenciam que os mecanismos de mercado apontam para a ineficiência, a ineficácia e a desigualdade crescentes (LAURELL, 1995).

Na realidade, o que se colocou para o país no final dos anos 80 e anos 90 foi o embate de duas correntes sobre o Estado: a concepção neoliberal que advoga o Estado mínimo e o mercado como principal agente regulador da ordem econômica e de outro, a concepção da necessidade da presença de um Estado democrático forte, demandado pelas políticas de ajuste estrutural e pelas desigualdades sociais (COHN, 1995).

Pires (1998, p.99) afirma que

Essas mudanças representam significativos avanços de reconhecimento legal do direito universal à saúde. No entanto, no que diz respeito à prática assistencial, ocorrem muito poucas mudanças. Os interesses do setor privado e dos defensores do modelo de mercado, associado à crise financeira do Estado, implantadas no país, a partir dos anos 90, resultam em mudanças muito pequenas: não avançam na universalização do acesso a todos em níveis de complexidade da assistência de saúde e organização, e o consumo dos serviços de saúde mantém dentro da lógica do mercado que comercializa as doenças e legitima a desigualdade de acesso. As denúncias dos reais problemas do SUS são aproveitadas por essas forças para um trabalho de desvalorização do setor público e dos trabalhadores do setor público e para defender a ilusão da eficácia do setor privado.

Assim, as conquistas em relação ao acesso a saúde e sua universalização no modelo vinculado na lógica do mercado foram importantes, ainda há muito para se avançar. Percebe-se que essa lógica foi determinada pela industrialização e modernização com a introdução da tecnologia.

1.1.4 A tecnologia nas diferentes formas de organização do trabalho

Vivemos num momento em que o termo tecnologia tem sido interpretado equivocadamente, somente como um produto ou equipamento, sendo que a terminologia também compreende certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organizar as relações humanas (MERHY et al., 1997).

Merhy (1997) agrupa as tecnologias na área da saúde em três categorias: tecnologia dura, representada pelo material concreto, como equipamentos permanentes ou de consumo; tecnologia leve-dura, que inclui o saber, o conhecimento cognitivo representados pelas disciplinas e a tecnologia leve representada pela produção de comunicação, vínculo, ou seja, relações que conduzem ao encontro do usuário e suas necessidades de saúde (MERHY et al., 1997).

O que desumaniza, despersonaliza e objetifica não é a tecnologia em si, mas o significado atribuído a ela, como qualquer indivíduo ou grupo cultural a define. O que está em jogo não é a tecnologia disponível para a manutenção da vida humana, mas sim até que ponto esse crescimento promove a humanização das pessoas, ou seja, onde termina a máquina e começa o humano (CARVALHO et al., 2006).

Esses avanços vinculados à necessidade de estabelecer controle afastaram cada vez mais o profissional do usuário, ou seja, do cuidado ao paciente, surgindo a necessidade de rever os valores humanísticos. Além disso, assumiram fundamental importância na sociedade contemporânea, não só ao processo produtivo, como também por dar origem a novos formatos organizacionais, novas relações de trabalho entre equipe x equipe e equipe x usuários, influenciando nas relações sociais e qualificação profissional, sendo que a tecnologia acaba assumindo papel legitimador, tanto em nível individual como também institucional. Assim, os serviços passam a ser bens vendáveis reproduzindo a lógica do mercado competitivo (CARVALHO et al., 2006).

Esse sistema proporciona a existência de uma vinculação entre os interesses capitalistas no setor saúde e a incorporação tecnológica no processo de produção dos serviços, gerando repercussão na organização dos serviços de saúde como hospitais,

ambulatórios e práticas médicas e, conseqüentemente, nas relações estabelecidas entre os trabalhadores da área da saúde e os usuários que procuram essa assistência (CARVALHO et al., 2006).

Para continuidade dessa análise, é importante o conhecimento de dois conceitos de trabalhos trazidos por Merhy: “trabalho vivo” e “trabalho morto”. O primeiro refere-se ao ato, ao trabalho criado e o segundo, aos produtos e meios (ferramentas, matérias primas), trabalho humano anterior que o homem utiliza pra transformar em outro trabalho. O trabalho vivo pode se tornar trabalho morto quando o homem não consegue exercer nenhuma ação de forma autônoma (MALTA; MERHY, 2003).

O trabalho em saúde deveria ser centrado no trabalho vivo e que não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, representado pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, ou seja, nos encontros da subjetividade que apresentam significados nas escolhas do modo de fazer esta produção. O trabalho vivo em ato é construído pela ação territorial dos atores em cena (ato intercessor do agir em saúde). É nesse espaço aberto à exploração de potências que surgem dispositivos disparadores de desvios para novas subjetivações e reinvenções do agir em saúde (MERHY, 2002).

É na efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, expresso por relações intercessoras que têm como operação chave o encontro usuário e trabalhador de saúde, que se faz o território de disputas da reestruturação produtiva em saúde. Nesse território impreciso que se expressam os modelos técnicos assistenciais em disputa da saúde como bem de mercado regido pela acumulação do capital e os projetos de saúde como bem público e patrimônio coletivo e individual de uma sociedade (MERHY, 2002, p.70).

Na saúde, o trabalho vivo, quando “capturado” por uma tecnologia mais estruturada, seja dura ou leve-dura, ou se também estiver sob o controle empresarial, não possibilita um “espaço intercessor”, este que surge no encontro entre o usuário e o consumidor, espaço que possibilita mudanças, de atos criativos, além de ser considerado um ambiente conflituoso, existindo diversas possibilidades de desdobramentos (MALTA; MERHY, 2003).

Segundo Merhy (2002), quando há encontro entre os sujeitos, criam-se espaços de relações, havendo interseções entre os dois, sendo o resultado desse encontro não apenas a somatória de um com o outro, mas sim um processo singular pelo encontro dos dois em um único momento, sendo que esses espaços surgirão sempre que ocorrerá um encontro e um ato.

Nos modelos de assistência de saúde predominantes hoje, os “espaços intercessores” são preenchidos pela “voz” dos trabalhadores e pela “mudez” dos usuários, ou seja, na realidade, as interações não acontecem, as relações simplesmente surgem de forma objetival, estes que são diversificados (MALTA; MERHY, 2003).

Existem campos de exercício de poderes como a ciência, o capital, a mídia e o Estado em que Merhy faz uma análise da reestruturação produtiva do trabalho em saúde, referindo que o campo de trabalho vivo em ato é o território de disputa, onde existe a possibilidade de novos arranjos tecnológicos e rumos para atos produtivos em saúde (MERHY, 2002).

Em seu livro “Saúde Cartográfica do Trabalho Vivo”, Merhy faz uma análise chamando a atenção para a centralidade que o capital financeiro vem assumindo nas micropolíticas das práticas de atenção à saúde e gestão. Evidencia um novo ciclo de acumulação de capital que vivenciamos desde o século XX, assim como inovações tecnológicas que vão incidir no terreno do trabalho vivo, ou seja, nas tecnologias leve e leve-dura (MERHY, 2002).

A superação do modelo médico hegemônico neoliberal implica na coletividade do gerenciamento das organizações de saúde, com ações voltadas para uma lógica “usuário-centrado, que permite a construção, no cotidiano, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas” (MERHY, 2002, p. 84).

A tecnologia do cuidado prevê um comprometimento maior dos profissionais de saúde em construir uma relação com o ser humano, atendendo através da tecnologia leve para enfrentar os diferentes problemas de saúde no seu sentido mais amplo. O trabalho na saúde envolve processos de intervenções através das tecnologias de relações, de encontros e de subjetividade, para além dos saberes estruturados e tecnológicos (KOEICH et al., 2006).

Quando falamos da tecnologia das relações, o processo comunicacional apresenta um papel importante. Nesse sentido, um referencial teórico seria Jurgen Habermas (1929) filósofo e sociólogo alemão contemporâneo que tem como pilar em suas obras a crítica radical à sociedade industrial moderna (GONÇALVES, 1999).

Habermas (1987) acredita que o trabalho acaba sendo realizado para pô-lo a serviço do homem, adquirindo uma racionalidade gerada da ciência e da tecnologia, isto é, uma racionalidade que consiste na organização e escolha adequada de meios para atingir determinados fins.

O agir humano em sua visão pode ser analisado em dois âmbitos de “atividade humana sensível”: o trabalho e a interação social. Por interação, Habermas define como:

Esfera da sociedade em que normas sociais se constituem a partir da convivência entre os sujeitos, capazes de comunicação e ação comunicativa, isto é, uma integração simbólica mediada, a qual se orienta segundo normas de vigência obrigatória que define as expectativas recíprocas de comportamento e que têm que ser entendida e reconhecida, pelo menos por dois sujeitos agentes.” (HABERMAS, 1987, p. 57).

A subjetividade humana é construída a partir de um processo de formação resultante de uma complexa rede de interação. A racionalidade instrumental produziu um esvaziamento da ação comunicativa, gerando no homem formas de agir baseadas no individualismo, competição e isolamento. O homem atribuiu um sentido às suas ações e não reage simplesmente a estímulos do meio. Graças à linguagem, é capaz de transmitir percepção e desejos, expectativas, intenções e através do diálogo, o homem pode reassumir o seu papel de sujeito (GONÇALVES, 1999).

A comunicação estabelecida através da fala envolve três campos: o campo objetivo das coisas, o campo social das normas e instituições e o campo subjetivo da vivência e do sentimento. O sucesso da ação conjunta depende do conhecimento que as pessoas partilham sobre o mundo. Elas interagem sobre normas sociais já existentes previamente ou são produzidas durante a integração, definindo expectativas recíprocas de comportamentos, sendo que todos os participantes têm conhecimento. Essa ação é avaliada pelo reconhecimento intersubjetivo e pelo consenso valorativo; além disso, em toda interação surgem interações sobre vivência, intenções, necessidades e tremores (GONÇALVES, 1999).

Habermas (1987) propõe um modelo ideal de ação comunicativa através da interação das pessoas a partir da linguagem, organizando-se socialmente, buscando o consenso de toda coação interna e externa. Para uma situação linguística ideal, Habermas considera o discurso, como uma forma de comunicação que tem como objetivo validar as opiniões e normas.

Dessa forma, a linguagem é o ponto de partida de destaque de sua teoria, sendo ela qualquer forma de comunicação que modifica e transforma um comportamento ou ação humana (HABERMAS, 1987). O quadro abaixo resume as diferenças entre os paradigmas que focam o sujeito e os que focam a comunicação.

Quadro 1- Paradigmas do agir comunicativo proposto por HABERMAS

Paradigma da consciência ou do sujeito	Paradigma da linguagem e da comunicação
Conhecimento obtido pela racionalidade centrada no sujeito	Conhecimento obtido centrado pela racionalidade na comunicação
Paradigma cartesiano	Paradigma do entendimento e da comunicação
Baseado em ações cognitivas-instrumentais	Baseado em ações comunicativas
Pensador solitário que conhece o mundo	Sujeito dialógico (intersubjetivo)
Visando à operação lógica do conhecimento	Visando ao entendimento entre os sujeitos
Conhecimento de objetos e sua dominação	Predomínio da liberdade de expressão
Reflexão sobre conhecimento e moralidade	Discurso mediado por um saber falível
Racionalidade unilateral/abstrata	Atitude de reciprocidade
Concepção metódica	Racionalidade vista como um processo concreto
Razão transcendental	Baseado em profundas reflexões e negociações
Regras e normas que dominam e controlam	Promove um saber histórico – dialético e contextualizado
Razão instrumental	Razão comunicativa

Fonte: (IAROSINSKI, 2000, p. 101)

Ao analisar o quadro, percebe-se como o conhecimento pode ser adquirido e/ou construído, favorecendo a emancipação do sujeito.

O processo comunicacional trazido por Habermas pode ser considerado uma tecnologia leve que possibilita uma abordagem que vai ao encontro da busca de adesão dos trabalhadores e dos usuários, pois acredita-se que os modelos burocráticos devem ser superados quando repensados os recursos humanos das organizações públicas em todo seu processo de trabalho, ou seja, objetos antes sendo considerados objetos da ação gerencial, passivos, tornando-se atores ativos dos processos decisórios.

Pensando no espaço intercessor, onde a subjetividade e a dignidade humana devem estar presentes tanto entre os usuários como entre trabalhadores de saúde, estes podem ampliar suas ações de saúde para além do trabalho técnico e hierarquizado, um trabalho com integração social, horizontalidade e flexibilidade, além da inclusão dos diferentes saberes e maior integração da equipe. Nesse sentido, as tecnologias das relações prevêm a troca de saberes (incluindo os dos usuários e familiares), diálogo entre os trabalhadores e, principalmente, o modo de trabalhar, evidenciando o trabalho em equipe (COELHO; JORGE, 2009).

1.1.5 Trabalho em equipe: dispositivo da tecnologia das relações

A palavra equipe originou-se do termo "esquif", que designava uma fila de barcos amarrados uns aos outros e puxados por homens ou cavalos, em épocas anteriores a dos rebocadores. "As imagens dos barqueiros ou cavalos puxando, junto aos barcos amarrados, sugerem a idéia de trabalho em equipe." (PIROLO; CHAVES, 2002, p. 352).

A literatura traz diferentes conceitos de trabalho em equipe, sendo que um deles refere-se ao conjunto de profissionais de um mesmo local, sendo nomeados por equipes apenas por trabalharem juntos; outro conceito refere-se ao trabalho em equipe como proposta para realizar o cuidado integral, articulando os saberes das diversas especialidades, ocorrendo, assim, a interdisciplinaridade (FORTUNA et al., 2005).

Equipes e grupos não são sinônimos, porém, entender os processos grupais compreendendo as relações cotidianas dos integrantes, capazes de gerar espaços para críticas e reflexões, auxilia para formar uma equipe. O trabalho na saúde se fragmenta, pois cada profissional tem algo de específico e conhecimentos diversos. Reunir-se para conversar parece fácil, porém, é nesse momento que as contradições e diferenças aparecem, sendo que as expectativas que um tem do outro não são faladas. Os grupos e equipes, quando se reúnem, apresentam tarefas e objetivos comuns, porém, muitas vezes, estes não estão claros para os integrantes do grupo ou equipe, sendo que existem também os objetivos individuais. Esses têm a ver com os afetos e vínculos estabelecidos entre os trabalhadores, da mesma forma em que o modo de trabalhar e o trabalho influenciam nas relações do trabalho em equipe, as relações influenciam no jeito de trabalhar e, conseqüentemente, no resultado da assistência (FORTUNA et al., 2005).

O trabalho em equipe tem suas complexidades, pois envolve a produção de saúde, algo que não é material, consumido na mesma hora em que é produzido, algo que tem diferentes significados para cada pessoa, sendo o responsável pela formação dos trabalhadores e equipes. No trabalho em equipe, muitas vezes as relações interpessoais podem ser difíceis de serem compreendidas, desgastando-as, ficando longe daquilo que objetiva o trabalho em equipe. Na medida em que a equipe se constitui, dificuldades vão surgindo, insatisfações, enfim, é um processo de idas e vindas em diversas direções. Envolve relações de poderes, saberes, interesses, afetos e desejos, sendo um processo de se relacionar (FORTUNA et al., 2005).

A proposta do trabalho em equipe ganha destaque nos anos de 1960, no bojo do movimento da medicina preventiva, sobretudo devido não só ao reconhecimento da necessidade e pertinência de uma abordagem integral em saúde, mas também pela complexidade dos serviços de saúde, pelo aumento da demanda por esses serviços e, conseqüentemente, pela elevação dos custos nesse setor (PEDUZZI, 2007).

Peduzzi (2001) apresenta duas noções sobre a idéia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhadores. A primeira é caracterizada como fragmentação, e a segunda como articulação dos saberes, visando à proposta da integralidade das ações de saúde. Essa articulação prevê as correlações e conexões entre as diversas intervenções realizadas. Na equipe como agrupamento ocorre a justaposição das ações e agrupamento dos agentes, enquanto que na equipe como integração ocorre a articulação e interação dos agentes.

Embora os conceitos sejam distintos, em ambos estão presentes as diferenças técnicas do trabalho especializado, assim como a desigualdade de valores atribuídos aos trabalhos distintos, de modo hierarquizado, o que torna a integração e recomposição diversas do somatório técnico. Além disso, também estão presentes em ambos os conflitos e tensões entre as diferentes conjunções e exercício de autonomia técnica e as concepções de independência dos trabalhadores especializados e sua complementaridade (PEDUZZI, 2001).

Desse modo, a recomposição requer a interação comunicativa, a articulação das ações e a superação do isolamento dos saberes. A comunicação entre os profissionais acaba sendo um ponto comum do trabalho em equipe, o qual acontece na relação entre o trabalho e interação. A comunicação pode acontecer de três diferentes formas. Na primeira, a comunicação acontece de forma externa ao trabalho, ou seja, é exercida como instrumentalização da técnica, é restrita entre os profissionais e ocorre para

otimizar a técnica. Há uma tensão entre o comunicativo e o instrumental, não havendo agir comunicativo (PEDUZZI, 2001).

Na segunda, a comunicação é de caráter pessoal, sendo que os agentes priorizam as relações pessoais, havendo sentimento de amizade. Ocorre uma redução das interações, relações que independem das relações hierárquicas de subordinação, assim não há agir comunicativo, embora aconteça certa forma de comunicação (PEDUZZI, 2001).

A terceira forma é realizada como comunicação praticada e concebida na dimensão intrínseca do trabalho em equipe, havendo elaboração conjunta de linguagens comuns, além de objetivos e propostas comuns. Constrói-se um projeto assistencial comum caracterizado pela relação entre execução das ações e comunicação entre os profissionais, havendo o agir comunicativo no interior da técnica, que também gera tensões. O agir instrumental visa um dado fim *a priori*, enquanto que o agir comunicativo busca entendimento e reconhecimento mútuo (PEDUZZI, 2001).

Na equipe como interação, para a construção de um plano assistencial comum, os agentes partem de uma realidade posta e dentro das possibilidades constroem através do agir comunicativo, um projeto que atenda às necessidades de saúde da população. Essas concepções, que são compartilhadas com base no diálogo, possibilitam o reconhecimento intersubjetivo dos interesses de validade implícitos nas falas dos sujeitos (PEDUZZI, 2001).

A divisão do trabalho configura-se não somente como trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social. As diferenças técnicas se referem às especializações dos saberes e intervenções, enquanto que a desigualdade refere-se à existência de valores e normas sociais, disciplinando e hierarquizando as diferenças técnicas entre os profissionais. As diferenças técnicas transmitem as desigualdades sociais entre os agentes e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto desigualdades entre as áreas (PEDUZZI, 2001).

Depreende-se que nos trabalhos coletivos em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e agentes há uma possibilidade maior de integração na equipe. À medida que o trabalho em equipe é construído na relação entre trabalho e interação, maiores são as possibilidades de integração na busca do consenso acerca da finalidade e modo de realizar o trabalho (PEDUZZI, 2001).

Em relação à flexibilização da divisão do trabalho, esta é entendida como a assistência de ações privativas das áreas profissionais e ações comuns que podem ser

realizadas por todas as áreas, integrando saberes de diferentes campos. Esses dois tipos de atividades específicas e comuns compõem o projeto assistencial construído pela equipe e, quanto maior a flexibilização da divisão do trabalho, mais próximo se está da equipe integração e quanto maior a ênfase na especificidade do trabalho, mais próximo está da equipe agrupamento (PEDUZZI, 2001).

Em relação à autonomia no trabalho em equipe, observam-se três concepções: autonomia plena, havendo independência na realização das intervenções; autonomia ignorada, ou seja, não há autonomia e autonomia com seu caráter de interdependência técnica do conjunto dos saberes. No trabalho em equipe do tipo integração, há complementaridade e colaboração no exercício da autonomia e não há independência dos projetos de ação, enquanto que no trabalho em equipe por agrupamento ocorre a independência dos projetos assistenciais de cada área (PEDUZZI, 2001).

O trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas do trabalho, mantendo relações de hierarquização ao lado das flexibilizações da divisão do trabalho e da autonomia com interdependência. Porém, existem possibilidades de construção da equipe-integração, mesmo na situação atual em que se encontram as relações entre os distintos profissionais. O que diferencia entre menor e maior integração é a aquisição da técnica e desigualdade social dos distintos trabalhos por meio do agir comunicativo. Dessa forma, o trabalho multiprofissional baseia-se no trabalho coletivo, em que as relações são recíprocas entre as diversas intervenções e interações dos agentes de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001).

Ribeiro, Pires, Blank (2004, p.444) afirmam que o

...trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção do cuidado, é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto a maneira mais adequada de atingi-los.

Para Schraiber et al. (1999, p.233)

O trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam as bases distintas de julgamentos e tomadas de decisões quanto a assistência ou cuidados a se prestar.

Campos (1997, p. 248) sugere a aplicação de conceitos de campo de competência e responsabilidade e núcleo de competência e responsabilidade:

Por núcleo, entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicas a cada profissão ou especialidade. O núcleo marcaria, dessa

forma, a diferenças entre os membros de uma equipe, os elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimento e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade, a isto se convencionou determinar núcleo.

Por campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões e especialidades. Todo saber básico, por exemplo, sobre processo-saúde-doença. Conhecimento sobre o funcionamento corporal, sobre a relação profissional-paciente, sobre risco epidemiológico e regras gerais de promoção e prevenção. Pertenceriam também ao campo noções genéricas sobre política, organização de modelos e de processo de trabalho em saúde.

No trabalho em equipe, é necessária a divisão precisa das responsabilidades individuais diante de cada caso. É importante a identificação na equipe de quem encarregaria de administrar cada caso, ou seja, um condutor para o caso. Esse seria responsável por solicitar apoio de outros membros da equipe, seria apoio matricial ou de outros serviços de saúde. Isso ajudaria a trabalhar com conceitos de vínculo, adstrição individual da clientela. Assim, trabalhar com esses conceitos possibilitaria a abertura no paradoxo da autonomia e definições de responsabilidades (CAMPOS, 1997).

Pensando em um novo modelo de atenção voltado ao trabalho em equipe, existe uma proposta de se trabalhar com equipes de referência e apoio matricial, este conceituada por Campos (1999), a fim de reformar as organizações de trabalho em saúde. Essa metodologia foi iniciada em serviços de saúde mental, atenção básica e área hospitalar e hoje o programa HumanizaSUS incorpora essa perspectiva. O apoio matricial objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. A equipe de referência é aquela que tem:

...a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo tempo, ou seja, da maneira longitudinal à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.400).

Trabalhar com equipes de referência e matricial reforça o poder da gestão em equipes interdisciplinar. A equipe de referência se constitui por profissionais considerados essenciais para a condução de um problema dentro de um problema dentro

de certa área de saúde. Compõe-se por equipe contendo diferentes categorias profissionais que buscam atingir objetivos comuns, realizando tarefas e, ao mesmo tempo, sendo responsáveis por elas. Para que as responsabilidades sanitárias se ampliem, a construção de vínculo é fundamental, mas ainda é necessária a metodologia da adstrição de clientela à equipe de referência. Cada equipe tem a sua clientela definida pela qual terá suas responsabilidades. Isso permitirá a identificação de riscos, vulnerabilidade, priorizando ações e elaborando um projeto terapêutico de acordo com as necessidades de saúde individualmente e coletivamente (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para que ocorra vínculo, a equipe de referência deve atuar diariamente com os mesmos integrantes que compõem a equipe. A integração dialógica acontece em espaços coletivos, como a discussão de casos clínicos, além da gestão participativa, e horizontalização das relações na organização. O apoio matricial oferece novos conhecimentos que podem contribuir com as intervenções, aumentando a resolutividade, ativando espaços de comunicação e cooperação entre equipes matricial e referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial fortalece o sistema de referência e contra-referência, pois facilita o contato direto entre as equipes, alterando o papel das centrais de regulação. A palavra matriz vem do latim e significa “lugar onde geram e se criam coisas”, sendo utilizada para indicar as relações horizontais, atenuando a rigidez das organizações dos sistemas da saúde. A palavra apoio sugere uma relação mediante a construção de uma integração dialógica, sem se embasar na autoridade. As organizações estruturais dos processos de trabalho são um dificultador contra o modo interdisciplinar e dialógico de operar-se: “O método de apoio matricial depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de co-gestão ou de democracia institucional.” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.404).

O trabalho interdisciplinar depende de predisposição subjetiva para saber fazer e receber críticas construtivas, lidar com as incertezas e diferenças e tomar decisões compartilhadas. O conceito ético deve ser levado em conta, pois a equipe necessita saber lidar com o coletivo e com informações sem comprometer sua privacidade e a dos usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O objetivo da gestão do trabalho que utiliza a metodologia das equipes de referência e matricial é ampliar a possibilidade de realizar uma clínica mais ampliada, além da integração dialógica entre os membros das equipes e oferecer maior eficiência e

eficácia na construção da autonomia dos usuários. A sua utilização como metodologia pressupõe mudanças e transformações nas organizações e processos de trabalho, porém existem obstáculos e dificuldades a serem enfrentados para a reorganização do trabalho (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O trabalho em saúde necessita da articulação de diversas áreas para a atuação de forma interdisciplinar, já que o conceito de saúde é algo amplo e complexo, sendo uma ferramenta para a consolidação dos princípios do SUS. Algumas estratégias no campo da saúde pública têm sido realizadas como, por exemplo, a implementação e expansão da modalidade de assistência domiciliar e da Estratégia Saúde da Família, que tem um modelo próprio de atuação, permitindo a realização do trabalho em equipe a fim de proporcionar uma assistência humanizada e integral.

1.2 Trabalho em equipe na saúde: revisão de literatura

A distribuição dos artigos estudados por periódicos pode ser observada no quadro 2.

Quadro 2. Distribuição dos artigos por periódicos nacionais que trazem o tema “Trabalho em Equipe, no período de 1999 ao primeiro semestre de 2009.

Artigos/ Ano	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	Total
Artigos publicados em Periódicos na área de enfermagem*	2	1		1	1	3	10	1	1	3	6	29
Artigos publicados em Periódicos interdisciplinares**	1		3	3		1	2	2	4	3	2	21
Artigos publicados em Periódicos na área de medicina***		3			1	1	2	4		1		12
Artigos publicados em Periódico na área de psicologia****	0	0	0	1	1	2	1	1	2	1	0	09
Artigos publicados					1							1

em Periódico na área de odontologia*****												
Artigos publicados em Periódico na área de administração*****	1											1
Total	4	4	3	5	4	7	15	8	7	8	8	73

Verifica-se que o periódico que mais publicou artigos sobre o tema pesquisado foi “Texto e Contexto”, da área de Enfermagem com um total de 7 artigos (9.5%), seguido pela “Revista Ciência e Saúde Coletiva”, com 6 artigos (8,2%). A “Revista Brasileira de Enfermagem” e a “Revista da Escola de Enfermagem da USP” têm 5 artigos (6.8%). Em relação à produção, observa-se que o maior número ocorreu nos anos de 2005, com 15 publicações (20%). As demais são 8 (11%) em 2006; 7 (9,5%) em 2007; 8 (11%) em 2008 e 8 (11%) em 2009. Depreende-se que, embora o tema pesquisado seja um assunto tratado a algumas décadas, o interesse pelos autores em explorá-lo vem aumentando desde os anos de 2005. Esse resultado vem ao encontro do momento vivenciado se considerarmos a importância e a expansão dessa temática no contexto em que as organizações de saúde estão inseridas, a fim de garantir uma assistência integral. Além disso, dos 37 periódicos encontrados, 10 (27%) estão direcionados a assuntos na área psicologia; 9 (24,3%) na área de enfermagem; 8 (21,6%) nas áreas interdisciplinares; 8 (21,6%) na área de medicina; 1 (2,7%) na área de odontologia e 1 (2,7%) na área de administração. Embora tenham aparecido periódicos de diversas áreas distintas, dos quatro periódicos que mais publicaram sobre o tema no período proposto, 3 (75%) são periódicos da área de enfermagem.

***Periódicos na área de enfermagem:** Texto e Contexto de Enfermagem; Revista Brasileira de Enfermagem; Revista Gaúcha de Enfermagem; Revista de Enfermagem Escola Anna Nery; Revista Escola de Enfermagem da USP; Revista Latinoamericana de Enfermagem; Revista de Enfermagem da UERJ; Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico; Revista Paulista de Enfermagem.

****Periódicos interdisciplinares:** Revista Ciência e Saúde Coletiva; Revista de Saúde Pública; Caderno de Saúde Pública; Revista Saúde Debate; Interface- Comunicação, Saúde, Educação e Sociedade; Revista Brasileira Ciência e Saúde; Ciência Cuidado e Saúde; Saúde e Sociedade.

Quanto à formação acadêmica dos autores por artigos, o quadro 3 ilustra a distribuição.

Quadro 3. Distribuição da formação acadêmica dos autores por artigos no período de 1999 ao primeiro semestre de 2009.

Formação dos autores	Número de artigos
Enfermeiros	33
Formação acadêmica diversa	21
Psicólogos	9
Médicos	9
Engenheiro de Produção	1
Total	73

Depreende-se que, embora 27% dos periódicos apresentados eram direcionados às áreas interdisciplinares, somente 21 (29%) dos artigos apresentados possuíam mais de um autor com formação acadêmica diversificada. Dos 52 artigos restantes, 33 (63%) têm como autores somente enfermeiros; 9 (17%) somente psicólogos; 9 (17%) somente médicos e 1 (2%) engenheiro de produção. Dessa forma, percebe-se um número reduzido de artigos que trazem reflexões a partir das diversas áreas do conhecimento em relação a um mesmo objeto, tendo como autores a mesma categoria profissional.

Ao realizarmos as buscas com a palavra chave TRABALHO EM EQUIPE, identificaram-se diversas palavras - chaves citadas pelos autores relacionados ao tema, o que nos levou a fazer um estudo mais detalhado sobre os mesmos. O quadro abaixo mostra a distribuição dos artigos conforme as palavras chaves citadas pelos autores.

*******Periódico na área de odontologia:** Revista Paulista de Odontologia.

***** **Periódico na área de administração:** Revista de Administração Pública.

*****Periódicos da área de medicina:** Medicina de Ribeirão Preto; Revista Médica de Minas Gerais; Revista de Ginecologia e Obstetrícia; Revista Brasileira de Educação Médica; ACM Arquivo Catarinense de Medicina; Arquivo de Neuropsiquiatria; Revista Ciência Médica; Einstein São Paulo.

******Periódico na área de psicologia:** Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo- SPAGESP; Psicologia, Ciência e Profissão; Aletheia; Psicologia, Reflexão e Crítica; Arquivo Brasileiro de Psicologia; Revista de Psicologia da Universidade de São Francisco; Revista Kairós; Revista Interamericana de Psicologia.

Quadro 4. Distribuição dos artigos conforme palavras chaves utilizadas nos artigos no período entre 1999 ao primeiro semestre de 2009.

Palavras chaves citadas pelos autores em artigos com o tema trabalho em equipe	Números de artigos
Equipe de assistência ao paciente e Programa Saúde da Família	12 (16,5%)
Equipe de assistência ao paciente e relações interpessoais/Comunicação	10 (13,5%)
Equipe de assistência ao paciente e gestante/Saúde da mulher/Violência Sexual/trabalho de parto	6 (8%)
Organização e administração/ Administração dos serviços de Saúde/Gestão/Gerenciamento em saúde	6 (8%)
Saúde mental	5 (7%)
Equipe de assistência ao paciente e Educação Médica/Docente/Ensino	4 (5,4%)
Serviços médicos de urgência/Serviço hospitalar em emergência	3 (4%)
Equipe de assistência ao paciente e Serviço de saúde para idosos	3 (4%)
Equipe de assistência ao paciente e transtornos de alimentação	3 (4%)
Programa de saúde ocupacional	2 (3%)
Equipe de assistência ao paciente e Centro Cirúrgico Hospitalar	2 (3%)
Equipe de assistência ao paciente e ética	2 (3%)
Equipe de assistência ao paciente e Promoção da Saúde/	2 (3%)
Equipe de assistência ao paciente e <i>Diabetes Mellitus</i>	2 (3%)
Equipe de assistência ao paciente e Unidade de terapia intensiva	2 (3%)
Equipe de assistência ao paciente e outras áreas	8 (11%)

Quando agrupamos os artigos de acordo com as palavras - chaves citadas, observa-se que a palavra chave “Programa de Saúde da Família” aparece em primeiro lugar (16,5%), seguida pela palavra - chave “relações interpessoais/Comunicação” (13,5%), por “gestante/Saúde da mulher/Violência Sexual/trabalho de parto; e “Organização e administração/ Administração dos serviços de Saúde/Gestão/Gerenciamento em saúde” (8%) e “saúde mental” (7%).

A ocorrência da palavra - chave “Programa Saúde da Família” em primeiro lugar pode estar ligada ao fato de ser um programa implantado no Brasil em 1994, porém, se expandiu a partir de 2004 como uma estratégia do Ministério da Saúde para mudanças no modelo de atenção, propiciando um modelo que coloque em prática os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o trabalho em equipe uma ferramenta fundamental para a sua concretização. O Programa de Saúde da Família foi um espaço bastante utilizado para a discussão desse tema, já que o ano de 2005, como apresentado anteriormente, foi o ano em que houve maior produção de artigos enfocando o tema “trabalho em equipe”.

O desafio do trabalho em equipe levou também à exploração desse tema por autores que trazem reflexões sobre relações interpessoais/comunicação, sobre as dificuldades encontradas pelas equipes ao serem inseridas nesse processo de trabalho e as estratégias utilizadas para amenizar os conflitos encontrados.

Por ser uma ferramenta de suma importância para as mudanças de paradigmas e modelos de atenção que propiciem ações integrais, é um assunto que tem sido explorado também na área de gestão/administração, a fim de apontar caminhos que possibilitem a construção de modelos de gestão e organização dos serviços de saúde mais efetivos e eficazes, realizando o cuidado com qualidade. Em relação à assistência, as áreas de saúde que mais trouxeram o tema explorado foram a saúde da mulher e a saúde mental, mostrando que o sucesso da assistência nessas áreas depende do desempenho das equipes, que devem atuar de maneira interdisciplinar, ou seja, integrar os conhecimentos das diferentes áreas.

Em relação aos conteúdos exploratórios trazidos pelos artigos, os mesmos foram classificados em estudos teóricos e estudos que descrevem a prática do trabalho em equipe. Entre os artigos selecionados, 18 (25%) tratam de estudos teóricos como revisão de literatura e reflexões sobre o tema trabalho em equipe.

Em geral, os artigos falam sobre a importância de mudanças no setor saúde, caracterizado por práticas fragmentadas e individualizadas, através da implantação de processos de trabalho interdisciplinares que possibilitem a reflexão sobre a prática, ou seja, quanto mais houver reflexão, mais o profissional será capaz de transformar esta prática. O trabalho interdisciplinar tem sido apontado como um modelo assistencial de referência no processo de trabalho na saúde, pois tem proporcionado maior satisfação dos trabalhadores, além de qualidade na assistência. A construção do movimento interdisciplinar é norteada também pelo princípio do processo dialógico, que requer a horizontalização das relações entre as pessoas e o objeto. Na interdisciplinaridade ocorre a interligação das potencialidades de cada ciência, além da compreensão dos limites de cada um, sabendo conviver e aceitando as diferenças, percebendo que elas trazem riquezas dos diferentes olhares sobre o objeto de estudo, facilitando as estratégias frente ao problema. A interdisciplinaridade "...implica em uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas. As relações são em um nível hierárquico superior ocupado por uma delas, geralmente por referência a sua temática comum, que atua como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares e como coordenadoras do campo disciplinar. Há reciprocidade, enriquecimento mútuo e tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos." (BACKES et al., 2005, p. 428).

Vários autores em suas obras demonstram a sua preocupação com a fragmentação das práticas de saúde, demonstrando a importância da interdisciplinaridade. Referem também que o estabelecimento da interrelação e integração entre as disciplinas propiciarão uma consciência capaz de enfrentar as complexidades e integralidade do processo de viver saudável. É importante ressaltar a necessidade de conhecimento contextualizado em saúde que responda às necessidades dos sujeitos e facilite a criação de parcerias e intersetorialidade.

Quanto à prática do trabalho em equipe

Nos artigos pesquisados, identificaram-se 55 (75%) artigos que discorrem sobre a prática do trabalho em equipe, sendo que estes foram divididos em dois subgrupos: os que descreveram as experiências, vivências, significados e representações dos integrantes das equipes de saúde em relação ao tema processo de trabalho e trabalho em equipe, totalizando 28 artigos (51%); e os que descrevem a avaliação do desempenho de instrumentos, programas e serviços que trabalham com a dinâmica interdisciplinar em algumas áreas do setor saúde, totalizando 27 artigos (49%).

Os artigos, inicialmente, mostram a importância do trabalho em equipe devido às demandas apresentadas, hoje, no campo da saúde, além de ser um tema que tem sido foco de estudos, ultimamente. O trabalho em saúde necessita da articulação de diversas áreas para a atuação de forma interdisciplinar, já que o conceito de saúde é algo amplo e complexo, sendo uma ferramenta para a consolidação dos princípios do SUS. Descrevem algumas estratégias no campo da saúde pública como, por exemplo, a implementação e expansão da Estratégia Saúde da Família, que tem um modelo próprio de atuação, permitindo a realização do trabalho em equipe a fim de proporcionar uma assistência humanizada e integral. Em seguida, apresentam algumas experiências vivenciadas por equipes de saúde, enfatizando as dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas.

Dentre as dificuldades apontadas encontram-se a ausência de responsabilidades coletivas e baixo grau de integração; hierarquização entre as classes de trabalho e falta de valorização por parte de outras categorias profissionais; falta de comunicação e elaboração de projetos terapêuticos integrados. A comunicação, na maioria das vezes, ocorre em nível de caráter técnico, sem haver reflexão crítica em torno dos problemas e necessidades da equipe. Acredita-se também que a falta de articulação entre os serviços de saúde (referência e contra-referência) dificulta a continuidade da assistência integrada.

Outra abordagem descrita pelos trabalhos foi a relação estabelecida entre a equipe e o paciente. Percebe-se uma hierarquização e poder na relação construída entre os profissionais e os usuários, não havendo empatia e vínculo, já que é identificado nos artigos analisados um despreparo teórico e técnico por parte dos profissionais da área da saúde em atuar no campo da saúde pública, pois não conseguem oferecer atendimento de qualidade e resolutividade das demandas. Trazem experiências positivas de alguns programas e instrumentos que favoreceram o trabalho em equipe em algumas áreas da saúde, além de estratégias e ações que visem à melhoria das relações dialógicas; produção de novos saberes; formação profissional inovadora, que possibilite adequada inserção dos profissionais no campo da saúde, além de ações integradoras como a junção da assistência, gestão, ensino e pesquisa para a construção de uma prática integral e comprometida.

Grande parte dos trabalhos publicados em periódicos nacionais, em relação ao tema, explora a realidade vivenciada pelas equipes de saúde em seu contexto de trabalho, partindo de dados empíricos, não havendo diferença significativa entre os que

descrevem sobre os significados dos integrantes das equipes e os que avaliam o desempenho dos serviços que atuam de forma interdisciplinar.

A análise dos artigos permitiu identificar que a produção científica sobre o trabalho em equipe na saúde teve um aumento a partir do ano de 2005, porém, ficando mais concentrada às revistas da área de Enfermagem. Além disso, os artigos que se referem ao trabalho interdisciplinar têm como autores, em sua maioria, enfermeiros, sendo poucos os artigos que trouxeram em suas considerações a contribuição de outras categorias profissionais. Partindo do pressuposto de que a interdisciplinaridade ocorre através da integração dos saberes, acredita-se que seja importante a colaboração de outras classes profissionais da área da saúde na elaboração de artigos científicos que exploram esse tema. Ao analisarmos os descritores agrupados, podemos perceber que novos modelos de processo de trabalho vêm sendo adotados em diversos campos da área da saúde para a estruturação de um cuidado mais qualificado.

Em relação aos conteúdos exploratórios, a maioria dos trabalhos relata a vivência do trabalho em equipe, já que esta realidade faz parte do dia a dia das equipes de saúde. Estas acreditam na importância da atuação interdisciplinar para uma assistência qualificada, porém, enfatizam as relações interpessoais, tanto com a equipe como com os usuários, como um fator limitador na realização dessa prática.

É importante ressaltar também o aumento do número de trabalhos que se preocupam em relatar experiências positivas de instrumentos e programas com caráter interdisciplinar que têm sido implantados em algumas áreas da saúde, como a Estratégia Saúde da Família e áreas como Saúde da Mulher e Saúde Mental, expandido para outras áreas do cuidado como Saúde da Criança, do Idoso e do Trabalhador. Isso acaba nos fortalecendo para enfrentarmos os grandes desafios de se trabalhar em equipe.

1.3 Trabalho em equipe na enfermagem

De acordo com Geovanini (2005), no Brasil, podemos analisar a história da Enfermagem em três períodos. O primeiro refere-se à organização da Enfermagem sob controle de ordens religiosas; o segundo, pelo desenvolvimento da educação institucional e das práticas de saúde pública; e o terceiro corresponde ao processo de profissionalização da Enfermagem.

A doença, como processo biológico, é mais antiga que o homem, sendo que em seu processo social se origina muitas vezes das condições materiais adversas de

existência, vinculada diretamente às relações sociais de trabalho. Além disso, suas concepções variam com o decorrer do tempo, variando também o modo de encarar suas manifestações, diagnósticos e tratamento (SILVA, 1986).

Nas sociedades primitivas e tribais, as enfermidades eram entendidas como provocadas pelos espíritos malignos que habitavam o interior de todos os seres. Os feiticeiros tinham a tarefa de curar os doentes, por unirem magia e religião ao conhecimento empírico de raízes erva e frutos; portanto, na época, eram considerados médicos, praticantes de uma medicina na qual os elementos mágicos e religiosos destacavam-se como principais. Em relação aos cuidados dos doentes e feridos, essa atividade complementar ficava a cargo das mulheres de suas famílias, tarefa semelhante ao que elas já executavam quando cuidavam das crianças e velhos, sendo que sua prática era aprendida no dia a dia, não existindo necessidade de conhecimento ou treino especializado (SILVA, 1986).

Foi na época de Hipócrates (460. a. C a 375 a. C) que a medicina passou de um plano secundário, observando-se os fatos clínicos cuidadosamente. Para ele, o conhecimento do corpo seria impossível sem o conhecimento do homem como um todo. Além disso, refutou a explicação sobrenatural das doenças, explicando que as mesmas apresentam causas naturais e sem elas nada acontece, ou seja, a doença se origina do desequilíbrio dos humores do corpo aliado às condições climáticas e atmosféricas (TURKIEWICZ, 1995).

Dessa forma, o feiticeiro da tribo no modo de produção antigo foi substituído por uma categoria sacerdotal e por médicos artesões, enquanto que o cuidado ao doente era função exclusiva dos familiares e escravos, ou seja, essa função estava associada exclusivamente ao sexo feminino por ser semelhante aos afazeres domésticos, vinculação ainda hoje dominante. Este trabalho estava ligado, portanto, a uma posição subalterna, de desprestígio; porém, hoje, tem conquistado seu espaço em processo de emancipação da mulher, tornando-se um tema relevante no campo da ciência (TURKIEWICZ, 1995).

No cristianismo, a enfermidade passou a ter uma nova visão, entendida como castigo divino, instrumento de reunião dos pecados, salvação da vida eterna, portanto, a aproximação com Cristo para salvar a própria alma. Com o crescente poder econômico da Igreja na Idade Média, houve um abandono do igualitarismo, dando ênfase na disciplina e obediência, tendo suas influências no ensino e na prática de enfermagem (SILVA, 1986).

Com o abandono das medidas sanitárias vigentes na antiguidade clássica, surgem as grandes epidemias, como a peste negra, contribuindo para o surgimento dos primeiros hospitais na França e Londres, necessitando da estruturação de grupos civis de enfermagem. Com o Renascimento, quando o homem era considerado o centro do universo, inicia-se o interesse pelo mundo material, além de interesses diversos como religiosos políticos e econômicos (GALLEGUILLOS E OLIVEIRA, 2001).

Para enfermagem, isso resultou na fundação de novos hospitais para atender os militares na época das Cruzadas, reforçando os ideais de obediência, ordem e disciplina. A enfermagem pré-capitalista não tem seu reconhecimento social dependendo de quem a praticava (irmãs, mãe, esposas, escravos e escravas), ou seja, trabalho manual não especializado, sem qualquer conhecimento esotérico, desprovido de poder e prestígio (SILVA, 1986).

Foi no Renascimento, que tinha como princípios o naturalismo, o individualismo e o humanismo, este entendido como glorificação do humano e natural, que ocorrem importantes conquistas no campo da filosofia e da ciência, como a descoberta do microscópio. Porém, nesta época, para a enfermagem, a transição para o capitalismo significou, sobretudo, na Inglaterra, um período de decadência e obscuridade (SILVA, 1986).

Nesta época, os hospitais deixaram de ser abrigo de pobres, velhos e doentes, como eram no feudalismo, transformando-se em instituições voltadas para cura de enfermidades. Sob o capitalismo, a área de saúde, passa a ser de responsabilidade do Estado, e as formas de assumir estão ligadas às necessidades materiais do sistema produtivo e ao jogo de forças políticas envolvidas no processo (GEOVANINI, 2005).

Nesse modo de produção, a medicina e, conseqüentemente, a enfermagem deixa de ter como objetivo principal a salvação das almas, mas a conservação e adaptação da força de trabalho às exigências de uma economia de reprodução ampliada. A enfermagem como profissão teve início séculos mais tarde, na Inglaterra, no século XIX; na França, no século XVII na ordem católica das irmãs de caridade, fundada por Luisa de Marillac, sob a inspiração de São Vicente de Paula, considerado o precursor da enfermagem moderna, além da existência de escolas para parteiras nas cidades européias e as escolas de enfermagem abertas a todos que quisessem estudar a respeito dos cuidados devidos aos doentes (SILVA, 1986).

Isso aconteceu devido à necessidade crescente de pessoal qualificado, o que correspondia aos avanços no campo da medicina e às transformações nas instituições

hospitalares. Não se pode esquecer a contribuição de Florence Nightingale e seu trabalho realizado junto aos soldados na Guerra da Criméia. Seu nome ligou-se à história da enfermagem moderna por ter sido a principal responsável pela fundação de uma escola destinada a formar pessoas para uma prática de enfermagem dos novos tempos. Nessa escola, a seleção das candidatas era extremamente criteriosa, as estudantes viviam em regime de internato sob disciplina rigorosa. Preocupava-se com a postura física, maneira de se comportar e trajar, enfim, tentava-se incorporar os traços de altruísmo, abnegação, pureza, sacrifício, integridade e humildade, além de tentar expandir a construção de um saber científico na área (TURKIEWICZ, 1995).

A profissionalização da enfermagem se formatou em duas categorias: *ladies nursing*, oriunda da burguesia e as *nurses*, oriunda do proletariado. Estas últimas realizavam trabalhos mais grosseiros como troca de roupa de cama, banhos de leito, medicação, enquanto que as primeiras destinavam-se à supervisão das serviços e administração hospitalar. Uma sendo vista dominante de um tipo de saber valorizado e outra dominada, executora, com baixo prestígio social. Assim, a divisão técnica do trabalho na enfermagem profissional tem suas raízes na dicotomia do trabalho intelectual e manual (SILVA, 1986).

Isso, conseqüentemente, leva à divisão social do trabalho e à estratificação da sociedade, movimento dialético e de tensões de classes (necessidades do capital) favorecendo a exploração da classe dominada, menos valorizada e sujeita às mais baixas remunerações entre outras coisas. Além disso, quanto às atividades desempenhadas pelos profissionais de enfermagem, apresentam-se como trabalho manual, este que no Ocidente tem se reservado aos escravos, operários, camponeses, servos, entre outros. Assim, suas formas de inserção no sistema de produção capitalista colocam-se como ocupacionais e profissionais da área referida, definem-se quase que exclusivamente como assalariados, vendendo sua força de trabalho ao capital público e privado e produzindo um tipo específico de serviço: o cuidado ao doente, seja ele direto ou indireto (GEOVANINI, 2005).

Na sociedade moderna, a preocupação com a salvação da alma foi substituída pela preocupação com a saúde de corpos, que são importantes instrumentos de produtores de mercadorias, favorecendo a acumulação de capital. Desde a Reforma Protestante, existia o auxílio ao pobre, incluindo a atenção médica como responsabilidade do Estado e não da Igreja. No capitalismo liberal, a medicina apresenta-se como instrumento de reprodução e manutenção da força de trabalho

necessária a sua continuidade, o campo da saúde passa a ser importante enquanto consumidor de bens, equipamentos de alta tecnologia, além de estimular o grande consumo de medicamentos gerando lucro para empresas farmacêuticas e laboratórios (SILVA, 1986).

A saúde-doença passou a ser espaço de fonte de lucro. A enfermagem no capitalismo liberal constitui-se como profissão-ocupação paramédica, assalariada, centrando suas atividades no hospital, este em processo de transformação. Teve influência da medicina, que abriu espaço para o caminho do conhecimento científico e lhe ditou normas de trabalho. Assim, o processo do saber médico especializado na área médica vem se desenvolvendo há milênios, enquanto na área da enfermagem teve início há pouco mais de um século, sendo produto do capitalismo (MACHADO, 2005).

Com a introdução da tecnologia e a necessidade de especialização e maior preparo do pessoal ligado ao cuidado, há uma divisão técnica e social do trabalho, que se acentua no capitalismo, com o surgimento no nível profissional de especialidades como saúde pública, obstetrícia, pediatria, entre outras. Se, de um lado, a especialização foi consequência das transformações da divisão técnica do trabalho, representando um avanço na esfera de produção (de bens e serviços), além da socialização crescente do trabalho e seu caráter coletivo, por outro lado, na medida em que ocorrem especializações, estas norteiam por parâmetros outros, com maximização dos lucros em detrimento da saúde e bem estar do paciente (MACHADO, 2005).

As especializações vêm gerando fragmentação do cuidado e prejuízo aos indivíduos que não são analisados em sua integralidade. As escolas de enfermagem não têm focado concepções globalizadoras do objeto individual de sua prática como totalidade biopsicossocial, ocorrendo uma fragmentação do paciente para entender as especialidades médicas e as diversas categorias profissionais da saúde. Cabe destacar que a ciência e tecnologia vêm sendo usadas indiscriminadamente, não em benefício do ser humano, mas ao acúmulo de riqueza e poder (SILVA, 1986).

No Brasil, um marco para a enfermagem como profissão foi a fundação, em 1916, da Escola da Cruz Vermelha Brasileira para melhorar as condições de assistência aos feridos na Primeira Guerra Mundial, além do surgimento de um curso para enfermeiras visitadoras, junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1921. Nessa época, também ocorre a fundação da Escola de Enfermeiras Ana Néri, inspirada no modelo nighthingaliano, sendo por 10 anos a única do gênero existente no país, definida como escola padrão pelo decreto nº 20.109/31 (GEOVANINI, 2005).

O surgimento da enfermagem no Brasil foi por uma demanda no setor da saúde pública, demarcada por paradoxos. Primeiramente, teve como objetivo atender aos problemas imediatos de saúde pública, porém, nos moldes das escolas de enfermagem norte americanas, ou seja, atuação num país pobre com os moldes de um país rico. Além disso, pensou-se em resolver os problemas de saúde pública, entretanto, a maior carga horária dos estágios na enfermagem era na área hospitalar (SILVA, 1986).

As décadas de 20 e 30 foram marcadas pela implantação da enfermagem profissional, e as décadas de 40 e 50 marcam a sua consolidação, impulsionadas pelo aumento da urbanização e pelo processo de modernização dos hospitais. Entre o período de 1956-1983, caracterizado pelo crescente interesse do capital estrangeiro, e pelo impulso modernizador introduzido pela tecnoburocracia militar, a enfermagem passou de fato a ser Ensino Superior em 1962, surgindo os cursos de pós-graduação em 1968. Isso acabou gerando uma divisão de trabalho mais adequada a uma era de especialistas (GEOVANINI, 2005).

A área de administração de serviços de enfermagem hospitalar e serviços de enfermagem em Unidades de Saúde cresceu, reafirmando o papel da enfermeira como administradora, preconizada desde a reforma nightingale. Vale lembrar que, em 1966, surge o técnico de enfermagem, espelhando a tendência tecnicista dominante no ensino profissionalizante no nível médio. Observa-se uma subdivisão do trabalho na enfermagem moderna brasileira, levando às indefinições de função entre as várias categorias de enfermagem, a divisão entre o trabalho manual e intelectual, fragmentação do seu objeto de trabalho, constituído pelo cuidado direto e indireto ao enfermo (SILVA, 1986).

No capitalismo, o processo de trabalho tem como características a produção do valor de troca que se auto-expande com o objetivo final de acumulação de riqueza através da produção de trabalho excedente a ser apropriada pelo capitalismo. Assim, a partir do momento em que o capital detém os meios de produção e força de trabalho, ocorre o processo de desqualificação do trabalhador, que perde o controle do seu trabalho e de suas decisões sobre ele. Essa prática cria relações alienantes entre operários e seu produto, e entre trabalhadores e outros homens (produtores e capitalistas) (KUENZER, 2004). No trabalho alienado, "a vida mesma aparece só como *meio de vida*" (Marx 1984, p. 156), sendo entendido, como meio de existência, como uma aparente atividade, como exterior ao trabalhador e não como ato que desenvolve

novas capacidades e cria novas necessidades, não como essência humana no sentido da realização das potencialidades alcançadas pelo gênero humano.

Essa alienação ocorre de forma concreta e historicamente assumida no capitalismo, não podendo ser reduzida a meia relação sujeito-objeto, uma vez que é resultante de relações sociais. Além disso, gera divisão do trabalho que supera capital e trabalho, trabalho intelectual, trabalho instrumental, dirigente e trabalhador. Essa característica é forte onde há formas de organização e gestão histórica, logicamente acompanhando a forma como a sociedade estava organizada em relação aos aspectos políticos, sociais e econômicos, sendo influenciadas por essas a todo o momento. Isso gerou características do pré - capitalismo e do capitalismo que, até nos dias de hoje, influenciam o trabalho da enfermagem (KUENZER, 2004).

Nesse sentido, a enfermagem sofreu influências capitalistas, resultando num trabalho para o qual o primordial era a divisão do trabalho e a sua repartição entre os trabalhadores, isto é, a divisão dos homens, revelando, assim, de uma vez só, o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho. Assim, nessa organização surgem características fundamentais do taylorismo, que prioriza mais divisão entre os indivíduos do que pontos de união, gerando individualidade, solidão, hierarquização às violências da produtividade. Essa organização do trabalho autoritário, rígida e imutável conduz ao aumento da carga psíquica, resultando em sentimento de desprazer, fadiga e tensões (LUNARDI FILHO, 1997).

Desse modo, o trabalho é uma ação imprescindível para as pessoas, mesmo que especializado e parcelado, pois se refere à própria sobrevivência e ao condicionamento social do indivíduo, não apenas um modo de ganhar a vida, mas uma forma de inserção social, em que aspectos psíquicos e físicos são implicados. Pode constituir fator de deteriorização, como também de equilíbrio e desenvolvimento (LUNARDI FILHO, 1997).

Assim como o processo de trabalho na saúde sofreu impacto do capitalismo, forçando a se reorganizar para ser competitivo e assegurar acumulação, a enfermagem também se organizou ao combinar complexificação tecnológica com redução de força de trabalho, hierarquizações segundo novas formas de articulação entre qualificação e desqualificação (KUNZER, 2004).

A função administrativa do enfermeiro ao longo dos anos vem ocupando lugar de destaque, devido aos fatores político, sociais, culturais e econômicos vigentes nas instituições de saúde na sociedade. As atividades gerenciais vêm se sobressaindo em

relação às atividades assistenciais, sendo estas últimas uma atividade realizada muito mais por técnicos e auxiliares de enfermagem. Essa fragmentação existente pode ser entendida historicamente a partir da introdução do princípio da divisão do trabalho que determinou a história da enfermagem (SPAGNOL, 2002).

Em meados do século XIX, as teorias clássicas de Taylor e Fayol constituíram a organização do trabalho realizado na área hospitalar, influenciando mais tarde no estilo de gerência. Atualmente, é perceptível o quanto as fortes marcas da administração clássica estão presentes nas organizações hospitalares. Esse estilo pauta-se no controle das tarefas, comportamento dos trabalhadores, modelo organizacional verticalizado e hierarquizado, centralização do poder, impessoalidade nas relações, rígida hierarquia, fluxo de verticalização, entre outras (CHIAVENATO, 1994).

Atualmente, o setor saúde precisa responder a uma gama de necessidades, ou seja, intervenções tecnológicas que vão desde atendimento a nível terciário, como também atuam em espaços onde as pessoas vivem, proporcionando vida saudável. As necessidades vão além, demandando a atenção que leve em conta a integralidade do indivíduo, qualidade de vida e promoção da saúde. Assim, o modelo assistencial que vem se delineando tem como foco a família, o indivíduo, considerando o contexto de vida, meio ambiente e estilo de vida (PEREIRA et al., 2009).

Isso acaba gerando novos desafios para enfermagem, que procura articular processo técnico e organização social que sustentam a vida. Dessa forma, a enfermagem como parte do trabalho em saúde e como profissão cuidadora, vem reconstruindo seu conhecimento e buscando fundamentos na filosofia para proporcionar processos de trabalho que privilegiem a relação sujeito-sujeito (PEREIRA et al., 2009).

O perfil epidemiológico nas últimas décadas vem sofrendo profundas mudanças no processo saúde-doença, na transição demográfica e epidemiológica, no reaparecimento de endemias, no envelhecimento, na alta mortalidade em faixa etária jovem, levando a uma mobilização da enfermagem na reorganização do setor saúde em várias regiões do mundo e dando suporte a outras áreas de atenção, como a primária. Além disso, com a reestruturação do setor saúde, a desospitalização e a redução de custos têm levado a enfermagem a atuar no domicílio, ambulatórios e novos espaços da comunidade, porém a sua presença ainda se faz em hospitais altamente especializados (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Há necessidade de repensar o trabalho em saúde, em particular, o da enfermagem, fundamentado no princípio da integralidade da atenção, ações de

prevenção, promoção e recuperação da saúde e, principalmente a integração dos serviços que compõem o sistema de saúde. Assim, é imprescindível que o trabalho em equipe seja um instrumento primordial no processo de trabalho. A mobilização social, o planejamento e a mediação de encontros entre trabalhadores x trabalhadores e trabalhadores x usuário são componentes fundamentais do trabalho em enfermagem (PEREIRA et al., 2009).

Esses aspectos são colocados como desafios para a enfermagem, assim como a estruturação de uma prática que faz tensionamentos entre o que se realiza hegemonicamente e as mudanças pretendidas no modo de operar, ensinar, pesquisar e cuidar. Outro desafio é romper as dicotomias construídas histórica e socialmente: curativo e preventivo; hospital e saúde pública; cuidar e gerenciar; ensinar e pesquisar, entre outras (PEREIRA et al., 2009).

Nesse âmbito, o profissional atuante deve ter concepções ampliadas do processo-saúde-doença-cuidado, desenvolvendo práticas mais integralizadora, além de equipamentos intersetoriais. Outro desafio para a enfermagem é a inserção em outra perspectiva para o trabalho em equipe, dando destaque na horizontalização das relações, ao mesmo tempo subalternizada aos outros trabalhadores. A equipe deve ser definida como interação de práticas e saberes (PEREIRA et al., 2009).

Incluem-se como desafio ao trabalho em equipe a harmonia, o aceitar das diferenças, objetivos comuns, relações ora harmoniosas, ora conflituosas. Assim, outro desafio está na formação, ou seja, a formação de enfermeiros generalistas, este trabalhador que considera a complexidade da vida, levando em considerações as dimensões do ser humano, integrando informações entre os profissionais da equipe e entre os profissionais de outras equipes, em prol da continuidade do cuidado. Instrumentos como vínculo, responsabilização, escuta qualificada são primordiais. O generalista enfoca o cuidado na família e comunidade e, para isso, requer desenvolvimento, habilidades, conhecimento e atitudes. Para tanto, outro desafio está posto, a formação voltada para a articulação da teoria com a prática, que hoje é uma dificuldade para os que estão inseridos no trabalho da formação (PEREIRA et al., 2009).

Conclui-se que a enfermagem transita em diferentes campos de conhecimento, por ter o cuidado como núcleo de responsabilidade e competências. Além disso, tem potencialidades para estabelecer a interlocução com agentes de outras disciplinas e em conjunto, buscar tecnologias necessárias para o cuidado, pensando no estabelecimento

de relação entre equipe e família, transformando a realidade. Essa prática social tem contribuído para a construção de um saber coletivo, incluindo o trabalho em equipe (MATUMOTO, MISHIMA, PINTO, 2001).

1.4 Domicílio como cenário para o desenvolvimento do trabalho em equipe

O envelhecimento populacional é algo que vem ocorrendo no mundo inteiro. A expectativa de vida era de 33,7 anos na década de 40, passando para 64 anos no final da década de 90 e será de 75,3 em 2025 (BRASIL, 2004). As alterações físicas, psíquicas e sociais que ocorrem no processo de envelhecimento exigem, muitas vezes, a necessidade de um cuidado. Ações como saneamento básico, alimentação, vacinas, medicamentos, habitação, educação, programas para o controle de doenças crônicas contribuíram para o envelhecimento saudável da população e o aumento da expectativa de vida (MARTINS, et al., 2008).

Com isso, surgiram problemas de ordem social, econômica e de saúde, necessitando de novas estratégias de políticas públicas capazes de atender às necessidades da população. Assim, considerando os aumentos dos custos resultantes das mudanças demográficas e as doenças crônicas, que exigem acompanhamento contínuo e cuidado com respostas a médio e longo prazo, há uma necessidade de os serviços se adaptarem a esse novo modelo de vigilância à saúde, que atende tanto em nível primário, secundário e terciário. Essa prática precisa ser incorporado pelas práticas em saúde, sendo o idoso protagonista do processo saúde-doença e tendo autonomia e participação na construção do plano de intervenção, viabilizando o viver e envelhecer com qualidade (MARTINS, et al., 2008).

As ações transferidas para o domicílio visam, além da utilização racional dos leitos hospitalares, à redução de custos da atenção, além de centrar o cuidado na vigilância em saúde e humanização do atendimento. Pensar em modelo assistencial nos permite uma análise crítica e reflexiva sobre organizações, espaços, tecnologias utilizadas, relações de trabalho e gestão das ações. O modelo médico hegemônico atual deve ser substituído por um modelo que prioriza a identificação das necessidades de saúde da população centrado no usuário e no cuidado e não na doença. Assim, a mudança do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar para a realização dos cuidados permite a diminuição dos custos hospitalares, além de abrir espaços para a atuação de outros profissionais da saúde (SILVA, et al., 2005).

A modalidade da atenção domiciliar é um tema discutido entre os profissionais de saúde. Trata-se de uma assistência que compreende um conjunto de procedimentos hospitalares que podem ser realizados no domicílio, incluindo ações de uma equipe interdisciplinar, com o intuito de promover prevenção, promoção e reabilitação da saúde. A atenção em domicílio ou *home care*, como é conhecida nos EUA, surgiu em 1947, no hospital Mantefrore, em Bronx (EUA), expandindo-se na década de 80. Hoje, nos Estados Unidos, existem mais de 18,5 mil serviços que prestam esse tipo de atendimento (FABRÍCIO, et al., 2004). Um dos motivos de sua expansão está no fato do aumento da população idosa, aumento dos gastos com os serviços hospitalares, além de mudanças que vêm ocorrendo nas novas políticas de cuidado com a saúde (FABRÍCIO, et al., 2004).

Na Suécia, o serviço de *home care* surgiu há anos atrás com apoio governamental e visava reconstituir o modelo do cuidado. Em 1988, essa modalidade de atendimento teve um dos maiores crescimentos tecnológicos na saúde devido a dois motivos: necessidade de redução dos custos no setor da saúde e melhorar a demanda para esse tipo de cuidado, devido ao alto número de pessoas com idade superior aos 80 anos (PERROCA; EK, 2004).

No Canadá, a modalidade surge com os esforços das freiras, formando-se agências voluntárias e filantrópicas de enfermagem domiciliar. O país fornece dois tipos de atenção à saúde em domicílio: o serviço público (*home care visiting program*) e os serviços de cuidados contínuos, organizados e financiados por instituições que recebem recursos particulares ou doações. Uma particularidade do serviço canadense é que ele oferece apenas cuidados de enfermagem, não sendo comum o trabalho da equipe multiprofissional (ALVES, et al., 2007).

Os autores acima apontam poucos registros sobre os avanços dos serviços que prestam atendimento domiciliar no Brasil, sendo que as atividades iniciaram-se no século XX, em 1919, com o serviço das Enfermeiras Visitadoras. Na década de 60, o domicílio torna-se um ambiente valorizado para realização do cuidado, implantando-se o primeiro programa pioneiro da assistência domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPESP). No Brasil, em 1990, existiam apenas 5 empresas de atenção domiciliar; em 1999, o número de empresas ultrapassou de 180. A proposta envolve uma equipe multiprofissional que realiza o cuidado no domicílio quando o paciente necessariamente não necessita ficar no hospital. Esse programa surge como alternativa para reduzir os custos de internação hospitalar, além de contribuir com a

queda das taxas de infecção hospitalar. As ações realizadas envolvem desde o nível primário, até o quartenário, incluindo a internação domiciliar. A proposta oferece anteparo tecnológico, assistência por uma equipe multiprofissional, atendimento de urgência, equipamentos, insumos, medicamentos e demais recursos hospitalares (ALVES, et al., 2007).

A forma como ocorre o financiamento do programa de atendimento domiciliar no Brasil se diferencia entre o público e o privado. Enquanto que, no primeiro, a assistência fica vinculada às despesas da própria instituição (hospitais públicos e filantrópicos), na segunda, o financiamento é feito por convênios de saúde, empresas e pagamentos particulares (ALVES, et al., 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, vem privilegiando ações e esforços de mudanças no modelo de atenção à saúde, ampliando espaços da assistência, como o domicílio, além de programas como Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Assistência Domiciliar (PAD), a fim de proporcionar um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades (ALVES, et al., 2007).

Em abril de 2002, o Ministério da Saúde (MS) decretou a lei 10.424/02, que estabeleceu o Programa de Internação Domiciliar (PID) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de atuação de uma equipe multiprofissional no cuidado integral dos usuários em seu domicílio, não substituindo a internação hospitalar, mas garantindo o cuidado humanizado e conforto ao paciente e família, quando as condições clínicas e situação familiar forem favoráveis (SILVA, et al., 2005).

O desenvolvimento tecnológico, mudanças demográficas, aumento da expectativa de vida, escassez dos recursos na saúde e a necessidade de modelos de assistência totalizadora foram fatores que contribuíram para implantação dos programas domiciliares no Brasil. Além disso, a lei 10.424 que cria e define as responsabilidades do SUS, enfatiza a modalidade desse serviço pela legislação:

...a modalidade incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicólogos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos doentes em domicílio. Os atendimentos na internação domiciliar são realizados por equipe multiprofissional que atua nos níveis preventivos, terapêuticos e reabilitador que só poderá ocorrer por indicação médica, com expressa concordância do paciente e da família (ALVES, et al., 2007, p. 99).

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Internação Domiciliar no SUS com a portaria 2.529/06, que estabelece o apoio financeiro através de projetos específicos no âmbito do SUS. Além disso, o atendimento domiciliar não faz parte do rol de

procedimentos obrigatórios fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (MARTINS, et al., 2009).

A crise na saúde é caracterizada pela ineficácia, insuficiência, iniquidade e insatisfação dos profissionais e usuários, fatores que contribuíram para implantação de novas estratégias para organização e gestão dos serviços, visando reorientar o modelo assistencial, tendo como prioridade a atenção domiciliar. A literatura traz que a intervenção domiciliar cresceu muito na década de 90, pautada nas seguintes justificativas de diferentes ordens: redução de risco de infecção hospitalar, humanização do atendimento, redução de custos e mais vagas nos hospitais, além de facilitar a integração e colaboração entre os serviços hospitalares e extra-hospitalares, construindo um novo modelo de atenção, permitindo a assistência contínua e integral dos diferentes níveis de atenção (PEREIRA, et al., 2005).

Os custos na internação domiciliar, quando comparada com os da internação hospitalar, apresentam-se reduzido, podendo variar conforme a patologia, os gastos anteriores, e o tempo de internação domiciliar, além de aumentar o período, após a alta, sem reinternações hospitalares. O sucesso do cuidado domiciliar depende da habilidade de administrar os custos garantindo, ao mesmo tempo, o padrão de qualidade da assistência. Um exemplo disso é o município de Londrina, onde são repassados para o programa da Internação Domiciliar R\$ 18,76 reais por dia/ por paciente, sendo que os gastos de um paciente com pneumonia internado no hospital custariam, por dia, um valor 15 vezes maior (MESQUITA, et al., 2005).

Silva, et al., (2005) confirma em seu estudo que os custos mais baixos no setor público são confirmados pelos Programas de Internação Domiciliar, principalmente quando comparamos com a internação hospitalar; porém, há uma necessidade de maiores estudos para análise dos gastos e custos gerados para as famílias.

A modalidade de assistência domiciliar vem crescendo e se expandindo no Brasil fundamentada em cinco aspectos: cliente, família, contexto domiciliar, cuidador e equipe multidisciplinar. É um modelo que se apresenta em processo de ascensão nos sistemas de atendimento à saúde e na formação e capacitação dos profissionais de saúde. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham clareza dos conceitos existentes nas modalidades de atenção domiciliar para poderem fundamentar suas práticas para alcançarem os seus objetivos. Existem 4 definições para diferentes modalidades de atenção domiciliar à saúde: atenção domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar (LACERDA, 2006).

A atenção domiciliar é a modalidade de maior amplitude quando comparada com as outras. É definida por Brasil (2006, p.90) “como um termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio”. As ações são realizadas por uma equipe multiprofissional de acordo com o diagnóstico e contexto domiciliar em que o paciente se encontra, com o objetivo de promoção à saúde, manutenção e restauração. A atividade envolve tanto a equipe de saúde como o paciente e sua família. As atividades envolvidas permitem que os familiares entendam que é fundamental sua participação no processo saúde-doença, pois são eles que poderão minimizar os fatores que colocam em risco a saúde do paciente.

Lacerda (2006) afirma que a atenção domiciliar permite uma participação da família no planejamento, organização e controle dos cuidados à saúde. Envolve também práticas não somente de políticas de saúde, mas também econômicas e sociais, pois reduzem os riscos de adoecimento, realizando ações preventivas e educativas. Essa modalidade abrange outras, como atendimento, internação e visita domiciliar.

O atendimento domiciliar é sinônimo de assistência domiciliar e cuidado domiciliar. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Brasil, 2006, p.90), “é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio”. Em outros países é conhecido como *home care*. Tem o objetivo de assistir os pacientes com doenças crônicas e agudas, ou que tenham e necessitam de longo período de acompanhamento permitindo que eles recebam tratamento de alta qualidade no domicílio e comunidade, sendo a participação dos familiares de suma importância. Envolve cuidados que compreendem desde a prevenção primária, até os cuidados paliativos, representando um extenso campo na atividade do cuidado. É uma estratégia que enfatiza a autonomia e realça as habilidades do paciente e seus cuidadores em seu domicílio. Depreende-se que o atendimento domiciliar compreende ações assistenciais simples, mas também complexas, incluindo as modalidades de visita domiciliar e internação domiciliar (LACERDA, 2006).

O conceito de internação domiciliar envolve atividade continuada, que oferece tecnologias, recursos humanos, equipamentos, medicações e materiais (insumos) para pacientes mais complexos, que necessitem de cuidados semelhantes aos realizados no ambiente hospitalar (LACERDA, 2006).

Para Lacerda (2000, p.92), a internação domiciliar é:

...a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde específica, personalizada, centrada na realidade de cliente, envolvendo a família e, podendo ou não utilizar equipamentos e materiais. A autora pontua ainda que nessa modalidade, o cliente recebe cuidados e orientações sobre várias ações, pois está com o estado de saúde alterado, precisando de acompanhamento profissional.

O uso da expressão “internação domiciliar” pode ocorrer com inapropriação não considerando as especificidades que o domicílio apresenta. Nessa modalidade existe um acompanhamento contínuo, ou seja, diário e até, às vezes, ininterrupto, podendo ser de 24, 12, 8 ou 6 horas, necessitando também a possibilidade de uma central de 24 horas para atendimento quando ocorre alguma intercorrência no domicílio. É uma modalidade que vem se apresentando segura e eficaz, sendo adotada em muitas localidades como alternativa viável e promissora. Cabe ressaltar que essa modalidade é de caráter transitório, com visitas domiciliares regulares e meios tecnológicos necessários. Lacerda (2006) apresenta as seguintes ações realizadas pela internação domiciliar: procedimentos terapêuticos, cuidados paliativos, educação sanitária, enfatizando o cuidado integral, considerando o contexto domiciliar, incluindo questões habitacionais, sociais e culturais.

A visita domiciliar é mais difundida no sistema da saúde, sendo um contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações e/ou orientações. Na visita domiciliar são desenvolvidas ações de orientações, educação, levantamento e subsídios educativos, para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornarem independentes. O objetivo da visita é avaliar as demandas existentes pelo paciente e seus familiares, tentando identificar as intervenções necessárias, visando à promoção da saúde coletiva (LACERDA, 2006).

Kerber, Kirchof e Vaz (2008) citam Lopez-Benito e Boyal (1999, p.678) que traz o conceito de internação domiciliar como “conjunto de tratamento e cuidados sanitários proporcionados no domicílio de uma complexidade, intensidade e duração comparável a que receberia esse mesmo paciente no hospital convencional.” Os termos na atenção domiciliar se diferenciam pela complexidade desse cuidado, o que não significa a utilização de equipamentos de tecnologias avançada.

Citam também alguns autores, como Sherpperd e Iliffe (1996), Trujillo et al., (1999), que definem essa modalidade como hospital em casa, prevenindo a admissão hospitalar e facilitando a alta hospitalar, enfocando também ações preventivas,

curativista e de reabilitação, evidenciando o papel na educação de fatores de riscos para doenças crônicas e degenerativas. Carletti e Rejani (1997) definem a atenção domiciliar como um serviço onde são realizadas ações por uma equipe interdisciplinar, levando em conta o contexto daquela família, visando à promoção, manutenção e restauração da saúde, restabelecendo a sua autonomia (KERBER; KIRCHHOF; VAZ, 2008).

A República Argentina conceitua Internação Domiciliar como:

...modalidade de atenção à saúde, mediante a qual se presta assistência ao paciente e família em seu domicílio, realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, cuja missão é: promover, prevenir, recuperar, reabilitar e/ou acompanhar os pacientes de acordo com seu diagnóstico e evolução nos aspectos físicos, psíquicos, social, espiritual, mantendo a qualidade, o respeito e a dignidade humana (KERBER; KIRCHHOF; VAZ, p. 26, 2008).

Estudos têm demonstrado que a reabilitação no domicílio promove habilitação nas atividades de vida diária e reduz os riscos de deteriorização de suas habilidades. Evidências revelam que a reabilitação no domicílio é mais efetiva quando realizada por uma equipe interdisciplinar, oferecendo oportunidades de terapia para adaptar a um molde de comportamento que capacita o paciente para assumir responsabilidades que influenciam em seu processo de reabilitação. Além disso, os pacientes têm oportunidade de expressar seus próprios objetivos mais facilmente quando estão em sua casa (WOTTRICH, 2007).

Em um estudo publicado no jornal do Conselho Federal de Medicina, em 1999, foi feita uma comparação entre os pacientes que haviam sido internados com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Após a alta, foram divididos em 2 grupos: os que receberam seguimento no domicílio e os não receberam. Durante 6 meses subsequente, 129 foram readmitidos no hospital entre os que não foram acompanhados, enquanto que somente 77 foram internados no grupo que recebeu acompanhamento domiciliar, tendo gerado menos custos (PEREIRA, et al., 2005).

Trabalhar com o paciente no domicílio ajuda a equipe a avaliar como o cuidado pode ser reorganizado. A equipe capacita o paciente para restabelecer suas atividades prévias e substituem alternativas significativas com as quais podem contar. A prioridade é fortalecer os sentimentos dos pacientes, assistindo-os e reorganizando seus papéis sociais, assim como a família (WOTTRICH, 2007).

Em consequência, a internação domiciliar traz, ao paciente, a vantagem de poder se recuperar ao lado de sua família, proporcionando bem estar, e às empresas, que podem reduzir seus gastos, já que a redução média é de 52% nos custos quando

comparados à internação hospitalar. Estudos mostraram que pacientes que recebem acompanhamento pelo programa da I.D, após a alta hospitalar apresentam quedas nas taxas de reinternações ao compararem com o grupo de pacientes que não recebem esse tipo de acompanhamento (MESQUITA, et al., 2005).

Nos estudos de Martins et al. (2009), ao analisarem um programa de atenção domiciliar entre o ano de 2002 e 2006, percebeu-se que nesse período, os impactos dos custos indicaram redução de 54% das internações hospitalares, mais de 50% de redução das visitas ao pronto atendimento e uma redução global de custos de 22%. Além disso, relatam a melhoria na qualidade do serviço oferecido, diminuição do tempo de permanência em tratamento, aumento da resolutividade e melhora na qualidade de vida (MARTINS, et al., 2009).

As experiências trazidas pelas revisões de trabalhos na área de atenção domiciliar vêm pontuando duas questões importantes para análise: seu caráter substitutivo que o programa vem adquirindo em relação às formas tradicionais de cuidado, exercidas numa dada rede de equipamentos de saúde e sua reestruturação produtiva, já que se apresenta como uma inovação tecnológica no modo de produção do cuidado e, conseqüentemente, alterações no processo de trabalho (MARTINS, et al., 2009).

Martins, et al., (2009, p. 460) afirmam, em relação ao cuidado domiciliar:

Procuram-se alternativas que estejam centradas na produção de procedimentos, na utilização de tecnologias duras, buscando-se uma reestruturação produtiva no setor. Uma reestruturação produtiva ocorre quando se encontram novas formas para produzir os mesmos produtos capazes, no caso da saúde, de configurar um novo modo de produzir o cuidado, seja pela incorporação tecnológica, ou por alterações no modelo produtivo. A atenção domiciliar tem sido trabalhada nesse sentido.

A atuação no domicílio se caracteriza pela flexibilidade relacionada às mudanças, adaptações e demanda da clientela, exigindo, assim, comunicação, cooperação e trabalho em equipe com objetivos comuns. O trabalho pode ser uma modalidade difícil de adaptação, pois o domicílio passa a ser um ambiente terapêutico, sendo que o profissional deve deter conhecimentos, além dos técnicos científicos, habilidades, interações e capacidade de negociação. A equipe, quando realiza o cuidado, passa a fazer parte integrante da família, além do seu contexto, como valores, crenças, cultura, estabelecendo inter-relações de empatia e desenvolvendo habilidades de observação do contexto. Nesse âmbito, o trabalho em equipe torna-se imprescindível no cuidado, oferecendo segurança para os profissionais e proporcionando um olhar mais

ampliado. A família torna-se um sujeito ativo e participativo, questionando/integrando-se aos profissionais, além de proporcionar um cuidado com qualidade e complexidade que exige perfil e habilidades, ou seja, a família apresenta-se como parceira da situação (ALVES, et al., 2007).

Martins et al. (2009) afirmam que esse modelo de processo de trabalho favorece a liberdade do trabalhador para realizar suas atividades cotidianas proporcionada pelo seu trabalho vivo em ato, além do vínculo estabelecido entre o usuário e o cuidador e projetos terapêuticos em conjunto, modificando o modo de operar tradicional. O trabalho em si adquire um perfil próprio, aumentando a autonomia do cuidador e da resolutividade, já que o processo de trabalho é centrado nas tecnologias leves, havendo uma pactuação entre os saberes e práticas do cuidador (MARTINS, et al., 2009).

As diferentes modalidades domiciliares possibilitam melhorar a qualidade de vida das pessoas, a otimização da força de trabalho e dos recursos tecnológicos, a relação custo-benefício da assistência e a humanização do cuidado. O domicílio passa a ser um local privilegiado para o cuidado institucionalizado, sendo que os serviços de saúde se comprometem pela implementação do cuidado (SENA, et al., 2006).

Dessa forma, as famílias acabam assumindo o cuidado com apoio institucional em ações estruturadas e monitoradas pelos profissionais, além de recursos materiais para pessoa cuidada, cuidadores e família. Porém, por outro lado, encontram-se os cuidadores e as famílias prestando o cuidado numa prática recriada, muitas vezes, sem vínculo com os serviços de apoio, sem uma rede de apoio para garantir a continuidade do cuidado. Assim, as atividades acabam se restringindo às atividades básicas, como alimentação, higiene e conforto (SENA, et al., 2006).

Cuidador é aquele que assume as responsabilidades de dar suporte, cuidar, assistir as necessidades com o objetivo da melhoria da saúde e qualidade de vida. O cuidador pode ser formal, ou seja, pessoa com formação específica na área da saúde, com vínculo empregatício ou alguma forma de remuneração; ou informal, membro da família sem formação específica na área da saúde, que passa a ser o principal responsável pela assistência (SENA, et al., 2006).

O cuidado no domicílio acaba acarretando para o cuidador a deteriorização da saúde, exaustão física e mental, conflitos relacionais intra-familiares, além de falta de recursos financeiros e materiais. Sena et al. (2006) afirmam que os estudos sobre os cuidados no domicílio mostram que esse cuidado é exercido, na maioria das vezes, por mulheres. Isso é resultado da construção histórica e social determinada pela divisão

social do trabalho e perpetuada pelo modo de produção e acumulação da sociedade. Essa divisão acontecia desde as sociedades primitivas, que determinavam o papel histórico da mulher, que se responsabilizava pelo cuidado da casa, dos filhos, dos doentes, enquanto o homem saía para caçar (SENA, et al., 2006).

Os estudos de Sena et al. (2006) sobre os cuidadores revelaram que eles organizavam seu dia priorizando as atividades dirigidas às pessoas cuidadas. Além disso, o cuidado segue a rotina e os horários para sua realização, exigindo disponibilidade, tempo e dedicação. Embora o cuidador tivesse autonomia para planejar suas atividades, quase sempre seguiam os padrões dos cuidados institucionalizados com horários fixado para banhos, alimentação, medicação. Outro ponto a ser considerado é que ser cuidador acarreta prejuízo em relação ao autocuidado, convívio social e lazer, em função das atividades exigidas para o cuidado (SENA, et al., 2006).

Outro ponto a ser evidenciado é a dificuldade de adquirir os recursos financeiros, que são insuficientes para a realização da ação cuidadora, além dos limites para realizar as atividades que exigem força física e a relação conflituosa entre cuidador e pessoa cuidada. Em relação aos recursos materiais, os cuidadores relataram a dificuldade de adquirir fralda, medicamentos, sondas, alimentação enteral, fatores que passam a ser um limitador do cuidado no domicílio. Outras dificuldades citada estão na estrutura física inadequada dos domicílios e as condições de saúde dos cuidadores, o que dificulta a realização de determinadas ações (SENA, et al., 2006).

O mesmo estudo mostrou que o cuidado na maioria das vezes, é realizado por uma pessoa, revelando uma ausência de apoio familiar como um fator inexplicável, sendo que seria essencial esse apoio. Em relação ao apoio dos serviços públicos para o cuidado domiciliar, depreende-se que esse apoio é ainda insuficiente, dirigindo-se prioritariamente para atendimento de demanda, não existindo uma rotina de apoio ao cuidado não institucionalizado no domicílio. Além disso, percebe-se que a equipe de saúde não está preparada para fornecer suporte e recursos para a população e sua família, gerando mais dificuldades na concretização do cuidado domiciliar (SENA, et al., 2006).

Floriani e Schramm (2004) discutem a transferência das ações médicas para a vida privada, ou seja, o atendimento domiciliar pode ser visto apenas como mudança de local de tratamento e não mudanças na prática do cuidado. Nesse sentido, é preciso distinguir programas que apenas aumentam a carga de cuidados nos domicílios daqueles

que se preocupam com a qualidade do cuidado e conseqüências desse tipo de abordagem.

No atendimento domiciliar ocorrem situações conflituosas entre os atores envolvidos como cuidadores, pacientes, gestor da saúde e familiares. Essa situação resulta de vários pontos a serem considerados: necessidade dos gestores em otimizar as internações e reinternações hospitalares pressionados pelo alto custo; a racionalização do tempo de permanência, sendo o atendimento domiciliar uma alternativa importante; o hospital é um ambiente familiarizado e mais seguro para atuar, na visão médica, além de ser considerado um lugar de excelência para diagnóstico e tratamento; o domicílio é de domínio da família/paciente, portanto, não sendo território de atuação dos profissionais e, por último, a população que vive em uma realidade social desfavorável, com áreas de difícil acesso e domicílios com precárias condições, o que dificulta o atendimento domiciliar (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Desse modo, não podemos deixar de ter um olhar crítico para a modalidade domiciliar, ponderando seus aspectos positivos e negativos do ponto de vista da efetiva proteção ao usuário, levando em conta os princípios éticos e bioéticos (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

1.4.1 Equipe e familiares interagindo no domicílio.

O mundo do trabalho na saúde vem passando por diversas transformações recorrentes das adaptações e reorganizações da economia mundial. Entre elas encontram-se o avanço tecnológico, a terceirização dos trabalhadores e a necessidade de trabalhadores cada vez mais qualificados. Se, por um lado, isso aumenta a qualidade do serviço prestado, por outro, aumenta a competitividade entre os trabalhadores, que lutam por um emprego. O cuidado em saúde não apenas evidencia os cuidados biológicos, mas inclui outras dimensões e as interações entre a vida humana e o ambiente. Inclui a satisfação não somente do trabalhador que o realiza, mas também a satisfação das necessidades de outras pessoas (KERBER; KIRCHHOK; VAZ, 2008).

O trabalhador comprometido com o usuário avalia a todo o momento o seu modo como realiza o trabalho para que, assim, possa responder às demandas que vão surgindo ao longo do desempenho do trabalho. Percebe-se que os trabalhadores estão cada vez mais preocupados com os usuários que não tem acesso aos serviços de saúde, buscando novas formas de organização do trabalho em saúde que possam atender suas

demandas, sendo uma delas, a atenção domiciliar. Essa modalidade é uma estratégia que busca assegurar assistência contínua à população, substituindo as práticas individualizadas, sem resolutividade, por cuidados integrais e contextualizados (KERBER; KIRCHHOK; VAZ, 2008).

Na atuação tradicional, o usuário é desvinculado do seu contexto familiar e valores sócio-culturais, reduzindo-o aos aspectos biológicos, assim, sendo submetidos a vários serviços de saúde que atendem de forma impessoal, sem estabelecimento de vínculo entre usuário e serviços. Na prática da atenção domiciliar, existem tanto o processo de cuidar como o de educar, de acordo com as necessidades geradas em cada momento (KERBER; KIRCHHOK; VAZ, 2008).

Embora ocorram avanços no setor saúde no Brasil, há um grande desafio para o modelo assistencial, que é caracterizado pelo valor da doença e não do doente, visão biomédica centrada e processo saúde-doença como fenômeno individual. Pensando nesses desafios, elaboraram-se estratégias que operam os serviços de saúde de forma acolhedora entre trabalhador de saúde/usuário, enfatizando o compromisso, responsabilização e autonomia, tendo como objetivo a apropriação de várias tecnologias, possibilitando a resolução dos problemas que causam sofrimento (PEREIRA, et al., 2005).

Acredita-se que a assistência domiciliar possua potência para transformar as práticas de saúde constituindo como novo modelo de assistência. Este é definido como

...a organização da produção dos serviços, que ocorre a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como dos projetos de construção de ações sociais específicas e, ainda, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais, carregando orientações e decisões políticas previamente definidas. O processo de reconhecimento do projeto político da saúde implica identificar para quais necessidades geradas nas relações sociais e, portanto, quais as tecnologias utilizadas para tender essas finalidades (PEREIRA, et al., 2005, p.1002).

O objetivo do cuidado domiciliar é assistir o paciente e à sua família, levando em consideração as suas interrelações, além do contexto no domicílio. Este não se reduz apenas ao espaço físico, mas também aos eventos que acontecem entre os seres humanos que, de certo modo, apresentam caráter particular, interferente, mútuo e simultâneo.

O cuidado paliativo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), constitui em uma assistência integral prestada aos pacientes com doenças graves e incuráveis, cujo tratamento não é eficaz com o objetivo de minimizar a dor e garantir qualidade de

vida e morte digna. Na maioria das situações, quem acaba assumindo esses cuidados são os familiares, esses por possuírem proximidades de convivência, favorecendo o acompanhamento no processo saúde/doença. A família, quando depara com um familiar com doença grave, reage, age e interage internamente e com o contexto social para poder ajudar da melhor maneira possível o seu ente querido (SILVA; ACKER, 2007).

Realizar o cuidado paliativo no domicílio é uma tarefa que requer organização do sistema de saúde, vocação, atualização, capacitação e conhecimentos específicos. Os princípios da ética nos cuidados paliativos devem estar presentes mais do que nunca, pois lida-se com pacientes com doenças terminais, cuja expectativa de vida é curta. É nessa situação, que muitas vezes, as famílias enfrentam a morte pela primeira vez, abalando profundamente o seu estado psicológico e emocional. A morte é algo natural que acontece em nossas vidas, mas que pode causar desordem e confusão em nossa existência (FORNELLS, 2000).

Nesses casos, a morte é compreendida como uma *forma universal* que corresponde a todo ser vivo: a *forma morte*. Trata-se de uma visão da morte como *algo-em-si*, como uma realidade *metafísica (ibidem)* ou *transcendental*, no sentido de ser a mesma a todos os seres de uma mesma *categoria essencial* (PERELMAN, 1996). No entanto, quando se olha numa outra perspectiva, naquela que tem definido a morte como um *acontecimento natural*, a resposta é não. Isso porque dizer que a morte é um *acontecimento natural* significa dizer que ela é um evento que se dá no mundo de forma específica, de forma social. Ou então, numa acepção marxista (MARX, 1983), que morte-morrer é um processo historicamente determinado. Ou seja, ele está associado diretamente às disparidades na distribuição de renda e ao acesso à infraestrutura dos bens e serviços da classe social à qual o moribundo pertença (MARANHÃO, 1999, p.20-24).

Desse modo, a compreensão desse fenômeno tem-se dado no contexto mercantil desenvolvido, em que o Estado emerge como forma social concreta, complexa e contraditória. Logo, morte-morrer não é o mesmo para todos e em quaisquer circunstâncias. E, justamente por isso, não existe a *forma morte* separada da *forma Estado*, de modo que as formas historicamente determinadas de morte-morrer possuem articulações orgânicas com as formas estatais. (MARANHÃO, 1999, p.20-24).

Diante desta situação, muitas famílias buscam alternativas de tratamento como os cuidados paliativos. A ética, como parte da política de saúde pública, deve ser considerada quando cuidamos de pacientes terminais em seu domicílio. Deve-se realizar

a beneficência, autonomia do paciente, a justiça e igualdade (tratar todos da mesma forma, sem discriminação de qualquer espécie). O cuidado paliativo é conceituado como

atenção ativa, global e integral aos pacientes que apresentam uma doença avançada, agressiva e incurável; e seus familiares cujos objetivos básicos consiste em controle da dor e demais sintomas, apoio emocional aos pacientes e seus familiares e preocupação com o seu bem estar e qualidade de vida (FORNELLS, 2000, p.67).

O autor cita Rice (2001) quando conceitua família: “grupo de pessoas que vivem juntas em contato íntimo, cuidam uma das outras e proporcionam cuidados e apoio, criação e orientação para seus membros dependentes uns aos outros” (LACERDA; OLINISKI, 2005, p.77).

Existe a atuação prestada pelo Responsável pelo Cuidado (RC) formal, ou seja, profissional contratado, com remuneração, sem muito poder decisório, sendo este tomado pela família; e a atenção informal, geralmente um membro da família, com pouca ou nenhuma experiência de cuidar de pessoas doentes, com algum poder decisório. Na maioria das famílias, as decisões do cuidado e responsabilidades não são realizadas de maneira equilibrada, sobrecarregando uma única pessoa. Assim, os RC apresentam dúvidas e ansiedades em relação aos cuidados, além da reorganização dos afazeres domésticos e trabalhos para poder conciliar com as responsabilidades do cuidado (RODRIGUES; ALMEIDA, 2005).

O estudo de Silva e Acker (2007) identificou que a maioria dos cuidadores que fizeram parte da amostra eram mulheres, com idade superior aos 43 anos, apresentando algum grau de parentesco (esposa, filha, sobrinha, nora). A maioria apresentava ensino fundamental e todas abandonaram o emprego conciliando também as atividades domésticas. Em relação à categoria “motivação para o cuidado”, três motivos foram destacados como justificativa de estarem na posição de cuidadores: opção pessoal do próprio cuidador, decisão conjunta dos familiares do paciente e falta de opção. Na maioria das vezes, a vontade de dar apoio ao doente leva a família a assumir papéis nunca antes realizados.

Acrescentam também que, na maioria das vezes, o cuidado pode ser realizado pelos demais membros das famílias devido à disposição de maior tempo e menos sofrimento durante os cuidados. Apresentam condições socioeconômicas melhores, sendo que, muitas vezes, a motivação independe do desejo, podendo ocorrer por

obrigação familiar, que pode estar vinculada aos bens materiais, gratidão, falta de outra opção, ocorrendo mudança de vida do cuidador, como por exemplo, mudança de casa e abandono de emprego (SILVA; ACKER, 2007).

Em um estudo realizado por Martins et al. (2008), o cuidador responsável foi o esposo em 50% dos casos, seguido pelos filhos (42%) e irmão em 4%. Entre os cuidadores, 52% não receberam nenhuma informação para cuidar, sendo as tarefas gerais realizadas: auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação e outras rotinas.

No estudo apresentado por Rodrigues e Almeida (2005) identificou-se que a qualidade de atuação prestada pelo Responsável pelo Cuidado foi aprovada em 80% dos casos; sendo que em 84% houve adesão às orientações após treinamento. Dentre os que não apresentavam boa receptividade, estes já cuidavam do mesmo paciente há mais de 3 anos, apresentavam desmotivados e cansados devido à sobrecarga dos cuidados e responsabilidades do paciente. Dentre os fatores de estresse apresentados encontrou-se medo do desconhecido, sobrecarga dos cuidados, recursos disponíveis e conflitos familiares no momento de cuidar.

Muitos procedimentos eram realizados de maneira inadequada, por serem feitos somente por uma pessoa, quando necessitariam de duas pessoas, causando desgaste físico devido à idade, destreza profissional e porte físico. Os RC que trabalhavam em tempo integral apresentavam melhor envolvimento com a família e melhor qualidade de atenção, pois parecem estar mais conscientes sobre as necessidades dos cuidados e atenção dos pacientes nos fatores que influenciam o cuidador em relação aos cuidados e disposição em receber orientações, encontram-se o tempo prolongado da doença, elevado grau de dependência de cuidados e tempo superior há três anos cuidando do mesmo paciente (RODRIGUES; ALMEIDA, 2005).

O domicílio passa a ser um espaço onde a equipe de saúde pode observar o modo como as famílias convivem e como enfrentam as situações de doença e os obstáculos, além de identificar quais os instrumentos que usam e que estão à disposição, e suas necessidades frente ao fato de cuidar de um ente querido, sendo este dependente para a manutenção de sua vida (LACERDA; OLINISKI, 2005).

Como a família é uma unidade importante para o cuidado, é imprescindível que os profissionais de saúde reflitam sobre a importância de cuidar dela, capacitando-a para oferecer um cuidado com qualidade, facilitando sua participação no processo e identificando quais os aspectos que precisam ser melhor trabalhados (LACERDA; OLINISKI, 2005).

A ação, um pilar para a atenção no domicílio, é uma modalidade de cuidado que passa a ser uma tarefa complexa, pois envolve a equipe, a família e o paciente no processo, sendo que as famílias necessitam estar focadas para desenvolver habilidades, estímulo e crescimento pessoal para cuidar com responsabilidade no contexto domiciliar (ALVES, et al., 2007).

Depreende-se, então, que a equipe de saúde tem um papel importante no cuidado domiciliar colaborando com a família para que esta possa realizar os cuidados com autonomia e com qualidade, sendo a educação em saúde fundamental no processo de enfermagem. Alguns autores revelam que existe uma necessidade da família em confiar na equipe, sendo esta geradora dos cuidados. Porém, para que isso ocorra, é necessário que a família sinta-se apoiada e parceira da equipe, e esta somente apoiará quando compreender realmente as interrelações e o contexto familiar no domicílio (LACERDA; OLINISKI, 2005).

Evidencia-se o fenômeno vivenciando um momento difícil que surge, relacionado à dificuldade de cuidar, ou não saber cuidar; necessidade de cuidado especializado, sendo este um momento difícil para a família, pois muitas vezes, o paciente retorna ao domicílio após internação hospitalar em estado grave ou debilitado, requerendo acompanhamento por um profissional. O cuidado domiciliar requer uma demanda que ultrapassa a boa vontade e disposição, incluindo os conhecimentos e habilidades práticas. Desse modo, o cuidador não sabe como agir, sentindo-se inseguro. (LACERDA; OLINISKI, 2005).

A “vivência do cuidado pelo familiar cuidador” demonstra as diversas situações que este enfrenta, como o aprendizado sobre cuidado e a doença; culpa em relação ao cuidado, pois demanda enfrentamento da situação de dor; sofrimento físico, psíquico, devido à dependência; necessidades de forças externas, como por exemplo. O cuidador aprende a conviver com o sofrimento do outro, deixando de lado sua própria dor e necessidades (SILVA; ACKER, 2007).

Dessa forma, é imprescindível a atuação da equipe que deve incluir o cuidador no plano de intervenção e ajudá-lo a identificar suas próprias necessidades. Entre as “dificuldades enfrentadas pelo familiar cuidador”, estão seu adoecimento, questões financeiras, conflito entre os sentimentos do cuidador e paciente, este fragilizado, além do medo do desconhecido, até que se sinta seguro em desempenhar novas funções do cuidado domiciliar. Os cuidadores são obrigados a desenvolver habilidades antes nunca realizadas como, por exemplo, realização de curativos, medicações, banhos, sendo que

isso implica em adaptação na estrutura física do ambiente, demandando tempo e dinheiro. Percebe-se um escasso apoio dos profissionais de saúde aos cuidadores que apresentam um ente querido dependente com doença grave no domicílio. (SILVA; ACKER, 2007).

Os altos gastos com a assistência hospitalar nos últimos anos têm levado a mudanças no sistema de saúde brasileiro como, por exemplo, a desospitalização, reduzindo o tempo de internação domiciliar, e conseqüentemente, os gastos. No entanto, esse aspecto não tem envolvido os pacientes e seus familiares na sua construção, para identificar se eles estão prontos para realizar os cuidados no domicílio após a alta hospitalar. Os familiares apresentam diversas dificuldades em cuidar no ambiente domiciliar, como a falta de conhecimento sobre a doença e os cuidados, como também a dúvida sobre o suporte oferecido pela instituição para poder cuidar em casa. Além disso, a busca de alternativas de cuidados que vão além do cuidado hospitalar precisa ser refletida no âmbito mundial (PERROCA; EK, 2004).

Dentre os fatores que podem dificultar o atendimento domiciliar está a falta de interligação entre o hospital e a equipe que dará o suporte, já que o paciente terminal recebe alta e retorna ao domicílio que, muitas vezes, não tem condições de receber esse paciente. A inclusão no programa deve ser planejada no momento em que o paciente ainda está internado, permitindo que a equipe dê o suporte adequado aos familiares. Outro fator importante é a comunicação inadequada, pois ela é um instrumento fundamental na relação equipe-paciente e equipe-equipe. O suporte familiar inadequado é outro fator dificultador. A família ou o cuidador precisa da equipe para esclarecer suas dúvidas, amenizar suas angústias, avaliar como os cuidados estão sendo realizados, pois talvez seja a primeira vez que a família enfrenta uma situação dessa natureza (FORNELLS, 2000).

Em relação aos aspectos éticos no cuidado domiciliar é importante enfatizar a comunicação adequada com o paciente e familiar, esclarecendo as dúvidas, explicando, de forma clara, sobre o diagnóstico e o tratamento; aprender a falar, porém também escutar, não omitindo nenhuma informação; dar importância aos aspectos espirituais e religiosos, pois é difícil estar junto de um paciente que está morrendo; não é correto tratar o paciente considerando o benefício dos familiares e não do paciente, ou internar o paciente a pedido dos familiares e manter a vida a qualquer custo devido a pedido dos familiares (FORNELLS, 2000).

Ao iniciar o relacionamento, no primeiro momento a família apresenta-se fragilizada com a situação vivida, ocorrendo certa distância entre a família e a equipe de saúde. Ao mesmo tempo, uma pessoa estranha entra em sua casa e a família transfere suas responsabilidades em relação ao cuidado para outra pessoa, sem saber como será esse cuidado, que envolve o molde domiciliar. Desse modo surgem a desconfiança e insegurança. Porém, após um tempo de convivência, surgem a confiança e desmistificação do cuidado domiciliar (LACERDA; OLINISKI, 2005).

Os familiares valorizam as informações e orientações trazidas pela equipe recorrendo a esta quando deparam com uma situação conflitante. Percebem também sua preocupação com os pacientes, seu interesse pelo cuidador para estimular seu autocuidado, já que muitas vezes, acaba apenas cuidando dos familiares e esquecendo-se de si. Quando o mesmo sente-se cuidado, percebe o uso do conhecimento e amor ao cuidar da equipe. A família passa a ter amor e carinho pela equipe, tanto pessoal, como profissional, considerando-a como alguém da própria família (LACERDA; OLINISKI, 2005).

A família, através dessa interação, usa a sua percepção, análise e julgamento, visualizando, analisando e avaliando as ações da equipe no domicílio, que incluem desde avaliação do estado geral até momentos de decisões e intervenções no momento de urgência, postura, efetividade e resolutividade das ações e suas limitações como profissional, evidenciando a importância do trabalho em equipe (LACERDA; OLINISKI, 2005).

Conclui-se que o ato de cuidar causa um grande impacto, pois envolve sobrecarga, mudanças e novas adaptações como questões financeiras, estresse, alterações físicas e emocionais, mudanças na rotina familiar. Com isso, a família busca apoio e suporte da equipe para amenizar a situação. O ensino é parte integrante do cuidado domiciliar, tendo a equipe de saúde o papel de educadora, sendo essa ação percebida pela família como a principal no cuidado domiciliar (LACERDA; OLINISKI, 2005).

Porém, somente sair do hospital para o domicílio, sem mudar as práticas hospitalocêntricas não resolverá a situação, apenas mudará o ambiente de atendimento. O domicílio possibilita uma reflexão sobre as concepções do processo saúde-doença, reconhecendo as múltiplas relações do paciente. É uma modalidade humanizadora por permitir que o paciente se recupere junto de sua família. Além disso, contribui com a integração maior entre a rede hospitalar e a rede básica, constituindo um trabalho

conjunto, compartilhando as responsabilidades, já que é uma prática cotidiana dos profissionais trabalharem isoladamente, sem estabelecer relações com os outros campos de ação, estabelecendo um plano de continuidade do atendimento (KERBER; KIRCHHOF; VAZ, 2008).

O cuidado domiciliar significa compartilhamento de responsabilidades. Não é objetivo repassar os cuidados aos familiares, já que o sistema de saúde não está tendo condições de fornecer, mas sim, elaborar um cuidado em que as necessidades apresentam possibilidades de serem atendidas. Conclui-se que o atendimento domiciliar causa impacto na qualidade de vida e saúde da comunidade, possibilitando a atuação de uma equipe interdisciplinar e integrador, motivando a atuação de todos os profissionais envolvidos no processo (KERBER; KIRCHHOF; VAZ, 2008).

O trabalho em equipe é fundamental para a assistência domiciliar, pois os profissionais realizam diferentes ações devido às suas especificidades, porém com o mesmo propósito: o bem estar do paciente. O trabalho na saúde resulta de múltiplas interações realizadas por diferentes profissionais, resultante do processo de divisão do trabalho e produto final. A equipe nesse trabalho apresenta uma visão que contempla o exercício do trabalho em equipe, como a finalidade das ações em parceria, respeito nas relações, papéis individuais e a própria maneira como se comunicam e registram seus relatos e rotinas (ALVES, et al., 2007).

Pereira, et al.(2005) afirma que o trabalho em saúde compreende-se das relações do homem entre si e com a natureza, nas quais ocorrem transformações e adaptações necessárias, sendo o homem produtor e produto das relações e da produção de saúde, indo além do resgate do corpo para produção de saúde.

A atenção domiciliar tem proporcionado momentos de reflexão entre os profissionais que atuam nessa área sobre como vêm se estabelecendo as relações com o usuário ao entrarem ao domicílio, assim como fortalecendo as relações de confiabilidade e formação de vínculos e revisão dos conceitos de processo/saúde/doença/cuidado, que vão além do biológico, considerando o paciente como um ser de relações entre um processo de relação social (PEREIRA, et al., 2005).

Nos serviços de saúde, na maioria das vezes, o usuário é tomado como objeto e o trabalhador hierarquicamente se coloca no topo da relação, enquanto o usuário se coloca e é colocado como sujeito dessa relação. Vale a pena destacar que o espaço dos serviços de saúde é de domínio do trabalhador e o domicílio o espaço é de domínio do usuário que aumenta a possibilidade de

reflexão dos trabalhadores em rever suas posturas (PEREIRA, et al., 2005, p.108).

Trabalhar no domicílio requer preparo para o cuidado, focalizando comportamentos, atitudes e habilidades, diminuindo para os pacientes os riscos de iatrogenia e infecções hospitalares. Para a família significa custos emocionais e financeiros, porém qualidade na assistência prestada. O cuidado no domicílio se diferencia de outros atendimentos pelo próprio local, havendo variáveis que influenciam esse novo modelo, como o ambiente, participação maior da família, trabalho em equipe e comunicação, flexibilidade, descentralização do cuidado, novas habilidades adquiridas pelos profissionais, já que, muitas vezes, a família sente-se invadida em sua intimidade e deve ser respeitada, orientada, estabelecendo-se um vínculo (ALVES, et al., 2007).

Já no ambiente hospitalar, o médico detém o poder de diagnóstico, prescrição, avaliação e alta. No domicílio, a dinâmica muda, sendo que, muitas vezes, os problemas são resolvidos por outros profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas ou nutricionistas, que comunicam o médico quando necessário, oferecendo, assim, o desenvolvimento de autonomia e sua subjetividade em outros profissionais, estruturando uma organização flexível (ALVES, et al., 2007).

Percebe-se que a falta de informação e a cultura centrada somente no profissional médico tem sido uma dificuldade enfrentada pelo novo modelo domiciliar. As tecnologias leves se tornam essenciais para o cuidado no domicílio, pois a equipe lida com pessoas doentes ou saudáveis, em diversas condições, atendendo diversas demandas e necessidades, tendo um olhar diferenciado para cada indivíduo. No cuidado inclui-se afeto, proteção, solidariedade, dedicação e confiança (ALVES, et al., 2007).

As tecnologias das relações como dispositivo do atendimento humanizado, destacando-se algumas categorias como o acolhimento, vínculo e processos de trabalho que valorizem o trabalho em equipe ou interdisciplinar, podem apresentar significações diversas e ter uma natureza subjetiva no lidar com cada um dos diferentes interesses dos sujeitos envolvidos na construção da saúde. Desse modo, quando analisamos o trabalho em equipe em sua profundidade e especificidades e a repercussão disso no cuidado integral, incluindo as relações entre profissional x profissional e profissional x usuário/família, pretendemos entender como alguns significados importantes são construídos por esses sujeitos resultantes dessas interações constantes nesses ambientes de trabalho e como isso acaba influenciando em atitudes e ações na realização do

cuidado. Nesse sentido, os dados coletados foram analisados sob os pressupostos do referencial teórico das representações sociais.

1.5 A teoria das Representações Sociais para compreender o trabalho em equipe na saúde

A psicologia social inicia sua sistematização na década de 50 dentro de duas tendências predominantes: a primeira, na linha americana, que tinha como objetivo criar atitudes, interferindo nas relações grupais para harmonizá-la e garantir a produtividade do grupo, minimizando conflitos, assim, tornando os homens “felizes”; a segunda, na linha européia, que buscava conhecimento, que também evitava catástrofe, porém, com raízes fenomenológicas, buscando métodos científicos totalizantes (LANE, 1985).

Na década de 60, a eficácia da psicologia social passa a ser questionada, ocorrendo uma crise do conhecimento psicossocial que não conseguia explicar, intervir e prever os comportamentos sociais. O primeiro passo para a superação da crise foi compreender que o indivíduo é um organismo que interage com o meio físico, sendo que os processos psicológicos (o que ocorre dentro dele) são assumidos como causa que explicam o seu comportamento, ou seja, conhecer o indivíduo implica em conhecer o que ocorre dentro dele, quando ele interage com os estímulos do meio (LANE, 1985).

No século XIX, a psicologia social tem um de seus grandes marcos, quando ocorre uma “reconstrução histórica” dos conceitos a respeito do estudo social da sociedade. O positivismo de Auguste Comte, a partir do século XX, influenciou as ciências de modo geral, e em especial as sociais. Outra referência foi o conceito de representação coletiva, de Émile Durkheim, sendo revisto e apresentado sob um novo olhar por Serge Moscovici ao criar as representações sociais (CHAMOM, 2006).

A psicologia social considera o ser humano como produto sócio-histórico; é a ciência que descreve comportamentos e conclusões sobre relações casuais, pela descrição de comportamentos ocorridos em situações dadas. Ela explora o porquê certas coisas são aprendidas e outras são extintas, ou seja, em que condições sociais ocorre a aprendizagem e o que ela significa no conjunto das relações sociais, que definem o indivíduo na sociedade em que ele vive (LANE, 1985).

A compreensão do ser humano como um todo nos leva à constatação da impossibilidade de delimitarmos conhecimentos em áreas limitadas, necessitando da contribuição de todas para o conhecimento profundo e concreto do ser humano, ou seja,

necessita da interdisciplinaridade. Desse modo, o objetivo principal dos estudos da psicologia social é conhecer o indivíduo no conjunto de suas relações sociais, tanto naquilo que lhe é específico, como naquilo em que é manifestação grupal e social (LANE, 1985).

Émile Durkheim foi o primeiro a colocar a expressão “representação coletiva”, evidenciando a especificidade do pensamento social em relação ao individual. Observa-se o nascimento de um novo senso comum que não pode ser compreendido em termos de vulgarização, de difusão ou distorção da ciência. Para analisar esse fenômeno é indispensável a contribuição da sociologia e da história, sendo que a psicologia social apreendeu seus aspectos essenciais e o fez mediante o estudo das representações sociais e das comunicações (MOSCOVICI, 1978).

Para Durkheim, a sociedade determina o comportamento das pessoas, e os fatos sociais devem ser tratados enquanto dados impostos à observação. É preciso considerar os fenômenos sociais desligados dos sujeitos que os representam, constituindo-os como uma entidade independente - o que primeiramente chamou de consciência coletiva. A exemplo de sua obra *Las reglas del método sociológico* e seu estudo sobre o suicídio – no qual considera que este não pode ser explicado por motivos individuais, mas sim sociais (MOSCOVICI, 2001).

Posteriormente, partindo de estudos de crenças religiosas em tribos primitivas, Durkheim apresenta o conceito de representação coletiva, o qual inclui uma ampla classe de formas mentais, como ciência, religião, mitos, filosofia - todas as formas de conhecimento, como produtos da idealização e da cooperação coletiva (MOSCOVICI, 2001).

Compreende-se que tal representação seja homogênea e vivida por todos os membros de um grupo, da mesma forma que partilham uma língua. Ela tem por função preservar o vínculo entre eles, prepará-los para pensar e agir de modo uniforme. Ela é coletiva e por isso também perdura pelas gerações e exerce uma coerção sobre os indivíduos, traço comum a todos os fatos sociais (MOSCOVICI, 2001, p.47).

Distanciando-se da sociologia e das representações coletivas, é na psicologia social que a representação social ganha uma teorização pelo psicólogo social Serge Moscovici, em meados da década de 1970, na Europa. A matriz da Teoria das Representações Sociais está na obra *La psychanalyse, son image et son public* de Moscovici, (1961), em que estudou como a psicanálise era representada em Paris. A pesquisa foi feita com uma ampla coleta de dados em notícias publicadas na imprensa e

com uma amostra da população francesa, com objetivo de conhecer como os conceitos gerados na teoria da psicanálise eram utilizados no cotidiano pelos diferentes grupos sociais na França. Entre o que se acreditava cientificamente ser a psicanálise e o que a sociedade francesa entendia por ela, existia um intermediário de peso, as representações sociais. Essas representações não eram as mesmas para todos os membros da sociedade, pois dependiam tanto do conhecimento de senso comum (ou popular), como do contexto sociocultural em que os indivíduos estavam inseridos. “A difusão da psicanálise através dos meios de comunicação provocara o uso cotidiano de idéias procedentes dela, mas sem referência à sua fundamentação teórica original.” (ARRUDA, 2002). A época das reivindicações estudantis do movimento de 1968, Moscovici afirma que a Psicologia Social “não podia fechar-se numa torre de marfim, alheia às questões colocadas pela sociedade.” (ARRUDA, 2002, p.129).

O intuito é legitimar o pensamento social, do cotidiano, das massas, uma reabilitação do senso comum, do saber popular - considerado confuso e inconsistente, em relação ao saber científico. Moscovici (2003) questiona a racionalidade científica e vai contra a idéia de que as pessoas, na sua vida diária, pensam irracionalmente.

A partir de seu testemunho da opressão nazista durante a Segunda Guerra Mundial, Moscovici começou a pensar “sobre o impacto da ciência na cultura das pessoas, como ela altera suas mentes e comportamento, por que ela se torna parte de um sistema de crenças”. Nessa época, considerava-se que a difusão do conhecimento científico entre as pessoas, a ciência popular, a vulgarização científica, eram desvalorizações ou deformações do conhecimento científico, “supostamente porque as pessoas são incapazes de assimilá-la, como fazem os cientistas.” (MOSCOVICI, 2003, p.309).

Desse modo, depois da guerra, eu reagi de certo modo a esse ponto de vista e tentei reabilitar o conhecimento comum, que está fundamentado na nossa experiência do dia a dia, na linguagem e nas práticas cotidianas. Mas bem lá no fundo, reagi contra a idéia subjacente que me preocupou a certo momento, isto é, a idéia de que ‘o povo não pensa’, que as pessoas são incapazes de pensar racionalmente, apenas os intelectuais são capazes disso. Eu cresci em um tempo em que reinava o fascismo, de tal modo que se poderia dizer que, pelo contrário, são os intelectuais que não são capazes de pensar racionalmente, pois na metade do século vinte eles produziram teorias tão irracionais, como o racismo e nazismo. Pode crer, a primeira violência anti-semita aconteceu nos colégios e universidades e não nas ruas [...] (MOSCOVICI, p.310, 2003).

Para Moscovici (1978), o indivíduo só existe dentro da rede social e toda sociedade é resultado da interação de milhares de indivíduos. Além disso, questiona a separação entre o individual e o coletivo; contesta a dualidade entre o psíquico e o social, sem deixar de compreendê-los como campos. No caso de novas situações ou diante de novos objetos, como, por exemplo, a psicanálise, o processo de representar apresentava uma seqüência lógica: tornar familiares objetos desconhecidos (novos) por meio de um duplo mecanismo: ancoragem, que consiste na incorporação do novo em uma rede de categorias usuais, o que nos permite compreender a maneira na qual o objeto tornado real se exprime e se constitui nas relações sociais. Portanto, as informações novas se integram a uma rede de significados socialmente disponíveis. A outra face desse processo é a objetivação e diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se formam expressões de uma realidade, vista como natural (VALLA, 1994). O conhecimento para ser interiorizado deve passar do mundo da conversão, isto é, para além do circuito científico para o público.

Na teoria das representações sociais, as representações são formadas em sociedade, sendo que a ciência, tecnologia e filosofia estão presentes e influenciam na construção dessas representações. O valor atribuído à ciência depende da idéia coletiva sobre a sua natureza e do seu papel na vida, ou seja, exprime um estado de opinião, que é nada mais que a organização psicológica; uma forma de conhecimento particular da sociedade e irreduzível a qualquer outra. A formação da opinião implica em: reação do indivíduo a um objeto que é dado e sua intenção ou propensão; mediação entre conceito e percepção, permitindo a passagem da esfera sensorial à esfera cognitiva do objeto e vínculo direto com o comportamento, interiorizando uma ação a vir (preparação da ação). A construção de uma representação também depende da formação da imagem: “reflexo interno de uma realidade externa, cópia fiel do espírito do que se encontra fora do espírito. São construções combinatórias, análogas às experiências visuais.” (MOSCOVICI, 1978, p.47). Além disso, “são sensações mentais; impressão que os objetos e as pessoas deixam em nosso cérebro, desempenhando o papel de uma tela seletiva que serve para receber novas mensagens e controlar a interpretação das imagens que não foram inteiramente ignoradas.” (MOSCOVICI, 1978, p.48).

Não existe um corte dado entre o universo exterior e o universo individual ou do grupo. Quando exprimimos uma opinião sobre um objeto, somos levados a supor que ele já representa algo. As imagens e as opiniões são apresentadas, estudadas e pensadas

coletivamente, levando a uma posição de valores e modificação ao modo de ver (objeto) e agir. Ex: preconceitos raciais e sociais (MOSCOVICI, 1978).

A teoria em si pode ser representada da seguinte maneira: REPRESENTAÇÃO = FIGURA/SIGNIFICAÇÃO = NATURALIZAÇÃO DO OBJETO = INTERPRETAÇÃO.

Essas interpretações são organizadas de maneiras diversas segundo as classes, culturas e grupos e constituem tantos universos de opiniões quanto estas existirem. O universo da representação consiste em três dimensões: *a informação* (organização do conhecimento, conceito); *campo de representação* (modelo social ao qual se pertence) e *atitude* (orientação em relação ao objeto). A representação traduz a relação de um grupo com um objeto socialmente valorizado, na medida em que diferencia um grupo do outro, seja por sua orientação, presença e ausência. Pode ser considerada social, pois é produzida coletivamente. Porém, para definir como social, não basta somente definir o agente, mas sim saber por que se produzem (MOSCOVICI, 1978).

A teoria das representações sociais surgiu como uma alternativa à psicologia cognitiva tradicional, com críticas a seu caráter individualista. Moscovici enfoca o estudo dos processos cognitivos a partir de uma perspectiva psicossocial, com atenção às formas de conhecimento grupal, socialmente compartilhados e recriados no decorrer das conversações do dia a dia. “Desta maneira, a teoria das representações sociais pretende ser uma recuperação da dimensão social e simbólica do conhecimento como objeto de estudo da psicologia social”. Suas características fundamentais são sua formação na interação social serem sempre representações de algo ou alguém e seu caráter simbólico (ÁLVARO; GARRIDO, 2006, p. 288).

Opiniões e representações são criadas no curso de conversações como maneiras elementares de se comunicar. As interações que ocorrem naturalmente no decurso das conversações possibilitam os indivíduos e os grupos a se tornarem mais familiarizados com objetos e idéias incompatíveis e assim poder lidar com eles (MOSCOVICI, 2003).

A comunicação jamais se reduz à transmissão das mensagens de origem ou ao transporte de informações inalteradas. Ela diferencia, traduz, interpreta e combina, assim como os grupos inventam, diferenciam ou interpretam os objetos sociais ou as representações de outros grupos (MOSCOVICI, 1978).

As representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações, trocadas, delas estão impregnados. Sabemos que as representações sociais correspondem por um lado, ‘a substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os

mitos correspondem a uma prática científica e mítica (MOSCOVICI, p.41, 1978).

Jodelet (2001, p.22) define as representações sociais como “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. A Teoria das Representações Sociais visa compreender como o conhecimento é produzido - uma versão contemporânea do senso comum, incluindo mitos e crenças das sociedades tradicionais. É uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.

Na nossa sociedade diversificada, os indivíduos e as classes desfrutam de grande mobilidade, assistem ao desenvolvimento de sistemas heterogêneos, políticos, filosóficos, religiosos, artísticos e modos de controle do meio ambiente como as experiências científicas (MOSCOVICI, 1978).

Enquanto que o mito constitui, para o chamado homem primitivo, uma ciência total, uma ‘filosofia’ única que se reflete numa prática, sua percepção da natureza das relações sociais, para o chamado homem moderno a representação social constitui uma via de apreensão do mundo concreto, circunscritos em seus alicerces em suas conseqüências (MOSCOVICI, p.44, 1978).

O estudo das representações sociais investiga como se formam e como funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificar pessoas e grupos e para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana. Por suas relações com a linguagem, com a ideologia, com o imaginário social e, principalmente, por seu papel na orientação de condutas e das práticas sociais, as representações sociais constituem elementos essenciais à análise dos mecanismos que interferem na eficácia do processo educativo (ARRUDA, 2002).

São considerados três ordens de fatores os quais devem ser levados em conta como condições de produção das representações: cultura; comunicação e linguagem; e aspecto sócioeconômico, institucional, educacional e ideológico (ARRUDA, 2002). Jodelet (2001) lembra que o estudo das TRS deve ser articulado a elementos afetivos, mentais e sociais, integrando a linguagem, a comunicação, as relações sociais e a realidade material, social e ideal (das idéias), sobre a qual elas vão intervir. Segundo a autora, para compreender os componentes e as relações contidas na representação social, é preciso responder a três perguntas fundamentais: Quem sabe, e a partir de onde sabe? O que e como se sabe? Sobre o que se sabe, e com que efeito?

Sá (1998) apresenta as funções das representações sociais: *Funções de saber*: permitem compreender e explicar a realidade, saber prático do senso comum. Facilitam e são condições necessárias para a comunicação social. Elas definem o quadro de referência comum que permite a troca social, a transmissão do saber ingênuo. *Funções identitárias*: definem a identidade para situar os indivíduos e os grupos no campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, compatível com sistemas de normas e de valores social e historicamente determinados; *Funções de orientação*: guiam comportamentos e práticas. A representação produz igualmente um sistema de antecipações e de expectativas, constituindo uma ação sobre a realidade. Define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social; e *Funções justificatórias*: permitem justificar posteriormente as tomadas de posição e os comportamentos. Intervém também na ação, permitindo assim aos atores explicar e justificar suas condutas em uma situação ou em relação aos seus participantes.

As Representações Sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que já sabemos. Elas ocupam uma "posição curiosa" em algum ponto entre conceitos, que têm como objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções que reproduzam o mundo de forma significativa. Podem estar baseadas em fatos científicos, como em crença, sugestões publicitárias, todas dependentes de grupos sociais com os quais a pessoa convive (MOSCOVICI, 2003).

A presença social de uma ciência é percebida por um sujeito em função do grupo a que pertence, da informação de que ela possui e de sua atitude a respeito dessa ciência. Também depende da conversação do grupo e de sua interação. É na sociedade que as combinações intelectuais são naturalmente selecionadas antes de se cristalizarem em símbolo e o saber se ampliar por contágio. A aceitação de um conhecimento implica na dependência em relação ao grupo que nele se identifica e se protege sob o seu nome. Enfim, o objetivo da representação social é a produção de comportamentos e relações com o meio ambiente e de uma ação que modifica outra ação e não a sua reprodução. Assim, a tomada de posição não depende do grau de informação, mas sim do que aquilo representa. Os comportamentos, na sociedade, impregnam de significações, conceitos são cristalizados coletivamente, sendo que valores e idéias presentes nas visões compartilhadas direcionam as condutas (MOSCOVICI, 1978).

A interdisciplinaridade pode ser algo comum quando citamos a teoria das representações sociais, pois, para compreendermos o ser humano em sua totalidade ou

representarmos algo sobre algum objeto, trabalhando com fenômenos complexos, é necessária a intervenção de outras disciplinas da área das ciências humanas e sociais, como a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia, ou seja, alternativas interdisciplinares.

A teoria das representações sociais desenvolvida pelo psicólogo Serge Moscovici, amplamente disseminada no Brasil, é um dos referenciais teóricos que vêm contribuindo para a compreensão e análise das atividades e da consciência do sujeito (individual e/coletivo), as dimensões objetivas, subjetivas e intersubjetivas, além de compreender os fenômenos psicossociais complexos que evidenciamos no campo do trabalho, na educação, saúde e doença e na ciência e tecnologia.

1.6 Objetivos

OBJETIVO GERAL: ANALISAR AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TRABALHO EM EQUIPE NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ANALISAR AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TRABALHO EM EQUIPE DOS TRABALHADORES DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR;
- ANALISAR AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TRABALHO EM EQUIPE DE CUIDADORES/ FAMILIARES DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR.

2. MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, sendo que a metodologia utilizada no trabalho será feita sob a perspectiva da análise qualitativa, realizada a partir do conceito de Minayo (1999, p. 21):

Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O presente estudo constitui-se de etapas a seguir:

Revisão bibliográfica

Revisão sobre o trabalho em equipe

Para melhor exploração do tema Trabalho em Equipe, realizou-se uma revisão integrativa que constitui no levantamento e análise crítica dos trabalhos publicados sobre o assunto no período que compreende os anos de 1999 a 2009. O benefício do estudo dessa natureza, nesse espaço de 10 anos, reside na possibilidade de o investigado explorar o maior número de objetos de experiência possíveis, principalmente quando o problema exige informações dispersas pelo espaço.

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Foram selecionados como fonte de dados 73 artigos nacionais que apresentaram o tema Trabalho em Equipe/ Trabalho Interdisciplinar/Trabalho Multiprofissional indexados na íntegra nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE, no período entre 1999 e o primeiro semestre de 2009. As palavras-chaves utilizadas para a seleção

dos artigos foram TRABALHO EM EQUIPE, EQUIPE DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE e EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE.

Os artigos selecionados foram submetidos a leituras e classificados de acordo com o ano de publicação, profissão dos autores, distribuição dos artigos por periódicos, palavras-chaves utilizadas e o conteúdo exploratório dos artigos. Os mesmos foram organizados por semelhança em dois grupos: prática do trabalho em equipe e estudos teóricos.

Revisão sobre o tema processo de trabalho e atendimento domiciliar

Realizou-se outra revisão bibliográfica, paralelamente, de trabalhos indexados nas bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e COCHRANE no período entre 2005 e 2009, período este escolhido por possibilitar o levantamento de literaturas mais atualizadas, algo importante para melhor embasamento do tema a ser explorado. As palavras-chaves utilizadas para revisão foram PROCESSO DE TRABALHO e SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA NO DOMICÍLIO.

Foram encontrados 95 trabalhos nacionais e internacionais, entre eles, teses e artigos publicados, alguns deles apresentados em periódicos internacionais nos idiomas japonês e dinamarquês, dificultando a análise dos mesmos. Apesar disso, a maioria dos trabalhos que permitiram, de alguma forma, acesso na íntegra eram nacionais.

O tema “assistência no domicílio” foi algo explorado por muitos trabalhos internacionais por ser uma prática antiga em muitos países como Canadá, Suécia, Inglaterra, Estados Unidos e Japão. Porém, a dificuldade de acesso a essas literaturas na íntegra foi um fator que impossibilitou a análise de diversos trabalhos, mas nada que prejudicasse o andamento da revisão. Além disso, em outras buscas, percebeu-se um número expressivo de trabalhos que exploram o tema “assistência no domicílio” publicados entre o ano de 1999 e 2004, período em que algumas práticas tradicionais sobre o cuidado começam a ser questionadas, incluindo sua efetividade e resolutividade.

Dessa forma, foram analisados 46 artigos, resultantes da primeira revisão de literatura sobre o tema “trabalho em equipe”, publicados nos últimos cinco anos e 50 trabalhos resultantes da segunda revisão de literatura sobre o tema “processo de trabalho” e “assistência no domicílio”. Essas revisões foram apresentadas nos capítulos iniciais e colaboraram com a elaboração de algumas reflexões importantes sobre os aportes teóricos apresentados.

2.2 Local de Estudo

O estudo aconteceu em uma cidade do interior paulista, localizada na região Oeste do Estado de São Paulo, com população de aproximadamente 200000 habitantes, especificamente no Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID). O PROIID, resultado de parceria entre Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (SMHS) e Fundação Municipal de Ensino Superior (FMESM) foi criado e implementado a partir de setembro de 1999. Os objetivos delineados pelo programa são garantir a continuidade da assistência no domicílio, reduzindo o tempo de internação hospitalar, as reinternações e, conseqüentemente, os riscos impostos aos pacientes, família e cuidador e contribuir para a formação e aperfeiçoamento de profissionais na área da saúde. Quanto ao perfil de morbidade, o Programa vem atendendo predominantemente indivíduos portadores de neoplasias malignas, doenças cerebrovasculares, respiratórias, cardiovasculares, demências e, ainda, pacientes vítimas de politraumas e que necessitam de acompanhamento de equipe capacitada. A capacidade operacional do Programa é de 20 pacientes, com tempo médio para internação de 30 dias (MESQUITA; ALSEMI; SANTOS; HAYASHIDA, 2005).

2.3 Sujeitos da pesquisa

Os critérios de inclusão foram fazer parte da equipe de profissionais da Equipe Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID) e ser cuidadores/família que foram acompanhadas pela equipe e receberam alta no período da realização da coleta de dados por qualquer motivo, seja por óbito ou melhora.

Foram convidados 14 integrantes da equipe do PROIID, entre eles 2 enfermeiras, 2 auxiliares de enfermagem, médico, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de escrita, dentista, 2 motoristas e 1 fonoaudióloga. Um dos profissionais não aceitou participar desde o primeiro contato realizado durante as visitas domiciliares. Em relação aos 10 cuidadores convidados, todos consentiram sua participação após visitas domiciliares ou contatos telefônicos realizados. Dentre os 10 cuidadores convidados, três deles foram convidados através de visitas domiciliares realizadas junto com a equipe do programa, enquanto que 7 foram convidados através de contato telefônico. Dessa forma, fizeram parte da pesquisa 23 sujeitos. No momento da coleta dos dados, estavam em funcionamento dez leitos no

domicílio, ou seja, metade dos leitos oferecidos, por ter apenas um médico como integrante da equipe, já que o outro médico havia pedido afastamento.

A decisão em entrevistar também as famílias surgiu da idéia de poder investigar na prática como o cuidado ao paciente e sua família no domicílio é realizado pela equipe do programa e se o processo de trabalho realizado de forma interdisciplinar proporciona um cuidado diferenciado.

2.4 Procedimentos da coleta de dados

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram: observação participante realizada no período entre agosto de 2009 e outubro de 2009 e entrevista com questões norteadoras, sendo construído um instrumento voltado para a equipe e outro para o cuidador/paciente. Os mesmos encontram-se nos anexos I e II e compõem-se de duas partes: dados de identificação contendo: nome, idade, atuação, tempo de serviço e gênero para o instrumento dos profissionais de saúde; e nome, idade, gênero, tempo que cuida do paciente e vínculo para o instrumento dos cuidadores e questões abertas norteadoras.

A observação participante é uma técnica originada da antropologia, que proporciona a participação do pesquisador no local pesquisado, analisando o mundo através dos olhos dos pesquisados (HAGUETTE, 1999). Além disso, é um processo no qual o pesquisador presencia uma situação social, com o objetivo de realizar uma investigação científica.

Minayo (2006) classifica a observação participante como participante total; o participante como observador; o observador como participante; o observador total. Na modalidade de participante como observador, o pesquisador estabelece com o grupo uma relação que se limita ao trabalho de campo; a participação ocorre da forma mais profunda possível, através da observação informal das rotinas cotidianas e da vivência de situações consideradas importantes. A situação de observador como participante ocorre através de relações breves e superficiais, nas quais a observação se desenvolve de maneira mais formal; é utilizada, muitas vezes, para complementar o uso de entrevistas, o que foi utilizado neste estudo. Na modalidade de observador total não há interação social entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, os quais não sabem que estão sendo observados; a observação é usada, geralmente, como complemento de outras técnicas de coleta de dados.

A observação participante foi realizada na frequência de três dias da semana, segunda, quinta e sexta, das 8 às 12 horas e das 14 às 17 horas. O prédio onde a equipe está estruturada é um ambiente espaçoso, compreende-se de várias salas, sendo uma das enfermeiras, uma da auxiliar de escritório, três salas amplas com mesas e cadeiras, sendo uma utilizada para realizar reuniões de equipe, uma sala com sofá para descanso, uma cozinha, uma sala para refeições e uma sala para guardar materiais. Vale destacar que a observação participante foi utilizada como uma ferramenta importante para analisar as categorias posteriormente.

A entrevista pode ser definida como “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETTE, 1999, p.86) Porém, o processo de interação contém quatro componentes que devem ser explicitados, enfatizando suas vantagens, desvantagens e limitações como o entrevistador, o entrevistado, a situação da entrevista e o instrumento de captação de dados (HAGUETTE, 1999).

Primeiramente foi realizada uma entrevista piloto com um profissional de um programa de internação domiciliar de outro município do interior de São Paulo, para testar o instrumento de coleta de dados e, após a transcrição e análise das falas, iniciaram-se as entrevistas com os profissionais de saúde do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar, no mês de outubro de 2009. As entrevistas foram previamente agendadas, realizadas individualmente e ocorreram no próprio ambiente onde os profissionais do programa de internação domiciliar realizam seu trabalho, na sala de reunião, e no horário do expediente. As entrevistas foram sendo realizadas ao mesmo tempo em que eram transcritas, permitindo ao pesquisador ampliar seu instrumento de coleta de dados quando necessário.

Após a realização das entrevistas com todos os profissionais de saúde, que compreendem a equipe do programa de internação domiciliar, foi realizada novamente uma entrevista piloto com um cuidador selecionado, que já havia sido acompanhada pela equipe do PROIID e recebido alta. A entrevista também foi transcrita e, após sua análise, iniciaram-se as entrevistas com os cuidadores que realmente fizeram parte como sujeitos do estudo. As entrevistas foram previamente agendadas por contato telefônico feito pela própria pesquisadora, ocorreram nos domicílios dos pacientes, alguns visitados anteriormente pela pesquisadora e outros não. Elas ocorreram no período de novembro de 2009 e dezembro de 2009 e também foram transcritas ao mesmo tempo em que eram realizadas, a fim de ampliar o instrumento de coleta de dados.

2.5 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi submetido inicialmente ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (SMHS) do município onde ocorreu o estudo e, após sua aprovação, foi avaliado e aprovado novamente pelo Comitê de Ética em Pesquisas e Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). Foram estruturados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo um voltado para a equipe e outro para os cuidadores, que se encontram-nos em anexos III e IV, respectivamente.

2.6 Procedimentos da análise

As entrevistas foram transcritas e o conteúdo do trabalho dividido em duas fases: uma análise léxica quantitativa, com o auxílio de um software denominado *ALCESTE 4.5 (Analyse Lexical por Contexte d' un Esemble de Segments de Texte)* que permite delimitar as classes semânticas, e uma análise qualitativa sob a luz da Teoria das Representações Sociais (TRS).

Esse software foi desenvolvido em 1979, na Universidade de Toulouse II (França), por Max Reinert e possibilita uma análise quantitativa de dados em um texto denominado de corpus de análise, com base na distribuição lexical (conjunto de vocábulos, delimitando as classes semânticas (significado de palavras), em função da ocorrência e concorrência de palavras no texto (REINERT, 1990). Quantifica o número de vezes que determinadas classes de palavras aparecem, sendo necessário que o corpus de análise possua no mínimo 70 mil caracteres.

Seu uso também não é livre, havendo necessidade de possuir licença. Para esta etapa houve colaboração de uma docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O *ALCESTE* facilita o trabalho em classificar e organizar as informações levantadas nas entrevistas, ação que também poderia ser realizada sem o mesmo instrumento, porém com demanda de tempo maior.

Neste trabalho, o corpus de análise constituiu nas 13 entrevistas dos profissionais e 10 entrevistas dos cuidadores, sendo que cada entrevista é denominada Unidade de Contexto Inicial (uci) e são separadas por uma linha de comando que

informa o número de identificação dos entrevistados e as variáveis importantes ao delineamento da pesquisa (neste caso, para os profissionais, categoria profissional, tempo de trabalho na saúde e tempo de trabalho no proiid). Para os cuidadores as variáveis foram sexo, idade, tempo que cuida e vínculo com o paciente que cuida (CAMARGO, 1988).

A partir dessas unidades, o software procedeu à fragmentação do texto obtendo-se as Unidades de Contexto Elementar (uce) que são caracterizadas por pequenos trechos das entrevistas, definidos levando-se em consideração a dimensão do texto respeitando a pontuação e a ordem de aparição das palavras. A partir daí foram formadas as classes (conjunto de uce com o mesmo vocabulário), que de acordo com a relação com o objetivo da pesquisa possibilitou a identificação das Representações Sociais dos sujeitos acerca do objeto pesquisado.

Essa análise realizada com o *ALCESTE* é composta por cinco etapas:

1. Definição das unidades de contexto elementares: corresponde à divisão do texto e também a etapa onde o programa efetua operações simples, como a supressão de acentos e maiúsculas e o reconhecimento das locuções mais usuais. As u.c.e. são as unidades mínimas que compõe essa divisão.
2. Buscas de formas reduzidas: uma mesma palavra pode representa-se sob diversas formas em função das marcas de plural, conjunção, etc. Nesta etapa, o programa opera uma redução dessas formas múltiplas a uma forma de base, que será utilizada na sequência da análise. As formas reduzidas representam a operacionalização dos lexemas. Elas constituem as unidades de registros. O contexto da unidade de registro é a u.c.e.
3. Definição das tabelas de dados: são criadas tabelas lógicas que cruza nas linhas as u.c.e, nas colunas, as formas reduzidas. Essas tabelas são em seguida usadas na análise de ocorrência simultâneas.
4. Busca das classes: a partir da tabela lógica já definida, o programa efetua uma Classificação Hierárquica Descendente das unidades analisadas, resultando nas classes de discursos, ou mundo lexicais. O dendograma da classificação permite visualizar a organização das formas reduzidas na classe.
5. Arquivos de auxílio à interpretação: termina a análise, o programa cria diversos arquivos de auxílio à interpretação dos resultados obtidos. Entre eles, o arquivo de descrição do perfil das classes (lista das palavras contidas nas classes), os arquivos das u.c.e das classes (lista das u.c.e de cada classe, o que permite posicionar as palavras no contexto original) e também o arquivo do anti-perfil das classes (lista das palavras pouco ligadas a uma classe (CHAMON, 2007, p.42).

Todas as etapas do *software* são automatizadas, uma vez iniciado o processo de análise dos dados não há como interrompê-la para acrescentar ou suprimir informações. O *software* trabalha com a ocorrência de todas as classes de palavras encontradas o texto e uma análise quantitativa através do x^2 (qui-quadrado) sendo necessário para análise das classes realizarem uma leitura das palavras significativas para a pesquisa, excluindo-se, portanto, artigos, pronomes, advérbios, interjeições, alguns verbos, entre outros. No presente trabalho, considerou-se relevante as palavras com frequência superior a 50%, $x^2 > 2$, e

significativas para a pesquisa, sendo que o restante foi excluído da análise das classes.

A partir da formação das classes pelo software, que organizou o conteúdo das falas de acordo com sua proximidade de significados, iniciou-se a análise temática categorial.

Todas as etapas acima descritas, de organização do material, foram realizadas pelo *ALCESTE*, porém, para a interpretação dos resultados partiu-se para a leitura flutuante, onde as entrevistas transcritas foram lidas exaustivamente em sua totalidade, permitindo a identificação de algumas hipóteses provisórias sobre o conteúdo analisado.

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, especificamente, utilizando a técnica de análise categorial temática. Esta é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

A noção de tema está ligada à afirmação a respeito de um determinado assunto, comportando um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de um assunto, frase ou palavra (MINAYO, 2006).

Após uma leitura superficial dos dados coletados, a fim de estabelecer as categorias norteadoras, iniciou-se uma leitura vertical, ou seja, leitura repetida e aprofundada de cada um dos depoimentos até construir uma síntese em que se procurou reconhecer as representações, contradições e antagonismos de cada relato.

Esses procedimentos foram conduzidos à luz do quadro teórico adotado na pesquisa, em especial dos conceitos e categorias selecionadas que abordaram as seguintes problemáticas: trabalho interdisciplinar, dificuldades do processo de trabalho, agir estratégico e instrumental, relacionamento interpessoal, vínculo e cuidado integral.

Por si só as palavras agrupadas nas classes não tem significação, mas diante das questões que norteiam este estudo e a Teoria das Representações Sociais foi possível dar-lhes forma, significado, conteúdo. As classes são diferentes entre si, mas mantêm relações à medida que são provenientes de um único corpus.

3. RESULTADOS

3.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa

Equipe

Participaram da pesquisa 13 integrantes que compõem a equipe; que apenas um deles se negou a participar. Entre eles, 8 têm ensino superior; 1, ensino técnico e 4, ensino médio. Em relação à idade, esta varia entre 31 a 48 anos, ou seja, a equipe é formada por profissionais que estão atuando em sua profissão há mais de 5 anos, não havendo recém-formados na equipe. O tempo médio em que estão atuando no programa da internação domiciliar varia entre 1 a 10 anos, sendo que quatro deles já atuam entre 1 e 2 anos; dois atuam entre 3 e 4 anos; um entre 5 e 6; três entre 6 e 7 e três há 10 anos, ou seja, a maioria atua há mais de três anos no programa. Em relação à jornada de trabalho, o profissional médico trabalha 20 horas semanais; a nutricionista, fisioterapeuta e assistente social trabalham 30 horas semanais, enquanto que o restante da equipe trabalha 40 horas semanais.

No momento da coleta de dados, a equipe estava sem psicóloga, pois a mesma havia sido retirada do cargo, e sem um profissional médico, que havia pedido demissão. Assim, estavam funcionando no momento apenas 10 leitos.

Cuidadores

Participaram da coleta de dados 10 cuidadores, ou seja, todos aqueles que foram convidados participaram das entrevistas. Entre os 10 cuidadores, todos moravam em casa de alvenaria, com coleta de lixo, água encanada e tinham como renda pelo menos um salário mínimo referente à aposentadoria. Em relação ao gênero, 9 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Em relação ao vínculo existente entre o cuidador e o paciente, 5 eram filhas; 3 eram contratadas, ou seja, recebiam salários; 1 era neto e 1 era esposa.

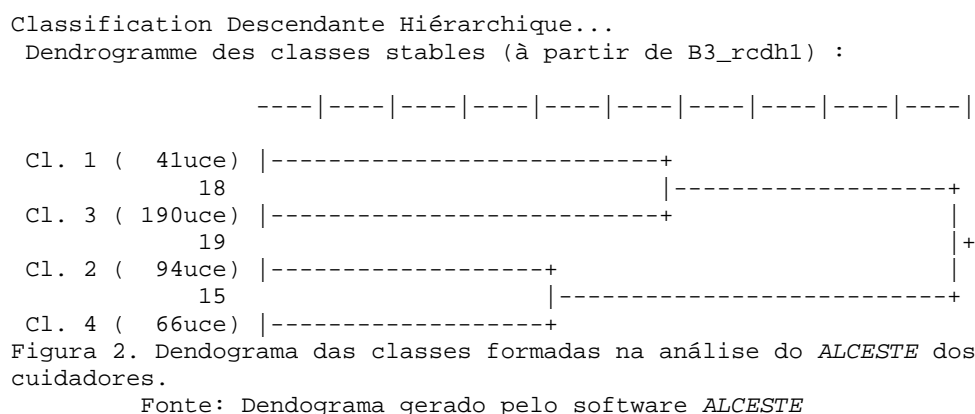
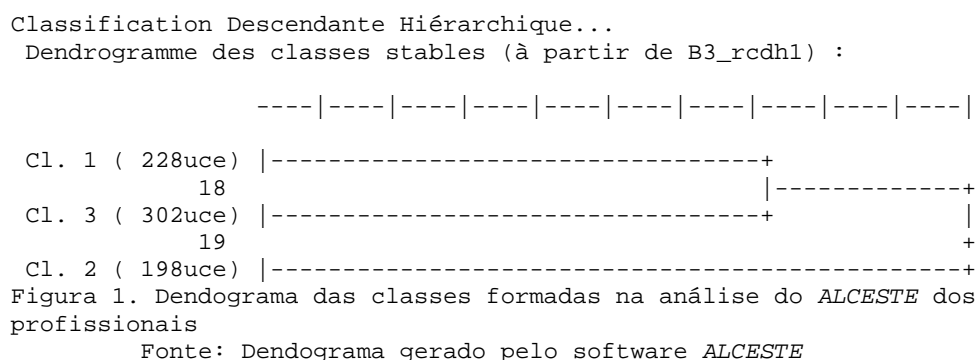
A faixa etária entre os cuidadores varia entre 22 a 77 anos, ou seja, três tinham entre 20 e 30 anos; três entre 31 e 40 anos; nenhum entre 41 e 50; três entre 51 e 60 e um entre 61 e 80. Percebe-se uma distribuição das faixas etárias entre os entrevistados.

Em relação ao tempo em que o cuidador está cuidando do mesmo paciente varia de 1 mês a 4 anos, ou seja, sete cuidadores já cuidam entre 1 a 11 meses; dois entre 12 meses e 3 anos e 1 há mais de 4 anos. O nível de dependência identificada do paciente

em relação ao cuidador para realização das atividades de vida diária, como alimentação, higiene, deambulação e vestimento foi dependente total e parcial, sendo que entre os 10 pacientes, 9 são dependentes totais e 1 dependente parcial segundo os critérios da equipe. Os principais diagnósticos apresentados pelos pacientes foram: seqüela de acidente vascular encefálico (5); neoplasias (3) e Alzheimer em estágio avançado (2). Em relação ao motivo de alta, 3 receberam alta por óbito, sendo que um ficou 1 semana; outro, 25 dias e outro, 15 dias e o restante, ou seja, 7 pacientes receberam alta por melhora, ficando 30 dias em acompanhamento, conforme o programa estabelece.

3.2 Apresentação das categorias

O material selecionado para análise foi distribuído em três classes para os profissionais e quatro classes para os cuidadores, com suas respectivas u.c.e, como visualizado na figura abaixo:



O dendograma apresenta as classes formadas e suas relações. Através dele é possível verificar na figura 1 que a classe 1 e 3 se aproximam quanto ao conteúdo, ou seja, mais próximo está o discurso presente em cada uma delas, possuindo, porém idéias

e sentidos distintos, o que justifica a separação em classes diferentes. Ambas se relacionam com a classe 2. Isso mostra que existe conteúdos comuns à três classes. O mesmo acontece na figura 2, onde existe uma relação entre a classe 1 e 3 e as classes 2 e 4, sendo que o resultado de suas intersecções de relacionam.

Após as leituras das entrevistas transcritas, foram estabelecidas categorias que emergiram das classes, para análise das falas dos integrantes da equipe e categorias para análise das falas dos cuidadores. Os quadros abaixo mostram as categorias estabelecidas pelo programa de *software* ALCESTE através das classes de palavras dos trechos analisados:

Quadro 5. Classes de palavras e categorias estabelecidas resultantes da análise das entrevistas dos profissionais realizadas pelo ALCESTE

CLASSE 01- 31%	CLASSE 02- 27%	CLASSE 03- 41%
Atuação no Trabalho em equipe de forma individualizada	Falta de rede de serviços e pactuações na equipe.	Pouca utilização das Tecnologia das relações
Sabe+	Pacient+	Trabalho
Fluir	Visit+er	Área+
Problem<	Alta+	Profission+
Falou	Internação	Ajudar
Você+	Encaminham+	Dificuldade+
Chegue+	Critério+	Aprend+
Conversar	Dur+er	Su+er
Discussão	Hospital+	Vid+er
Ser humano	Admit+	Angustia+
Quiser+	Respon<	Condição
Tranquilo	Diagnóstico	Momento+
Traz+	Estável	Ouvi+
Época	Orientações	Parece+
Escala	Prescis+er	Aceita
Vontade	Diagnóstico	Adequado
Ano+	Necessário+	Calor
Mont+er	Medica<	Interdisciplinar
Participar	Decidido	Ajud+
Discuti+	Ferida+	Assistenci+
Cont+er	Hospitais	Atuação
Meninas	Discuti+er	Humanização
Convers+er	Admitido	Humano+
Mãe	Ambulatório+	Mud+
Marido	Internado	Multidisciplinar
Explica<	Admissão	Positivo+
Assistente social	Ambiente hospitalar	Trabalham
Experiência	Orientado+	Disciplin<
Incomoda	Reunião de equipe	Agradar
Motivo	Visita de admissão	Atuar

Reuniões	Condições	Conseguir+
Pessoa+	Continuidade	Diferença+
Tentar	Necessidade+	Entender
Aparecer	Procedimento+	Favor+
Chamar	Relatório+	Grupo+
Começo	Ubs	Informação
Físio	Decide+	Multiprofissional
Nutricionista	Pel+er	Opinião
Ponto de vista	Rest+er	Rede
Idéia+	Encaminhador+	Remédio

Quadro 6. Classes de palavras e categorias estabelecidas resultantes da análise das entrevistas dos cuidadores realizada pelo ALCESTE.

CLASSE 01- 10%	CLASSE 02- 24%	CLASSE 03- 49%	CLASSE 04- 17%
Reconhecimento das atividades fragmentadas no cuidado.	Ser cuidador: necessidades que demandam tecnologia das relações	Descontinuidade do cuidado pela falta de articulação entre os serviços.	Vínculos não construídos
Banheiro	Pessoa+	Alta	Profissão+
Realidade	Cuidar	Enfermeira+	Agitada
Tard+er	Sinto	Dúvida+	Programa
Consult+er	Amor	Posto	Moça
Fralda	Cuidador+	Pel+er	Mãe
Socorro	Dedicação	Visit+er	Content+
Banho	Trabalhar	Médica<	Convers+er
Cama	Vid/er	Posto_de_saúde	Familiar
Clínicas	Atenção	Traqueostomia	Su+er
Comer	Doente+	Cuidado+	Apoio
Comida	Pass+er	Materi+	Nutricionista
Marido	Sorriso	Procedimento+	Profissão
Dieta	Viver	Exame+	Aprend+
Internação	Sentir	Família+	Santa_casa
Isabel	Resposta<	Relação	
Lugar+	Condições	Assistência	
Psicóloga	Emocional	Atendimento	
	Sozinho+	Escara+	
	Cansada	Intercorrência	
	Dinheiro	Movimento	
	Feliz	Negócio+	
	Irmão+	Neurológica	
	Precisar	Pessoal	
	Trabalho	Continu+er	
	Caus+er	Conjunto	
	Irmã	Fisioterapia	
	Marido	Limpeza	

	Dormir	Mês+	
	Conforme+16	Orientaram+	
	Auxiliar	Pulmão	
	Cansativo	Receita+	
	Cuidava	Auxílio+	
	Ensinar	Hospital	
	Informações	Orientação	
	Morrer	Proiid	
	Objetivo+	Situação	
	Pagar		

3.2.1 Categorias da equipe

3.2.1.1 Atuação do trabalho em equipe de forma individualizada

De acordo com Peduzzi (2007), a literatura nacional e internacional não traz consensos estabelecidos sobre o conceito de trabalho em equipe, porém, existem algumas reflexões que nos permitem identificar elementos e características que possibilitam a compreensão do fenômeno “trabalho em equipe”. Dessa forma, Peduzzi (2001) traz que o trabalho em equipe envolve o compartilhamento de objetivos e finalidades; construção de um plano assistencial ou terapêutico comum; cooperação e colaboração entre os profissionais; construção de uma linguagem comum; reconhecimento dos papéis e dos trabalhos dos demais membros; reconhecimento da interdependência e complementaridade dos membros da equipe; flexibilização da divisão do trabalho, preservação das especialidades das diferentes áreas e a autonomia de caráter interdependente.

Peduzzi (2001) apresenta duas idéias de equipes: equipe como agrupamento de agentes e equipe como integração de trabalhadores, sendo a primeira caracterizada por fragmentação e a segunda, como articulação dos saberes visando à proposta da integralidade das ações de saúde.

A comunicação, sem dúvida, é um instrumento pelo qual interagem os agentes e as ações são articuladas. Nas falas, fica explícito que a comunicação é um veículo utilizado na tentativa de estabelecer interações e relacionamento interpessoal, além de resolução dentre os integrantes da equipe:

“E aí, às vezes eu tento conversar individualmente com a pessoa ehh, ou mesmo nas reuniões da 8 às 8:30 ou no final da manhã quando chega das visitas, a gente tenta conversar, mas sempre tem problema.”(E1)

Nas falas da maioria dos sujeitos entrevistados observa-se que o profissional não valoriza o conhecimento do outro e que os conhecimentos não são compartilhados:

“Como eu falei no começo, às vezes ainda a comunicação, o respeitar que o profissional tem uma opinião diferente da minha, não é porque ele é ruim ou porque ele quer mostrar que o trabalho dele é melhor que o meu, é o respeito, às vezes das pequenas diferenças, né como eu coloquei... então como equipe interdisciplinar, eu solicitei a avaliação do meu colega, ele deu a avaliação e ele deu um parecer, eu preciso valorizar esse parecer, mesmo que isso não seja confortável pra mim.” (E2)

Os seus processos comunicacionais apresentam como paradigma o sujeito, e não a comunicação, ou seja, predominam ações cognitivo-instrumentais, e não ações comunicativas; pensador solitário que conhece o mundo e não sujeito dialógico; conhecimento de objetos e sua dominação e não liberdade de expressão; razão transcendental e não baseada em profundas reflexões e negociações (HABERMAS, 1989).

Segundo Peduzzi (2001), a comunicação pode acontecer de três formas: comunicação de forma externa ao trabalho; comunicação de caráter pessoal e comunicação concebida e praticada. A fala a seguir evidencia que a comunicação, muitas vezes, tem caráter pessoal, ou seja, os agentes priorizam sentimentos e relações pessoais. Dessa forma, as interações acabam se reduzindo a círculos de amigos ou “panelinhas”, o que dificulta o trabalho em equipe na mesma direção, não havendo o agir comunicativo:

“... tem gente que confunde assim, amizade no trabalho né, então tipo assim, se fala pra pessoa que você não se identifica muito, gosta da pessoa, mas não tem aquela amizade, porque no seu trabalho, você não precisa gostar de todo mundo né, você tem que trabalhar certinho, nem sempre você se identifica com a pessoa, aí eu acho que tem às vezes, a pessoa confunde o pessoal com o profissional, eu acho que tem que ter essa separação, pra um serviço fluir bem a pessoa não pode confundir as coisas, tem que ser no profissional, deixar o pessoal de lado, porque se não quem vai sofrer é o paciente né.” (E13)

“Então, eu acho isso assim, eu acho que a equipe, ela tinha que se por mais talvez assim, na questão das dificuldades, não ficar conversando uma com a outra, você entendeu, eu acho elas tinham que discutir mais os problemas, eu acho que hoje, o maior problema aqui são as conversas, que não são sempre, mas assim...”(E9)

Depreende-se que esse tipo de comunicação na equipe gera ações e decisões que levam alguns integrantes a se sentirem menos valorizados na equipe do que outros:

“...eu acho assim, que num trabalho de equipe, tem que existir igualdade, todos têm direito, todos têm direito, é isso que eu acho, eu acho que o que gera um sentimento ruim, na maioria, são essas coisas, e fica uma revolta não só de mim, como de todos, muitos profissionais, a grande maioria, e aí, qualquer coisa é motivo pra...o mais importante pra se dar certo uma equipe, no meu ponto de vista, todos têm o mesmo peso, porque se não... falar e ouvir, todos os mesmos direitos e deveres, se não, não dá certo, não dá certo, porque sabe, é alfinetada, fica um ambiente pesado, é complicado... mas na verdade nunca são resolvidos na maneira como teria, porque infelizmente, existe proteções, existem eh, tipo assim, eu preciso mais dessa pessoa, sabe, não é nem questão de sentimento aí, eu preciso

mais dessa pessoa, então assim, ehhh, do que da outra, então eu vou tapar o sol com a peneira aqui, vou mostrar só os outros e eu acho assim, é muito complicado trabalhar em equipe, é muito difícil...” (E5)

Percebeu-se, de acordo com os relatos, que a valorização dos integrantes da equipe, enquanto membro importante no processo de trabalho aconteceu de três diferentes formas. A primeira delas se refere à valorização do conhecimento técnico e divisão e individualidade do trabalho; a segunda valorização pela capacidade de se colocar e impor às opiniões conflituosas e a terceira valorização pela compreensão de ser um membro capaz de colaborar, compartilhar, integrar e somar a fim de um cuidado mais ampliado.

A valorização na equipe pelo saber técnico e divisão do trabalho fica explícita nas falas abaixo, sendo que ambos referem-se aos profissionais de enfermagem, isso confirma o fato de que a formação na enfermagem ainda se preocupa em articular processos técnicos e organização social que sustentam a vida:

“Ó, eu me vejo uma pessoa importante, sabe por que, porque eu não comecei a enfermagem na equipe domiciliar, faz 20 anos já que eu estou no hospital, só faz 4 que eu to aqui, então no hospital eu vim com todas as experiências do pronto socorro pro domicílio, então no pronto socorro tem muita coisa que você tem que improvisar, não é as coisas que você precisa na hora que você tem, no domicílio você tem que improvisar muita coisa, eu acho que eu trouxe a experiência do hospital, e eu acho que em algumas coisas foi favorável o aprendizado que eu tive no hospital pra eu vir pra cá.”(E10)

“Eu acho que eles não devem reclamar muito não, porque ninguém me falou nada assim, mas eu tô à disposição, se alguém quiser reclamar, me dar alguma idéia como eu posso tá melhorando, tô aberta a sugestões, mas eu não sei como eles me veem assim. Ahhh, eu acho que a parte de enfermagem é um trabalho bastante... a gente atua bastante, eu acho que é muito importante, a gente faz bastante procedimento, eu acho que é um trabalho essencial, assim, pro Proiid, a gente atua bastante.” (E13)

Essa fragmentação e valorização da tecnologia dura existente pode ser entendida historicamente, a partir da introdução do princípio da divisão do trabalho proposta na enfermagem por Florence Nigthingale e a influência do capitalismo, que reforçavam a reorganização para serem competitivos e assegurarem acumulação assim como a complexificação tecnológica (SPAGNOL, 2002).

Outros já atribuem a valorização do seu trabalho aos seus aspectos e características pessoais, como capacidade de se colocar e contestar as opiniões divergentes com mais facilidade do que outros de forma conflituosa, o que acaba gerando um “respeito maior imposto” ao indivíduo por parte do restante da equipe:

“...eu acho que eu sou uma pessoa competente, só que eu também sou uma pessoa meio brigona, entendeu, hoje em dia eu não sou mais, sabe assim, eu já briguei muito, discuti muito, quando eu cheguei aqui, a gente acabava batendo de frente, hoje em dia eu tô bem mais flexível, igual eu te falei, mas eu acho assim, as pessoas me respeitam na equipe, me respeitam, sabe assim, porque se vê que tem pessoas assim que não respeitam, acho que elas me respeitam, mas aí, até uma vez eu brincando com a V. falou um monte coisa de mim bem, tal, eu falei V., você tem medo de mim ou você gosta de mim, eu falei pra ela né, ela falou ahhh, um pouquinho dos dois, então sabe assim, então acho que mistura um

pouco o respeito, mas assim, as pessoas elas também, por respeitar, elas acabam né, sabendo o que vai falar, porque sabe que assim, eu não vou ficar quieta, chorando, brigando com uma, falando no corredor com a outra entendeu, assim, a gente... eu sempre tento conversar quando tem algum problema, eu acho que é isso.”(E9)

À medida que a equipe reconhece seu foco no usuário, há uma amenização da hegemonia de qualquer área no trabalho multiprofissional, o que vai ao encontro da igualdade dos integrantes da equipe, favorecendo o processo de equipe como integração. Existem aqueles que atribuem sua valorização na equipe aos aspectos que se aproximam do trabalho em equipe como integração dos trabalhadores, colaboração, compartilhamento das ações, visando ao cuidado integral:

“É isso, eu acho que é isso, mas tem muita dificuldade ainda, a gente tem dificuldade, porque as relações são difíceis, né, mas eu acho que me vêem como boa enfermeira, não sei se me vêem como boa gerente, eu acho que é mais complicado, mas como enfermeira de lá da assistência, pensar no paciente como um todo eu acho que eles me valorizam, eu tenho essa impressão... Ahh, eu me vejo uma pessoa preocupada com o usuário, preocupada com a família, às vezes, até muito paternalista, quero que aquela pessoa seja muito bem atendida, muito bem...”(E1)

“Eu sinto que assim, eu sou auxiliar de serviços gerais, o que eu posso fazer, assim, às vezes até de atender um telefone, dar alguma informação, acho fundamental, é importante, mas eu não posso fazer muito, o que eu posso colaborar é no bem estar da equipe aqui dentro, eu trabalho só interno.” (E3)

Peduzzi (2001) afirma que, tanto na equipe agrupamento como na equipe integração, estão presentes os conflitos e tensões entre as diferentes conjunções e exercício de autonomia técnica e as concepções de independência dos trabalhadores especializados e sua complementaridade (PEDUZZI, 2001). Nos discursos da maioria dos sujeitos, os conflitos que surgem são resultantes de diversas razões, como a dificuldade de relacionamento devido a questões pessoais individuais, ou seja, características que dificultam o processo de integração, como dificuldade de escutar, de se relacionar, compartilhar, compreender e flexibilizar:

“Eu acho assim, que muitas vezes a minha opinião é diferente das dos outros, né eu acho que, por exemplo, que a fisioterapeuta tem que tar indo mais vezes no paciente, mas ela não acha, entendeu, a nutricionista, por exemplo, ta, não é nada concreto, a nutricionista deveria ser menos incisiva, menos nariz empinado, menos isso, menos aquilo, mas a minha opinião é diferente, então a gente se choca nas reuniões, se choca no dia a dia, porque muitas vezes há uma decisão aqui na reunião, a gente registra em ata e o profissional não cumpre o seu papel, porque ele pensa diferente, entendeu, eu acho assim, que é a responsabilidade mesmo, um pensa diferente do outro e acaba não acontecendo o que foi decidido, isso é difícil.”(E1)

“Dificuldade, eu acho que o principal é essa questão da gente esbarrar mesmo com a opinião do colega às vezes, porque muitas vezes vai haver as discordâncias e não se consegue naquele momento chegar num consenso, e o paciente precisa, ele está esperando, então às vezes, pra não aumentar a situação, pra não piorar, pra não brigar, pra não discutir, a gente deixa daquele jeito e vai caminhando pra ver se até o fim da internação a situação se resolve, mas eu acho que o mais difícil é isso mesmo, quando há divergência de opinião e aquilo não se resolve, né, não há uma concordância, a pessoa, a gente não se entendem, não conseguem.”(E4)

Esses aspectos apresentados pela equipe vão ao encontro com o que a literatura traz sobre as dificuldades do trabalho em equipe, ou seja, reunir-se para conversar parece fácil, porém, é neste momento que as contradições e diferenças aparecem, sendo que as expectativas que um tem do outro não são faladas. Os grupos e equipes, quando se reúnem, apresentam tarefas e objetivos comuns, porém, muitas vezes, estes não estão claros para os integrantes do grupo ou equipe, sendo que existem também os objetivos individuais. A dificuldade de perceber o papel do outro dentro da equipe foi algo colocado com muita frequência entre os entrevistados como principal responsável pelo surgimento dos conflitos:

“Alguma pessoa deixou de fazer tal coisa na sua função, o outro colega reclamou e a pessoa não aceitou a reclamação, entendeu, assim, fica meio bicuda no primeiro momento, mas depois passa.” (E10)

“...assim umas questões de que um outro profissional que nós, nós temos hoje não cumprir o seu papel, acabava eu ficando sobrecarregada, fazendo tudo sozinha e tal, aí eu acabei conversando com essa pessoa de forma educada, mas assim incisivo, fui direto na questão, porque eu acabava assumindo muito e acabava vendo que a pessoa não tinha o porque de ter responsabilidade mesmo, entendeu, e isso acabava aparecendo na equipe, acabava aparecendo, e falando, porque as pessoas acabavam chegando das visitas e ao invés de ir pra assistencial, vinha pra eu resolver, tudo assim, porque, porque, porque o outro profissional acabava não dando, assim eh, importância pra aqueles problemas que tinham que ser resolvido de assistência de enfermagem,...e às vezes eu tenho até alguns conflitos, na equipe, por ter exigindo coisas que não são mais nossas, são da responsabilidade mesmo da família né, e eu me vejo dessa forma, assim, com responsabilidade com o usuário, sabe, assim, com o cuidado na hora da alta, o que vai acontecer, vai pra qual unidade, que enfermeira que vai assumir, como que vai ser sabe, com esse cuidado de tá, eh, fazendo planejamento de alta bem feita, continuar com o atendimento, isso eu perdi um pouco por ter um outro profissional na assistência, mas eu procuro sempre estar acompanhando, sempre estar, essa questão que... a pessoa é diferente de mim, entendeu, então eu acabava ficando ainda com essas coisas, ficando, ficando e ficando, até eu apontar e falar olha, é inerente da sua área, porque eu não dou conta de tudo tendo você aqui né, deu pra entender?” (E1)

Nas falas acima, percebe-se que a dificuldade de saber o que compete a alguns e o que compete a todos acaba gerando sobrecarga de trabalho para uns o que, de certa forma, acaba influenciando no cuidado integral do paciente, já que as necessidades de saúde deixam de serem atendidas ou necessitam da intervenção de um outro profissional para que isso não ocorra.

Na fala a seguir, percebe-se que o papel, no caso da gerente, deixa de ser cumprido, na visão desta integrante, ou seja, ações de chefe deixam de ser cumpridas devido às relações e interações surgidas no processo e que ficam voltadas para sentimentos, ou seja, caráter pessoal, e que acabam influenciando em suas condutas:

“Eu acho assim, eh, poderia melhorar na questão de uma liderança melhor, tá, porque o que às vezes a gente vê são dois pesos e duas medidas pra algumas pessoas e outras não, então, eu acho que

uma pessoa que ela é chefe de um serviço, ela teria que defender aquele serviço, lutar por aquilo, e às vezes, não é isso que eu vejo, poderia ser melhorado isso aí, tá.”(E7)

Percebe-se que essa relação conflituosa que gera insatisfações, envolvendo relações de saberes, interesses, afetos e poderes, quando não resolvidas, acaba produzindo processos de trabalho mais individualizados e fragmentados.

As falas a seguir mostram que o próprio processo de trabalho produzido pela equipe, ou seja, individualizado, fragmentado, dificulta a possibilidade de o profissional enxergar o papel e a atuação do outro na equipe, considerando-o como membro importante:

“...porque eu acho que falta, às vezes, misturar um pouco isso, um vê o outro atuando, antes de dar uma orientação que pode ser da outra área, porque se for pra um interferir muito na área do outro, não precisa de uma equipe, aí o saber fica concentrado num profissional, e não é isso que a gente quer... porque a gente não tenha muito contato, especificamente na nossa equipe, até pela demanda, a gente se divide na hora do trabalho. Então, eu acho um pouco complicado, porque do ponto de vista interdisciplinar, isso não seria correto, porque na verdade, o trabalho se divide, vamos dizer meio a meio, metade da equipe de um lado e metade pro outro, tá certo que o trabalho da enfermagem, é um trabalho mais complexo do ponto de vista técnico e dos demais colegas pode ser mais no sentido de orientação mesmo, e que se fossemos todos juntos na casa da pessoa, não teria condição de todos atuarmos no mesmo momento, mas acho que presenciar a situação do colega, saber como é o trabalho dele, o que ele faz, o que ele orienta, qual é a técnica que ele utiliza pra tal coisa, eu acho que isso é legal, pra conhecer também e valorizar o trabalho do colega, e muitas vezes, já aconteceu da gente dá uma orientação e bate com a orientação do colega, assim, bate contra, porque, talvez no nosso ponto de vista, no nosso entender, aquela orientação era viável, mas do ponto de vista do outro colega não era, isso acontece sempre entre a nutricionista e a médica...”(E4)

“Por exemplo, às vezes eu vou fazer uma avaliação e proponho uma sonda nasogástrica, porque a condição de alimentação daquele paciente não é boa, porém naquele momento a equipe julga que aquela família não tem condições de entender e ficar com a sonda nasogástrica do paciente, então, mesmo eu enquanto profissional técnico, garantindo que aquele paciente só vai ter um aporte nutricional melhor tando de sonda, desde já é aquele paciente que dá trabalho pra ficar com sonda, a equipe opta por deixá-lo sem sonda, entendeu, é nesse ponto que eu acho que a gente não trabalha como equipe multidisciplinar, não valorizando tanto a avaliação do colega.” (E2)

O trabalho individualizado aparece em outros trechos:

“...aqui entre nós a gente um ajuda o outro, né, na medida do possível quando eu preciso de atender um paciente uma não entra, mas às vezes entra mas sai rápido.” (E6)

“Um exemplo igual quando tinha outras pessoas, caso de você tá atendendo o paciente e outra pessoa entrar na hora que você tá atendendo, isso aconteceu uma vez na equipe que eu trabalho, aí eles sentaram no próprio carro, né e conversou, quando eu tiver você espera, quando você tiver eu não vou entrar, aí estipularam um tempo pra cada um mais ou menos, entendeu, e aí tem aqueles casos mais grave que esse tempo excede, mas resolveram sempre assim.”(E12)

Em relação aos aspectos que caracterizam o trabalho em equipe por integração, percebe-se que nesta equipe, de acordo com as falas sobre o significado do trabalho em equipe, não há flexibilização na divisão do trabalho, ou seja, predominam as ações privativas de cada profissional, estando mais próxima da equipe agrupamento.

“Na verdade, ehhh, eu acho assim, o programa de internação interdisciplinar acaba que cada um tem a sua função, cada um tem eu penso que no fim, acaba que você tem as orientações específicas de cada área...” (E5)

“Ahhh, eu entendo como vários profissionais de diferentes áreas, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, sei lá, trabalhando todos juntos, cada um na sua especialidade ajudando o paciente.” (E12)

Nas falas, é possível perceber que os integrantes compreendem o trabalho em equipe sob o ponto de vista da fragmentação, individualidade e especialidade, características do processo de trabalho da equipe como agrupamento e não integração de acordo com Peduzzi (2001), o que influencia na prática do cuidado humanizado:

“O PROIID é uma equipe, que eu não acredito que sempre trabalha de forma multidisciplinar, eu acredito que a gente tenha em alguns momentos um trabalho bastante individualizado, mesmo sendo equipe, mas assim, o nosso objetivo é melhorar a condição do indivíduo em sua condição de enfermidade dentro da sua casa, só que às vezes eu acho que a dificuldade de relacionamento dos pacientes, dos profissionais interferem nesse atendimento em domicílio, porque muitas vezes, ao invés de somar, as vezes a gente se..., como eu posso falar... não sei.” (E2)

“Eu acho que trabalho interdisciplinar é aquele que você interage com todos os outros, né membros eh, mas você num, num invade a área do outro, entendeu, você trabalha junto, eh, expõe suas coisas, suas opiniões, suas idéias juntos, mas cada um dentro da sua, da sua especialidade, assim, sem invadir a área do outro.” (E6)

Para alguns profissionais, percebe-se um desconhecimento total sobre os conceitos de interdisciplinaridade e multiprofissionalidade:

“... na minha opinião, particularmente, tá, eu acho que interdisciplinar seria realmente cada um orientar a sua parte, você vê a sua parte e multidisciplinar seria uma coisa mais em conjunto, eu acho que acaba funcionando assim, multidisciplinar.” (E5)

Para outros, fica claro que trabalhar em equipe requer abrir mão de sua autonomia, isto é, poder de tomada de decisão por si próprio, esta que de acordo com Peduzzi (2001) é um fator essencial para que o trabalho em equipe aconteça através da integração e não agrupamento.

“Trabalhar em equipe, é que todo mundo tem que ter o mesmo objetivo, todo mundo tem que colaborar algumas vezes a gente concorda com alguma coisa e discorda de alguma coisa, mas sempre fazer o possível pra tar concordando com a maioria.” (E10)

Ou seja, a profissional tem a idéia de que o trabalho em equipe só acontece se não houver conflitos, para isso, as opiniões não devem ter divergências.

Poucos foram os profissionais que trouxeram em suas falas características sobre o trabalho em equipe que se aproximam da equipe por integração, conceito este trazido por Peduzzi (2001) que enfatiza a colaboração, compartilhamento de ações e decisões, a autonomia, interdependência entre os profissionais e a necessidade de compreender o papel do outro:

“É um trabalho em equipe, onde a gente vai conseguir respeitar as diferenças profissionais de cada um, tentando em cima dessas diferenças fazer o melhor pelo paciente, trabalhando em conjunto, respeitando a opinião do colega profissional, discutindo com ele aquilo que não concorda e tentando conciliar tudo isso em favor do paciente.” (E2)

“Digamos assim, que ninguém consegue fazer tudo né, então, diante das necessidades da ampliação nos cuidados em saúde né, das necessidades das pessoas, a cada dia você percebe que tem que ter uma divisão, que tem que ter uma atribuição de tarefas diferentes, vamos dizer assim, porque não tem como um único profissional saber de tudo, dar conta de tudo, atuar com mais experiência em todas as áreas, então eu acho que o trabalho multidisciplinar, a equipe multidisciplinar é necessária, multiprofissional mesmo que seria vários profissionais que tem o mesmo objetivo, que tem uma, vamos dizer assim, um plano traçado e cada um vai atuar na sua área, mas todos assim é em harmonia, um ta fazendo isso sabendo que o outro ta fazendo, um sabe que ele tem que atuar aqui, enquanto o outro atua ali, assim, é uma integração né.”(E11)

A fragmentação e individualismo, além de interferirem no cuidado prestado pela equipe, acabam também interferindo no modo como os mesmos lidam com os conflitos gerados em relação ao relacionamento interpessoal, ou seja, fica evidente nas falas que a equipe apresenta dificuldade em resolver os problemas que surgem no dia-dia e, quando tentam resolver, acabam utilizando estratégias individualistas:

“É assim, aí eu acho que depende do profissional, alguns preferem colocar os problemas no dia da reunião, que de certa forma, ao meu ver, talvez seja um pouco constrangedor, porque muitas vezes o problema é pessoal, outros chamam a pessoa e conversam, né, olha fulana, aconteceu tal coisa que eu não gostei, o que aconteceu, em fim, então muda, varia muito entre o comportamento de cada um né, é aquilo que cada um imagina, mas se for alguma coisa relacionada ao trabalho, uma coisa que repercute bastante, normalmente é na reunião. Eu acredito que tem sim dado certo, né, as vezes gera um pouco de richa no sentido de falar assim, ahh fulano falou de mim, né, a pessoa vê por esse lado, e depois passa, né, passa um tempo, a coisa se resolve, se acerta, as vezes acontece, já aconteceu, de chegar no dia da reunião e a pessoa ta nervosa ou estressada por qualquer motivo e colocar coisa que é um pouco pior do que realmente era, de repente um problema pequeno, que poderia se resolver de uma forma mais tranqüila, ele cresce bastante, mas depois passa, eu acredito que está resolvendo”. (E4)

“Ó, raramente é levada em reunião, geralmente é conversado, resolvido entre os envolvidos mesmo tá, a gente procura resolver com a própria pessoa que aconteceu aquilo, só se for uma coisa muito grave, aí é levado em reunião, mas, geralmente, a gente não costuma, assim, prolongar muito... mas ehhh, eu acho que tem outras coisas, que a gente pode tá... quando eu tenho um problema, eu prefiro resolver direto com a pessoa, tá, conversar direto, do que deixar tomando também uma importância maior que deve né, eu acho que não adianta.”(E7)

Percebe-se nos trechos acima que a primeira estratégia utilizada pela equipe na resolução dos conflitos é a comunicação, porém ela acontece de forma individualizada, ou seja, os conflitos que surgem estão ligados a questões pessoais, e isso acontece com frequência nos relatos. Como a comunicação é estabelecida na maioria das vezes em caráter pessoal, as interações para a resolução dos conflitos acontecem de forma individualizada, apenas entre as pessoas envolvidas. Com isso, muitos dos conflitos não aparecem para o restante da equipe, o que leva alguns integrantes a pensar que eles nem existem, mostrando uma visão superficial e individualista do processo de trabalho:

“Eu percebo que, gente, essa equipe é quase uma família, estamos todos os dias, eu acho que da mesma forma que eu valorizo a importância de cada profissional, eles também me valorizam e me tratam dessa forma, então, acho que somos uma família.” (E3)

“Não vejo dificuldade, todos trabalham muito bem, são profissionais”. (E12)

As falas acima referem-se aos profissionais de nível médio. Percebe que esses profissionais, quando questionados sobre a dificuldade no processo de trabalho em relação ao trabalho em equipe, relacionam nas suas falas aos aspectos técnicos, às tecnologias duras, enquanto que as tecnologias das relações passam despercebidas:

“O que dificulta o trabalho, eu acho que é a estrutura, que é pequena, entendeu, por ser, não sei, o projeto não é tão novo né, já faz 10 anos, então eu acho que o governo, o governo assim, municipal tinha que dar mais estrutura, por exemplo, assim, em relação à cama, em relação a equipamento que o Proiid poderia ter usando, acho que falta estrutura, e o que eu acho que falta mais ainda é um pediatra, porque eu acho que tinha que ter um Proiid pra tratar de criança também.” (E3)

“...mas aí eu me preocupo assim, no caso ter que ser motorista, localizar rápido, pra chegar mais rápido lá, pra não ficar andando a toa com a equipe né, e fazer o itinerário, aí a gente sai com dois, três pacientes, fazer um itinerário que seja rápido, entendeu, fazer ali na zona norte, depois voltar pra zona sul depois voltar na zona norte, então eu me preocupo dessa forma, saber os caminhos mais fácil.(E12)

Cabe ressaltar que muitas vezes os problemas de relacionamento não são identificados por alguns, já que, na maioria das vezes, são resolvidos de forma individual.

Peduzzi (2001) mostra que a autonomia é um aspecto essencial para que ocorra o trabalho em equipe. Ela pode acontecer de três formas: autonomia plena, havendo independência na realização das intervenções; autonomia ignorada, ou seja, não há autonomia e autonomia com seu caráter de interdependência técnica do conjunto dos saberes. Esta última se aproxima da equipe por integração, enquanto que as duas primeiras referem-se à equipe por agrupamento. Na fala abaixo, percebe-se que a autonomia nesta equipe é ignorada a fim de evitar conflitos:

“Na minha opinião, não tem nada de difícil, porque os roteiros são feitos em equipe, ninguém se opõe a opinião de ninguém, eu acho que nessa parte aí não tem problema não.” (E10)

As reuniões de equipe que são realizadas as quartas-feiras são um espaço não frequentado por todos, ou seja, na observação participante foi identificado que alguns integrantes da equipe não participam desse momento, sendo eles a fonoaudióloga, devido a outros compromissos; o motorista; a auxiliar de serviços gerais e a auxiliar administrativa. Além disso, percebeu-se que quando um integrante coloca alguma situação que contradiz a opinião do outro, surgem discussões e conflitos que não se conseguem resolver:

“Hoje, eu tô fora das reuniões também, porque eu faço uma capacitação na UNESP pra auxiliar no meu trabalho, muitas vezes nas reuniões quando é colocado algo que contraria a vontade de alguém, muitas vezes isso torna uma polêmica muito grande e normalmente alguém sai com o nariz torcido com alguém, nem tudo é resolvido plenamente, a equipe volta a funcionar harmonicamente, às vezes fica pequenos ranços, que se estende por um período maior, mas isso não é sempre não.” (E2)

“...a maioria das vezes sim, tem pessoas que entende pro lado pessoal, ou alguma crítica que é feita, não entende que a crítica tá sendo construtiva, mas quando alguém tá insatisfeito com alguma pessoa na equipe é falado na reunião também, independente da função também.” (E10)

Dessa forma, surgem barreiras e dificuldades da equipe em se colocar frente a um problema que, conseqüentemente, deixa de ser resolvido para não criar atritos entre os membros. Essa situação fica explícita nas falas a seguir:

“Depende, esse problema ele pode ser colocado, eu já coloquei bastante, eu já me ferrei bastante por causa disso, ou esse problema ele que acaba não sendo colocado, sendo discutido de outra forma, então assim L. é uma pessoa que ela veio pra acrescentar na equipe, só que as pessoas tem bastante dificuldade, não sei se porque acaba tendo médicos e residentes que não são pessoas que assim, tão com a gente todo dia, então as pessoas ficam mais doídas de terem falando, então assim, acaba que muitas das coisas não são resolvidas aqui, entendeu, mas assim, eu pelo menos sempre procuro... se eu to com algum problema eu ir ta falando com a pessoa, entendeu, nem que isso não seja uma coisa legal, mas eu tenho um pouco disso, a H. também tem, sabe, mas tem muita coisa que resolve meio que fica falando um ano pela orelha.”(E9)

Quando questionados sobre as estratégias para os conflitos que surgem na equipe, a maioria dos integrantes identificou a atuação de uma profissional de fora, ou seja, uma psiquiatra que a cada 15 dias se reúne com a equipe para conversarem sobre os problemas, como uma estratégia importante.

“Hoje, a presença da L. como psiquiatra tem auxiliado muito né, porque como ela tá de fora, ela faz a intermediação desses problemas né, e traz um olhar de que ta de fora, eu acho isso extremamente pertinente, eu acho isso muito importante e eu acredito que isso contribui pro crescimento da equipe, porque aí não é o que eu acho de você e o que você acha de mim, é a interpretação que alguém que ta de fora ta dando dessa situação, e as vezes o que eu to achando que ta errado, que você tá achando que tá errado e aí esse profissional traz essa idéia, eu acho isso muito importante.”(E2)

“Olha, na maioria das vezes conversando, ainda bem né, mas nós temos um apoio até de uma psiquiatra né, que vem a cada 15 dias e muitas vezes isso é colocado na reunião e tudo, e ela é uma pessoa que logicamente tem experiência na área e ajuda na melhora, conduzir algum atrito, alguma diferença, mas enfim, essa reunião de equipe principalmente, serve muito pra isso, às vezes a gente resolve coisas até de relacionamento, de diferença de pensamento, de reunião, então é resolvido assim, dentro da equipe na maioria das vezes”. (E11)

“... a gente tem a reunião de equipe que é uma vez por semana, às quartas feiras, já há quase dois anos a gente tem um apoio da L. que é a psiquiatra que ela vem a cada 15 dias e dentro do possível ela tenta ajudar a equipe nesse sentido, ela dá dicas, ela observa, escuta e a gente tem também a educação permanente, que tem também um desses objetivos que a equipe levanta os seus problemas juntas, ninguém vai trazer resposta pronta, solução pronta...”(E8)

Porém, novamente, percebe-se nas falas a dificuldade que a equipe tem em relação ao compartilhamento de idéias e colaboração, mas isso pode ser explicado pelo

fato da equipe adotar práticas individualistas e fragmentadas, dificultando o processo de equipe como integração.

A dificuldade que a equipe tem em participar das discussões e de expor os problemas vigentes acaba prejudicando também os momentos com a psiquiatra, já que pensando nessa atividade, como estratégia para resolução dos conflitos, muitos problemas deixam de ser colocados:

“A gente tenta conversar, né e nós temos também o apoio de uma médica psiquiátrica que faz apoio quinzenalmente com a gente né e a gente acaba colocando as situações para ela, porque ela tem o jeito pra lidar em grupo, né, e toda a experiência que ela..., ela tem feito um trabalho brilhante com a gente, a equipe geralmente gosta muito e quando as coisas precisam aparecer, elas aparecem na reunião com a L., e muitas vezes tem muitos problemas que não aparecem”. (E1)

“Bom, às vezes é falado na reunião, muitas vezes não, acaba que a pessoa acaba chamando a outra, conversando e tentando se entender ou, às vezes deixa pra lá, agora semanal tem assim, quem quiser abrir, falar se teve algum problema tem essa oportunidade. Às vezes fala, ultimamente não tem tido muito problema assim, que tão colocando né, abrindo pra tar resolvendo em equipe, mas a gente já teve bastante problema que foi resolvido assim, um gosta outros não, se sentem ofendido ou não, mas é falado, as vezes resolve, as vezes não. Olha, tem até uma profissional pra vir nas reunião pra falar com nós, mas assim, nem todo mundo quer se expor né, então eu acho assim, que não tem no momento não, a gente tem a reunião, tem o profissional que vem, mas não está sendo trabalhado essa parte com a gente no momento.”(E13)

Assim, conforme a última fala, os integrantes da equipe não percebem efetividade nesses momentos, embora percebam a importância da atuação da profissional, sendo que muitos problemas colocados ou não nos encontros continuam permanecendo, prejudicando a integração da equipe. Isso fica explícito também nesta fala:

“No começo a gente ficou meio assim, gente, porque ninguém se abria, ninguém via como um membro da equipe, entendeu, então ficava complicado porque a gente achava que tinha que expor os problemas, entendeu, então aí eu acho que fica uma coisa de qualquer equipe, aquela coisa de que não tem problema e toda equipe tem, lógico que tem, só que tem problema que é muito íntimo, que até pra gente colocar é complicado, que envolve gente e aí fica difícil, mas eu acho assim, quando a L. veio ela acrescentou bastante, hoje ela acrescenta bastante, só que assim, de 10 reuniões que ela veio, talvez duas ela tenha mais, assim, uma voz maior, uma força maior, mas fica difícil pros profissionais se colocarem né, mas já teve de se colocarem e discutir, resolver, mas é meio, meio complicado um pouquinho...aí quando vem outra coisa, aí aquilo também não se resolve porque tem aquele outro sabe, de dois anos atrás, você entendeu, a gente tenta resolver assim, ou quebrando o pau aqui na mesa, mas faz tempo que não quebra, mas já quebrou bastante, agora ta tudo tran... agora... eu acho que isso é uma coisa, toda equipe que tem muita mulher junta, entendeu...”(E9)

Para alguns integrantes, nem a atuação da profissional psiquiatra passa a ser vista como estratégia, pois os conflitos continuam existindo e a comunicação adotada, como já dito anteriormente, tem caráter puramente pessoal, onde somente as relações pessoais e sentimentos de amizade são valorizados, não havendo um agir comunicativo:

“Nenhuma estratégia, na verdade entre a gente, a gente relaxa e brinca, nos trajetos como você pôde tar junto, a gente conversa muito fora daqui também, a gente se encontra, conversa, tá sempre

junto, fim de semana, à noite, na casa de um, na casa de outro, conversa, põe pra fora e tal, uma se dói pela outra, hoje mesmo uma veio falar comigo, ahhh, você tá muito brava, a gente, calma, essas coisas que acontece, é assim, não tem jeito, deixa pra lá, e a gente acaba deixando pra lá, mas são coisas que vão fazendo mal, então você percebe que as pessoas acabam ficando estressadas, sem vontade de nada, sabe, desanimados, com vontade de largar tudo, sabe, gente, isso é muito triste, né, isso é muito triste.”(E5)

Em uma reunião de equipe em que participei durante as observações, a profissional psiquiatra que acompanha a equipe e é responsável por trabalhar os problemas relacionados ao trabalho em equipe em si, quinzenalmente, estava presente, quieta a todo o momento, apenas observando. Porém após o término das discussões dos casos, quando perguntou se alguém tinha algo para discutir, todos ficaram quietos, apenas um integrante tinha algo para discutir, mas em particular. Então, ela se levantou, despediu-se do restante da equipe e saiu da sala de reunião. Não foi possível perceber nenhuma atividade ou ação por parte dessa profissional que estimulasse a abertura de espaços que proporcionassem discussões relevantes para essa equipe a respeito do processo de trabalho. Depois de alguns dias essa profissional estava deixando a equipe, pois iria assumir outras atividades.

Após análise das falas dos integrantes da equipe, percebe-se que o processo de trabalho acontece de forma fragmentada e individualizada; a comunicação é algo utilizado pela equipe, porém tem como objetivo a resolução das necessidades da equipe e não como objetivo a integralidade do cuidado do paciente. A valorização de alguns integrantes na equipe se relaciona aos seus conhecimentos e habilidades técnicas, evidenciando novamente sua visão especialista, fragmentada e voltada para as tecnologias duras. Isso acaba dificultando também a identificação do papel do outro, ou seja, o que compete a cada integrante e à equipe como um todo. O trabalho em equipe acaba sendo compreendido pela maioria dos integrantes como um agrupamento de categorias profissionais trabalhando em um mesmo espaço, porém cada um atuando em sua área, de forma individual. Além disso, somadas à dificuldade de compartilhar ações, devido às práticas individualizadas, estão às dificuldades de resolver conflitos de relacionamento interpessoal. O espaço coletivo em que ocorre a supervisão do trabalho em equipe realizada pela profissional psiquiatra não tem sido utilizado para que a equipe coloque as suas dificuldades e evidenciem os conflitos, pois não tem facilitado e propiciado a participação efetiva dos membros. O não posicionamento dos sujeitos pode sugerir uma não legitimação desse espaço, o que não tem sido reconhecido como local de escuta para a equipe. Dessa forma, conclui-se que esta equipe apresenta características que se aproximam da equipe como agrupamento e não como integração.

3.2.1.2 Falta de redes de serviços e pactuação na equipe

O trabalho em equipe tem sido considerado um instrumento para a reorganização das práticas em saúde visando a um cuidado integral. O conceito de integralidade vem sendo construído ao longo da história na saúde e, segundo Gomes e Pinheiro (2005), pode apresentar três sentidos: a integralidade como traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Para que ocorra a integralidade, as necessidades precisam ser desvendadas em suas diversas extensões, considerando a complexidade frente às relações materiais de existência aos usuários. Necessita da disponibilidade de outros serviços em seus vários níveis de atenção: primário, secundário e terciário, possibilitando acesso de forma integrada (PEREIRA et. al., 2009).

O Proiid passa a ser mais um serviço disponível na rede de cuidados. Porém, qual a relação existente entre o Proiid e os outros serviços de saúde e como o processo de trabalho se organiza no sentido da integralidade?

Fica evidente nas falas abaixo que vários são os serviços que encaminham pacientes para o Proiid:

“As fontes encaminhadoras ao Proiid são os hospitais que tem convênio com o SUS que hoje são Hospital Universitário, a UNIMAR; o HC, duas unidades, mas o grande encaminhador é o HC I, Santa Casa, os ambulatórios, tem o ambulatório Mário Covas, ambulatório de oncologia da Santa Casa, a oncoclínica do HC, e as unidades, são as unidades de saúde da família e as unidades básicas de saúde, hoje totalizando 41 no município de Marília que são encaminhadores também, chega o encaminhamento né, em um impresso próprio preenchido...” (E1)

“Ahhh, bom, a gente recebe os encaminhamentos principalmente dos hospitais, HC que é o convênio, Santa Casa, HU e a gente recebe os encaminhamentos também das unidades e alguns do ambulatório, a maior parte dos hospitais, às vezes, são pacientes que precisam de uma visita de leito e vão precisar muito das orientações, então, são pacientes assim que vão sair do hospital e já vão precisar da equipe lá, na maioria das vezes a gente recebe encaminhamento...” (E5)

Percebe-se nas falas dos entrevistados que a maioria dos serviços que são encaminhados refere-se às instituições hospitalares, ou seja, os pacientes encaminhados para o Proiid são caracterizados por serem idosos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades que necessitam de algum tipo de acompanhamento por uma equipe de saúde ainda no domicílio. Os encaminhamentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) são minoria, sendo ainda menor entre esta última.

As observações geradas pelo acompanhamento da rotina de trabalho do campo de pesquisa possibilitaram a compreensão da organização do processo de trabalho dessa

equipe e sua relação com os demais serviços da rede, referendando várias discussões dos sujeitos entrevistados.

Os impressos dos encaminhamentos que chegam ao Proiid contêm vários dados como: identificação, história da moléstia atual, história pregressa, um espaço para o parecer do médico, outro para enfermeira e um espaço para parecer de outros profissionais. Além disso, existe um campo para o preenchimento dos medicamentos de uso do paciente, um campo com as justificativas para internação no domicílio e um campo para admissão ou não do paciente pela equipe.

O que se percebeu na observação é que, na maioria dos encaminhamentos gerados nos hospitais (Hospital das Clínicas ou Hospital Universitário), os campos destinados aos diferentes profissionais vinham preenchidos corretamente, enquanto que os encaminhamentos vindos das UBSs e ESFs vinham apenas preenchidos, na maioria das vezes, pela enfermeira responsável pela unidade, justificando que o médico não tinha visto o paciente acamado no domicílio ou pela falta de outros profissionais na equipe. A equipe também recebe encaminhamentos para solicitação da visita de um profissional específico para orientação como, por exemplo, a visita da nutricionista, da dentista, da assistente social, da enfermeira e da fisioterapeuta, porém sem necessidade de internação domiciliar. Recebe também encaminhamentos de solicitação de instalação de oxigênio para pacientes em oxigenioterapia, em impresso também próprio, contendo dados de identificação do paciente, o fluxo de oxigênio necessário, tempo de uso e dados sobre a estrutura do domicílio. Após a solicitação, a equipe realiza uma visita domiciliar, nesse caso, sempre a enfermeira vai para avaliar o domicílio, orientar a família sobre os cuidados que devem ter com o torpedão ou o concentrador de oxigênio. A equipe apenas se responsabiliza pela solicitação de instalação do aparelho a uma empresa terceirizada e realiza uma primeira visita pós instalação para orientações quanto ao uso. Nos casos do uso de torpedão de oxigênio, a empresa providencia o reabastecimento. O paciente não recebe visitas semanalmente e não está incluso no programa; dessa forma, ele fica sob a responsabilidade da UBS ou ESF de sua área de abrangência. Porém a única forma de contato percebido nas observações entre a equipe do Proiid e a unidade de referência é um comunicado por escrito que chega via malote, avisando que o paciente está em tratamento de oxigenioterapia domiciliar. Não há maiores esclarecimentos para a equipe que está recebendo esse paciente, quais cuidados a serem tomados e as orientações necessárias, podendo gerar dúvidas com relação à capacitação no cuidado a pacientes em oxigenioterapia domiciliar.

Após o recebimento dos encaminhamentos que solicitam internação domiciliar, a equipe se organiza durante o período da manhã para fazer a visita de avaliação para admissão ou não. Essa visita sempre é realizada por dois profissionais, e as observações são transmitidas posteriormente em reuniões para o restante da equipe:

“Acontece que assim, geralmente a gente faz uma visita chegando o encaminhamento, faz o registro do dia em que chegou né, a secretária, ela registra no caderno, onde tem todos os dados dos pacientes, geralmente tem uma pessoa responsável por semana que fica responsável em receber esses encaminhamentos que chega, ehhh, geralmente são feitas em duas pessoas né, pra ter duas visões né, de repente uma vê uma coisa e a outra não...”(E13)

“O caso normalmente vem por um encaminhamento feito de papel mesmo e a gente discute entre os presentes todos os dias de manhã quando chega esse encaminhamento e determina, né uma forma, não assim de ordem, entre nós a gente decide quem é que vai visitar esse paciente, normalmente são duas pessoas, nunca uma pessoa sozinha, até pra ter diferentes pontos de vista e pra que não ocorra nenhum constrangimento dentro da casa também, porque a gente nunca sabe o que vai encontrar, né e aí quando voltam dessa visita, a gente discute o que foi encontrado lá, o que foi visto e num consenso a gente tenta ver se admite ou não esse paciente.”(E4)

As duas falas anteriores aproximam-se de um dos aspectos do trabalho em equipe como integração, quando pensamos no compartilhamento de informações.

Na fala abaixo, o sujeito entende que as visitas para avaliação de admissão são realizadas somente por profissionais de nível superior:

“Então, ehh, o paciente chega pra gente encaminhado por uma das fontes que é o HC, posto de saúde, né, o hospital universitário, ehh, a partir do momento que o paciente é admitido, a gente vai tá fazendo as visitas né, um profissional nosso, de nós de nível superior é o responsável por esse paciente, por tar coletando os dados, fazendo a história, agendamento de ambulatório, tudo e a gente vai tar passando as visitas e fazendo a avaliação, tipo assim, se o paciente precisa de determinado profissional ou não, se precisa, a gente vai tá indo e fazendo as orientações pra quem cuida, na medida do possível.”(E6)

Durante a observação e de acordo com as falas do restante da equipe, essa situação não acontece, qualquer integrante da equipe, que vai até o domicílio e pode fazer essa visita para avaliação.

Observou-se que as visitas, tanto de avaliação para admissão, quanto as de rotinas acabam ocorrendo em dois grupos distintos, sendo um constituído pela dentista, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista e o outro pela médica, equipe de enfermagem e residentes de medicina e sempre com o mesmo motorista. Essa situação pode evidenciar uma fragilidade da integração da equipe, pois não há flexibilização na constituição dos grupos. Percebe-se também que tanto os profissionais de nível superior como os de nível médio não preenchem adequadamente os campos de informação para anamnese de admissão, o que pode sugerir não estarem capacitados suficientemente para realizar essa atividade. Este fato tem dificultado a construção de um plano terapêutico integral e singular pela falta de informações. Além disso, os planos acabam

não sendo construídos de forma conjunta, como é relatado em vários discursos dos sujeitos da pesquisa.

Um dos objetivos dessa visita é a identificação do atendimento aos critérios para admitir ou não o indivíduo no programa. Percebe-se, nas falas abaixo, que eles são comuns e claros para a maioria dos integrantes da equipe: 1. precisa haver um cuidador; 2. o paciente deve estar estável clinicamente, 3. o domicílio deve ter condições e estruturas mínimas e 4. pacientes acamados, que se alimentam por sonda, ou seja, que apresente alguma incapacidade que o torne dependente para a realização de suas atividades de vida diária:

“Quem faz a visita, a gente já sabe mais ou menos os critérios, precisa ter um cuidador, né, um mínimo de saneamento, de limpeza, tal, pra gente poder orientar, ehhh o paciente estar estável, entendeu, existe aqueles pacientes com doenças crônicas, existem aqueles pacientes terminais, mas assim, que ele possa ficar não num ambiente hospitalar, né, que ele possa ficar em casa, que é complicado você admitir um paciente, que vai tar indo toda hora pro hospital, mais ou menos são esses os critérios, a gente vê as dúvidas do cuidador, as dificuldades que ele tá tendo, as vezes ansiedade e aí a gente...normalmente quem faz a visita discute em equipe, expõe o seu ponto de vista e fala olha eu acho que precisa e tal, que já fez, já conversa, chega e só expõe se precisa da equipe.”(E5)

“Tem, tem, tem os critérios de internação, são pacientes que não tem necessidades tão complexas em casa, geralmente são pacientes ehhh, acamados, a gente dá preferências pra pacientes que tem... quando ele tem úlcera, já é uma coisa que a gente se atenta mais, de sonda né, mas se também não for caso, um paciente que não usa sonda, não tem ferida, mas por algum motivo chamou né, já teve essa... a gente pergunta qual é a necessidade maior e faz pelo menos, pedir pro profissional daqui fazer essa orientação, que é o que tá mais pertinente naquele momento, naquela casa que a gente identifica que o paciente não precisa da gente, mas no geral são pacientes acamados, assim, pacientes com acidente vascular, com câncer, pacientes terminais, são pacientes assim, que conseguem... que não tem essa necessidade de tar internando no hospital.” (E9)

A reunião de equipe conforme falas anteriores é um espaço onde acontecem as discussões dos casos e decisão da admissão ou não. Assim, a decisão da admissão sempre acontece em equipe, conforme os relatos:

“A equipe decide a admissão, sempre, nunca é um indivíduo sozinho.” (E2)

Pode-se observar que, após a visita de avaliação de admissão realizada pelos dois profissionais, avisam-se as famílias que os casos serão discutidos em reuniões de equipe, realizadas às quartas-feiras com a presença de todos os profissionais, com exceção dos motoristas, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e fonoaudióloga e, após o parecer de todos, decide-se sua admissão ou não. Se forem atendidos os critérios de admissão, a auxiliar administrativa, que não participa das reuniões, avisa a família por contato telefônico e monta o prontuário para o mesmo.

Em relação à ausência desses profissionais nas reuniões de equipe, uma delas traz o seguinte relato:

“Olha, eu acho assim, a equipe, ela é composta por todos os profissionais, pela pessoa que exerce a função de fazer o cafezinho, até a gerencia, cada um tem o seu papel, eu procuro ter o meu espaço dentro da equipe, mas não de uma forma muito direta, de um convívio direto, porque, as reuniões de paciente eu não participo, porque assim, eu acho que quando é necessário, a S. sempre pede e eu já vim em algumas e eu achei que o assunto não é... esse paciente, ele ta assim e assim e assim e aí programa-se a alta, aí são contra e outros são a favores, porque assim, quando se programa a alta de paciente... então assim, esses assuntos de paciente na verdade eu acho que não ta diretamente ligado a minha função, mas as coisas administrativa, as novas normas, eh, as coisas que dizem respeito a administração, né, o trabalho em equipe com a L., na EP, aí eu acho que eu tenho que estar presente, independente da Sandra estar convidando ou não.”(E8)

Embora fosse citado que as admissões são decididas pela equipe nas reuniões, as mesmas nem sempre acontecem dessa forma:

“...acho que nesse momento no PROIID é preciso que o profissional fonoaudiólogo, ele ta inserido uma vez por semana, até porque nem todos os pacientes tem demanda fonoaudiológica, pra ser sincera, esses anos que eu to na equipe eu nunca participei diretamente do processo de admissão e tudo mais, justamente porque a minha carga horária é menor e eu vou lá fazer minha avaliação e dar a minha devolutiva...” E2

Ou seja, uma profissional que tem um papel importante, atuando em muitos casos de pacientes que fazem uso de sondas nasogástrica e entéricas, não participa das reuniões e das discussões dos casos, o que gera tomada de decisões e práticas individualizada por essa profissional.

Percebem-se nestes trechos abaixo quatro pontos importantes caracterizados pela fragmentação e ações individualizadas dessa equipe: sobrecarga de trabalho de alguns profissionais em função de uma organização do processo de trabalho que possibilita que as tarefas sejam desempenhadas de acordo com a disponibilidade individual; as ações estão voltadas fortemente para o núcleo de competências dos trabalhadores; falta de legitimação pela equipe sobre os critérios de admissão, gerando atritos e discussões; e admissões realizadas sem o consenso de toda equipe:

“Então, já teve bastante discussão, porque assim, quando eu entrei aqui, que a gente sabia era assim, na verdade vinha do hospital, vinha da unidade pra gente, beleza, chegou pra gente, a gente vai tar pegando esse encaminhamento, algumas pessoas vão tar indo, então já teve bastante discussão, porque ia sempre a assistente social e se eu não me engano, a enfermeira, aí, a assistente social, a enfermeira eu não me lembro, mas a assistente social que ela se sentia muito incomodada de tar centrada nela...então foi uma coisa que ela expôs pra equipe e aí ficou acertado que seria qualquer profissional, desde que tivesse mais de uma pessoa, então assim, não são todos os profissionais que vão, hoje em dia até vai, mas se nota que um se dispõe mais, outros se dispõe menos, a gente faz a visita, sempre vai outro junto, identifica, né, aí você tem uma idéia do que você acha que aquele paciente é um paciente do Proiid ou não, isso acaba também gerando discussão, porque tem gente que acha que aquele paciente não é paciente do Proiid, então assim, e já aconteceu também de não ter essa discussão... eu acho que tem que ter essa discussão, porque, se essa é a proposta de trazer pra ver se todo mundo concorda, não é pra pra interna... mas já foi uma questão de briga aqui...”(E9)

Para outros integrantes, a decisão da admissão realizada de forma individual é uma realidade, sendo a equipe apenas notificada da admissão:

“Quem fez a visita, quem fez a visita decide, olha, normalmente é assim, chega, por exemplo, eu fiz uma visita com a R. vamos supor, faço bastante porque eu fico o dia inteiro né, a gente faz, olha, a

gente vê que é um paciente que realmente precisa e tal, a família tá meio perdida, então a gente chega e olha esse paciente precisa, tá assim, assim e assim, então a gente... e aí a gente chega e fala o paciente tá assim, assim, e precisa da equipe e aí coloca.”(E5)

Embora exista o espaço de reuniões para, teoricamente, acontecer o compartilhamento de idéias e decisões, estas não contam com a participação de todos trabalhadores. Profissionais com contribuições importantes no cuidado não participam das reuniões. Um exemplo disso é a nutricionista, que nunca está no mesmo período de trabalho da fonoaudióloga, e seus dias não coincidem com os da médica, ou seja, profissões interdependentes que não se encontram no processo de trabalho. Durante as observações das reuniões, foram observadas em vários momentos, muitas falas ao mesmo tempo, profissionais dispersos desenvolvendo atividades não adequadas para aquele momento.

Apesar de referirem que cada profissional fica responsável por um caso, ou seja, o profissional seria a referência e responsável pelos contatos com o paciente e cuidador durante a admissão, as visitas e a alta, observa-se que nem sempre ocorre dessa forma. Pelo fato de existirem profissionais com menor carga horária, os casos sob sua responsabilidade acabam sendo assumidos pelos trabalhadores em regime integral de trabalho.

“Na verdade tem responsável de caso, então algumas vezes esse responsável de caso ele pode tá entrando em contato com a família”. (E9)

Percebe-se que, em relação ao planejamento das visitas, estas vão acontecendo de forma aleatória pelos profissionais, sendo que a primeira visita após admissão sempre é realizada pelo profissional médico, que é acompanhado pela equipe de enfermagem e nunca por outros profissionais da equipe, como assistente social, fisioterapeuta, nutricionista.

“... eh é agendado uma data pra ta admitindo, aí no primeiro momento, na primeira visita após a admissão é feito pela médica e sempre outras pessoas da equipe acompanhando; auxiliar de enfermagem ou a enfermeira e aí, a partir daí os outros profissionais agendam as visitas, né pra aquele paciente pra tá se programando que eu preciso, eh, me programar pra atender esse paciente, se é um paciente, por exemplo, da área da enfermagem com ferida então vamos nos programar pra ir lá duas vezes na semana no mínimo, né, se precisa de uma coleta de sangue vai ser agendado o quanto antes, no próximo dia em jejum, ontem foi admitido um paciente, hoje as meninas já tão indo pra ta colhendo o sangue dele e aí há uma programação depois de todos da equipe estar conhecendo o paciente e aí na quarta feira de manhã, a gente comenta desse paciente também na equipe, então é aí que fecha o plano terapêutico pra ele, registrado em ata.”(E1)

“...a primeira visita é feito pelo médico né, geralmente, às vezes só se for alguma coisa urgente se não, mas geralmente é assim, a visita do médico onde ele vai ver toda parte médica, medicamento, se vai tirar alguma coisa ou não e...” (E13)

Desse modo, é visível que existe uma maior valorização por parte da equipe do profissional médico, sendo ele sempre o primeiro a realizar a visita após admissão. Observou-se nos prontuários que o primeiro impresso utilizado após a admissão intitula-se Plano Terapêutico, que sempre é preenchido inicialmente pelo profissional médico, onde o mesmo registra todas as medicações de uso do paciente e, em seguida, o restante da equipe vai registrando as visitas. Para alguns integrantes da equipe o plano terapêutico é de responsabilidade médica e da equipe de enfermagem e no impresso são registradas as medicações. Depois passam a ser registradas as visitas dos outros profissionais, que são realizadas conforme a necessidade:

“Bom, ahhh, vamos supor que internou na segunda feira, a primeira... primeiro telefona, a primeira visita depois da visita de admissão, é da médica junto com a equipe de enfermagem, porque ela vai tá fazendo o plano terapêutico, vendo normalmente as medicações que esse paciente toma, porque a gente pega paciente já medicados, entendeu, agente não vai fazer diagnóstico de paciente, a gente vai acompanhar, entendeu, acompanhar esses paciente, é claro que no decorrer da internação, ocorre assim, o paciente tá agitado, o paciente teve... era diabético, mas começou a ter umas hipoglicemias muito feias, a gente vai... a médica vai adequando, tira um medicamento e outro, porque você saiu do hospital, no hospital com todos os procedimentos e tudo e o próprio ambiente, acontece muitas alterações né, as vezes em casa as coisas vai acalmando, tem que mexer nisso, mas às vezes o paciente já tem que tá medicado, já tem que tá... a gente já tem que ter um diagnóstico, pra gente saber... porque é um acompanhamento, entendeu, então nesse período, a gente... vai a médica, faz a visita, vê essa parte, a questão da medicação...” (E5)

“... as visitas, a gente vai agendando de acordo com a necessidade do paciente, alguns pacientes necessitam mais, por exemplo de fisioterapia, a gente vai mais vezes lá, a fisioterapeuta passa mais as orientações, outras é a nutricionista, depende da necessidade do paciente, ta, a gente agenda por esse lado, o que tiver precisando mais no momento é agendado e a gente vai junto e caba passando as orientações da gente também.” (E7)

O trecho abaixo fortalece o fato de que a equipe elabora intervenções de forma individual e as ações são propostas e realizadas sem que haja integração, comunicação e compartilhamento entre os profissionais, ou seja, não há elaboração de um projeto terapêutico integrado e singular. Embora o prontuário seja único, os impressos utilizados para avaliação inicial individual são específicos para cada categoria profissional e as demais visitas são registradas no impresso denominado Plano Terapêutico:

“O plano terapêutico a gente faz na casa do paciente ehh cada um que vai indo a medida que todos vão, cada um faz o seu plano, todos usam o mesmo impresso, todos escrevem num mesmo impresso, então é uma oportunidade também, de todo mundo ter acesso à informação que foi dada pelo colega, né, aquilo que já foi orientado até pra não ser repetitivo ou alguma coisa precisa ser reforçada, então, ele é feito dessa forma.” (E4)

O trecho abaixo permite identificar pouca participação do cuidador ou da família em relação ao planejamento do cuidado realizado pelos profissionais do Proiid, tendo a família somente o papel de aceitar, concordar e seguir as orientações. As decisões são

tomadas conforme a necessidade percebida no momento, indicando não haver uma organização das ações por prioridades:

“...ta e muitas vezes esquecendo que a família e o paciente eles não tem a obrigação de entender que aquilo é importante, mas nós como equipe de saúde com formação para, a gente tem que conseguir convencê-lo que aquilo é importante pra aquele momento do tratamento... porque eu acho que não é o paciente que tem que falar não tudo bem pode passar, somos nós quanto equipe que vamos chegar e falar olha a fono fez avaliação tal e o que ele ta comendo pela boca é pouco, a nutricionista ta vendo que ele ta emagrecendo, por mais que ele esteja comendo um pouquinho pela boca, essas duas profissionais juntas identificam que isso não é o necessário, então enquanto equipe, mesmo sendo difícil passar sonda nesse paciente, nós vamos ter que bancar isso, porque existe dois profissionais que estão dizendo que isso não pode ficar desse jeito, né.”(E2)

Durante a observação do campo de pesquisa, identificou-se que como as visitas (de admissão e de rotina) não são avisadas e pactuadas com as famílias previamente, ocorrem frequentemente situações em que o paciente não se encontrava no domicílio devido à internação, realização de exames ou óbito. O mesmo ocorreu com os cuidadores principais, dificultando a realização das orientações do cuidado.

A profissional abaixo, em sua fala, tenta mostrar que em suas ações a família participa das tomadas de decisões, porém apenas decidir se o paciente quer ser incluído ou não no programa não garante a participação do sujeito de forma ativa. Além disso, percebe que esta atitude não acontece de forma rotineira por todos os profissionais:

“Ahh família participa, eu pelo menos, se eu to na visita pra fazer uma visita de admissão eu pergunto se a família teria interesse, porque às vezes não tem interesse, né, e se a família tem interesse, aí então já é um ponto a favor, um dos critérios né.”(E6)

Na fala abaixo, podemos observar mais uma vez a falta de participação do cuidador e a ausência de um projeto terapêutico integrado para o indivíduo:

“...mas programado é uma visita médica por semana e os outros vão, não tem um número específico né, mas seria um número de uma ou duas vezes na semana, mas depende do itinerário, da condução, se tem um roteiro que faz por duas ou três profissionais, onde uma vai, a outra também, então assim, é uma programação que é feita, mas não é assim, os outros profissionais não tem assim o dia especificou ou seja avisa a família ó fulana só vai na segunda feira, não, é feita conforme a região, por necessidade, conforme vai internando, então é programado, vamos dizer, tendo a atuação de cada profissional, mas não tem assim uma coisa rígida de horário e de dia, entendeu.” (E11)

As ações vão sendo planejadas conforme as necessidades da equipe, e não do paciente, pois as visitas são realizadas de acordo com o número de pacientes, roteiros mais próximos, sendo que a família acaba não podendo se planejar, pois não sabe o dia em que a equipe virá.

O processo de alta é outro ponto a ser refletido. De acordo com os relatos abaixo, ela já começa a ser avisada para o paciente logo no início da internação domiciliar:

“A gente no começo orienta que o programa atende por 30 dias, até no momento de tá fazendo a família assinar um termo de responsabilidade, então é falado que o paciente vai ser acompanhado durante 30 dias, mas muitas vezes em 30 dias não foi suficiente, né tem o que eu falei, pra atingir o objetivo proposto, a gente orienta a família, olha nós vamos estar atendendo por mais tempo por esse e esse motivo, o que foi decidido na reunião e a primeira pessoa que vai na casa depois da reunião tem a liberdade de estar falando.”(E1)

“Então, a alta funciona assim, a gente sempre deixa claro que é por 30 dias, porque é o que preconiza, entendeu, é preconizado já quando foi feito o programa, até no Ministério da Saúde, os programas de internação domiciliar é uma coisa que eles já... já é preconizado por 30 dias, mas, a gente pode prorrogando, um paciente que não está bem, ferida não tá bem, o paciente terminal a gente deixa ficar até a morte, 3 ou 4 meses, enquanto a ferida não tá bem, pra gente depois passar o relatório de alta pro postinho e eles assumirem, a gente não dá alta, entendeu, então assim, porque tem feridas que por exemplo, se você for esperar fechar totalmente, você vai adiando o paciente, mas se ele está bem, o cuidador orientado, o postinho vai dar suporte, aí a gente vai dar alta, paciente estável a gente dá alta.”(E5)

Trabalhar a alta com a família faz parte do projeto terapêutico integrado, devendo ser realizada por todos os integrantes no momento da admissão. Porém, deve-se refletir sobre como essa alta vem sendo comunicada,, apenas avisando que o programa atende por 30 dias, logo no primeiro contato, momento em que a família necessitada de ajuda. O projeto deve ser construído a partir do momento em que a equipe desenvolve, junto ao cuidador, habilidades que propiciem capacidade e segurança para dar continuidade aos cuidados e que este seja um sujeito ativo em todo o processo.

A decisão sobre a alta sempre acontece nas reuniões com a presença da grande maioria dos profissionais:

“A alta, geralmente é em 30 dias, quando deu os 30 dias de internação, se o paciente estabilizou, se ele teve uma melhora, aí a equipe dá alta, é a equipe que programa as altas, a família é orientada quanto a isso, que é uma internação por 30 dias, quando a alta é por melhora, por estabilidade do quadro, a equipe prepara um relatório de alta do paciente, onde o médico preenche e todos os profissionais que orientaram aquela família, aquele cuidador, anotam.” (E8)

“A alta, acontece o seguinte, é decidido também pela equipe inteira, paciente com melhora do quadro, paciente por transferência, teve intercorrência, precisou internar no hospital também tem alta nossa e alta de óbito, é decidido em todas as quartas feiras na equipe se o paciente vai continuar com nós por mais tempo ou se é só os 30 dias, que são os dias de internação de todos, se tiver intercorrência nesses 30 dias, prorroga por mais 15, tenta melhorar o quadro pro paciente que tem ferida, não melhorou nesses 30 dias, a gente prorroga por mais 15, desses 15, se não tiver melhora prorroga por mais 15, vai depender muito do quadro da evolução do paciente durante essa internação.” (E10)

Depreende-se que na decisão da alta todos estão presentes, ou deveriam estar, como por exemplo, a fonoaudióloga, que não participa das reuniões por outros compromissos profissionais. Porém, por não ter sido construído um projeto terapêutico integrado, ou seja, os profissionais vão fazendo as visitas conforme as necessidades que vão surgindo, a alta também acontece de forma fragmentada, de acordo com a área específica de cada profissional:

“É a equipe que decide a alta, se todos os outros profissionais da equipe estão dando alta, da minha parte tá..., as pessoas falam, da minha parte tá ok, mas eu da área da enfermagem a minha parte não está ok, porque eu ainda preciso debridar a lesão, ela tá assim, então geralmente se respeita essa decisão e não é dado alta naquele momento em 30 dias, geralmente é assim.”(E1)

“A equipe, muitos foram os casos, não foi um só não, foram muitos em que a equipe como um todo estavam satisfeita com o resultado e eu como fonoaudióloga precisaria de um tempo maior pra transição da dieta e aí por minha causa a equipe prorrogou por mais quinze dias mesmo sendo eu a única profissional que ia atuar lá, justamente porque eu não sentia que meu trabalho estava completo.”(E2)

Observa-se uma contradição em outros relatos em que fica explícito que a avaliação de alguns profissionais é mais valorizada do que a de outros, como por exemplo, a opinião médica:

“Na equipe também, mas acho que tudo bem, tem mais peso assim, a opinião médica né, mas por outras razões que não a parte médica, vamos dizer fonoaudiológica, fisioterápica, nutrição e tal, às vezes também é prolongada por essa causa, então também em equipe.”(E11)

“A alta também é levada em reunião, porque aí o médico vê as condições que tá o paciente e toda semana é feito... vê a data da internação, se o paciente tá estável ou não, então o médico que avalia tá, junto com a equipe.”(E7)

Quando questionados sobre a decisão da alta, todos responderam que a decisão é da equipe, ou seja, a família não tem nenhuma participação na alta:

“Na alta, a família nunca gosta, da alta, porque, porque vai ficar sem aquele suporte, né, a não ser que o paciente esteja bem, tudo, mas geralmente eles não gostam, e eles não tem como estar interferindo nisso, infelizmente, porque a vontade deles é de não ter alta, a maioria, mas eles não tem esse poder de estar interferindo, né, ah vai ficar, ou não vai ficar, isso aí cabe... Olha, teoricamente a gente teria, é assim, o médico ou o responsável por aquele paciente de tar avisando essa alta, né, mas às vezes nem é o próprio médico o responsável, pode ser qualquer outro profissional da equipe, que na visita vai tar comunicando isso, falando olha...na verdade o processo de alta a gente já começa a falar desde o começo, são 30 dias, né, mas eles não querem escutar, ou às vezes eles tem um monte de coisas então nem escutam, falam ah, vocês não avisaram, sabe assim, mas assim, qualquer um pode dar o recado, falar da alta, eu particularmente não gosto de falar, mas às vezes tem que falar né, a gente não quer deixar vocês sem um horizonte, mas também a gente não pode ficar porque o Ministério da Saúde prevê 30 dias se o paciente tiver um quadro estável e nesses 30 dias a gente poder tar fazendo as orientações e os encaminhamentos, a família entende.”(E6)

Assim, o cuidador, como sujeito, é apenas comunicado sobre a alta, que pode ser avisada por qualquer profissional, ou seja, a questão do responsável pelo caso não acontece na prática, não havendo um vínculo entre o profissional e o cuidador que permita o mesmo reconhecê-lo como referência nos casos de dúvidas e orientações. Merhy (1994, p.138) afirma que: “criar vínculo implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.”

Embora os critérios de admissão estejam claros para a maioria dos profissionais, os critérios para a alta parecem não ser claros para alguns, gerando conflitos no momento da alta:

“...tem profissional que acha que quando um paciente é um câncer terminal ele tem que ficar até morrer, só que esse terminal pode demorar 6 meses, pode demorar 3 dias, então essas coisas de... eu acho que você tem que ter um padrão, se o J. fica 30 dias e ele tem um diagnóstico parecido com o do Antônio, porque que você vai priorizar um e não o outro, né...”(E8)

“Nas reuniões, já teve muito pau aqui por causa de alta... porque tinha gente que achava que não tinha que dar alta, então vamos dar um exemplo, a V., ela acha que não tinha que dar alta pro paciente com câncer, só que tem paciente com câncer e paciente com câncer..., então vai ficar até morrer? Os profissionais não têm o que fazer mais... o próprio profissional que justifica isso, que acha, que tem que ficar até morrer, ele não aparece na casa, se entendeu, então isso já criou bastante atrito se entendeu...e isso criou um atrito assim, até eu com a V., assim, da gente discutir isso, ela foi falar alguma coisa que tinha paciente que internava e outro não, ela já meio que deu uma cutucada já deu bastante confusão por causa de alta, agora não, agora a equipe tá bem, ou então quando a pessoa nota que a outra quer, então não, vamos ficar mais 15, então assim, hoje a equipe está mais flexível, já foi menos flexível, bem menos, hoje tá mais.”(E9)

Após a alta, conforme relatos abaixo, o paciente é encaminhado pelos serviços de saúde como hospitais, UBS e ESF é contra-referenciado para continuidade do cuidado:

“...e aí, então, a gente agenda a alta também, é feito um relatório pras unidades de referência do paciente, onde cada profissional escreve o que foi feito e orientado e aí agenda a alta. Se ele não é admitido, tem uma justificativa que tem que ser preenchido e devolvido pra quem encaminhou, ou a unidade ou o hospital, aí tem a justificativa porque não foi admitido e assinado, registrado, fica registrado, xerocado aqui, volta pra quem encaminhou, pra fonte encaminhadora.” (E13)

“Depois da alta é feito um relatório pras unidades mais próxima da casa do paciente, no relatório tá escrito e anotado tudo que foi feito nesses 30 dias de internação, o material necessário, os medicamentos necessários, pra unidade dar continuidade e tar ciente que tem um paciente naquele bairro que a gente atendeu.” (E10)

Porém, nem todo encaminhamento garante continuidade no cuidado. Nas falas fica explícito o fato de que a questão de referência e contra-referência acontece muito mais por questões administrativas e burocráticas, ou seja, se resume em relatórios que são enviados, checados e anexados em prontuários, gerando a impressão de que o que era de sua responsabilidade foi realizado. Não se estabelece uma comunicação mais efetiva e humanizada entre as equipes visando à garantia da continuidade da atenção, nem durante o processo de internação domiciliar e nem da alta, ocasionando uma desresponsabilização do cuidado.

Apesar do programa existir no município há mais de 10 anos, alguns sujeitos apontaram desconhecimento sobre o mesmo antes de se tornarem integrantes dessa equipe, mesmo já sendo trabalhadores do serviço público de saúde. Em um deles, fica explícito o questionamento sobre a efetividade do programa quando o mesmo ainda não fazia parte da equipe, mas já trabalhava anteriormente em outros serviços públicos de

saúde. Observa-se que podem ocorrer fragilidades na relação do Proiid com os outros serviços de saúde, em função do desconhecimento deste programa, principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde e pela Estratégia de Saúde da Família:

“Olha, eu acho esse trabalho importantíssimo, eu tive a minha mãe, ela faleceu há dois anos atrás de câncer, eu não sabia que existia o Proiid,... por exemplo, minha família passando por uma situação difícil e a gente não sabia, isso aí, eu acho que... gostaria muito de ter tido conhecimento dessa equipe antes de vir trabalhar aqui.”(E3)

“O Proiid, pra mim é uma coisa importante, porque quando eu trabalhava em outro setor, eu achei que isso aqui não fosse tão sério como é assim, eu antes de conhecer o Proiid, eu tirava outra conclusão, porque eu via as peruas paradas na frente das casas, entendeu, eu tirava outra... eu falava nossa, só que aí...”(E12)

Na fala abaixo, percebe-se que o Proiid para muitos outros serviços de saúde, não faz parte da rede de cuidados, desconhecendo o papel que o mesmo apresenta e a importância disso para continuidade do cuidado:

“Eu acho que, como eu já falei antes, eu acho muito importante, né, é um trabalho de muito valor, porque poucas pessoas sabem o que a gente faz, aqui em Marília mesmo a gente já trabalhou, a gente não porque eu não trabalhava aqui, mas na época eu estava na rede normal, na unidade, e o pessoal da equipe fez visita nas unidades explicando o que é o Proiid, como o Proiid funciona, o que eu percebi hoje trabalhando aqui, é que a gente pouco deu ouvido pra aquilo que foi falado, então continuam surgindo dúvidas sobre encaminhamentos, as pessoas não preenchem o encaminhamento corretamente, não valoriza os dados que a gente pede naquele encaminhamento, muitas vezes acham uma bobagem pedir um CPF ou um número de um documento, não sabem pra que serve aquilo, acham que por pura burocracia e não é.” (E4)

Nas observações, diversas vezes percebeu-se que, quando os pacientes que saem do hospital necessitam de cuidados mais intensivos como oxigênio terapia, aspiração entre outros, há uma comunicação entre a equipe domiciliar e a equipe hospitalar para o planejamento da alta hospitalar, sendo que muitas vezes a equipe do Proiid realiza visitas tanto em leitos hospitalares, quanto nos domicílios. Essas últimas visitas têm como objetivo avaliar as condições do domicílio para receber o paciente, e na maioria das vezes são realizadas pela equipe de enfermagem. Essa é uma prática que se aproxima do cuidado em rede e da prática intersetorial, havendo comunicação efetiva entre os serviços de saúde referenciadores. Porém, isso não acontece no momento da alta, conseqüentemente, não havendo resolutividade e continuidade do cuidado. A referência e contra-referência passam a ser vistas pelos profissionais como uma dificuldade do processo do trabalho do Proiid, sendo que alguns pacientes retornam ao programa por falta de continuidade do cuidado:

“Ahh é complicado, às vezes a gente fica com dó de algumas famílias sabe, porque eu particularmente eu acho assim, hora que dá alta a gente perde, a gente perde um pouco... eles perdem, né, o fio da meada, eles ficam desestruturados, a gente sabe que não vai pra frente, né, outros não, outros você vê que é tranquilo dá alta, mas eu acho assim, dá vontade, às vezes de não dar, você sabe que às vezes até perde o trabalho que a gente fez, mas não tem jeito, né, a gente precisa, né, de dar alta.”

Se for necessário, por exemplo, esses pacientes vão... a referencia deles é o posto de saúde, é a UBS, ehhh, pra continuar tendo esse atendimento médico e de outros profissionais, no caso o meu, dos meus encaminhamentos eu tenho só um local pra estar encaminhando e nem sempre o paciente tem continuidade que é o serviço municipal de Marília de fisio e encaminhar a gente encaminha, mas,... eles tem alguns critérios pra tarem admitindo, então as vezes o paciente fica sem continuidade de tratamento.” (E6)

“É isso que nós falamos da continuidade depois da alta, pós alta, porque não adianta a gente fazer o que a gente pode e não pode pelo paciente durante 30 dias e depois não ter continuidade, o serviço da gente vai tudo por água a baixo, porque é tempo que gasta, material que gasta, é tudo que gasta né, em vão, porque tem paciente que não evolui nada né, pós alta.” (E10)

Alguns justificam a dificuldade de realizar a continuidade do cuidado pela falta de recursos econômicos, humanos, propondo até formação de novas equipes para apoiar o Proiid, ou seja, valorizam a tecnologia leve-dura para continuidade:

“Eu acho que assim, a continuidade depois que termina esse prazo de internação, ta, eu acho que o caos na saúde é muito grande, e aí, pra conseguir a continuidade dos medicamentos, dos curativos, de tudo que a pessoa vai precisando depois que termina essa internação, a gente sabe, porque a família procura muito o serviço social na secretaria por conta disso e eu acho que independe da gente, falta muita vontade política, pra coisa e eu acho que isso que é o pior, e a meu ver, a maior dificuldade é depois que termina a internação, porque enquanto ta com a gente, ta tendo alimentação, ta sendo medicado, a gente, né, ta dando uma assistência e depois a família fica perdida, às vezes, mas por falta de não ter uma continuidade, que deveria haver na saúde depois.”(E7)

“...quando a gente encaminha pras unidades, a gente vê que a atenção que a gente dá não é igual as unidades de saúde, porque eles têm muita mais paciente que a gente e é isso, assim, pra dar uma continuidade do nosso trabalho, então, muitas vezes se perde, então a gente assim que acaba desanimando um pouco na hora de dar alta, porque sabe que o serviço nem sempre vai ter uma continuidade que a gente tava fazendo, e o que que acontece, acaba voltando pra gente a pessoa em um pior estado, tipo das feridas né, ou da parte médica, muitas vezes não tem o médico pra tar acompanhando, eu acho que poderia ser um serviço que atendesse mais tempo, eu acho que... não assim, poderia ter um outro serviço pra dar um suporte pro Proiid eu acho, tipo não internação domiciliar, um atendimento quando a pessoa necessitar, além das unidades que é ampla pra comunidade toda, mas assim, específico pros acamados, eu acho que teria que ter um segundo serviço assim pra atendimento, aí eu acho que funcionaria melhor, mas não tem né.”(E13)

Profissionais e programas voltados para atender essa população específica, nos casos os acamados, já existem e o Proiid é um deles, assim como a expansão da Estratégia de Saúde da Família, que prioriza o atendimento domiciliar, além do Centro de Fisioterapia, que acaba absorvendo a demanda desses pacientes. Cabe destacar também que o Proiid não apresenta demanda reprimida e trabalha com atendimento dentro de sua capacidade instalada da equipe.

Se para alguns pesa o fato da falta de continuidade do cuidado, para outros as principais dificuldades encontradas no processo de trabalho resumem-se às tecnologias duras:

“...muitas vezes a gente percebe que a falta de recursos mesmo, vamos dizer assim, a parte de apoio ao paciente, às vezes a gente consegue, por exemplo, dieta, mas às vezes não, as vezes o paciente precisa de algum equipamento e a gente não tem, precisa de aspirador e não tem o suficiente, precisa de aparelho de inalação e nós não temos, nós precisamos, por exemplo, de oxímetro, o paciente tá em uso de oxigênio, precisa usar, não temos, vamos dizer assim, então as vezes falta essa parte de recursos né,

mas fora isso, bom outra coisa, a nossa perua é uma perua comum né, então nós andamos com remédio, uma coisa assim, até arriscada, porque você pega esse remédio, ele tá fervendo nos dias de verão assim, então teria que ter, sei lá, ar condicionado, ou condicionar, sei lá, de maneira adequada, não tem assim, muitas vezes, sobrepõe a temperatura, você sabe que aquele remédio deve tá nuns 30 graus, com certeza alcança muito mais dentro daquela perua, então assim e essas coisas são necessitadas e apresentam riscos né...então assim, essa parte de transporte assim é realmente tá bem ruim, a gente fala que, nós rodamos na parte da tarde que é mais quente ainda, nós vamos pra tudo quanto é bairro, roda o dia todo, tem hora que tem profissional que passa mal de tanto calor, porque perua é tudo fechado, principalmente atrás, é tudo fechado, a gente passa mal, porque é um calor absurdo”(E11)

“Olha, muitas vezes o transporte não é adequado né, quente, precisava de um carro melhor, pra gente mesmo, que a gente acaba ficando cansado, o dia todo trabalhando, não tem... um calor muito grande, ou às vezes ta chovendo, é difícil o tempo né, assim...” (E13)

Depreende-se, assim, que o processo de trabalho da equipe, desde a admissão até a alta, se estrutura de maneira fragmentada, onde as ações são pensadas e colocadas em práticas de forma individual, tendo a família o papel de receber informações e orientações conforme colocadas pela equipe, ou seja, passivos e não incluídos no projeto terapêutico integrado, que, de certa forma, acaba nem sendo elaborado pela equipe. A valorização do profissional médico pelos profissionais da equipe para tomada de decisões confirma que o processo de trabalho da equipe tem como eixo o modelo médico centrado. Percebe-se a sobrecarga de trabalho para alguns profissionais, por terem carga horária maior, profissionais que demandam ações interdependentes que não se encontram no processo de trabalho, a não legitimação dos critérios de admissão e alta pela equipe, ou seja, cada um atua da forma que acha conveniente, apenas comunicando as tomadas de decisões, e referência e contra-referências sendo realizadas de forma que a continuidade do cuidado não é garantida, apenas repassando responsabilidades.

3.2.1.3 Pouca utilização da tecnologia das relações

Silva, et al. (2005) afirmam que as ações transferidas para o domicílio visam à utilização racional dos leitos hospitalares e a redução de custos da atenção, além de centrar o cuidado na vigilância em saúde e humanização do atendimento. A modalidade da atenção domiciliar trata de uma assistência que se compreende em um conjunto de procedimentos hospitalares, que podem ser realizados no domicílio, incluindo ações de uma equipe interdisciplinar com o intuito de promover prevenção, promoção e reabilitação à saúde. (FABRÍCIO et al., 2004)

A maioria dos profissionais, conforme as falas abaixo, acredita que o Proiid tenha esse papel:

“O PROIID é um programa que proporciona a atenção no seu contexto social, que é o domicílio, dentro da suas necessidades, principalmente, ehh, para idosos que tem seqüela de doenças crônicas e que sai do hospital com alguma lesão, deficiência, no estado que antes de entrar no hospital ele não

estava, por exemplo, com uma sonda nasogástrica, a família vai ter que cuidar, né, vai ter que ter todas as responsabilidades, uma pessoa de alimentando com sonda, a pessoa acamada, ehh, muitas vezes com muitas intercorrências do fato de estar acamado, e a nossa equipe pode proporcionar esse apoio de estar orientando como cuidar dessas pessoas que está na maioria das vezes acamada.” (E1)

“Ahh, pra mim o Proiid é, além de um atendimento ao paciente, é um apoio todinho né com uma estrutura familiar, o paciente, ehh, mesmo pro município né, é um apoio mesmo, além de um serviço que é humanizado né. Eu acho que o valor assim, que a gente dá pro paciente na casa é outro que a gente vê a família, não vê o leito, vê o paciente eu acho que tem muitas coisas que são positivas, eu, por exemplo, não consigo nada da minha área, porque o paciente não tem às vezes nem prognóstico, mas você consegue conversar com alguém da família, você consegue falar alguma coisa que seja de alguma forma lúdica ali na hora, não é, fazer o tratamento às vezes, você tá junto ali sabe, é um trabalho que é muito... têm muitos pontos positivos, as famílias... é visível assim, as famílias ficam descansadas quando a gente atende né, que sente... tem apoio né, então eu acho que positivo é isso, é o retorno pra gente, não o retorno... às vezes o paciente vai a óbito, mas você vê depois de tempo uma família vem, ainda lembra da gente, sabe, eu acho que nesse ponto, é humano, trabalho bem humano eu acho.” (E6)

As duas falas abaixo afirmam que as práticas domiciliares acabam não só humanizando o atendimento, mas, conseqüentemente, os próprios profissionais, que se sentem mais acolhedores e próximos da tecnologia das relações:

“...se eu falar pra você que não, não porque eu to inserida, eu acho que a gente tenta resolver bastante coisa aqui, às vezes, tempo atrás eu achava que até demais, hoje eu já não vejo dessa forma, entendeu, mas tempos atrás eu achava que a gente já, a gente já até resolvia mais do que...tinha mais dor de cabeça, do que talvez eu entendesse que era pra ser, entendeu, hoje assim, eu já vejo que, eu já to também desse jeito, entendeu, tentando resolver algumas coisas que antes eu não tentava resolver que eu achava que não era pertinente da minha profissão, entendeu, eu acho que já melhorei, mas eu já fui um dia assim, eu falava gente, pelo amor de Deus, tá carregando pela mão, sabe assim, tem paciente que não quer e você ta... não o paciente, mas a família, mas tem uma hora que... hoje eu continuo achando que tem uma hora que você tem que falar, não gente, a família não quer, entendeu, mas antigamente eu desistia disso. Eu humanizei mais, eu ajudava o paciente no hospital, eu não queria saber da família... não é que eu não queria saber, eu não sabia, não sabia que tinha que ver a família, entendeu, hoje assim, a gente se envolve bem com a família, você vai se envolvendo um pouco mais, então eu acho que hoje eu me envolvo mais com a questão da família também, não só do paciente, eu acho que eu me humanizei mais.” (E9)

“...é um serviço mais humanizado, assim, tem mais a minha cara, na verdade, entendeu, eu acho assim que só o Proiid é até pouco, porque eu acho que é um programa que teria que ser estendido para que a gente consiga atender uma população muito maior, mais profissionais mais humanizados porque eu acho, na minha opinião, que é essa a saída pra saúde, eu acho que isso que precisa, falta profissionais humanizados, mas eu acho que falta, o que mais falta é profissionais e eu acho que a saída é esta, é Proiid, é programa de internação domiciliar, é profissional humanizado.”(E5)

Porém, o objetivo do atendimento domiciliar, para alguns profissionais, significa a transferência do paciente para o domicílio, visando apenas o benefício das instituições hospitalares, como a redução das taxas de infecções e da demanda hospitalar. Esta fala abaixo mostra a valorização das tecnologias duras, o que permite perceber uma tendência tecnicista dominante:

“Proiid pra mim é um apoio aos hospitais que está super carregados de pacientes e pra desafogar um pouco as instituições, internando o paciente no domicílio, porque a demanda nos hospitais é muito grande e não tem como alojar todos esses pacientes, então eu acho que é muito importante pra população e pras instituições que encaminham os pacientes pra gente. Ahhh, eu acho que os objetivos são esses mesmo, são ajudar as instituições a dar continuidade ao tratamento dos pacientes em casa, que deveria ser feito no hospital, ficar internada mais tempo, dá pra dar continuidade em casa, então... e melhora também deles, porque no hospital, às vezes entra com um tipo de diagnóstico e sai com mais de

um né, por causa de infecção hospitalar, um monte de patologia internado tudo junto, eu acho que ajudar as instituições mesmo a dar continuidade no tratamento em casa.” (E10)

Embora a equipe perceba que a assistência domiciliar proporciona a prática de um cuidado mais humanizado, quando analisamos alguns significados dos profissionais como, por exemplo, o trabalho em equipe, uma ferramenta importante para que isso ocorra, encontram-se depoimentos contraditórios em vários relatos.

De acordo com a PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido (BRASIL, 2006, p.10).

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade (BRASIL, 2006, p.12).

A tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado prevê processos de trabalho que valorizam o trabalho multiprofissional. Depreende-se, então, que os profissionais devam priorizar ações que proporcionem uma integração maior entre a equipe, além de relações horizontalizadas com os cuidadores, onde haja troca de experiência, saberes e decisões realizadas de forma conjunta.

Na fala abaixo, embora a profissional refira à importância de um olhar ampliado, no seu discurso, percebe-se que as ações ainda ocorrem de maneira individualizada, ou seja, não há interação, mas sim justaposição das disciplinas:

“Um trabalho interdisciplinar para mim é o trabalho que a gente pode contar com vários profissionais, né ehh e tem a oportunidade de estar estabelecendo um plano em equipe para aquele paciente, são vários olhares, né pra ele em seu contexto de vários profissionais, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira, médico, fonoaudiólogo, então é interdisciplinar, ehh, são as várias profissões em prol do paciente.” (E1)

A fragmentação do trabalho realizado por essa equipe pode ser percebida também quando questionamos as atividades realizadas com a família e os cuidadores. Para muitos, as ações que envolvem escuta, vínculo, acolhimento e apoio emocional aos cuidadores, e até mesmo conflitos, devem ser realizados e resolvidos apenas por um único integrante da equipe: o profissional psicólogo, evidenciando uma dificuldade que a equipe tem em trabalhar com tecnologias das relações. Cabe destacar que, no período

da coleta de dados, a equipe estava sem esse profissional, o que tornou a situação mais angustiante para os profissionais:

“...então, nós tendo psicóloga no programa ela pode até atuar nessa parte, de... o afetivo da pessoa, o próprio eu dela de tar valorizando a pessoa, infelizmente no momento estamos sem psicóloga, mas... Nos dez anos do Proiid, mas assim, na trajetória do Proiid, nós estamos sem psicóloga há 2 meses, então de dez anos ficar sem dois meses, então tivemos psicóloga durante um tempo muito bom, né ehh, está sendo assim, que a gente sempre se apoiou no profissional psicólogo pra muitas coisas, no domicílio pra dificuldades de relacionamentos, até dificuldades ehh, no lidar no dia a dia com o ente querido, o doente dependente e agente não tem tido, né esse profissional, não tem podido contar com esse profissional, então a gente acaba tentando fazer essa parte, ehh, alguns da equipe aceitaram de tar sentando com o cuidador e tar aplicando a escala do cuidador que era inerente da psicóloga, ta, aí algumas pessoas falaram aí, “eu odeio essa escala, eu odeio essa escala porque a pessoa começa a chorar mesmo e eu não sei o que eu faço... a maioria das pessoas da equipe não aplicam a escala, não sentam com os cuidadores, a gente fica muito assim, na técnica, né, então eu vou lá, explico como fazer o curativo, explico como dar banho e acabou, aí a nutricionista vai lá, explica como dá a dieta, questiona um monte de coisa, e acabou.”(E1)

“Então, faz muita falta a psicóloga, porque a família, às vezes, tá angustiada, tem alguns problemas e aí é onde a psicóloga poderia tar dando um suporte melhor né, mas como não tem no momento... quando eu estou disponível eu me proponho a tar indo também, e meio que fazendo o papel da psicóloga, não é o certo, não é o adequado, mas a gente houve as angústias, as preocupações, tenta amenizar, conversando, pra tentar suprir o que falta, que eu acho que no momento essa falta maior é médico e a psicóloga.”(E7)

Nas falas a seguir, alguns profissionais referem que, com a falta da psicóloga, estão tentando suprir essa ausência conversando mais com o paciente, ouvindo, sentando para conversar, como se isso fosse atribuição apenas daquela profissional:

“É complicado, tá difícil, mas a gente acaba suprindo um pouco isso, por exemplo, cada profissional fica responsável por alguns pela internação de alguns pacientes ta, esses pacientes que são minha responsabilidade eu procuro ir mais, eu procuro ta... sempre que eu vou conversar, quando eu vou colher a história eu falo olha, tenta primeiro me procurar se eu tiver no Proiid, na hora do almoço eu tô lá, então, pra eu poder resolver, sabe, dar uma atenção maior e conversar mais, mas lógico, não é um trabalho de psicólogo, claro, então a gente ta aí esperando, porque faz muita falta, assim, faz muita falta, ajuda muito, é o que a gente ta aguardando aí, mas eu acho que assim, nessa parte, a gente tem conversado, eu procuro dar um pouco mais de atenção né.” (E5)

“No domicílio, era feito com a psicóloga, agora a gente ta sem né, então... Então, por isso que a gente ta sempre... agora todo mundo fala um pouquinho, porque a gente tá tentando suprir esse lado né, tá sendo difícil, porque às vezes agente não sabe como... que palavras usar né, que hora, então a gente faz assim conforme dá, conforme a pessoa fala eu to assim, a gente tenta dar alguma opinião, não sei né, eu acho que é uma parte bem mais da psicóloga mesmo, a gente ta sem, a gente tenta ajudar dessa forma, que a gente vê que a pessoa ta precisando, só que a gente tá sem esse serviço agora, então a gente tenta suprir, não sei se a gente ta fazendo correto né.”(E13)

Para alguns profissionais, seu papel em relação aos cuidadores é apenas orientar no aspecto tecnicista e voltado somente ao cuidado biológico, mostrando mais uma vez a fragmentação e individualidade das práticas que não caminham para a humanização do cuidado:

“Ó, na verdade, pelos cuidadores o que eu tenho feito é ensinar né, orientar, porque a parte assim de conversar, de entendimento, se a pessoa tipo, é assim cabeça dura, não entende das coisas, tem outros profissionais da equipe pra isso, nós da enfermagem é mais ensinamento mesmo, como lidar com o paciente depois que ele sai do hospital.” (E10)

“Para os cuidadores, orientação mesmo, vamos dizer assim, tanto da parte técnica do que é a doença, como é o tratamento, o que deve ser feito, como o tratamento, vamos dizer assim, não medicamentoso, orientações, vamos supor, de aceitação, de entender o que é a doença, qual a progressão desta doença...” (E11)

Outra situação trazida pelos profissionais e que evidenciam o trabalho desarticulado da equipe, dificultando o cuidado integral, são as reuniões com os cuidadores que na época em que a psicóloga estava na equipe, eram realizadas apenas por ela, não havendo participação do restante dos profissionais:

“Não, nós participamos eu e a L., uma... duas vezes no do Dr. R., nós fomos em dois encontros, mas na verdade a do Dr. R. é ligado a ABRAS que é do alzheimer, né, da R., na época que ela pegou pra fazer, na época foi até a U. que foi ajudá-la, porque não tava tendo muita adesão, eu não cheguei a ir, eu não cheguei a ir em nenhum encontro, alguns eu me lembro que batiam outros compromissos, e outras vezes, até férias, ausência, mas nunca cheguei a ir.”(E4)

“Não, era um horário que era impossibilitado, mas eu ouvia falar como é que era, e os cuidadores a gente vai na casa, agente acabava ficando sabendo, mas participar em si do curso não.”(E4)

Alguns, nem sabiam que existiam esses encontros com a profissional psicóloga:

“Dos cuidadores não, não, porque aqui não teve reunião dos cuidadores, né participei daquela... foi comemoração dos 10 anos, mas não teve reunião dos cuidadores.” (E3)

Na fala abaixo, percebe-se também uma individualidade por parte da psicóloga, que não compartilhava as ações em grupos com os outros integrantes da equipe, ou seja, achava que as atividades grupais eram apenas de sua responsabilidade:

“Somente, mas estava aberto assim, pra ela chamar qualquer profissional da equipe que ela achasse necessário, essa última psicóloga que passou, ela ficou um ano e pouco só, mas ela nunca chamou nenhum outro profissional, Eu acho que falta, porque era um outro trabalho da nossa psicóloga, e muitos cuidadores gostavam muito, aceitavam muito bem, né, iam em todos. Já cheguei a participar uma vez, só que assim, eu participei por minha livre e espontânea vontade, porque eu deixei pra profissional tar convidando alguém que ela quisesse, mas ela não convidou, aí eu quis saber o que estava acontecendo e eu fui um dia, foi bacana, mas depois eu deixei ela com a psicóloga sozinha, até nesse dia e fotografei.”(E1)

Essa atitude acabou incomodando alguns profissionais:

“Participei não daqui da equipe, aqui é só psicólogo, eu acho que deveria participar, porque eu acho que a gente tem um pouquinho pra acrescentar, mas eu participei antes de entrar no proiid eu fazia parte de um curso aberto pra terceira idade, e nossa, era muito positivo, então assim, aqui não, nunca participei, só a psicóloga, mas eu acho que se eu tivesse uma oportunidade, sempre tem alguma coisinha pra você tá passando, faço esse trabalho nas UBSs, já fiz com as gestantes que cuidam, né, já fiz com gestantes que é paciente mesmo, mas aqui não.”(E6)

“Não, eu já participei de reunião de cuidadores quando isso era montado nas unidades de saúde, não da equipe do PROIID, até porque o grupo de cuidador do PROIID, por alguma razão é focado na psicologia. Eu acho que isso é muito ruim, porque assim, o profissional psicólogo, eu acho que ele poderia tar gerenciando esse grupo, mas trazendo pra dentro dele outros profissionais da equipe, porque de repente fora do ambiente domiciliar, esse cuidador teria condições de absorver melhor as informações, através da pergunta de um outro cuidador para esse especialista, ele poderia reformular outra coisa que ele nem tivesse pensado ainda, eu acho que ele se beneficiaria desse trabalho em grupo de cuidadores, onde ele tinha informações de uma equipe e não de um profissional só.” (E2)

Para outros, o trabalho em grupo deveria ser realizados somente pelo psicólogo, ficando para o restante da equipe a responsabilidade de realizar as orientações somente no domicílio, evidenciando mais uma vez o trabalho fragmentado e realizado somente por núcleos de competência:

“Eu acho que tudo bem, porque lá, é mais um encontro onde os cuidadores vão tar colocando as suas angústias ali um pro outro, mais entre si, é um trabalho, agora o trabalho na casa envolve todos os profissionais, né, muitas vezes tá lá a H. e o paciente muitas vezes conversando e ela apoiando, as vezes sou eu, a gente faz esse trabalho entendeu, procura apoiar, procura incentivar, procura falar das coisas que ele precisa tar fazendo, sabe, que ele também tem que ter a vida dele, muitas coisas que a gente pode tar fazendo na casa, a gente faz, eu acho que esse encontro, seria legal com o psicólogo mesmo, pode até ser um outro profissional da área lá tar ajudando, não sei, que tenha experiência, nessas coisas de grupo aí, eu acho que é legal, mas assim, a equipe trabalha na casa mesmo, por conta da família.” (E5)

Nas falas apresentadas, a equipe percebe a necessidade de apoio emocional ao cuidador, mas esse apoio deve ser realizado apenas pela psicóloga. Dessa forma, a equipe considera que as ações que envolvem a clínica ampliada são específicas apenas de um único profissional (núcleo de competências), enquanto que, pensando na integralidade do cuidado, essas ações devem ser consideradas no campo de competências, ou seja, são responsabilidades comuns e confluentes a todos os profissionais da equipe (CAMPOS, 1997).

A forma como a equipe está organizada em relação ao processo de trabalho, ou seja, deixando atribuições relacionadas às tecnologias das relações apenas para um único profissional, acaba influenciando no cuidado, pois o restante dos integrantes apresenta dificuldade em estabelecer vínculo, dificultando, desse modo, o agir na integralidade do indivíduo:

“Eu acho... hoje do jeito que tá aqui eu acho que consegue fazer vínculo, em alguns momentos é lógico, até por questões pessoais mesmo, eu acho que acontece o vacilo, né, de você talvez demonstrar menos interesse naquele momento, por você tá preocupado com outras coisas e talvez não se dedique tanto né, ao seu trabalho naquele momento, ajudar o colega, não se envolve como deveria, mas são situações passageiras, né, isso passa e de um modo geral eu acho que é bom.” (E4)

“Não tem vínculo, eu percebo que não, alguns eu acredito que conseguem, às vezes até mais além do que isso, às vezes pode até se formar uma amizade entre o cuidador e alguém da equipe, outros procuram manter a distância, vai, orienta e acaba não criando... vai como profissional, orienta o cuidador naquele cuidado específico da sua especialidade, mas não tem vínculo.” (E8)

Nas falas abaixo, percebe-se que as relações estabelecidas entre a equipe e o cuidador, na maioria das vezes, são verticais, ou seja, existe uma superioridade e cobrança da equipe frente aos cuidadores:

“...então existem algumas famílias que levam tempo pra entender que nós estamos lá pra orientar e que ela tem que de alguma forma, acatar ou se submeter a algumas orientações, ela não quer, ela quer o material, ela quer a avaliação do profissional, mas ela quer fazer do jeito dela.” (E2)

“...é legal assim, nunca tivemos assim grandes problemas assim, com a família não, só as vezes uns que não vai, né, que não gosta de um profissional, eles falam porque a gente cobra um pouco né, mas de um modo geral acho que é bom.”(E6).

Essa superioridade acaba dificultando a aproximação entre o cuidador e a equipe, que atua de forma restritamente técnica, prejudicando a comunicação estabelecida e as orientações realizadas, que muitas vezes não são compreendidas pelos cuidadores, dificultando o vínculo:

“...as meninas falam que eu falo muito difícil, que é pra mim falar pra eles entenderem, mas assim, é justamente por eu ter ido buscar essa técnica, por eu ter ido buscar pro meu respaldo, que hoje eu sou treinada pela professora R. e tenho o apoio da profissional fonoaudióloga que não tá dentro aqui, então acho que posso falar o nome dela que é a P., por sinal C. também, mas assim, elas duas me ajudaram na minha formação técnica no atendimento...em alguns momentos eu acho que a gente não chega no alcance do cuidador que às vezes tem uma formação muito simples, e às vezes eu acho que a gente chega muito técnico, daí a gente não alcança ele, e aí como a gente não alcança ele, acaba que a coisa não flui tão bem né...” (E2)

“Então, a gente age só com o profissionalismo, que a gente tá ali pelo paciente, e a gente tenta explicar o objetivo da internação, aí cabe da pessoa entender ou não, a gente faz a nossa parte, aí se a pessoa entender tudo bem, se não entender, fazer o que, tem gente que não vê a hora da gente fazer a visita e ir embora, tem gente que não abre a porta, desde que ele assinou o termo eles acham na obrigação de tá aceitando a gente na casa deles, mas tem gente que não recebe bem a gente não, não acolhe não, em compensação tem uns que ao contrário.” (E10)

Muitos conflitos acabavam acontecendo entre a equipe e família devido a questões de superioridade por parte da equipe, ou seja, as orientações realizadas pela equipe, muitas vezes, não eram seguidas pela família, gerando motivo de reuniões e até justificativa de alta por não seguirem as orientações, o que evidencia que a equipe apresenta dificuldades para lidar com os conflitos:

“Incomoda bastante, incomoda, isso vira motivo de n reuniões aqui, porque a gente é ser humano e a gente toma as dores, a gente fica com raiva às vezes do cuidador, mas não que isso chegue lá, a gente fica falando, às vezes brinca, né, a gente já... fica incomodada então isso vira motivo assim, de conversa fora de reunião, conversa com a psiquiatra, o cuidador é a peça chave pra nós, então as vezes incomoda bastante e eu acho que isso a equipe traz legal sabe, traz pra reunião, porque as vezes falam da gente, as vezes não entende o que você fala pro outro... porque fica uma coisa as vezes até pessoal, você não gosta de ir porque sabe que tem o cuidador, nunca... dificilmente é o paciente que é o problema, mais é o cuidador mesmo, mas assim, a gente traz pra cá, acaba melhorando às vezes o paciente, o cuidador tá nervoso e te trata meio de atravessado, depois você vê que não é fácil, a gente tem que se procurar em por no lugar, a gente faz isso, a gente já amadureceu muito já, mais as questões assim de família, sabe, ficou muito mais tranquilo agora.”(E6)

Foram observadas nas reuniões de equipe, falas trazidas pelos profissionais sobre a dificuldade que os cuidadores têm de receber e seguir as orientações. Alguns referiram querer dar alta para o paciente por não saberem lidar com essas dificuldades, além de relatos de desentendimentos importantes que tiveram com os cuidadores, que muitas vezes mudaram a postura e a conduta daquele profissional frente ao cuidador .

Alguns integrantes justificam a falta de compreensão por parte dos cuidadores em relação às orientações feitas pela equipe como algo relacionado à falta de interesse,

instrução e cultura desses cuidadores e não da comunicação ineficaz pela forma técnica utilizada pela equipe, dificultando o entendimento:

“...porque tem alguns caso que a gente não consegue orientar, porque o cuidador às vezes não quer, não se dispõe recursos e tratamento, mas é difícil, então a gente vai..., no meu caso por exemplo, vai, faz a orientação e passa de novo pra tar avaliando a necessidade de tar reorientando, acrescentando alguma coisa nova ou não, e aí a gente vai tar dando essa seqüência, até a alta...” (E6)

“As dificuldades é muito no entendimento, nas condições que as famílias e o cuidador tem de entender as orientações e o que a gente quer passar para a família, entendeu, eh, muitas vezes, uma pessoa que já tem idade, que não tem condições de ter outra pessoa, então é aquela pessoa, então é na forma da pessoa entender, muitas vezes a cultura dificulta o nosso trabalho, né, por não aceitar certas coisas né, eh, é assim, é o entendimento mesmo.”(E1)

Consequentemente, a equipe traz em seus relatos a família como a única responsável por permitir que ocorra ou não o estabelecimento de vínculo, mostrando nos discursos que, em relação à densidade desse vínculo estabelecido, não há responsabilidades para ambos, mas apenas para a família que, se deixar de cumprir seu papel, não permite que o vínculo aconteça:

“Ah não, nem todos, dependendo da família, é aquela coisa, a gente entra na casa do paciente, você tem um contato com aquele paciente, com aquela família, tem os que você tem mais simpatia do que outros, mas assim, orientar e tudo sim, mas esse contado mais... mais calor mesmo não são todos, mas isso é da pessoa, né...” (E5)

“No relacionamento entre família e nós? Depende da família, tem família que é bem acolhedora, tem família que é humilde, que precisa, que entende o nosso serviço, tem família que tanto faz a gente ir como não ir, pra eles tanto faz se ta orientando, eles não prestam a atenção, tem família que nem comparece, às vezes se entra dentro do quarto eles ficam pra lá, não querem nem saber de receber orientação lá, daí é muito relativo, depende de família e família, tem família que vai dar alta eles até chora.” (E10)

Discursos da equipe afirmam que o vínculo é facilitado devido ao momento de fragilidade em que a família está passando, sendo que esta necessita muito da equipe de saúde:

“Eu percebo que se cria um vínculo assim, porque quando qualquer pessoa está precisando de atendimento médico, geralmente tá muito carente.” (E3)

“...a pessoa tá muito necessitada, ela tá insegura, aquela carência de por favor me ajudem né, então geralmente é o inverso, a gente chega, parece que eles querem segurar a gente e não largar mais, mas assim, as vezes, quando há essa resistência, com o tempo, com as visitas né, dos profissionais, isso vai sendo quebrado...” (E11)

Na fala abaixo, fica explícito que a falta de vínculo compromete o cuidado prestado pela equipe, pois ações deixam de ser realizadas em benefício do paciente, devido à falta de empatia ou de identificação por parte do profissional, o que pode gerar ações de descompromisso, desinteresse, desmotivação:

“Então, na verdade eu tento conversar, a gente conversa, porque tipo assim, sempre, não são todos, eu não faço isso com todos, tem aqueles que você tem uma empatia assim, maior, entendeu, então você se identifica mais ali naquela casa, sempre tem, então você tenta confortar de alguma forma,

dependendo da situação, tenta estimular pra alguma coisa, buscar alguma coisa que ele gostava, tentar vê se dá pra outra ficar no lugar, tentar conversar assim, você se dispõe mais, não são todos...” (E9)

Embora a modalidade do cuidado domiciliar propicie um atendimento humanizado e a utilização das tecnologias das relações para a integralidade do cuidado, a equipe apresenta um processo de trabalho que traz características dos modelos tradicionais, ou seja, biomédico, tecnicista e fragmentado. O trabalho em equipe é algo essencial pensando na integralidade; porém, fica claro nos discursos que, apesar do Proiid possuir uma equipe que contém várias categorias profissionais, os mesmos trabalham de forma individualizada e entendem que o trabalho em equipe deve ocorrer dessa forma.

A dificuldade que a equipe apresenta em trabalhar com as tecnologias das relações é resultado dessa fragmentação, já que ações como escuta, afeto, vínculo ficam sob responsabilidade de um único profissional. Além disso, as relações estabelecidas entre equipe e cuidadores apresentam-se verticalizadas e unidirecionais, havendo uma superioridade por parte dos profissionais e responsabilidades a serem cumpridas somente por parte dos cuidadores, dificultado o vínculo comunitário que, quando não concretizado, interfere nas ações realizadas pela equipe, ou priorizações de ações, e consequentemente, na integralidade do cuidado.

3.2.2 Categoria dos cuidadores

3.2.2.1 Reconhecimento das atividades fragmentadas no cuidado

Estudos têm demonstrado que o cuidado no domicílio promove retomada das atividades de vida diária mais precocemente e reduz os riscos de deteriorização de suas capacidades. É mais efetivo quando realizado por uma equipe interdisciplinar, oferecendo oportunidades de terapia que possibilitem o usuário a adaptar-se a um molde de comportamento que o capacitando-o a assumir responsabilidades que influenciam em seu processo de reabilitação. Além disso, os pacientes têm oportunidade de expressar seus próprios objetivos mais facilmente quando estão em sua casa (WOTTRICH, 2007).

Percebe-se que o cuidado domiciliar visa à capacitação do cuidador e possibilita que este assuma responsabilidades com mais segurança:

“Eles trazem muitas informações, eles tiram muitas dúvidas né, eles estão ali próximos, então qualquer dúvida é tirada, então assim, como eu posso dizer, o risco é muito menor e o bem estar do paciente é maior, e a gente se sentia mais segura também, tem mais segurança na aplicação de um cuidado, é muito bom.” (C7)

“Ah normal, o hospital também passou algumas orientações pra gente, que a gente foi fazendo, banho, cuidados com a sonda, que a gente aprendeu no hospital, elas vieram mais pra reforçar e orientar

o que ficou, porque mesmo a gente acompanhando no hospital, não dá pra gente tar aprendendo tudo e vai surgindo dúvidas a partir de quando a gente começa a cuidar né, aí aparece um monte de dúvidas, onde entra o PROIID, porque tanto eles vinham aqui como a gente podia tar ligando também lá, qualquer horário, de manhã, tarde.” (C6)

Quando questionados sobre os objetivos do Proiid, para alguns fica clara a questão da orientação técnica e capacitação do cuidador:

“...mas o objetivos deles é ensinar fazer curativo, ensinar trocar fralda, ensinar dar banho, porque foi isso que ela falou que ia fazer, mas eu já tava fazendo, aí ela falou é isso mesmo que você está fazendo, é dessa maneira, orientar com a nutricionista.”(C2)

“Os cuidados, assim de higiene, cuidar de ferimento, incentivar ela a sentar, andar como era normal, sabe, as dúvidas eles tiravam todas, sabe, a estabilidade dela tudo.” (C10)

“O principal objetivo do PROIID é trazer pra família né, seria trazer pra família assim, tirar dúvidas né, acho que trazer informação, ensinar, auxiliar né...” (C7)

Para outros, o Proiid tem como objetivo, além da orientação, principalmente a aquisição de recursos materiais:

“Eles ajudam no que pode, ó, eles nem sabia que a gente tava precisando de fralda, essas coisa, aí passaram uma vez do nada avisando que tinham recebido uma doação de fralda, se a gente precisava, eu disse que não, que a gente tava conseguindo levar ela no banheiro, aí quando foi no outro dia, minha mãe já não levantava mais, aí eu liguei, quando foi no outro dia eles já vieram trazer a fralda.”(C3)

“...eles trouxeram informações mais, que é o que eu te falei, que auxilia bastante a gente, que traz bom êxito né, emprestaram também, que tem a emprestação dos aparelho, a gente também tá com aparelho emprestado que tá por tempo indeterminado, isso foi bom, porque foi assinado o termo de responsabilidade, mas a gente cuida direitinho, então um aparelho que se a família fosse comprar seria mais difícil também, então eles auxiliaram nos cuidados de uma forma que eu posso dizer como um todo, como um todo.” (C7)

Outro cuidador expressa na fala um pouco de decepção em relação aos objetivos do Proiid, pois acreditou que os objetivos não atenderam suas expectativas, que estavam voltadas somente para a tecnologia dura:

“ Eu acho que o principal objetivo deles é tar orientando, embora eu acho assim, que quando passaram pra gente traria mais assim, como que eu posso dizer, mais equipamento pra gente né, só que não foi possível...foi bem, né, não foi assim uma coisa que eles fizeram muito exame, foi pergunta né, que eles faziam, se a gente tava aspirando, se a gente tava medindo a pressão, em algumas coisas eles ajudavam, mas na maior parte era pergunta assim, em que eles puderam me ajuda, as vezes trazia fralda, luva, remédio, alimentos trouxeram, mas foi muito pouco, no começo tudo tive que comprar, os remédios, os alimentos né, inclusive continuo comprando, porque o que eles traziam era muito pouquinho, não dava pra nada praticamente, não dava pra alimentar ele não.”(C6)

Ou seja, percebe-se nas falas a dificuldade que os cuidadores apresentam em relação à aquisição de recursos materiais. Esse fato confirma-se no estudo de Sena et. al. (2006) em relação aos recursos materiais, onde os cuidadores relataram a dificuldade de adquirir fralda, medicamentos, sondas, alimentação enteral, fator que passa a ser um limitador do cuidado no domicílio.

Somente um cuidador visualiza o cuidado humanizado quando questionado sobre os objetivos do Proiid:

“O bem estar né, o bem estar e ele no final a gente dá qualidade de vida né, porque o importante numa pessoa doente, ela tem que ter qualidade de vida, não interessa se ela vai viver 10, 20 ou 30 anos ou dois dias de vida, ela tem que ter qualidade de vida, comer bem, não tá machucada, tá confortável, tá confortável, então é uma coisa que eles ensinam, tentam ensinar a gente, tem muitas coisas que a gente não sabe e aprende, e tem muitas coisas que a gente sabe e passa pra eles também, tem coisas que eles aprendem comigo e são vivência com as pessoas.”(C5)

O trabalho em equipe é fundamental para a assistência domiciliar, pois os profissionais realizam diferentes ações devido às suas especificidades, porém com o mesmo propósito: o bem estar do paciente através do trabalho integrado. O trabalho na saúde resulta de múltiplas interações realizadas por diferentes profissionais, resultante do processo de divisão do trabalho e produto final.

Embora os cuidadores passem a ter contato com uma equipe com vários profissionais em seu domicílio, fica explícita nas falas a valorização do profissional médico, por parte dos cuidadores, evidenciando o forte aspecto sócio-cultural que a população está acostumada a vivenciar, como o modelo de cuidado biomédico, enfatizando que têm maior segurança em relação às orientações realizadas pelo médico:

“...eu acho que o objetivo deles foi ajudar sim, as médicas sempre explicou, falou o que podia ser, o que podia não ser né, então não tenho nada contra não...eu só achei assim, a visita médica uma semana, achei assim, um pouquinho meio demorada, mas como ela tava estável...” porque você com a visita médica, parece que você tem mais apoio assim, é diferente de falar assim você dá 5 gotas do medicamento e pronto, agora uma visita médica ela passando e falando ali é diferente, parece que você se sente mais segura, sente mais segura né, questão assim, de mais segurança pra gente e pro paciente...” (C4)

“...porque o primeiro dia veio a assistente social, a dentista, a fisioterapeuta, a nutricionista, a enfermeira, a auxiliar, no primeiro dia e nos outros também, vinha até dois médicos...eu achei boa a atuação deles, porque no começo quando elas vieram pra cá ela tinha pego uma pneumonia, então veio a doutora, explicou tudo o que tinha que fazer, os cuidados mesmo com a pneumonia e tudo, então foi ótimo, foi ótimo.”(C1)

A cuidadora abaixo deixa explícito em sua fala que o Proiid tem como objetivo atender somente as demandas relacionadas ao profissional médico:

“É ter uma assistência, uma assistência médica mesmo, que nos permitisse dar um atendimento mais rápido caso tivesse alguma intercorrência, na realidade a gente espera que isso aí... vamos supor, tem alguma coisa aí, a gente gostaria que atendesse com rapidez.” (C8)

Alves et. al. (2007) afirmam que a falta de informação e a cultura centrada somente no profissional médico tem sido uma dificuldade enfrentada pelo novo modelo domiciliar.

Em relação ao processo de trabalho, os cuidadores referem que os profissionais trabalham em equipe, pois recebiam sempre a visita de mais de um profissional, porém as justificativas e os próprios relatos sobre a atuação dos mesmos trazem características que mostram que os atendimentos eram realizados de forma individual e não destacam nenhum movimento de construção coletiva do cuidado:

“Aí elas orientaram a gente tudo que a gente queria saber tudo e foi assim. A nutricionista passou sobre os cuidados com a dieta, a enfermagem né, sobre os cuidados com a M., no corpo, em tudo, a fisioterapia, os movimentos e foi assim.” (C1)

“..., aí veio uma equipe veio a nutricionista, veio a dentista, veio uma médica, veio uma enfermeira. Ah falaram a função de cada um, tinha também, como que fala, uma fisioterapeuta, a médica explicou toda a parte da medicação, a quantidade, o horário, aí a nutricionista explicou toda a parte da dieta, também quantidade, também horário, ah foi assim.” (C6)

Percebe-se nos relatos que, embora a equipe realize as visitas em conjunto, as orientações são passadas individualmente, cada integrante fala somente sobre a sua área específica de atuação, evidenciando somente o núcleo de competência e responsabilidades e não o campo de competências e responsabilidades proposta por Campos (1997).

Porém, alguns cuidadores conseguem visualizar e descrever uma característica do trabalho da equipe do Proiid que se aproxima da equipe tipo integração, que é a comunicação, no sentido de compartilhar informações:

“Conjunto, porque era assim, sempre que elas vinham tinha uma enfermeira junto, uma perguntando uma coisa pra outra, o que tinha pra ajudar, se tinha na perua um remédio, ou o que tinha lá pra poder trazer, aí falava amanhã vai vir a nutricionista e realmente vinha, então deu pra ver que eles trabalham junto, nunca vinha uma só.” (C3)

“Então, todas as áreas teve as suas explicações, definição e a área mais específica que é do seu M. seria do pulmão né, a neurológica e clínica médica, porque ele chegou a ter dermatite,... a pneumo passa pra neuro, aí a neuro passa pra outra, aí a auxiliar passa pra enfermeira e assim vai, uma informação passa pra outro e as informações vai beneficiando e a equipe também.” (C7)

Em relação às orientações, nas falas percebe-se que os sujeitos da pesquisa intitulam os profissionais como “equipe de orientação”, ou seja, os cuidadores enfatizam que os trabalhadores do Proiid apenas realizam as orientações em relação aos cuidados e poucos os executam, ficando estes a cargo somente dos cuidadores e sendo avaliados pela equipe:

“Não, eles só vinham e faziam essas perguntas, que ele tava bem, que ele tava dormindo bem, só isso. Eu achei assim, que eles orientavam mais falando e não assim, mostrando, não sei se é pelo fato da gente ter tido pouco de instrução no hospital e também a gente tá assim, cuidando direitinho, ter conseguido todas as coisas necessárias que precisava pra ele que era a cama, o aspirador, o inalador, o aparelho de pressão, então eu achava que elas achava que ele tava assim, muito bem cuidado, então elas nem ficavam muito tempo, elas perguntavam, como que lê tá, tá bem, passou alguma coisa, passou mal, mais orientavam do que provavelmente fazia, de medir pressão, essas coisas.” (C6)

“Olha, eu vou ser honesta com você, aqui, cuidados eles nunca fizeram nenhum, o único que fizeram foi traçar a sonda nasogástrica dela que a enfermeira veio, trocou e as duas auxiliares auxiliaram que são a B. e a M., mas assim, outro tipo de cuidado não realizaram nenhum outro tipo de cuidado com a vó aqui, sempre o pessoal que já tava aqui na casa, equipe daqui que sempre realizou os procedimentos com a vó, eles nunca realizaram nenhum.” (C8)

A maioria dos relatos justifica esta atitude da equipe de apenas orientar e não realizar os cuidados pelo fato dos cuidadores já estarem orientados e os pacientes bem

cuidados, e que se fosse outra família que não tivesse orientações, a situação seria diferente:

“Eu acho assim, porque a gente até que tem informação, mas tem muitas famílias que não tem informação, não tem higiene, então eu acho assim, foi muito... e precisa mesmo de orientação, foi uma coisa muito boa o Proiid.” (C1)

“...porque a minha mãe já estava com os cuidados todos sendo tomados, eu não sei se com paciente que precisa de todos eles... aí não vou saber falar, não vou saber te dizer como seria feito, porque aqui a equipe já tava formada, a medicação já tava sendo feita, eles concordavam que ela estava bem medicada, as enfermeiras não precisaram... nenhum procedimento teve que ser iniciado por elas, porque já tava encaminhado, né ...” (C8)

Alguns relacionavam o curto tempo e o número restrito de visitas semanais também o fato dos cuidadores já estarem orientados:

“Acho que deve ter outras pessoas que precisam de mais orientação né, no caso eu consegui pegar tudo direitinho, então eu acho que por isso elas não ficavam muito.” (C6)

“É uma era no começo da semana e a outra era no final da semana, dentro da parte que seria, a gente sabe que tem muitas famílias, como eles sabem que tinha pessoa cuidando e tar muito bem, eu creio que associam os cuidados né...” (C7)

Nesse sentido, questiona-se: se a equipe tem como principal objetivo a capacitação do cuidador para que o cuidado seja realizado com segurança, por que admitir pacientes com cuidadores que já estavam orientados? Será que as necessidades dos cuidadores eram apenas orientações técnicas ou existem outras necessidades a serem identificadas e sanadas?

O ato de cuidar causa um grande impacto na vida do cuidador e da família, pois envolve sobrecarga, mudanças e novas adaptações, como questões financeiras, estresse, alterações físicas e emocionais e mudanças na rotina familiar. Com isso, a família busca apoio e suporte da equipe para amenizar a situação. Considera-se que ter uma equipe de saúde no domicílio é imprescindível para o cuidador. Não se pode negar pelas falas de alguns cuidadores que as orientações são essenciais e trazem mudanças na realização dos cuidados:

“... porque a gente tinha muitas dúvidas, no momento que elas vinham surgindo a gente vinha perguntando, pra quem tar levando pra, eles estar orientando né.”(C6)

“ Ahhh, mudou assim, agora nos horários, o tempo que ele tem que ficar na cadeira, o tempo que tem que ficar na cama, como virar, como trocar, essas coisas tudo assim né, que elas passaram pra gente, ficou tudo mais fácil.” (C1)

Quando questionados sobre o impacto do cuidado realizado pela equipe no domicílio, fica claro na maioria dos discursos que este pouco ocorreu, ou seja, as necessidades sentidas pelos cuidadores não foram atendidas:

“Ah, mesma coisa, pra mim não mudou em nada, porque a higiene dela, quando chegava eu já tinha feito, porque ela toma banho de chuveiro na cadeira né, não mudou em nada, só a medicação que oras ela alterava oras elas pediam para diminuir né, então pra mim não alterou em nada não.” (C4)

“Pra ser sincera nós não mudamos nada, tudo que se fazia com a vó antes deles vierem já estava todas... o que era pra ter cuidado com as escara, cuidado com a pele da vó que é sensível, o banho que a gente põe na cadeira e leva, mas os dias de frio e chuva, pra não tar mexendo que ela é muito idosa, a gente faz o banho de leito corretamente, então assim, pra nós os cuidadores da vó que tem curso de enfermagem, não mudou nada, o que a gente tinha... porque quando eles vieram aqui, a gente já tinha o que, uns três meses que já estávamos em casa com a avó, tendo os cuidados com a avó sem orientação nenhuma deles, então na verdade assim, graças à Deus eles elogiaram o nosso trabalho, mas falaram que eles tinham que dizer da forma que era, mas nós já tínhamos o procedimento.” (C8)

Pelas falas dos cuidadores, a equipe pode não estar conseguindo identificar quais as reais necessidades dessa população assistida pelo programa. O modo de atuar da equipe, ou seja, fragmentado, orientações individualizadas, dificuldade de vínculo e escuta qualificada e responsabilização podem impossibilitar a elaboração de um plano terapêutico integrado e singular, dificultando a visualização das necessidades. Nas falas a seguir fica explícito que alguns cuidadores não tiveram suas necessidades valorizadas:

“... elas não explicaram direito se vinham, no começo eu achei que elas iam vir toda manhã pra fazer o curativo, porque pra mim era, sinceramente, um sacrifício muito grande fazer o curativo, então se elas viessem... só que não era assim não, elas não vinham todo dia, não sei se é assim com todo mundo.” (C2)

“... muito porque a gente tem que ver que não é só ela que ta acamada aqui, provavelmente tava em outro canto né, mas isso também não justifica porque, se o programa é assim, então, eu esperava assim, mais esclarecimento, que elas tivessem me esclarecido mais... mais assim, no aspecto assim, ó, hoje vem o nutricionista falar sobre isso e tal, amanhã vem a fisioterapeuta, vai ver se sua mãe precisa, se ta entendendo, coisa assim, não assim oi tudo bem, tudo bem, ta boa, ta boa, tchau e tchau, se ta entendendo.” (C4)

A falta de um plano terapêutico integrado, incluindo a elaboração de planejamento para a realização das visitas pactuado com os cuidadores pode trazer dificuldades para estes realizarem alguns cuidados, conforme falas a baixo:

“Não tinha dia, eu até falava que dia vocês vêm e eles falavam a gente não tem dia certo, a gente pode aparecer qualquer hora é na parte da manhã, sempre vai ter alguém aí, aí eu falei que sim e de sexta feira vinha o médico, mas durante a semana, às vezes uma vez, duas na semana elas vinham, eu até assim, porque geralmente... No meu caso eu gostaria que elas tivessem vindo todos os dias pra fazer o curativo, só que pra mim era muito penoso fazer aquilo menina, como não tinha outra, tinha que ser eu mesma.” (C2)

“Era semanal, sempre aparecia uma, como a gente tava com a cabeça assim, às vezes a gente achava que vinha a nutricionista e vinha à médica, então a gente ligava quando tinha intercorrência, ligava pra perguntar de remédio, essas coisas...” (C3)

Práticas individualizadas, fragmentadas e sem planejamento integrado dificultam a realização de uma clínica ampliada e humanizadora, que pode refletir em pouco compromisso e responsabilização da equipe com o cuidador, como por exemplo, visitas

para orientação quando o mesmo não se encontrava, o que fica explícito nas falas a seguir:

“As visitas eram... tinha semanas que eles vinham de segunda e tinha dia que eles vinham de terça, a maioria das vezes eles vinham de terça feira, a maioria era dia de terça, porque eram exatamente os dias que eu tava na fisioterapia, então eu perdi duas visitas deles, né duas visitas, principalmente da nutricionista, por isso eu liguei e pedi pra falar com a nutricionista... agora teve semana que não veio ninguém, essa ultima semana mesmo do dia 7 ao dia 12, dia 11 não veio ninguém, a gente ficou falando nossa, aí foram vir dia 16, não, dia 15 vieram dia 15 e hoje, vieram dia 15 e já deram baixa em todos os documentos que seria a alta...” (C7)

“Então, ela falou pra mim que as visitas eram assim, o médico vinha durante a semana, né, uma visita por semana e os outros profissionais passavam durante os outros dias, mas, ultimamente, depois não foi bem assim não, elas vinham segunda, terça assim, e depois, a penúltima e a última foi um intervalo de oito dias...eu até fiquei assim, porque se ela tivesse com sonda, aí eu poderia até exigir, como ela tava assim, mantendo...” (C4)

As falas dos entrevistados apontam que a equipe de saúde determina como devem ser executados os cuidados, a necessidade de aquisição de materiais e equipamentos e orientam quanto às normas estabelecidas pelo Programa, que devem ser cumpridas pelos usuários, cuidadores e família. Identifica-se que pouco se leva em consideração as singularidades de cada contexto do cuidado, enfatizando a necessidade do cumprimento das normas para que continuem contando com este serviço:

“... elas vêm, deixa a gente a par de tudo, da família também e tudo, e passa as experiências, vê como que tem que ser, normatiza tudo, até a gente ficar tudo certo, pra ficar mais fácil depois.” (C1)

“Eles falaram que o programa tinha as exigências deles né, se caso não é seguido eles abandonam né, o paciente, tem um termo que eles falam como cuidar do paciente, tudo, horário de banho, alimentação, é isso.” (C10)

Kerber; Kirchhof e Vaz (2008) afirmam que somente sair do hospital para o domicílio, sem mudar as práticas hospitalocêntricas, não garante integralidade do cuidado, apenas muda o ambiente de atendimento. A fala abaixo caracteriza que as práticas do cuidado foram apenas transferidas do ambiente hospitalar para o domicílio:

“Pra falar a verdade pra nós não foi... porque a gente já tava bem acostumado, bem habituada, já tava tudo certo, elas vinham olhavam tudo certinho, tudo correta a medicação nos horários, já ficam naquela cubinha, já fizeram a prescrição pra checar nos horários tudo. ” (C1)

Percebe-se que, embora haja mudança no ambiente para a realização do cuidado, a fim de proporcionar um cuidado humanizado, pensando no vínculo, acolhimento, escuta qualificada, participação da família no planejamento do cuidado, as práticas continuam sendo realizadas da mesma forma: trabalho da equipe sem integração; falta de um plano terapêutico integrado e singular; relações verticalizadas entre equipe e cuidadores, o que resulta em um cuidado que não garante integralidade e participação

com co-responsabilização, conseqüentemente, com baixo impacto na melhoria do cuidado à saúde do indivíduo, já que as necessidades sentidas acabam não sendo identificadas e sanadas.

3.2.2.2 Ser cuidador: necessidades que demandam tecnologia das relações

A “vivência do cuidado pelo familiar cuidador” demonstra as diversas situações que este enfrenta como o aprendizado sobre cuidado e a doença, culpa em relação ao cuidado, pois demanda enfrentamento da situação de dor, sofrimento físico, psíquico, devido à dependência, às necessidades de forças externas, como por exemplo. O cuidador aprende a conviver com o sofrimento do outro, deixando de lado sua própria dor e necessidades (SILVA; ACKER, 2007).

Os familiares sabem que precisam de alguém que possa apoiá-los, orientá-los e passar segurança, tendo a equipe de saúde o papel principal para essa intervenção, pois o cansaço, a sobrecarga de atividades e o esgotamento devem ser levados em conta, já que, na maioria das vezes, eles possuem outras atribuições e seus próprios núcleos familiares para assistir (LACERDA; OLINISKI, 2005).

O significado de ser cuidador para os cuidadores formais, ou seja, profissionais já capacitados para realizar os cuidados, que recebem remuneração, como por exemplo, para os auxiliares de enfermagem, representa utilidade, caridade, satisfação em realizar esta atividade como profissão:

“Ahhh, pra mim é tudo, é o que eu gosto de fazer, é o que eu tenho paciência, vê a melhora, ta sempre pensando na melhora, na higiene, no todo. E no bem estar dela.” (C1)

“ Ser cuidador pra mim é ser útil, ser humano, ser muito humano né, é praticar caridade, pra mim inclui a caridade. Me sinto, além de eu me sentir útil, eu me sinto feliz, porque quando eu vejo que o paciente ta feliz, a família ta correspondendo, ta sentindo feliz com o meu trabalho, eu fico muito mais feliz ainda, é gratificante.” (C7)

Entre os cuidadores informais, ou seja, familiares que assumem os cuidados sem nenhum tipo de remuneração, ser cuidador pode representar dois significados. Um deles está relacionado à dedicação total, como mostra os discursos abaixo:

“Você dá seu último momento pra pessoa que você ama com muito amor, sabe, você poder fazer tudo, você sabe que vai embora, então você se dedica o máximo que você pode.” (C3)

“Ah, eu me sinto bem, por causa de eu tar com saúde e tar cuidando dele né, então eu me sinto bem, não bem assim, por ele tar doente né, me sinto bem por eu poder tar cuidando dele, dou o máximo de mim, de dia, de noite, me sinto bem ficar o tempo todo com ele, se precisar ficar a noite eu fico também.” (C6)

O outro se relaciona às obrigações, assumir responsabilidade nunca antes realizadas deixando de lado a sua própria vida:

“Abnegação, dedicar muito amor, você ser altruísta, porque você tem que deixar muita coisa que você gosta de fazer de lado, e viver total dedicação de uma pessoa, que você vive 24 horas de sua atenção, do seu tempo, eu acho que é isso, é muito abnegação.... no momento, isso que é que ficou em mim, entendeu, que pra falar a verdade eu deixei de viver minha vida pra viver em função deles, eu, meu marido.” (C2)

“Ah, é meio complicado, porque é muita obrigação, você tem que ter muita responsabilidade, tem que ter pessoas que te ajudam também, se não você não consegue fazer sozinho, ainda mais que ela era obesa pra dar banho.” (C9)

Alguns cuidadores relacionam o vínculo existente com o paciente, como por exemplo, filhos, esposas, com a obrigação de assumir as responsabilidades do cuidado:

“...a família tem que ta mais né, por isso que eu vim, eu achei que, como eu já cuidei tantos anos dos outros, cuidar da mãe seria uma coisa assim, mais assim, eu como filha achei melhor vir de São Caetano do Sul, né, trabalhei 25 anos na Beneficência Portuguesa em São Caetano, eh, eu acho assim, pra mim, agora eu to ficando um pouco cansada, to achando um pouco cansativo, voce ta entendendo, porque assim, como ela ta dependendo 24 horas de mim, ta sendo um pouco mais cansativo, mas eu acho assim, e gosto do que eu faço, no entanto, tantos anos né.” (C4)

“Eu, como lidei, pensando neles, porque eu não posso pensar em mim, tenho que pensar neles, (pais) eles estão precisando e na realidade eu também precisava de socorro né, aí eu procurei pensar neles, não na minha situação, não no meu bem estar, mas eu pensava neles e esqueci de mim.”(C2)

Entre os cuidadores informais, a maioria nunca havia recebido nenhuma informação sobre cuidados domiciliares:

“...então o meu marido passava o pano com sabão nele, limpava todinho, pra mim, até falei pra minha irmã, outra tava cuidando da minha mãe, falei você ta ficando craque, porque a gente nunca tinha cuidado de gente assim né, trocar o lençol, virava ela trocava um lado, virava pro outro, aí fazendo a mesmo coisa com o meu pai.” (C2)

“... Não, ninguém me orientou, ah, eu acompanhei todo o tempo com ele no hospital, na UTI, depois no quarto, tive orientação no hospital, dos médicos, das enfermeiras, só depois mesmo que ele teve esse problema de saúde.” (C6)

Nos relatos ficam evidentes que os cuidadores, de alguma forma, recebem apoio e ajuda de algum outro familiar ou conhecido da família na realização dos cuidados:

“Eu fazia o curativo de manhã, quando precisava se tava muito feio...porque eu tenho uma amiga que é enfermeira e ela vinha toda noitinha depois do serviço, ela vinha e fazia, mas de manhã cedo, as vezes, precisava fazer também, aí trocava a fralda dele, ela me ajudava, meu marido dava banho nele, mas por fim já não tava dando mais pra levar pro banheiro pra tomar banho, aí... na realidade quem dava banho nele era a minha irmã Maria, porque meu pai ficava muito constrangido com o meu marido...”(C2)

“...aqui tem, tem eu, tem minha filha que ajuda a cuidar né, mas eu fico pensando, e quem não tem pessoas que possa ajudar, porque eu mesma, se fosse sozinha, eu não teria condições, porque eu tenho um monte de problema, e eu não tenho condições de ta pegando, de ta erguendo, e quando a pessoa não tem ninguém?” (C5)

Para os entrevistados, assumir as responsabilidades de um cuidador demanda tempo, mudança de rotina, tendo muitas vezes que deixar de lado atividades antes realizadas e até atividades de autocuidado:

“Acabou virou uma bagunça, porque eu e meu marido, a gente trabalha por conta própria, trabalha com vendas, a gente viaja, a gente trabalha, então, viaja, ia trabalhar quando dava. Muita angústia, muito sobrecarregada, ter que ajudar o meu marido, ter que cuidar da casa, ter que cuidar de dois doentes, eu me anulei, o dia era pouco, o esgotamento muito, não dava conta das coisas, entendeu.” (C2)

“Olha, até me cuidar, até me cuidar, porque eu sou insulinada, tem dia que eu não tomo insulina, faz dois, três dias que eu não tomo insulina, não lembro se eu tomei o remédio, lembro do dele, mas o meu eu não lembro, faz dias que eu não vou à igreja, porque tenho que ficar com ele, pra ele ficar descendo a escada é difícil, então eu to sem tomar ceia, eu to sem congregar, que nem agora é época de Natal, eu sempre saio muito pra ver a cantada de natal, eu sempre saio muito, essas festividade de Natal, já não fui em nenhuma, até agora não fui em nenhuma.” (C5)

“Mudou muito, porque deixei meus filhos, tive que abandonar de amamentar, o meu leite secou, tive que deixar de trabalhar, são quatro filhos, mas somente eu que tenho a capacidade de cuidar, de correr atrás de médico e tudo, então mudou tudo, eu não vivo pra mim, vivo pra ela.” (C10)

Desafios como esses enfrentados pelos cuidadores, como assumir responsabilidades nunca realizadas, dedicar grande parte do seu tempo ao cuidado de um ente querido, viver em função do outro, deixar de realizar atividades prazerosas e deixar de se cuidar pode provocar situações de estresse, desestrutura emocional e até adoecimento mental conforme relatos abaixo:

“Às vezes estressada, bastante, no limite.” (C10)

“Mudou, mudou tudo pra mim, eu não tenho vida, eu vivo em funções do horário dela, somos em 4 e somente eu cuido das coisas da minha mãe, faço tudo. Uma porcaria, eu me sinto deprimida, eu to sem perspectiva pra uma vida própria, é que eu sou muito preocupada com coisas assim, eu to assim, acabada, me desculpe a franqueza, hoje eu cheguei aqui abatida.” (C8)

Apenas duas cuidadoras confirmam em seus relatos que suas necessidades que envolviam apoio emocional, foram supridas pela equipe:

“O PROIID me ajudou bastante, você tá a ponto de explodir, você precisa liberar pra alguém... nos cuidados, na parte de psicóloga, a psicóloga deles ajudaram bastante, sabe, eles conversaram com a família, ficou tudo mais legal.” (C10)

“... dar apoio até emocional, porque elas falavam se quiser conversar comigo quando quiser, entendeu, acho que é isso os objetivos deles, e o médico vinha aqui, porque a pessoa não pode mais ir pra lá né, e dar apoio emocional né. Tive, tive, porque, tem hora que você fica com uma angústia e precisa chorar e não tem com quem, e elas abriram esse caminho pra mim, acho que... quem veio, era a psicóloga, não sei se ela era psicóloga, mas sei que ela me ajudou muito pra mim me abrir, me ajudou.” (C2)

Porém, percebem-se, na maioria dos relatos, que as necessidades que envolviam apoio emocional, vínculo, escuta qualificada e acolhimento, muitas vezes passaram despercebidas pela equipe ou esta apresentou dificuldades em lidar com essas situações, já que elas mesmas não foram atendidas:

“Não tive, o PROIID não me ajudou, porque nem sei se tem psicólogo.” (C4)

“Pra mim não, eu preciso urgentemente de um auxílio psiquiátrico, daqui a pouco eu vou precisar de mais ajuda do que ela é muito difícil, porque a gente quer proporcionar o melhor e isso envolve muito dinheiro, muito tempo gasto, muito gasto emocional.” (C8)

“Não, em relação a isso não, só veio no dia do óbito mesmo, mais pra cuidar das coisas da funerária, essas coisas.” (C9)

O trecho abaixo deixa claro que os cuidadores percebem uma falta de apoio, em todos os sentidos, dos profissionais de saúde que se dedicam a um familiar assumindo responsabilidades e atividades que acabam influenciando nas suas rotinas diárias:

“... você sente na pele a dificuldade, mas eu acho assim, que deveria ter mais apoio pra quem cuida na casa, você tá entendendo, acho que deveria ter mais apoio...” (C4)

Conclui-se que ser cuidador pode representar afeto, dedicação, utilidade, amor; porém, pode representar também sofrimentos e muita dedicação em função da dependência total de boa parte dos usuários, o que pode levar a um desequilíbrio emocional e, conseqüentemente, necessidades que envolvam tecnologias das relações como escuta, vínculo e apoio emocional. Percebe-se que os cuidadores entrevistados sentiram-se pouco apoiados pela equipe do Proiid em suas necessidades sentidas, o que pode dificultar a realização de um cuidado que vise à integralidade.

A esse respeito, Carvalho e Cunha (2006) fazem referência à clínica ampliada como uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e que toma como objeto de ação sujeitos singulares que vivenciam determinado sofrimento, agravo e/ou doença que demandam atendimento integral e, muitas vezes, a elaboração de projetos terapêuticos singulares que logrem qualificar as respostas às necessidades dos usuários.

3.2.2.3 Descontinuidade do cuidado pela falta de articulação entre os serviços

Cecílio e Merhy (2003) afirmam que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Dessa forma, para que o cuidado domiciliar possa ter efetividade em suas ações, o trabalho deve acontecer através da integração entre os serviços de saúde, onde haja comunicação efetiva para continuidade do cuidado.

Identifica-se nos relatos que os pacientes chegam até o Proiid através dos serviços de saúde, tanto de nível primário, quanto terciário; porém, este último é o que mais demanda paciente para o Proiid, conforme relatos a baixo:

“Foi lá na onco, na consulta do Dr F., aí ele falou da possibilidade de incluir o meu pai nessa internação domiciliar, na realidade eu nem fiquei entendendo direito, porque eles chamaram a gente lá,

o Dr R. falou que queria reunir o máximo da família pra prepara a gente, a partir daí ela foi encaminhada para o PROIID...” (C2)

“Ah, assim que ela recebeu a notícia que era um câncer maligno, ela começou a fazer um tratamento lá na oncoclínica, aí começou com a quimioterapia, tentaram vários remédios, vários tempos de medicação, só que aí, a doença resistiu, aí falou que ia tratar em casa e aí a médica pediu pra esperar. A Dra R., encaminhou, fez um papel mesmo, aí de repente eles chegaram...” (C3)

“ A gente ficou sabendo no hospital né, que, é que no começo a gente não sabia se era AVCH ou AVCI né, então a gente não sabia se era ou não, ela passou quase dois meses na UTI e tudo, aí depois foi pro quarto e aí a gente já sabia que ia vir pra casa ia ter que ter pelo menos uma pessoa pra ajudar, aí depois de uma semana veio a nutricionista, veio o pessoal do PROIID, visitou no hospital.” (C9)

Nas observações, percebeu-se que existe uma comunicação um pouco mais solidificada entre o hospital e o Proiid durante a alta hospitalar quando comparada com a relação estabelecida entre o Proiid e a rede básica. Várias foram as vezes que se pode acompanhar visitas nos leitos hospitalares realizadas pela equipe do Proiid antes mesmo da alta e admissão no programa. Algumas vezes, altas hospitalares eram programadas para dias úteis da semana para o paciente não ficar sem apoio do Proiid durante o final de semana.

Porém, percebe-se que mesmo havendo essa comunicação entre rede hospitalar e Proiid, ainda há um desconhecimento sobre o papel do Proiid, seus objetivos e recursos colocados à disposição por parte das instituições hospitalares, conforme relato abaixo:

“O médico do hospital das Clínicas, até inclusive eu falava pra ele, dr, o senhor avisa pra mim o que é que eu tenho que providenciar antes dele sair e vir pra casa, aí ele falou ó o hospital vai providenciar tudo pra senhora pelo PROIID, mas não foi assim que aconteceu, eles me falaram né...” (C6)

Em relação aos encaminhamentos realizados pelas unidades básicas, percebeu-se que, na maioria das vezes, quando isso acontecia, era o usuário que procurava a unidade para pedir encaminhamento para o Proiid e não a equipe que havia identificado essa necessidade:

“Eu procurei pelo posto de saúde e o posto de saúde que ele era assistido não era PS família, então eu pedi pra enfermeira do posto pra ela fazer o pedido pro PROIID, aí eles vieram, fizeram uma avaliação e fizeram um encaminhamento, aí os médicos que veio, fizeram uma pesquisa pra ver se havia necessidade mesmo né, e já fizeram o começo já, o relatório pra tar fazendo o começo do acompanhamento.” (C5)

Percebe-se na fala abaixo que a cuidadora apresentava como necessidade para sua mãe um acompanhamento maior da unidade, como visitas domiciliares mais frequentes e acompanhamento médico, devido ao uso de medicações, porém a unidade acabou encaminhando para Proiid:

“O processo foi assim, eu levei ela no Hospital das Clínicas né, ela tava com uma crise, final de semana ela teve uma crise de agitação, ela ficou muito agitada e ela queria morder, ela mordida a gente, aí ele falou assim pra mim, você vai pra casa, você procura a UBS mais próxima da sua casa né, e pede

pra alguém na sua casa pra... porque aqui não tem visita médica, então pede pra médica ta acompanhando a sua mãe, porque ela é acamada, não dá pra ficar toda vez indo pro pronto socorro, você procura pra sua mãe, aí eu fui, conversei com a enfermeira, aí ela falou assim, tem o PROIID que dá , a enfermeira da UBS aí, a A., aí ela falou assim, tem o PROIID, ele chegou até citar pro PROIID encaminhar pra um geriatra, né, aí eles falaram do PROIID...” (C4)

Observa-se que o papel e os objetivos do Proiid não estão claros para os outros serviços de saúde. Não é objetivo do Proiid realizar atendimento interdisciplinar em situações que necessitam de acompanhamento longitudinal e, sim, das equipes da atenção básica de referência do usuário. Como o atendimento no Proiid caracteriza-se por ser pontual, em situações como essas, poucas contribuições esse serviço poderá oferecer, comprometendo a continuidade e resolutividade do cuidado.

Em relação ao apoio dos serviços públicos para o cuidado domiciliar, depreende-se que ele é ainda insuficiente, dirigindo-se prioritariamente para atendimento de demanda, não existindo uma rotina de apoio ao cuidado não institucionalizado no domicílio (SENA, et. al, 2006).

A continuidade do cuidado após o acompanhamento e alta do Proiid é uma dificuldade apontada pelos cuidadores, ou seja, os problemas continuam persistindo, não havendo resolutividade:

“Ta procurando o posto de saúde mais próximo ou mesmo o SAMU. Posso dizer assim, que nas duas primeiras semanas foi bem complicado, porque ele passava mal e a gente tinha que ta levando para o pronto socorro, era assim bem cansativo tanto pra ele quanto pra a gente, mas agora não, ele ta se recuperando bem...” (C6)

“... eu gostaria de deixar como sugestão que isso se estendesse por mais tempo, não vir com frequência como eles faziam, uma visita mensal, por exemplo, ou quando a gente tivesse algum problema com o paciente, pudesse ta ligando e dizendo olha, dá pra passar o médico aqui, alterou isso, ou mexeu-se com isso, ou o paciente sentiu isso, porque na verdade, quando tivemos esse tipo de problema com a avó, nós recorremos ao médico particular dela quando há alterações, porque depois que a gente perde o contato segundo eles, tem que voltar ao posto de saúde, recomeçar tudo de novo, então o trabalho dele na minha opinião é excelente, ótimo, eles vêm aqui, atende bem, mas 30 dias é muito pouco pra uma pessoa acamada, na verdade ela não vai ficar só trinta dias acamada, mas ela pode ficar um ano, dois, três, então numa emergência nós estamos na estaca zero, tem que botar numa ambulância e levar pro pronto socorro, certo.” (C8)

Quando se analisa a finalização do trabalho realizado pelos profissionais do Proiid, identificamos que a forma como a contra-referência é realizada, ou seja, o retorno desses pacientes para as unidades de referência, não garante efetividade e nem continuidade.

O primeiro ponto a ser refletido é que várias altas foram realizadas sem a presença do cuidador principal, ou seja, pessoa responsável pelo cuidado no domicílio e que assina o termo de compromisso com a equipe. Elas não se encontravam no último contato realizado pela mesma:

“Olha, no dia da alta eu não tava aqui, quem tava eram os filhos delas, então elas vieram, falaram que tava de alta, trouxe a medicação, perguntou se tava tudo bem e foi assim, deixou a receita da medicação e foi assim.” (C1)

“Eles vieram eu não estava aqui, mas eles deram alta quando conseguiram marcar uma ortopedia pra ela, aí eles deixaram o agendamento, a partir de agora é postinho de saúde, o médico é do posto e a gente tá dando alta, qualquer coisa, tudo procura o postinho de saúde.” (C10)

O segundo ponto é que, se percebe nas falas que a alta acontece de maneira automatizada, apresentando apenas características burocráticas, como preenchimento de papéis e encaminhamentos, dando a sensação de que as obrigações da equipe foram cumpridas. O usuário passa a ser de responsabilidade do outro serviço, ou seja, identifica-se uma transferência de responsabilidades e não compartilhamento das mesmas entre os serviços, o que dificulta o trabalho em rede e, conseqüentemente, a integralidade:

“Ah, normal, vieram várias pessoas, eu não consegui guardar o nome de todo mundo. Só falaram que era o último dia e que taria encaminhando pro posto de saúde, a partir de agora o tratamento dele, o acompanhamento, foi assim.” (C6)

“Eles vieram, falaram... deixaram conosco uma receita com toda a medicação dela, pra gente continuar procurando o serviço de saúde, trocaram a sonda e disseram que a partir daí este prontuário dela seria devolvido ao posto de saúde aqui onde ela pertence e a partir daí então, a gente teria que entrar em contato com eles...quando eles deram alta pra ela eles fizeram uma receita com aquilo que ela vinha tomando, aquilo que na medida do possível eu pego no posto, não tem tudo mas...” (C8)

Dessa forma, pode-se concluir que a relação estabelecida entre o Proiid e os demais serviços de saúde, como as instituições hospitalares e a rede básica não estão solidificadas, ou seja, não foram identificadas, tanto nas falas como nas observações, formas ou estratégias de comunicação que priorizassem pactos e compromissos radicais entre os serviços de saúde visando à integralidade do cuidado. Além disso, o papel do Proiid e seus objetivos, como orientar e capacitar cuidadores, ainda é pouco conhecido pelas outras instituições. Dessa forma, pacientes acabam sendo encaminhados e suas reais necessidades acabam não sendo resolvidas, não havendo efetividade nas ações.

3.2.2.4 Vínculos não construídos

A atuação no domicílio é caracterizada pela flexibilidade relacionada às adaptações, mudanças e demanda da clientela, exigindo assim, comunicação, cooperação, trabalho em equipe com objetivos comuns. O trabalho domiciliar pode ser uma modalidade de cuidado de difícil adaptação, pois o domicílio passa a ser um ambiente terapêutico, sendo que o profissional deve deter conhecimentos, além dos técnicos científicos, habilidades, interações e capacidade de negociação. A equipe passa

a fazer parte integrante da família, além do seu contexto, como crenças, cultura, valores, estabelecendo interrelações de empatia e desenvolvendo habilidades de observação do contexto. Nesse âmbito, o trabalho em equipe torna-se imprescindível no cuidado, oferecendo segurança para os profissionais e proporcionando um olhar mais ampliado. A família torna-se participativa e ativa no processo, interagindo com os profissionais, ou seja, apresenta-se como parceira da situação (ALVES, et al., 2007).

A relação estabelecida entre a equipe e o cuidador deve priorizar o compromisso, comunicação, negociações, compartilhamento e, acima de tudo, respeito mútuo. Quando questionados sobre a relação estabelecida com a equipe, podemos perceber que são construídos dois tipos de relações. A primeira delas refere-se às relações restritamente profissionais, ou seja, as interações estabelecidas entre a equipe e o cuidador acontecem em torno somente das orientações realizadas pela equipe, não se percebe o estabelecimento de um vínculo afetivo:

“Eles vinham, a relação era normal assim, como nós estamos falando assim, normal... se tiver alguma dúvida pode ligar, elas deixaram o telefone, inclusive deixaram o celular delas, olha, qualquer problema, qualquer dúvida liga pra nós...” (C1)

“Foi muito bom, porque elas são muito educadas, são pessoas simples e elas dão orientação, elas perguntam se você quer saber alguma coisa ou não, então elas são... eu acho que foi muito bom...” (C5)

“Foi tranquila, foi boa, eles vinham, tirava as dúvidas, a gente... eu cheguei a perguntar, a sugerir se podia, tinha coisas que eu achava que podia...” (C7)

No segundo tipo de relação estabelecida percebe-se uma maior aproximação e interação entre a equipe e o cuidador, surgindo sentimentos de amizade e dependência, o que fica evidente durante as altas, quando os mesmos referem sentir muito com o fim das visitas domiciliares, ou seja, houve estabelecimento de vínculo afetivo:

“Pra mim, eu tenho eles como um amigo mesmo, eu senti muito quando eles falaram acabou, olha vocês não tão me abandonando, mas nossa, eu me apeguei bastante, com todos os profissionais com exceção de nenhum.” (C10)

Nas falas abaixo fica evidente a facilidade de alguns profissionais específicos estabelecerem vínculo com os cuidadores:

“... tem também uma enfermeira moreninha que eu não sei o nome dela, ela foi bastante atenciosa, a gente ficou bem amiga.” (C3)

“... porque queria conversar com a gente pra preparar pra morte, daí apresentou os outros dois médicos, aí depois veio a I. aqui, gostei muito da I., me deixava à vontade...” (C2)

Cabe destacar que as duas falas referem-se à mesma trabalhadora.

Percebe-se nos relatos dos cuidadores que alguns profissionais apresentam características pessoais e individuais de se relacionar com os cuidadores, estas que podem ou não influenciar na construção do vínculo:

“Porque aí depende de cada pessoa, porque teve uma médica que eu achei assim, bem melhor que outra, porque essa aí, ela chegava, ela escutava o coração, media a pressão, olhava a perna, e a outra só olhava assim, então aí depende de cada pessoa né... só tem uma ou outra que é mais assim, séria, se fica até com medo de falar alguma coisa né, mas a maioria delas são bem bacanas.” (C6)

“...tem uns que são meio de cara fechada, a gente olha meio de lado né, mas depois a gente vai vendo conforme vai passando a semana a gente vê que a pessoa chega diferente com um sorriso, embora tenha uns que são meio carrancudos, mas um sorriso é sempre muito bom, então a gente faz a parte da gente, a gente dá um sorriso, se a gente recebe de volta, aí...(C5)

“Ah, pra mim foi legal assim, você tá entendendo, mas eu achei assim, eh, eu esperava uma outra coisa, eu esperava assim, eh, eu pensei que todo, o pessoal todo fosse assim... mas sempre tem uma que né, eu não me dei com a nutricionista...” (C4)

Depreende-se que a relação estabelecida entre os profissionais e os cuidadores, na maioria das vezes, baseia-se em aspectos apenas profissionais, poucos são os que conseguem estabelecer uma aproximação maior, criando espaços intercessores comuns.

Cada profissional apresenta perfil distinto em relação ao relacionamento interpessoal, o que acaba favorecendo ou não a construção de vínculos, fato imprescindível para o cuidado no âmbito da integralidade.

3.3 Análise das categorias

Optou-se em realizar a discussão das categorias dos profissionais e dos cuidadores em conjunto, pois em ambas apareceram núcleos de conteúdos semelhantes, o que possibilitou a construção dessa estrutura de discussão. Apenas a segunda categoria dos cuidadores, “Ser cuidador: necessidades que demandam tecnologia das relações”, foi discutida separadamente, pois seu núcleo de conteúdo aparece somente nos relatos dos cuidadores.

Identifica-se na primeira categoria dos profissionais “Atuação do trabalho em equipe de forma individualizada” que, de acordo com as falas sobre o significado do trabalho em equipe, não há flexibilização na divisão do trabalho, ou seja, predominam as ações privativas de cada profissional, estando mais próxima da equipe agrupamento. Essa situação também aparece na primeira categoria dos cuidadores “Reconhecimento das atividades fragmentadas no cuidado”, pois, em relação ao processo de trabalho, os cuidadores relatam que os profissionais trabalham em equipe, pois recebiam sempre a visita de mais de um profissional. Porém, as justificativas e os próprios relatos sobre a atuação dos mesmos trazem características que mostram que os atendimentos eram

realizados de forma individual e não destacam nenhum movimento de construção coletiva do cuidado.

Na primeira categoria dos profissionais, destaca-se que alguns integrantes da equipe são mais valorizados em função de suas atividades terem características que demandam execução de procedimentos técnicos, evidenciando a visão voltada para as tecnologias duras e descontextualizadas de um cuidado ampliado de saúde, em detrimento das atividades que necessitam de tecnologias leves ou leves-duras.

Em relação à valorização social do profissional, segundo Peduzzi (2001), esta acontece como resultado da divisão do trabalho referente às diferenças técnicas como as especializações dos saberes e que acaba gerando desigualdades sociais entre os agentes. Assim, nesta equipe estão presentes as diferenças técnicas do trabalho especializado, assim como a desigualdade de valores atribuídos aos trabalhos distintos, de modo hierarquizado, o que torna a integração e recomposição diversas do somatório técnico, características estas que se aproximam de uma equipe por agrupamento e não por integração (PEDUZZI, 2001).

Essas relações estabelecidas geram sentimentos de valorização e desvalorização por parte de alguns integrantes da equipe, determinando o seu modo de agir e de se comunicar, dificultando ainda mais a interação dos integrantes, ocorrendo o agir instrumental, que visa a um dado fim *a priori*, e não o agir comunicativo, que busca entendimento e reconhecimento mútuo (PEDUZZI, 2001).

Campos (1997) expõe que junto com a especialidade sempre viriam o monopólio do conhecimento, a fragmentação do processo terapêutico e o argumento da autoridade. Além disso, é visível que a especialização aumenta a alienação desses profissionais, já que diminui a sua capacidade em resolver os problemas, pois o especialista se individualiza.

É claro que as divisões no trabalho vão acontecer, como já foi dito anteriormente, nos dois tipos de equipe, tanto por agrupamento quanto por integração, mas para que a mesma ocorra, é necessária a divisão das responsabilidades individuais de cada caso. Campos (1997) instrumentaliza isso da seguinte forma: núcleo de competências e campo de competências, onde a primeira refere-se às responsabilidades específicas de cada profissão ou especialidade, ou seja, competência e identidade de cada profissional; e a segunda refere-se aos saberes e responsabilidades comuns, ou seja o que compete à todos os profissionais. Assim, trabalhar com esses conceitos possibilitaria a abertura no paradoxo da autonomia e definições de responsabilidades,

vínculos, escuta qualificada, acolhimento, ou seja, proporcionaria a realização de um modelo de atenção pautado na integralidade, já que as necessidades precisam ser desvendadas em suas diversas extensões, considerando a complexidade frente às relações materiais de existência aos usuários.

Nos discursos da maioria dos sujeitos, identifica-se, na primeira categoria dos profissionais, que os conflitos que surgem são resultantes de diversas razões, como a dificuldade de relacionamento devido a questões pessoais, características que dificultam o processo de integração como dificuldade de escutar, de se relacionar, compartilhar informações, compreender e flexibilizar decisões e atitudes, além da presença dos objetivos individuais.

Fica explícito nessa categoria que a comunicação acontece na forma estritamente de caráter pessoal e que os integrantes têm dificuldade em valorizar o conhecimento do outro e até mesmo de compartilhá-lo. Na forma de comunicação identificada, os agentes priorizam sentimentos e relações pessoais reduzindo as interações a círculos de amizades, o que dificulta o trabalho em equipe coletivo. Essas relações independem das relações hierárquicas de subordinação, não havendo o agir comunicativo.

Percebe-se que essa dificuldade da equipe acaba sendo um obstáculo para o agir comunicativo proposto por Habermas, cujos paradigmas são a comunicação, ações comunicativas, sujeito dialógico, liberdade de expressão baseada em profundas reflexões e negociações (HABERMAS, 1989).

De acordo com Gonçalves (1999), o sucesso da ação conjunta depende do conhecimento que as pessoas partilham sobre o mundo e é essa integração, buscando o consenso de toda coação interna e externa, que proporcionará um modelo ideal de ação comunicativa.

Identifica-se também a dificuldade de perceber o papel do outro dentro da equipe. Essa situação gera processos de trabalhos mais fragmentados e individualizados. Um exemplo disso, presente na primeira categoria dos profissionais, é que quando os problemas são identificados, eles acabam não sendo resolvidos, ou quando resolvidos, o são de forma individual.

Os conflitos que surgem, muitas vezes, estão ligados a questões pessoais, e isso acontece com frequência nos relatos desta categoria. Como a comunicação é estabelecida na maioria das vezes em caráter pessoal, as interações para a resolução dos conflitos acontecem de forma individualizada, apenas entre as pessoas envolvidas. Com isso, muitos dos conflitos não aparecem para o restante da equipe, o que leva a alguns

integrantes a pensar que eles nem existem, mostrando uma visão superficial e individualista do processo de trabalho.

Os objetivos comuns e individuais surgem e se relacionam com os afetos e vínculos estabelecidos entre os trabalhadores, da mesma forma em que o modo de trabalhar e o trabalho determinam as relações do trabalho em equipe, as relações determinam no jeito de trabalhar e, conseqüentemente, no resultado da assistência (FORTUNA; MISHIMA; MATUMOTO; PEREIRA, 2005).

A constituição de uma equipe de saúde não se estabelece apenas devido à presença de diferentes categorias profissionais em um mesmo espaço. O trabalho em equipe implica na interação intensa e constante desses trabalhadores para a realização da tarefa assistencial, de forma integral (CAMPOS, 1997).

Para a construção da equipe como integração é importante assinalar a necessidade das equipes visarem à possibilidade da recomposição dos saberes, da totalidade, interdependência, embora seja sabido que essa totalidade, muitas vezes, não existe, nem a uniformidade de idéias, ou seja, a equipe perfeita não existe.

O trabalho de equipe em saúde é como uma rede de relações (de trabalho, de poder, de afeto, de gênero, etc.) entre pessoas, produzidas no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de encontros e desencontros, satisfações, significados, sorrisos, frustrações e lágrimas. Podemos dizer que o trabalho em equipe é concretizado no momento do ato do trabalho. A equipe torna-se equipe enquanto produz o cuidado do usuário (MATUMOTO, et. al. 2005).

A comunicação e a interação constituem-se como princípio básico do trabalho em equipe, promovendo a integração e recomposição dos trabalhos especializados, assim como o trabalho em equipe é um dos princípios organizadores do trabalho em saúde, que tem como objetivo a integralidade do cuidado (PEDUZZI, 2007).

Dessa forma, o processo comunicacional passa a ser um desafio para a equipe do Proiid, já que os conflitos surgem resultantes dessas interações, conflitos estes que não são resolvidos e, conseqüentemente, gerando mais conflitos, fato que influencia na dinâmica do trabalho da equipe. Assim, percebe-se que a equipe tem dificuldades para se colocar frente a um conflito, pois a comunicação estabelecida pelo grupo não é efetiva. O processo comunicacional trazido por Habermas pode ser considerado uma tecnologia leve, que possibilita uma abordagem que vai ao encontro da busca de adesão dos trabalhadores e dos usuários, pois se acredita que os modelos burocráticos devem ser superados quando repensados os recursos humanos das organizações públicas em

todo seu processo de trabalho, ou seja, objetos antes sendo considerados objetos da ação gerencial, passivos, tornando-se atores ativos dos processos decisórios.

Assim, trabalhar em equipe pode representar um aprendizado mútuo. Porém, esse aprendizado coletivo poder gerar questionamentos sobre o trabalho de uns e de outros, sem que isso seja percebido como ataque pessoal, mas como uma resposta às necessidades dos indivíduos, pensando em sua integralidade. (CAMPOS, 1997). Percebe-se que a primeira categoria dos profissionais revela que na equipe do Proiid a visão de núcleo de competências está muito mais evidenciada no processo de trabalho, determinando o modelo de cuidado.

Outro aspecto evidenciado nessa categoria refere-se a não utilização do espaço coletivo de supervisão para serem evidenciados e trabalhados os conflitos existentes nessa equipe. A prática de supervisão já é uma realidade e reconhecida entre alguns dos profissionais que atuam no programa como uma estratégia para enfrentar as dificuldades que surgem no processo de trabalho e, principalmente, no trabalho em equipe. Porém, esses profissionais apresentam dificuldades em expor e colocar situações conflitantes nos momentos com a supervisora (psiquiatra), deixando de resolver muitos conflitos que ainda persistem entre o grupo. Dessa forma, a supervisão deixa de atingir os seus principais objetivos e não traz resolutividade. Por isso, nessa categoria, identifica-se que, para alguns integrantes, a supervisão nem é percebida como uma ferramenta importante no processo de trabalho.

Essas são questões importantes para serem abordadas no trabalho de supervisão das equipes para construção de processos de gestão do trabalho e da assistência voltadas para as necessidades dos usuários. A supervisão de equipes é um dispositivo importante para a construção de grupos e de um projeto de trabalho que permita a avaliação das próprias equipes sobre as suas práticas e a reflexão das atitudes e efetividade nas ações. A supervisão tem como objetivo um trabalho conjunto de equipes: da equipe de supervisão e da equipe de trabalhadores, em que a primeira tem o papel de facilitar que os profissionais consigam realizar sua auto-análise e sua auto-gestão. (BAREMBLITT, 1996).

Hoje não é mais considerada como uma super-visão de alguém que detém o saber desejado e mantém posição privilegiada, mas como uma co-visão, um olhar atento, de fora, que evidencia os caminhos percorridos pelo grupo, possibilitando que este perceba seu modo de sentir, pensar e agir (OSÓRIO, 1997).

Matumoto et al (2005) declaram que ao realizar a supervisão, depara-se com dificuldades: a construção do papel de supervisor, o exercício de práticas democráticas na saúde e a ruptura no modo de fazer centrado, em tecnologias duras, passando para o modo de produção de cuidados.

Neste contexto, o supervisor tem um papel estratégico sendo aquele que pensa junto nos obstáculos e nas dificuldades com que a equipe se depara ao realizar suas práticas de cuidado. Deve facilitar na equipe a visualização dos obstáculos, para compreendê-los, modificá-los e dar significados a eles (MATUMOTO, et. al., 2005).

No trabalho de supervisão é necessário ajudar a equipe a suportar a quebra desse mito da equipe perfeita, perceber e lidar com sua incompletude. Se a equipe não conseguir superar esses obstáculos, ela se imobiliza pelas faltas (por exemplo: falta de um determinado profissional, um exame e recursos materiais etc.) e não consegue saltar para um processo criativo a partir dos recursos que já possui. A ruptura do mito da equipe perfeita e completa e/ou da imobilização pela falta está estreitamente ligada à concepção de saúde que conforma a finalidade do processo produtivo (MATUMOTO, et al. 2005).

A problematização das ações realizadas permite que os membros da equipe atualizem as relações que estabelecem entre si, com os usuários, com as famílias e comunidade, estabelecendo novos significados (MATUMOTO, et. al., 2005).

Dessa forma, faz-se necessário que a própria equipe possa se analisar na produção de seu trabalho. Porém, a equipe necessita de espaço e tempo para esse processo. Assim, a supervisão realizada por alguém externo pode facilitar o enfrentamento de suas dificuldades, dos movimentos de resistência que produz. Esse resultado se faz em sucessivos processos de idas e vindas, de auto-analise e auto-gestão, que podem encorajá-la a arriscar novas formas de produzir as ações de saúde (MATUMOTO, et. al. 2005). Porém, esse profissional deve estar capacitado para esse tipo de supervisão e propiciar espaços que permitam a participação ativa de todos os membros da equipe.

A dificuldade que a equipe do Proiid tem de se colocar ao grupo sob supervisão, presente na primeira categoria dos profissionais, pode estar relacionada ao medo de serem atacados nas certezas, medo de perda do que já é conhecido, censura e da não aceitação. Isso pode estar relacionado ao fato de estabelecerem uma comunicação que prioriza os aspectos apenas pessoais, dificultando a construção da habilidade de fazer e receber críticas construtivas. Aprender requer a quebra da matriz de aprendizagem que

temos enraizada, desenvolver a análise crítica para que possamos transformar o meio em que estamos inseridos (MATUMOTO, et. al., 2005).

Na segunda categoria dos profissionais “Falta de redes de serviços e pactuação na equipe”, identifica-se que as reuniões de equipe, que são realizadas semanalmente, constituem-se num espaço propício para esse exercício, porém, esses, assim como nas atividades de supervisão, não são frequentados por todos e as colocações realizadas por alguns deles que contradiz algumas opiniões, gerando conflitos que na maioria das vezes não são resolvidos, ou há situações em que algumas posições não são colocadas pela maioria para evitar conflitos.

Na observação participante, identificou-se que as reuniões acontecem sempre da mesma maneira, ou seja, um profissional escreve a ata, havendo escala para a realização da mesma, discuti-se cada caso, programando-se as altas, descrevem as condições dos pacientes, programam-se as próximas visitas; desabafo de alguns profissionais sobre sentir-se sobrecarregado por ter apenas um profissional de sua categoria, gerando abertura para discussões entre as outras categorias e não soluções e, na maioria das vezes, nem identificação dos problemas tanto relacionados aos pacientes quanto ao relacionamento interpessoal. No trabalho em equipe do tipo interação há complementaridade e colaboração no exercício da autonomia e não há independência dos projetos de ação, mas sim interdependência; enquanto que no trabalho em equipe por agrupamento, ocorre a independência dos projetos assistenciais de cada área (PEDUZZI, 2001). Motta (1995) afirma que a interdependência da autonomia é garantida por um conjunto de valores que são compartilhados através da comunicação, onde todas as informações sejam repassadas igualmente.

Trabalhar de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em certo conhecimento acerca o trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los (SCHRAIBER et al., 1999).

Várias são as falas que fica explícita, na segunda categoria dos profissionais, a visão puramente tecnicista dos mesmos, que valorizam a divisão das tarefas, o trabalho fragmentado, a visão superficial sobre o processo de trabalho, além de não compreenderem a importância de sua relação com o paciente e não acharem importante a sua participação nas reuniões de equipe. Assim, o trabalho, nessa visão, nada mais é

que uma ação instrumental, já que utiliza um ângulo de consecuições de produtos baseados em regras técnicas delimitadas

A valorização do profissional médico pelos profissionais da equipe para tomada de decisões confirma que o processo de trabalho da equipe tem como eixo o modelo médico centrado. Esse fato também fica explícito nas falas dos cuidadores na primeira categoria, evidenciando o forte aspecto sociocultural do modelo de cuidado biomédico vivenciado pela população que reforça o sentimento de maior segurança em relação às orientações realizadas pelo médico.

O modelo de atenção biomédico hegemônico constitui-se mais como produtor de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros), deixando, muitas vezes, de assumir compromissos com os usuários e suas necessidades (Merhy, 2002). Os processos de trabalhos voltam-se mais para objetos do que para seu objetivo, que seria sua finalidade, ou seja, produzir cuidados pensando na qualidade de vida.

Merhy (2002) afirma que quando se realizam ações voltadas ao modelo médico-centrado, o trabalho se estrutura sobre problemas específicos por meio do atendimento do médico, subordinando os saberes e ações dos outros profissionais à lógica médica. Isso dificulta o espaço da dimensão cuidadora da equipe e a incorporação de outros saberes para ampliação da ação na busca de solução para as necessidades de saúde, reforçando as competências dos núcleos de saber específicos, já tão valorizados pelas especializações.

Fica explícita na fala dos trabalhadores que profissionais considerados com contribuições importantes no cuidado não participam das reuniões. Estes deveriam ser reconhecidos como espaços para planejamento e estratégias para o cuidado.

Portanto é fundamental considerar que a multiprofissionalidade busca a integração e a instauração da totalidade em campos de saberes heterogêneos, pluralistas e múltiplos, reconhecendo que os fenômenos são complexos, apresentando olhares diversificados sobre estes. Compreender a realidade exige um pensamento complexo, trata-se de identificar as relações e inter-retroações entre cada fenômeno e seu contexto, as relações entre o todo e as partes, a repercussão da modificação do todo sobre as partes, reconhecendo a unidade incluída na diversidade e vice-versa (MEIRELLES; ERDMANN, 2005).

Os entrevistados apontam que os profissionais que demandam ações interdependentes na maioria das vezes não estão presentes nos momentos das discussões dos casos. Essa situação traz consequências para a realização do cuidado quando

pensamos na integralidade. Gomes e Pinheiro (2005) afirmam que um dos sentidos da integralidade refere-se a uma assistência que não se reduz ao sistema biológico, mas que nesse encontro paciente/usuário pretende reconhecer, além das demandas explícitas, as necessidades sentidas no que diz respeito à saúde. A busca por uma abordagem integral do sujeito implicaria uma gestão da micropolítica do cotidiano das unidades assistenciais. Tal gestão, voltada para a articulação dos diversos profissionais, equipes e serviços de saúde, imprimiria uma centralidade aos saberes e práticas. A coordenação deve atentar para as interfaces entre as equipes/serviços, estabelecendo fluxos e processos de trabalho voltados para uma abordagem holística do sujeito e suas necessidades de saúde (Merhy, 2002). Para que isso ocorra é necessário haver um projeto terapêutico integrado.

Fica evidente na análise da segunda categoria dos profissionais que a equipe do Proiid não elabora projetos terapêuticos integrados e singulares, este conceituado por Campos (1997) como plano único de elaboração assistencial, sendo o momento em que cada profissional expõe sua opinião sobre o caso, ou seja, empresta seu núcleo de conhecimento e propõe condutas. As visitas vão acontecendo sem planejamento prévio, de acordo com as demandas e necessidades que surgem ao longo da internação domiciliar. Dessa forma, percebe-se na primeira categoria dos cuidadores que muitas das necessidades dos cuidadores acompanhados pelo Proiid não foram percebidas e atendidas, que não houve impacto no cuidado, pois projetos terapêuticos integrados não foram construídos, dificultando na identificação das necessidades de saúde. Ainda nessa categoria dos cuidadores, percebeu-se que a falta de um plano terapêutico integrado, incluindo a elaboração de planejamento para a realização das visitas pactuado com os cuidadores, trouxe dificuldades para estes realizarem alguns cuidados.

Campos (1997), ao pensar sobre a constituição da equipe de saúde, elege alguns dispositivos capazes de captar e facilitar o processo de trabalho integrado e que se fazem necessários na construção dessa nova prática, entre eles o prontuário, facilitador na transmissão de informações sobre o paciente, e, portanto, de responsabilidade de toda a equipe de saúde. Destaca-se que o prontuário é do usuário, e não propriedade do profissional de saúde. Dessa forma, o prontuário único, já utilizado por parte de muitas equipes de saúde, é fonte de informação que circula de forma igual entre todos os membros da equipe de saúde. Porém, apenas relatar as visitas em impressos comuns, sem haver comunicação efetiva entre os integrantes, não garante integralidade do cuidado.

Cecílio (2000) adota uma taxonomia em relação às necessidades de saúde, de forma descritiva e operacional, que enfoca o individual e o social. Nesse sentido, organiza em quatro grandes conjuntos:

- Ter boas condições de vida – refere-se aos “fatores ambientais externos que determinam o processo saúde- doença”;
- Ter acesso – possibilidade de “poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”;
- Ter vínculos efetivos entre cada usuário e equipe ou profissional – “estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades”;
- Ter graus crescentes de autonomia – “possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampliada possível”.

A divisão da equipe em dois grupos para realização das visitas, ou seja, um transporte para equipe de enfermagem e médica e o outro para fisioterapeuta, dentista, nutricionista e assistente social, relatada pelos profissionais, pode aparentar uma estrutura do processo de trabalho semelhante a que Campos (2007) propõe, que são as equipes de referência e equipes matriciais. Porém, as práticas dessa equipe não condizem com os objetivos dessa proposta.

O apoio matricial e a equipe de referência são arranjos organizacionais e metodologias de trabalho com o objetivo de ampliar a clínica e colocar em prática ações que visem à integralidade do cuidado e a integração dialógica entre os especialistas. É uma estratégia que pode garantir eficácia no trabalho em saúde, além de investir na autonomia dos usuários. Porém, sua instrumentalização prevê mudanças organizacionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial tem como objetivo a retaguarda especializada à equipe de referência, ou seja, tanto retaguarda assistencial como suporte técnico e pedagógico. Porém, isso dependerá de como as ações compartilhadas serão estabelecidas. Essa metodologia prevê critérios e diretrizes estabelecidas para acionar o apoio matricial e definições claras das responsabilidades dos diferentes integrantes da equipe (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A equipe de referência, por outro lado, tem a responsabilidade de conduzir os casos individuais, familiar ou comunitário. Isto se refere à atenção dada durante o tempo

necessário a determinado indivíduo de forma longitudinal e integral. As equipes de referência buscam deslocar as corporações de especialistas, reforçando o trabalho interdisciplinar. Essas equipes sempre deverão ser compostas por profissionais considerados essenciais para a condução dos problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Assim, necessitam investir em objetivos comuns (problema de saúde), responsabilização pela realização das tarefas e compromisso radical com o usuário (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O funcionamento dialógico prevê a construção de espaços coletivos para discussão de casos clínicos, sanitários ou de gestão. O apoiador matricial, embora tenha um núcleo de conhecimento específico, pode agregar recursos de saber, contribuir com as intervenções e resolver problemas identificados pela equipe de referência. Além de construir espaços para comunicação ativa e compartilhamento de conhecimento entre referência e matricial. Essa comunicação tem como base a discussão de casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e a elaboração de projetos terapêuticos e intervenções para os profissionais envolvidos. A comunicação pode ser realizada por meios diretos de comunicação, como o contato pessoal, eletrônico, telefônico e não apenas encaminhamentos impressos, solicitando intervenção do apoiador. O apoio matricial implica sempre na construção de um projeto terapêutico integrado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Porém, essa metodologia que busca diminuir a fragmentação imposta apresenta vários obstáculos como: comunicação, culturais (especialidades) e epistemológicos (modelo médico centrado). Para que a interdisciplinaridade aconteça é necessário estruturar um sistema no qual sejam compartilhadas as responsabilidades pelos casos e ações práticas e sistematizadas, conforme os projetos terapêuticos estruturados, além de definições claras do papel de cada integrante (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A ação de saúde que visem à lógica da produção do cuidado refere-se ao trabalho orientado às necessidades de saúde aos problemas e à melhoria da qualidade de vida do usuário, ou seja, visa à elaboração de projetos terapêuticos integrados e singulares.

Os trabalhadores dos estudos, embora se afirmem que trabalham com condutores de caso, fica claro em suas falas, que não há um gestor do cuidado, pois a equipe apresenta dificuldade em trabalhar com as tecnologias leves e projetos terapêuticos singulares não são construídos.

Matumoto et al. (2005) mencionam que para atuar como gestor do cuidado, visando à integralidade, o trabalhador de saúde necessita incorporar e assumir seu papel de cuidador e ampliar seu olhar, utilizando como principais instrumentos as tecnologias leves e relacionais da clínica e da gestão, assim como o vínculo, acolhimento e, responsabilização, articulando as necessidades dos trabalhadores, usuários e organizações, promovendo autonomia dos usuários e um maior compromisso com o mesmo. Os gestores do cuidado atuam como responsáveis pelos seus resultados e, à medida que a produção do cuidado em saúde acontece, vai-se constituindo “a figura do gestor do cuidado, que poderá ou não ser um médico, mas que sempre será um cuidador.” (Merhy, 2002, p.133).

Na segunda categoria dos profissionais “Falta de redes de serviços e pactuação na equipe”, percebe-se que em relação aos critérios de admissão e alta, os mesmos não foram legitimados pela equipe, pois, embora haja conhecimento sobre esses critérios, informações importantes, como justificativas para admissão de determinado paciente, às vezes não são compartilhadas por todos, gerando conflitos.

Identifica-se nessa mesma categoria dos profissionais e na terceira categoria dos cuidadores “Descontinuidade do cuidado pela falta de articulação entre os serviços”, o fato de que a questão de referência e contra-referência acontece com o enfoque muito mais administrativo e burocrático. Tem-se dificuldade de estabelecer uma comunicação mais efetiva e humanizada entre os serviços visando à garantia da continuidade da atenção, nem durante o processo de internação domiciliar e nem da alta, ocasionando uma desresponsabilização do cuidado. Destaca-se também o fato de que foram relatados pelos profissionais e pelos cuidadores que algumas altas foram realizadas pela equipe sem a presença do cuidador principal, ou seja, pessoa responsável pelo cuidado no domicílio e que assina o termo de compromisso com a equipe. Os cuidadores não se encontravam no último contato realizado pela mesma, o que dificulta uma continuidade efetiva do cuidado.

Fornells (2000) afirma que, dentre os fatores que podem dificultar o atendimento domiciliar, está a falta de interligação entre o hospital e a equipe que dará suporte à família, já que o paciente terminal recebe alta e retorna ao domicílio e, muitas vezes, não tem condições de receber este paciente. A inclusão no programa deve ser planejada no momento em que o paciente ainda está internado, permitindo que a equipe dê o suporte adequado com os familiares.

Percebe-se que a referência e contra-referência, embora sejam identificadas pelos integrantes da equipe como uma dificuldade no processo de trabalho, não vêm garantindo continuidade do cuidado, fato identificado pelos cuidadores entrevistados. Sua prática vem valorizando somente o ponto de vista administrativo e não ações que garantam comunicações efetivas entre os serviços de saúde, pensando na realização do cuidado a partir da articulação dos serviços e do trabalho em rede.

Quanto à relação estabelecida entre os serviços de saúde e o Proiid, os encaminhamentos das instituições hospitalares acontecem com mais frequência quando comparados aos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Saúde da Família (SF), identificada na segunda categoria dos profissionais.

De acordo com a Lei Orgânica de Saúde 8080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece um modelo no qual não haja indissociabilidade entre ações preventivas, curativas, promocionais e reabilitadoras.

Observou-se que na maioria dos encaminhamentos gerados pelos hospitais (Hospital das Clínicas ou Hospital Universitário) ao Proiid, os campos destinados aos diferentes profissionais vinham preenchidos corretamente, enquanto que os encaminhamentos vindos das UBSs e SFs vinham apenas preenchidos, na maioria das vezes, pela enfermeira da unidade. Outro fato relatado pelos trabalhadores do estudo refere-se ao desconhecimento sobre o programa de atendimento domiciliar por parte de outros profissionais que já atuavam em outros serviços da saúde, evidenciado tanto nas falas da equipes, como nas dos cuidadores, o que mostra uma fragilidade nas relações estabelecidas entre o Proiid e os outros serviços da rede de saúde.

Campos e Domitti (2007, p. 401) fazem a seguinte afirmação sobre a referência e contra-referência:

Na teoria de sistemas de saúde, há o princípio da hierarquização, em que se prevê uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe; o nível primário dirige-se ao secundário e assim sucessivamente, havendo ainda uma transferência de responsabilidade quando do encaminhamento. Tratar-se-ia de relações do tipo vertical, em que a comunicação entre os níveis ocorre por meio de informes escritos – no caso, a planilha de referência –, apenas para transferir uma responsabilidade e receber algum informe ao final do procedimento – o formulário de contra-referência. Esse estilo de relação entre trabalhadores foi concebido pela administração clássica, induzindo sistemas burocráticos e pouco dinâmicos.

Para que a referência e contra-referência aconteça de forma efetiva, é imprescindível que ocorra a intersetorialidade. Esta é a "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito

sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social" (JUNQUEIRA & INOJOSA, 1997). É uma nova lógica, buscando superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade. Assim, a intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

Essa forma de atuar é nova, por isso deve acarretar mudanças nas práticas e na cultura organizacional. É um processo que tem riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesses contrariados. A ousadia de mudar vai precisar das alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida. Portanto, sem mudar concepções, valores e práticas não é possível transformar o processo de trabalho setorial e fragmentado, como tem sido a prática das organizações públicas, para uma prática organizacional moldada pela intersectorialidade (JUNQUEIRA & INOJOSA, 1997).

O termo integralidade é um conceito que continua em construção e pode apresentar três sentidos: a integralidade como traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).

O primeiro sentido refere-se a uma assistência que não reduz ao sistema biológico, mas que, nesse encontro paciente/usuário, pretende reconhecer, além das demandas explícitas, as necessidades no que diz respeito à saúde. O segundo sentido refere-se à horizontalização dos programas anteriormente verticais, superando a fragmentação das atividades, a necessidade de articulação entre demanda programada e esperada como atividades coletivas. O último sentido refere-se às políticas especialmente desenhadas para dar respostas a determinados problemas de saúde que afligem certo grupo populacional (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Ressalta-se, contudo, que a integralidade não se restringe ao espaço do serviço de saúde, sendo também efetivada pelo sistema dentro de uma lógica de complexidade crescente, já que os recursos necessários ao cuidado não estarão sempre disponíveis e concentrados em uma mesma unidade de saúde, implicando um extravasamento das ações necessárias ao cuidado. Dessa forma, a integralidade opera em uma rede, que começa a ser tecida a partir da relação entre usuário e profissional e entre as equipes de saúde, visando à solução dos problemas de saúde (CAMPOS, 1997).

Depreende-se que a falta de articulação entre os serviços, ou seja, o trabalho em rede, identificado na segunda categoria dos profissionais e terceira categoria dos cuidadores, pode gerar ações de descomprometimento entre eles e com o usuário, desvalorizando o papel de cada um. Para que a integralidade se efetive, torna-se necessária a organização dos serviços em uma rede de atenção à saúde, propiciando que a equipe tenha uma visão crítica e reflexiva sobre a inserção do seu objeto de cuidado (o usuário e sua família) nesta rede, produzindo um maior comprometimento, responsabilização e envolvimento, que por sua vez traduz o modelo assistencial proposto.

Pensando no sentido da integralidade, atualmente, o setor saúde tem como responsabilidade atender às diversas necessidades, como as intervenções que pressupõem alta tecnologia em níveis terciários, como também atuar nos locais onde as pessoas vivem, proporcionando ações de prevenção de doenças e promoção à saúde. Dessa forma, a intersetorialidade passa a ser outro princípio para garantia do cuidado em todos os níveis de atenção e continuidade do cuidado.

Os profissionais entrevistados colocam como estratégia para melhoria da referência e contra-referência, a ampliação de mais equipes do programa de internação domiciliar no município de Marília. Programas voltados para atender a população no domicílio vêm crescendo no Brasil, sendo o Proiid um deles, assim como a expansão da Estratégia de Saúde da Família, que prioriza o atendimento domiciliar e que em Marília totaliza 30 equipes, número significativo para o município que atualmente tem 220 mil habitantes. O que se deve refletir não é a falta de programas e profissionais na rede, mas como o cuidado integral vem ocorrendo na prática, ou seja, qual a relação estabelecida entre os profissionais, os usuários e os serviços de saúde quando pensamos no trabalho em rede e na intersetorialidade. Identifica-se uma falta de articulação em rede, ou seja, uma gestão que fortaleça a proposta do cuidado pensando na integralidade. A expressão multidimensional das necessidades de saúde sejam elas individuais ou coletivas, o conhecimento sobre o complexo objeto e as intervenções no processo saúde-doença de indivíduos e/ou grupos requerem múltiplos sujeitos para darem conta da totalidade das ações, demandando a recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral. A mera alocação de recursos humanos de diferentes áreas não garante tal recomposição; ações isoladas, ações justapostas, sem articulação, não permitem o alcance da eficácia e eficiência dos serviços na atenção à saúde (SCHRAIBER et al., 1999).

O objetivo do atendimento domiciliar, para alguns sujeitos da pesquisa, na terceira categoria dos profissionais, significa a transferência do paciente para o domicílio, visando apenas ao benefício das instituições hospitalares, assim como a redução das taxas de infecções e da demanda hospitalar. O significado do atendimento domiciliar para os cuidadores apresentados na primeira categoria aproxima-se também de um atendimento humanizado, no sentido de que o cuidado domiciliar visa à capacitação do cuidador e possibilita que este assuma responsabilidades com mais segurança. Depreende-se que ter uma equipe de saúde no domicílio é imprescindível para o cuidador, principalmente por trazer segurança ao mesmo, além de orientações técnicas e até mesmo a aquisição de materiais.

O cuidado domiciliar significa compartilhamento de responsabilidades. Não é objetivo repassar os cuidados aos familiares, já que o sistema de saúde não está tendo condições de fornecer, mas sim, elaborar um cuidado em que as necessidades apresentam possibilidades de serem atendidas (KERBER; KIRCHHOF; VAZ, 2008).

O domicílio passa a ser um espaço onde a equipe de saúde pode observar o modo como as famílias convivem e como enfrentam as situações de doença e os obstáculos, além de identificar os instrumentos que usam e que estão à disposição, e suas necessidades frente ao fato de cuidar de um ente querido, sendo este dependente para a manutenção de sua vida (LACERDA; OLINISKI, 2005).

O cuidado no domicílio se diferencia de outros atendimentos pelo próprio local, havendo variáveis que influenciam esse novo modelo, como o ambiente, participação maior da família, trabalho em equipe e comunicação, flexibilidade, descentralização do cuidado, novas habilidades adquiridas pelos profissionais, já que muitas vezes a família sente-se invadida em sua intimidade e deve ser respeitada, estabelecendo-se um vínculo com a equipe (ALVES, et al., 2007).

A Clínica Ampliada, enfatizando o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e o compromisso passa a ser uma ferramenta importante para o estabelecimento de uma relação entre o profissional de saúde e o usuário, no caso, a família e/ou cuidador. Além disso, o domicílio possibilita uma reflexão sobre as concepções do processo saúde-doença. É uma modalidade humanizadora por permitir que o paciente se recupere junto de sua família

A forma como a equipe está organizada em relação ao processo de trabalho, deixando atribuições relacionadas às tecnologias das relações apenas para um único profissional, determina um modelo de cuidado que não garante a integralidade. Embora

ocorra no domicílio (ambiente que favorece a humanização), percebe-se, nas falas da terceira categoria dos profissionais, que a equipe pesquisada ainda atua conforme os modelos tradicionais, ou seja, biomédico, fragmentado e tecnicista. Kerber; Kirchof e Vaz (2008) afirmam que somente sair do hospital para o domicílio sem mudar as práticas hospitalocêntricas não garante integralidade do cuidado, apenas muda o ambiente de atendimento.

O fortalecimento das relações de confiabilidade, formação de vínculos e revisão dos conceitos de processo/saúde/doença/cuidado, que vão além do biológico, considerando o paciente como um ser de relações num processo de relação social, tem sido uma prática na atenção domiciliar que tem proporcionado momentos de reflexão entre os profissionais que atuam nessa área sobre como vem se estabelecendo as relações com o usuário ao entrarem ao domicílio (PEREIRA, et al., 2005).

Fornells (2000) afirma que a família ou o cuidador precisa da equipe para esclarecer suas dúvidas e, principalmente, amenizar suas angústias, situação confirmada na primeira categoria dos cuidadores. Dessa forma, a tecnologia das relações passa a ser um instrumento essencial nesse contexto, sendo responsabilidade da equipe, já que atividades técnicas como, por exemplo, higienização e alimentação, foram citadas pelos cuidadores, que muitas vezes eram realizadas por outros integrantes da família ou conhecidos que apóiam o cuidador principal, mesmo sem ter tido orientação nenhuma sobre como cuidar.

De acordo com Gomes e Pinheiro (2005), a noção de vínculo faz refletir sobre responsabilidades e compromisso. No *Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa* (2005), o termo *acolhimento* está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. E acolher significa: “dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a”. Já vínculo é “*tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; gravame, ônus, restrições; relação, subordinação; nexo, sentido*”. Assim, para melhor entender os nexos constituintes entre as idéias sobre vínculo no contexto da saúde, recorreremos às contribuições de Victora; Knauth e Hassen (2000), segundo as quais o estudo do conjunto específico de vínculos entre um conjunto específico de pessoas pode ser usado para interpretar o comportamento social das pessoas envolvidas. A esse conjunto dá-se o nome de rede de relações sociais.

O entendimento de como elas se organizam, como os intercâmbios são realizados e as formas de troca socialmente aceitáveis são importantes para a

compreensão da estrutura social na qual as redes se realizam. As autoras afirmam que, para o estudo da rede de relações, é importante observar: a) o que é trocado, isto é, o *conteúdo* dos vínculos (bens materiais, drogas, favores sexuais, relações de amizade, cumplicidade, hostilidade); b) com quem é trocado, ou seja, se são *relações horizontais* que se dão dentro de uma mesma geração ou entre pessoas com o mesmo *status* do grupo, ou são *relações verticais* do tipo patrão e empregado, entre pais e filhos; c) o quanto é trocado, isto é, a *densidade* dos vínculos, se estreitos ou fluidos, contínuos ou eventuais.

A ausência de ruptura entre quem oferece ou presta serviço e quem o recebe, a tendência constante para diminuir o fosso, personalizar a relação é o que caracteriza o vínculo comunitário, segundo Godbout (1999, p.89). O autor enfatiza que o fato de que “o princípio e o motor da ação têm origem no vínculo existente entre os membros da organização ou entre a associação da pessoa ajudada, a qual, aliás, muito raramente é chamada de “cliente”.”

Observa-se pelas falas, tanto dos profissionais quanto dos cuidadores entrevistados que as relações estabelecidas entre equipe e cuidadores apresentam-se verticalizadas e unidirecionais, caracterizada por atitudes de definição por parte dos profissionais das ações a serem cumpridas pelos cuidadores, responsabilizando-os unicamente pelo cuidado, dificultando, a construção do vínculo, da participação coletiva na construção do cuidado e da promoção da co-responsabilização. Essas relações também aparecem na quarta categoria dos cuidadores “Vínculos não construídos”, onde fica explícito que a relação estabelecida entre os profissionais e os cuidadores, na maioria das vezes, baseia-se em aspectos apenas profissionais e poucos são os que conseguem estabelecer uma aproximação maior criando espaços intercessores comuns. Cada profissional apresenta perfil distinto em relação ao relacionamento interpessoal, o que favorece ou não a construção de vínculos, imprescindíveis para o cuidado no âmbito da integralidade.

Dessa forma, essas características dificultam a aproximação entre a equipe e os cuidadores, já que os profissionais que atuam de forma estritamente técnica, tem dificuldades na comunicação e nas orientações realizadas, as quais muitas vezes não são compreendidas pelos cuidadores, dificultando o vínculo e gerando conflitos pessoais que repercutem nas atitudes dos profissionais quando pensamos no cuidado integral. A pouca participação do cuidador ou da família no planejamento do cuidado realizado pelos profissionais do Proiid também aparece na primeira categoria dos cuidadores,

tendo a família, na maioria das vezes, somente o papel de aceitar, concordar e seguir as orientações. As decisões são tomadas conforme a necessidade percebida no momento pelos profissionais, indicando não haver uma organização das ações por prioridades.

Pensando no desafio de colocar em prática os princípios do SUS, sendo a integralidade um deles, o Ministério da Saúde coloca como proposta para enfrentar esses desafios o HumanizaSUS. Essa política visa à priorização do atendimento com qualidade, participação integrada dos gestores trabalhadores e usuários para consolidação do SUS. Por humanização entendemos como: “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.” (BRASIL, 2004, p. 3).

Um instrumento que facilita colocar em prática os princípios do Humaniza SUS é a clínica ampliada. Esta é definida como um olhar clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho a integração da equipe multiprofissional; a adstrição de clientela e construção de vínculo; a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde doença. Uma democracia institucional diz respeito à constituição de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde (BRASIL, 2004).

Dessa forma, a família passa a ter um papel importante nas tomadas de decisões, exercitando sua autonomia a partir do momento em que atua como sujeito ativo, este entendida como esfera de liberdade de tomada de decisão e julgamento frente às necessidades de saúde.

Merhy (2004) diz que o trabalho na saúde também produz como bens as relações, produtos dos processos de interseções. Porém, esse processo refere-se à idéia não apenas de uma simples junção através da somatória de um com o outro, mas também de um processo singular resultante do encontro de dois em um único momento. Dessa forma, os processos intercessores referem-se aos espaços da relação produzida resultante do encontro dos sujeitos (trabalhadores da saúde e usuário), que sempre existirão, mas somente em encontros em ato.

As imagens desses espaços se assemelham ao da construção de um espaço comum da intersecção entre dois conjuntos. Porém, o que se percebe nas relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários, presentes na segunda categoria dos profissionais e quarta categoria dos cuidadores, são processos intercessores que mostram como a dinâmica entre eles e o jogo entre as necessidades ocorrem em espaços

distintos, seus processos de relações apresentam-se do tipo objetival e não partilhada (MERHY, 2004).

Malta e Merhy (2003) afirmam que, quando há encontro entre os sujeitos, criam-se espaços de relações, havendo interseções entre os dois, o resultado desse encontro não é apenas a somatória de um com o outro, mas sim um processo singular pelo encontro dos dois em um único momento, sendo que esses espaços surgirão sempre que ocorrer um encontro e um ato. Nos modelos de assistência de saúde predominantes hoje, os “espaços intercessores” são preenchidos pela “voz” dos trabalhadores e pela “mudez” dos usuários, ou seja, na realidade, as interações não acontecem, as relações simplesmente surgem de forma objetival, diversificadas.

Assim, a equipe de saúde tem um papel importante no cuidado domiciliar, colaborando com a família para que ela possa realizar os cuidados com autonomia e com qualidade, sendo então a educação em saúde e a parceria entre equipe e cuidador aspectos fundamentais no cuidado integral (LACERDA; OLINISKI, 2005).

Franco e Merhy (2008) afirmam que o vínculo é um indicador de positividade nas relações de cuidado, enquanto diretriz do modelo assistencial, pois através dele se consegue um processo de trabalho mais interativo, dialógico, com pactuação do projeto terapêutico e, sobretudo, facilita a relação entre todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado.

Vale ressaltar que as concepções do trabalho em equipe que circulam entre os trabalhadores refletem a prática do cuidado percebida pelos cuidadores, o que ficou explícito pela proximidade das categorias de análise entre os dois grupos de sujeitos da pesquisa. Percebe-se que em todos os momentos das entrevistas, não há referência de nenhum integrante da equipe sobre a gestão central responsável pelo Proiid. Tem-se a impressão, que a equipe atua solta, sozinha, ou seja, não há uma gestão que fortaleça a proposta do programa, além disso, a equipe não padece da concepção de cuidado (ela tem uma concepção de cuidado, inclusive reproduz o modelo médico centrado e biologicista). Em relação às propostas estabelecidas pela Portaria 2.529/06 que coloca em prática o Programa de Internação Domiciliar no âmbito do SUS, estas não estão dando conta de sanar as principais necessidades apresentadas pelos usuários. Qual o modelo de cuidado está inserido o programa que prevê que a alta deve ser dada em 30 dias? Que políticas públicas são essas (será que elas estão clara, quanto a sua intencionalidade?) Políticas que atuam na lógica do mercado capitalista, ou seja, racionalização de custos e não na lógica do cuidado integral, da vigilância em saúde,

pois os usuários que fazem parte do programa apresentam necessidades que vão além dos 30 dias conforme estabelecido na portaria: “Art. 5º Definir como meta a média de 30 (trinta) internações/mês por equipe, com média de permanência de até 30 (trinta) dias.” (BRASIL, 2006). A portaria também estabelece condições mínimas de moradia para o usuário ser aceito pelo programa, porém não deixa claro quais os parâmetros utilizados para caracterizar “condições mínimas de moradia”. E os usuários sem “condições mínimas de moradia”, pensando em saúde em seu conceito ampliado, não seriam os mais necessitados que deveria ser absorvidos pelo programa?

Dessa forma, percebe-se que as políticas públicas, em geral, são formuladas e implementadas de forma vertical, ou seja, autoridades de níveis federais estruturam normas e as mesmas são colocadas em práticas pelos níveis estaduais e municipais, sem levar em conta a realidade daquele contexto e sua territorialização e até mesmo a falta de instrumentos de avaliações.

Discussão da categoria “Ser cuidador: necessidades que demandam tecnologia das relações”

O significado de ser cuidador para os cuidadores formais, ou seja, profissionais já capacitados para realizar os cuidados e que recebem remuneração por isso, como por exemplo os auxiliares de enfermagem, representa utilidade, caridade, satisfação em realizar essa atividade como profissão. Porém, entre os cuidadores informais, ou seja, familiares que assumem os cuidados sem nenhum tipo de remuneração, ser cuidador pode ter dois significados: dedicação total ou obrigação, portanto, assumir responsabilidades nunca antes realizadas e deixar de lado a sua própria vida.

Assumir as responsabilidades de um cuidador demanda tempo, mudança de rotina, tendo muitas vezes que deixar de lado atividades antes realizadas e até atividades de autocuidado, o que pode provocar situações de estresse, desestrutura emocional e até adoecimento mental. Percebe-se, na maioria dos relatos, que as necessidades trazidas pelos cuidadores envolviam tecnologia das relações como apoio emocional, vínculo, escuta qualificada e acolhimento. Dessa forma, muitas delas passaram despercebidas pela equipe, já que esta apresentou dificuldades em lidar com essas situações.

Segundo Silva e Acker (2007), os cuidadores são obrigados a desenvolver habilidades antes nunca realizadas como, por exemplo, realização de curativos, medicações, banhos, e isso implica em adaptação na estrutura física do ambiente,

demandando tempo e dinheiro. Percebe-se um escasso apoio dos profissionais de saúde aos cuidadores que apresentam um ente querido dependente com doença grave no domicílio. Porém, quais as principais necessidades trazidas por esses cuidadores e quais estratégias efetivas os profissionais devem realizar? O ensino é parte integrante do cuidado domiciliar, tendo a equipe de saúde o papel de educadora, sendo esta ação percebida pela família como a principal no cuidado domiciliar (LACERDA; OLINISKI, 2005).

3.4 Representações sociais sobre trabalho em equipe para os profissionais do Proiid e cuidadores: várias categorias profissionais atuando em um mesmo espaço, configurando uma equipe tipo agrupamento.

Considerada por Moscovici (1978) como uma modalidade de conhecimento particular cujo objeto é a elaboração de comportamentos e comunicação entre os indivíduos, a representação social “determina o campo das comunicações possíveis, dos valores, idéias presentes nas visões compartilhadas pelos grupos, regendo as condutas desejáveis ou admitidas.” (MOSCOVICI, 1978, p.26).

As Representações Sociais dividem o universo de pensamento em duas classes (MOSCOVICI, 1988):

- universos consensuais: correspondem às atividades intelectuais da interação social cotidiana (nos quais são produzidas as RS e elaboradas as teorias de senso comum);
- universos reificados: referentes aos espaços nos quais se produz e circulam as ciências e o pensamento erudito.

São esses dois universos que se encontraram as diferenças entre os significados atribuídos ao trabalho em equipe.

Os profissionais do Proiid, em sua maioria, afirma que o trabalho em equipe constitui-se em um conjunto de categorias profissionais atuando em um mesmo espaço, porém, cada um em sua área específica. Essa concepção está presente no universo consensual dos entrevistados, sendo obtida através dos questionamentos indiretos sobre as atividades realizadas pelo programa e a forma como o processo de trabalho se estrutura no programa.

“...é aquele que você interage com todos os outros, né membros ehh, mas você num, num invade a área do outro, entendeu, você trabalha junto, ehh, expõe suas coisas, suas opiniões, suas idéias juntos, mas cada um dentro da sua, da sua especialidade, assim, sem invadir a área do outro.”(E6)

“Na verdade, ehhh, eu acho assim, o programa de internação interdisciplinar acaba que cada um tem a sua função, cada um tem eu penso que no fim, acaba que você tem as orientações específicas de cada área...” (E5)

“Ahhh, eu entendo como vários profissionais de diferentes áreas, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, sei lá, trabalhando todos juntos, cada um na sua especialidade ajudando o paciente.” (E12)

Para os cuidadores, o significado do “trabalho em equipe” da equipe do Proiid também se caracteriza apenas por um conjunto de categorias profissionais que atuam em um mesmo espaço.

“Conjunto, porque era assim, sempre que elas vinham tinha uma enfermeira junto, uma perguntando uma coisa pra outra, o que tinha pra ajudar, se tinha na perua um remédio, ou o que tinha lá pra poder trazer, aí falava amanhã vai vir a nutricionista e realmente vinha, então deu pra ver que eles trabalham junto, nunca vinha uma só.” (C3)

“Em conjunto, porque elas tavam sempre juntas, uma comentava uma coisa com a outra, elas vinham sempre juntas.” (C6)

“Trabalhava junto, porque além de vir tudo junto, tipo, fazia uma reunião aí na cozinha, o que eles vinham fazer hoje, quem ia fazer os cuidados primeiro, por exemplo, a fisioterapia vinha, a gente ficava lá no quarto, aí depois veio a enfermeira e falou sobre os curativos...” (C9)

De acordo com Moscovici (1978), essas interpretações são organizadas de maneiras diversas segundo as classes, culturas e grupos e constituem universos de opiniões. Embora no contexto da internação domiciliar em estudo existissem dois grupos de sujeitos distintos, ou seja, um compreendido pelos profissionais de um programa de atendimento domiciliar e outra pelos cuidadores atendidos por esse programa, a representação sobre trabalho em equipe para ambos aproxima-se do trabalho por tipo agrupamento de acordo com a tipologia de Peduzzi (2001).

O objetivo da representação social é a produção de comportamentos e relações com o meio ambiente e de uma ação que modifica outra ação, e não a sua reprodução; assim, a tomada de posição não depende do grau de informação, mas sim do que aquilo representa. Os comportamentos na sociedade são impregnados de significações; conceitos são cristalizados coletivamente, sendo que valores e idéias presentes nas visões compartilhadas direcionam as condutas (MOSCOVICI, 1978).

Dessa forma, percebe-se que o processo de trabalho fragmentado realizado pelos profissionais, condutas e comportamentos individuais são resultados dessa representação sobre o trabalho em equipe, ou seja, do tipo agrupamento. Essas atitudes e ações produzem práticas de cuidados centradas nos modelos médico-hegemônico que fazem parte do cotidiano dos cuidadores, ajudando-os a construir significações e

cristalizações desses objetos, como o trabalho em equipe no Proiid, como agrupamento de categorias profissionais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações ocorridas no campo político, econômico, social, cultural e tecnológico têm levado as organizações que prestam cuidados à saúde a buscarem novos referenciais de processos de trabalho e formas de gestões que respondam efetivamente às necessidades dos usuários e dos próprios profissionais, garantindo uma atenção integral.

O trabalho em equipe, objeto que vem sendo foco de muitos estudos, tem sido proposto como uma estratégia para enfrentar o processo intenso de especialização na área da saúde, na tentativa de aprofundar verticalmente o conhecimento e intervenções em aspectos individualizados das necessidades de saúde, o que gera uma desarticulação das ações e saberes. Porém, o conceito de “trabalho em equipe” vem sendo construído e passa a ter diferentes significados entre aqueles que estão envolvidos no processo.

A representação social do trabalho em equipe como agrupamento para ambos os grupos surge como resultado das práticas fragmentadas que acontecem no modelo de saúde médico-centrado vivenciado pelos mesmos, onde há o predomínio das especializações, da individualidade, da construção de relações verticalizadas, da ausência de escuta adequada e, principalmente, ausência do vínculo, o que dificulta o cuidado na sua integralidade. O ambiente domiciliar, embora seja um espaço que possa propiciar um cuidado diferenciado, pode ser também apenas mais um espaço para a transferência das práticas hospitalocêntricas.

O trabalho em equipe como integração necessita de um inovador modo de se pensar na organização do processo de trabalho, envolvendo ações profissionais com produção de atenção integral e humanizadora à população. Porém, para que isso aconteça é necessário que haja uma ampliação dos referenciais dos profissionais e dos usuários, reconhecendo a ineficiência do trabalho fragmentado na solução dos problemas e a importância de mudanças nas relações entre profissionais x profissionais e profissionais x usuários.

É necessária também uma reflexão sobre os modelos de atenção no aspecto previstos das políticas públicas, ou seja, ainda há um predomínio dos modelos hegemônicos na lógica do capitalismo. Além disso, como estão se constituindo os programas de internações domiciliares no Brasil? Os modelos devem estar voltados à consolidação do SUS e seus princípios como a integralidade, acessibilidade, resolutividade e a intersetorialidade.

A proposta da educação permanente pode ser uma ferramenta de gestão importante na reestruturação dos processos de trabalho na saúde. Ela tem como objetivo capacitar os atores envolvidos para que eles trabalhem com um conceito ampliado de saúde e saibam que não são apenas os aspectos biológicos que necessitam de atualização dos profissionais e que determinam o processo saúde – doença, individual e coletivo ou as chances de sucesso terapêutico. Também tem como propostas o envolvimento de recursos na educação para levar em conta todas as dimensões e fatores que regulam, qualificam e modificam o trabalho. Ressalta-se a importância da supervisão no trabalho em equipe, que deve se constituir numa ferramenta que potencialize os trabalhadores para o enfrentamento de conflitos para a construção de processos de trabalho pautados em relações de confiança, de escuta qualificada e de vínculo, que repercutirão no cuidado integral ao usuário e família.

Com o desenvolvimento deste trabalho, espera-se que ele contribua para a caracterização da produção do conhecimento sobre o trabalho em equipe na saúde, mediante a divulgação de seus resultados em eventos regionais e nacionais e em periódicos da área bem como o incentivo ao desenvolvimento de produções sobre esses elementos pelos profissionais da área.

Salienta-se que o contexto pesquisado por este estudo é limitado, porém, há possibilidades de ampliá-lo como fonte de informações de outras bases de dados, outros profissionais de saúde envolvidos em trabalhos em equipes tanto no domicílio, como em outro nível de atenção.

REFERÊNCIAS

- ÁLVARO, J. L.; GARRIDO, A. **Psicologia Social: Perspectivas Psicológicas e Sociológicas**. São Paulo: McGraw-Hill, 1ªed., 2006.
- ALVES, M. et. al. Trabalho do enfermeiro em uma empresa de Home Care de Belo Horizonte, Brasil. **Invest. Educ. Enferm.** Colômbia, v.25, n. 2, p. 96-106, set., 2007.
- ARGENTA, I. M.; PIRES, D. E. P. Refletindo o processo de trabalho de enfermagem em um hospital público. **Texto e Contexto de Enfermagem**. Santa Catarina, v.9, n.2, p.288-97, ma./ago., 2000.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas**. São Paulo, v.117, n.1, p. 127-147, nov., 2002.
- BACKES, D. S.; FILHO, W. D. L.; LUNARDI, V. L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à Luz de Freire. **Texto e Contexto de Enfermagem**. Santa Catarina, v.14, n.3, p. 427-34, jul./set. 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (Pt): Edições 70; 1979.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 3ªed., 1996.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. Usp.**, v.30, n.3, p. 380-98, dez., 1996.
- BRAGA, I. C. S; PAULA, S. G. **Saúde e previdência- Estudos de políticas sociais**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1987.
- BRASIL, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990, 18 p.

BRASIL. **Programa Saúde da Família: A Implantação da Unidade de Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. [citado em 02 de julho de 2007]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n 11, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 30 de jan. 2006. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.phd?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2010.

BRASIL, **PORTARIA Nº 2.529 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 10p.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no séc. XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

CAMARGO, B. V. **ALCESTE**: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Laboratório de Psicossociologia da Comunicação e da Cognição Social. CFH- Universidade Federal de Santa Catarina, 1988 (Mimeografado).

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997, cap.7, p.229-266.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev., 2007.

CARVALHO, D. C. et al., Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.8, n.3, p. 422-430, 2006.

CARVALHO, S. R. CUNHA, G. T. A gestão da atenção à saúde: elementos para se pensar a mudanças na organização da saúde. In: CAMPOS et al. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo: HUCITEC, 2006, cap. 4, p.837-867.

CARLETI, S. M. M.; REJANI, M. I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: PAPAEO, N. M. (org.) **Manual de gerontologia**. São Paulo: Editora ATHENEU, cap. 10, p. 415-9, 1997.

CHAMOM, E. M. Q. O. Representação social da pesquisa e da atividade científica: um estudo com doutorando. **Estudos de psicologia**. V.12, n.1. São Paulo, 2007. P.37-46.

CECÍLIO, L. C. O.; LIMA, M. H. J. Necessidades de saúde das pessoas como eixo: a integração e a humanização do atendimento na rede básica. In: LINHARES, A. L. **Saúde e humanização: a experiência de Chapecó**. São Paulo (SP): Hucitec; 2000, p. 159-82.

CHAMON, E. M. Q. O. Representação social da pesquisa pelos doutorandos em ciências exatas. **Estud. pesqui. psicol.** Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.21-33, dez., 2006.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. São Paulo: EDITORA MAKRON BOOKS, 2º ed. 1994, 522 p.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 1523-1531, 2009.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: CORTEZ, 1995, p. 225-44.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do Estado Brasileiro**. São Paulo: IESP/FUNDAP, 1993.

FABRÍCIO, et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino-am Enferm.** Ribeirão Preto, v.12, n.5, p.721-6, set./out., 2004.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir do conceito do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p. 262-8, mar./abr., 2005.

FORNELLS, H. A. Cuidados Paliativos em el domicilio. **Acta Bioethica**, Argentina, v.1, n.1, p.64-75, 2000.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliary ao idoso: problemas ou soluções? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.986-94, jul./ago., 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1511-1520, 2008.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A instituição e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente às políticas de saúde. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 54, n. 3, p. 466-474, 2001.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, p. 3-48.

GODBOUT, J. T. O. **Espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas da integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, mar./ago., 2005.

GONÇALVES, M. A. S. Teoria da comunicação educativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. **Educação e Sociedade**, ano XX, v. 1; n. 66, abril, 1999.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Tempo Brasileiro: Rio de Janeiro, 1987.

HAGUETTE, T. M. F. Observação participante. In:_____. **Metodologias qualitativas na sociologia**. São Paulo: Editora Vozes, 6º ed., cap. 4, p. 66-78. 1999.

IAROSINSKI, M. H. **Contribuição da teoria da ação comunicativa de Jurgen Habermas para a educação tecnológica**. Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Curitiba, PR, 2000, 101p.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In :_____. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, cap. 1, p. 13-22, 2001.

JUNQUEIRA, L. A. P. INOJOSA, R, M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solitária**.São Paulo: FUNDAP, 1997.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; VAZ, M. R. C. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.24, n.3, p.485-493, mar., 2008.

KOERICH, M. S. Tecnologia do cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas, **Rev. Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n.15 (esp.), p. 178-85, 2006.

KUENZER, A. Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 107-119, mar., 2004.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

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

LACERDA, M. R et al. Atenção domiciliar à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, mai./ago., 2006.

LANE, S. T. M. A psicologia social e uma nova concepção do homem para psicologia. In: ANDERY, A. A. **Psicologia Social- O homem em movimento**. 3 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, cap. 1, p.10-19, 1985.

LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LÓPEZ-BENITO, I, BAYDAL, R. Home hospitalization: an alternative to conventional hospitalization. Future outline. **Rev Neurol**, , v.29, n.1, p. 677-9, 1999.

LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem numa unidade de internação. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília. v.50, n 1, p. 77-92, 1997.

MACHADO, W. C. A. Reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 255- 330, 2005.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde-
Revedo alguns conceitos. **Rev. Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v.7, n.1, p.
61-66, jan./jul., 2003.

MARANHÃO, J. L. S. **O que é morte**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

MARTINS, et. al. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. **Rev. enferm.
UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, jul./set., p. 319-25, 2008.

MARTINS, et al. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma
Cooperativa Médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2,
p.457-474, 2009.

MARX. K. Manuscritos econômico-filosóficos de 1844. *In*: Fernandes, F. (org.). **Marx,
K., Engels, F.: História**. 2ª ed. São Paulo, Ática, 1984.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para
enfermagem. **Cad. Saúde. Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 233-241, jan./fev.,
2001.

MATOS, E.; GONÇALVES, J. R.; RAMOS, F. R. S. Epistemologia de Lud Wick
Fleck: subsídios para a prática interdisciplinar em saúde. **Rev. Texto e Contexto de
Enfermagem**. Santa Catarina, v.14, n.3, p.383-390, jun./set. 2005.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes
interdisciplinares: contribuição para reinstituições de novas formas de organização de
trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.62, n.6, p. 863-9, nov./dez., 2009.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na
Saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. Tese
(Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto.

MATUMOTO, S et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexes acerca dos desafios da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.9-24, set. 2004/fev.,2005.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A interdisciplinaridade como a construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Rev. Texto e Contexto de Enfermagem**. Santa Catarina, v.14, n.3, p. 411-8, jul./set., 2005.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.758-64, out./dez.; 2008.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca de qualidade das ações): In: CECÍLIO, L. C. O. (org). **Inventando mudança em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 116-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; & ONOKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, E. E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B.Textos Básicos de Saúde).

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**, São Paulo: Hucitec, 3º ed., (saúde em debate, 145), 2002.

MESQUITA, S. R. A et al. Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar de MARÍLIA-SP: Custos de Recursos Materiais Consumidos. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.4, p. 555-61, jul./ago. 2005.

MINAYO, M.C.S. Técnicas de análise do material qualitativo: Análise de conteúdo. In: _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, p. 303-360, 2006.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978, 291p.

MOSCOVICI, S. Notes towards a description of social representation. **Eur. J. Social Psychol.** v.18, 1988. p. 211-250.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 59-67, 2001.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes, 2003, 404 p.

OSÓRIO, L. C. Como supervisionamos em grupoterapia. In: ZIMERMAN, D. E.; WAINBERG, A. K.; BARROS, C. A.S.M.; BAPTISTA NETO, F.; MAZIERES, G.; VIÇOSA, G. R.; STEIN, G.; BROFMAN, G.; ZIMERMAN, G. I.; FISCHELMANN, J. B.; PUGET, J.; CONTEL, J. O. B. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.83-92.

PEDUZZI, M; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996, p.234-50.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerente de serviços de saúde: possibilidades das práticas comunicativas orientadas pelas necessidades de saúde e da população**. 247 p. Tese. (livre docência). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEREIRA, M. J. B et al. Assistência domiciliar- conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. v.13, n.6, p. 1001-10, nov./dez., 2005.

PEREIRA, M. J. B et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.62, n.5, p.771-777, set./out., 2009.

PERELMAN, C. **Ética e Direito**. Martins Fontes: São Paulo, 1996.

PERROCA, M. G.; EK, A. C. O modelo Sueco de HOME CARE avançado: organização e implicações da adoção desta modalidade de cuidado pelo serviço de saúde brasileiro. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.5, p. 851-858, set./out., 2004.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, 2002. 15 p.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**, ANNABLUME: São Paulo, 1º ed., 1998.

PIROLO, S. M.; CHAVES, E. C. A equipe de enfermagem e o mito do trabalho em grupo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v.36, n.4, p. 351-7, 2002.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, mar./abr., 2004.

REINERT, M. ALCEST- Une méthodologie d' analyse de doneés textuelles et une application. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, n.26, 1990. P.24-54.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latinoam. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.6, p. 96-111, dez., 2000.

RODRIGUES, M. R.; ALMEIDA, R. T. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio- um estudo de caso. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v.18, n.1, p.20-4, 2005.

SCHRAIBER, L. B et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.221-242, 1999.

SENA, R. R et al. O cotidiano do cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enf.**, Curitiba. v. 11, n.2, p.124-32, mai./ago., 2006.

SHERPERD, S.; ILIFFE, S. Hospital at home. Londres, **BMJ**, v. 312, n. 1, p. 923-4, 1996.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo:EDITORA CORTEZ, 1º ed. (Série Saúde e Sociedade), 1986, 143p.

SILVA, K.L, et al. Internação domiciliar no sistema único de saúde, **Rev. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.39, n.3, p.391-7. jun. 2005.

SILVA, L. M.; SANTOS, Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.39, n.3, jul./set., p. 415-24, 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. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.60, n.2, p.150-4, mar./abr., 2007.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.53, n.23, p.17-24, 2000.

SPAGNOL, C. A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n.1, p. 114-131, jan., 2002.

TAVARES, C. M. A.; MATOS, E.; GONÇALVES, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. **Rev. Texto e Contexto de Enfermagem**, Santa Catarina, v.14, n.2, p. 213-21, abr./jun., 2005.

TRUJILLO, Z et al. Atención domiciliaria: un modelode atención integral. **Med Interna Méx**, México, v.15, n. 5 (Suppl), p.217-23, 1999.

TURKIEWICZ, M. **História da Enfermagem**. Paraná, ETECLA, 1995.

VALLA, V. V. Popular education and knowledge: popular surveillance of health and education services in Brazilian metropolitan áreas. **Educational Action Research**, Londres, v.2, p. 47- 65, 1994.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: TOMO Editorial, 2000.

WOTTRICH, A. W, et al. O significado da reabilitação no domicílio após um mal súbito para a perspectiva da equipe multidisciplinar. **Phys Ther**. EUA, v.1, n.87, p.778-788, 2007.

APÊNDICE A- Roteiro da entrevista semi-estruturado da equipe

Dados de Identificação:

Nome fictício: _____ idade: _____

Profissão: _____ Tempo de atuação nesta

equipe: _____ Sexo: _____

Questões norteadoras:

1. Para você, o que é o PROIID?
2. O que significa para você o trabalho em equipe?
3. Quando um caso chega para a equipe, como que o processo de trabalho acontece desde a admissão até a alta?
4. Quando há um problema, seja de qualquer ordem, pela equipe, como que o mesmo é resolvido?
5. Em que você acredita que seja positivo o trabalho da Internação Domiciliar? Como você valoriza este trabalho?
6. Como você vê a sua atuação na equipe e como você acredita que os outros integrantes enxergam o seu trabalho?
7. Quais as dificuldades encontradas no processo de trabalho da Internação Domiciliar e quais estratégias utilizadas para amenizar que você considera importante?
8. Na sua visão, como acontece o relacionamento entre a equipe e paciente/família? Quais dificuldades e estratégias utilizadas?
9. Como você caracteriza o trabalho em equipe desta equipe especificamente?

APÊNDICE B- Roteiro semi-estruturado da entrevista dos cuidadores

Nome Fictício: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Vínculo: _____

Tempo que cuida: _____

Questões Norteadoras:

1. Ser cuidador para você é...
2. Como é ter uma equipe de saúde no domicílio?
3. Você já havia recebido alguma orientação sobre como cuidar? Se sim, conte como foi.
4. Conte como tudo aconteceu, desde o primeiro contato com a equipe da Internação Domiciliar até o último dia de acompanhamento.
5. Como você realizava os cuidados antes da equipe vir aqui?
6. O que mudou após o acompanhamento da equipe? Fale sobre isso.
7. Como eram organizadas as visitas, se fosse de outro jeito seria melhor?
8. Na sua opinião, como eram organizados os cuidados pela equipe?
9. Como foi construída a sua relação como a equipe?
10. Como ficou a sua rotina depois que você assumiu os cuidados?
11. Na sua visão, quais os principais objetivos do PROIID?
12. Como aconteceu a finalização do trabalho pela equipe?
13. Como você caracteriza o trabalho desses profissionais no planejamento do cuidado?
14. Você percebe que eles trabalham juntos ou separadamente? Por quê?
15. Após a alta, o que a equipe orientou caso vocês precisassem de alguma ajuda em relação aos cuidados?

APÊNDICE C-

Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido da Equipe

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: “Trabalho em equipe no Programa de Internação Domiciliar: processo de trabalho e suas repercussões no cuidado integral”.
2. A assistência à saúde do idoso juntamente com o suporte aos cuidados familiares apresenta-se como novos desafios para o sistema de saúde instalado no Brasil. Acredito que a concretização desse modelo provoca a possibilidade de pensarmos nas transformações que vem ocorrendo no processo de trabalho, tendo como horizonte um novo paradigma assistencial. As técnicas utilizadas para a coleta de dados serão: a observação participante e a entrevista com instrumentos semi-estruturados, sendo um voltado para a equipe e o outro para o familiar/cuidador. Os sujeitos dos estudos serão integrantes que compõe a equipe de referência do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar de Marília: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, motorista, psicólogo, nutricionista, auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais, além de 10 familiares de pacientes acompanhados pelo programa no mínimo há um semana, período mínimo possível para estabelecer relação de vínculo entre a equipe e os familiares.
 - a) Você foi selecionado, pois faz parte da equipe de saúde do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar do município de Marília, participando de todo processo de trabalho e sua participação não é obrigatória.
 - b) Os objetivos desse estudo são: compreender como o processo de trabalho se estrutura no Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar da cidade de Marília; como os profissionais desta equipe se inserem neste novo modelo e quais as repercussões na realização do cuidado integral, por meio da análise das percepções dos profissionais de saúde sobre as mudanças ocorridas no processo de trabalho nos serviços de saúde, e conhecimento sobre as vantagens, dificuldades, ações e estratégias da realização do trabalho em equipe no processo de trabalho, na realização do cuidado integral ao cliente, incluindo as experiências vivenciadas juntamente com as famílias de pacientes assistidos pelo programa de internação domiciliar.
 - c) Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder os questionários semi-estruturados contribuindo para uma maior aproximação da problemática, além de proporcionar aos profissionais de saúde, serviços de saúde e acadêmicos, conhecimentos sobre as transformações do processo de trabalho no campo da saúde pública, além de estratégias para a realização do trabalho em equipe, o trabalho com a família na atenção domiciliar e suas repercussões na realização do cuidado integral.

- a) Esta pesquisa tem como benefício, oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar a dinâmica do trabalho envolvendo as equipes de saúde e sua relação com pacientes e familiares. Os riscos possíveis que poderão acontecer no momento das entrevistas, ou na observação participante serão algum momento de constrangimento ou cansaço durante as entrevistas.
 - b) Para minimização dos riscos, as entrevistas serão previamente agendadas e realizadas em ambientes adequados, permitindo privacidade, caso ocorra algum constrangimento, a mesma poderá ser suspensa e reagendada para outro momento.
3. No momento, não existem métodos alternativos de substituição.
 4. As entrevistas com a equipe, assim como a análise e interpretação dos dados coletados serão realizadas pela pesquisadora principal, Lidiane Cola Roceti.
 5. Em caso de dúvida, durante todas as etapas da pesquisa, você pode procurar o pesquisador principal ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos-SP pelo telefone (14) (97977490), (16) 260 8109/ 260-8110.
 6. Os sujeitos poderão ter acesso aos resultados do estudo quando solicitados.
 - a) “A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.”
 - b) “Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.”
 7. Será garantido ao sujeito, sigilo por parte dos pesquisadores às informações que surgirem nos encontros.
 - a) “As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguraremos o sigilo sobre sua participação.”
 - b) “Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação. Os participantes da pesquisa serão identificados através de nomes fictícios.”
 8. “Não haverá despesas decorrentes da participação na pesquisa, ou da sua ausência.”
 9. “Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.”

Lidiane Cola Roceti

Endereço : Rua Emílio Palma, 90, Jardim Progresso, Marília-SP
telefone: (14) 97977490

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCAR que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizado na Rodovia Washington Luiz, Km. 235- Caixa Posta 676- CEP-13.565-905- São Carlos- São

Paulo- Brasil. Fone (16)33518110. Endereço Eletrônico:
cephumanos@power.ufscar.br

Local e data:

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE D-

Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido do Cuidador

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: “Trabalho em equipe no Programa de Internação Domiciliar: processo de trabalho e suas repercussões no cuidado integral”.
2. A assistência à saúde do idoso juntamente com o suporte aos cuidados familiares apresenta-se como novos desafios para o sistema de saúde instalado no Brasil. Acredito que a concretização desse modelo provoca a possibilidade de pensarmos nas transformações que vem ocorrendo no processo de trabalho, tendo como horizonte um novo paradigma assistencial. As técnicas utilizadas para a coleta de dados serão: a observação participante e a entrevista com instrumentos semi-estruturados, sendo um voltado para a equipe e o outro para o familiar/cuidador. Os sujeitos dos estudos serão integrantes que compõe a equipe de referência do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar de Marília: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, motorista, psicólogo, nutricionista, auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais, além de 10 familiares de pacientes acompanhados pelo programa no mínimo há um semana, período mínimo possível para estabelecer relação de vínculo entre a equipe e os familiares.
 - a) Você foi selecionado, pois faz parte da amostra de familiares/cuidadores que foram acompanhados pela equipe de saúde do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar do município de Marília, no mínimo há um mês, e sua participação não é obrigatória.
 - b) Os objetivos desse estudo são: compreender como o processo de trabalho se estrutura no Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar da cidade de Marília; como os profissionais desta equipe se inserem neste novo modelo e quais as repercussões na realização do cuidado integral, por meio da análise das percepções dos profissionais de saúde sobre as mudanças ocorridas no processo de trabalho nos serviços de saúde, e conhecimento sobre as vantagens, dificuldades, ações e estratégias da realização do trabalho em equipe no processo de trabalho, na realização do cuidado integral ao cliente, incluindo as experiências vivenciadas juntamente com as famílias de pacientes assistidos pelo programa de internação domiciliar.
 - c) Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder os questionários semi-estruturados contribuindo para uma maior aproximação da problemática, além de proporcionar aos profissionais de saúde, serviços de saúde e acadêmicos, conhecimentos sobre as transformações do processo de trabalho no campo da saúde pública, além de estratégias para a realização do trabalho em equipe, o trabalho com a família na atenção domiciliar e suas repercussões na realização do cuidado integral.

- d) Esta pesquisa tem como benefício, oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar a dinâmica do trabalho envolvendo as equipes de saúde e sua relação com pacientes e familiares. Os riscos possíveis que poderão acontecer no momento das entrevistas, ou na observação participante serão algum momento de constrangimento ou cansaço durante as entrevistas.
 - e) Para minimização dos riscos, as entrevistas serão previamente agendadas e realizadas em ambientes adequados, permitindo privacidade, caso ocorra algum constrangimento, a mesma poderá ser suspensa e reagendada para outro momento.
3. No momento, não existem métodos alternativos de substituição.
 4. As entrevistas com a equipe, assim como a análise e interpretação dos dados coletados serão realizadas pela pesquisadora principal, Lidiane Cola Roceti.
 5. Em caso de dúvida, durante todas as etapas da pesquisa, você pode procurar o pesquisador principal ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos-SP pelo telefone (14) (97977490), (16) 260 8109/ 260-8110.
 6. Os sujeitos poderão ter acesso aos resultados do estudo quando solicitados.
 - a) “A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.”
 - b) “Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.”
 7. “Será garantido ao sujeito, sigilo por parte dos pesquisadores às informações que surgirem nos encontros.”
 - a) “As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguraremos o sigilo sobre sua participação.”
 - b) “Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação. Os participantes da pesquisa serão identificados através de nomes fictícios.”
 8. “Não haverá despesas decorrentes da participação na pesquisa, ou da sua ausência.”
 9. “Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.”

Lidiane Cola Roceti

Endereço : Rua Emílio Palma, 90, Jardim Progresso, Marília-SP
telefone: (14) 97977490

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCAR que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizado na Rodovia Washington Luiz, Km. 235- Caixa Posta 676- CEP-13.565-905- São Carlos- São

Paulo- Brasil. Fone (16)33518110. Endereço Eletrônico:
cephumanos@power.ufscar.br

Local e data:

Assinatura do sujeito da pesquisa

ANEXO A- Parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Marília



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 249585	
Projeto de Pesquisa O trabalho em equipe como estratégia no processo de trabalho no programa de internação domiciliar e suas repercussões na realização do cuidado integral.					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos equipe, família, atendimento domiciliar					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 18	Total Brasil 18	Nº de Sujeitos Total 18	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc		
Placebo NÃO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Lidiane Cola Roceti		CPF 310.204.908-70	Identidade 440800201		
Área de Especialização URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		Maior Titulação ESPECIALIZAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço EMÍLIO PALMA, 90		Bairro JD PROGRESSO	Cidade MARÍLIA - SP		
Código Postal 17513-030	Telefone (14)97977490 / (14)34338047	Fax	Email lidiane@famema.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 22 / 03 / 2009		Assinatura			
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília		CNPJ 44.477.909/0001-00	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SMHS)- Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID)		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço: Avenida República n 770		Bairro : CENTRO	Cidade: Marília - SP		
Código Postal : 17509054	Telefone: (14)34026500	Fax	Email		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: Dr. Julio Cesar Zorzetto		Dr. Julio Cesar Zorzetto Secretário Municipal de Saúde			
Data: 02 / 04 / 09		Assinatura			
Vinculada					
Nome Universidade Federal de São Carlos		CNPJ 08.545.552/0001-97	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Programa de Pós-Graduação em Enfermagem		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Rodovia Washington Luís Km 235		Bairro Rural	Cidade São Carlos - SP		
Código Postal 13565-905	Telefone (16) 3351-8340	Fax	Email		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome:		Assinatura			
Data: / /					

ANEXO B- Parecer do comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
 Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
 Fax: (016) 3361.3176
 CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
 propp@power.ufscar.br - <http://www.propp.ufscar.br/>

CAAE 1014.0.000.135-09

Título do Projeto: O trabalho em equipe como estratégia no processo de trabalho no programa de internação domiciliar e suas repercussões na realização do cuidado integral

Classificação: Grupo III

Procedência: Departamento de Enfermagem

Pesquisadores (as): Lidiane Cola Roceti, Márcia NiitumaOgata (orientadora)

Processo nº.: 23112.001427/2009-01

Parecer Nº. 180/2009

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

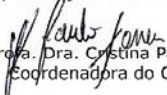
As pendências apontadas no Parecer nº. 152/2009, de 3 de junho, foram satisfatoriamente resolvidas.

O projeto atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 16 de junho de 2009.


 Prof. Dra. Cristina Paiva de Sousa
 Coordenadora do CEP/UFSCar