



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**LUIS CLAUDIO DE CARVALHO**

**A DISPUTA DE PLANOS DE CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR**

**RIO DE JANEIRO**

**2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Carvalho, Luis Claudio de

A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar / Luis Cláudio de Carvalho. -- Rio de Janeiro:UFRJ / Faculdade de Medicina, 2009.

111 f.: il. ; 31 cm.

Orientadores: Emerson Elias Merthy; Alúcio Gomes da Silva e Marcelo Gerardan Poirot Land.

Dissertação (Mestrado) – UFRJ / Faculdade de Medicina / Programa de pós-graduação em Clínica Médica, 2009.

Referências bibliográficas: f. 46-50

1. Gestão em Saúde. 2. Serviços de assistência domiciliar. 3. Atenção à saúde. 4. Cuidadores. 5. Clínica Médica - Tese. I. Merthy, Emerson Elias. II. Silva, Alúcio Gomes da. III. Land, Marcelo Gerardan Poirot. IV. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Pós-graduação em Clínica Médica. IV. Título.

**FOLHA DE APROVAÇÃO**  
**Luís Claudio de Carvalho**

**A disputa de planos de cuidado na Atenção Domiciliar.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Medicina (Clínica Médica - Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

**Aprovada em**

---

**Dr. Emerson Elias Merhy**  
**Universidade Federal do Rio de Janeiro**

---

**Dr. Alúcio Gomes da Silva Júnior**  
**Universidade Federal Fluminense**

---

**Dr. Marcelo Gerardan Poirot Land**  
**Universidade Federal do Rio de Janeiro**

---

**Dr. Neio Lúcio Fernandes Boechat**  
**Universidade Federal do Rio de Janeiro**

---

**Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes**  
**Universidade Federal do Rio de Janeiro**

---

**Dr. Túlio Batista Franco**  
**Universidade Federal Fluminense**

Aos meus pais Ademir e Maria Lúcia, e ao meu irmão André Luiz, pessoas de fibra que acreditam e lutam na e pela vida.

## **Agradecimentos**

Foram muitos os encontros durante a construção deste estudo.

Encontros com múltiplos significados.

Com Evilásio, Sandra, Josi, Bia, Regina, Adilson, Márcia Cristina e Ricardo, Maria Helena, Maria Selma, Maria Regina, Maria Jorgina, Maria Fátima, Maria Angela e demais entes queridos pelo apoio e acolhimento familiar.

Ademir Júnior e Maria Luísa pela inocência, alegria, espontaneidade e criatividade, possibilitam o resgate da minha própria infância e a potencialização das reflexões sobre este trabalho.

Emerson e Mina, como amigos, orientadores, parceiros de tantos anos, nossos laços se estreitam a cada momento na força do afeto.

Ao Aluísio, meu amigo, a solidariedade em nós está presente.

Ao Marcelo pela oferta e disponibilidade para viabilização deste trabalho.

Ao Paulo Eduardo e Magnânima Magda pela amizade, amor, parceria na caminhada da vida e na construção deste trabalho.

Ana Lúcia e demais integrantes da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde da Pós-Graduação do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pelos momentos de encontros onde me senti desterritorializado, instigado a buscar conhecimento e aberto para as trocas.

Mau e Pri, Ricardo, Elaine, João, Zuleide, Márcio e Thaísa, Fabiano, Annelise e Roque e Marquinho, amigos de longa data que me apóiam, posicionam-me e me instigam a continuar a caminhada.

Anna Alice, Durval e Fernanda, amigos e terapeutas que me apóiam e

incentivam minha reflexão sobre a vida e a profissão.

Carla, Alanclai, Andrea, Patrícia, João, Kim, Marcos, Danielle, Luiz Fernando, Paulinelle, Eduardo, Juliana, Antônio, Ana, José Maria, Kuniaki, Dérbio, Solange, Silvana, Valéria e demais colegas de trabalho que foram meus agentes facilitadores na conclusão deste estudo, pelas liberações de horários, pela compreensão, por aceitarem meus limites, pela paciência, por esperarem. Com certeza sem vocês tudo teria sido muito, muito mais difícil.

Agradeço também as tantas pessoas que encontro e me despeço pela vida, onde a troca de afetos ocorrem de maneira intensa possibilitando reflexões como indivíduo e profissional.

**Lista de siglas**

ADT – AIDS – Atenção Domiciliar Terapêutica para portadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

BIPAP - Bi Level Airway Pressure (Dois Níveis de Pressão Positiva nas Vias Aéreas)

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

PAD – Programa de Atenção Domiciliar

SIDA-AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

## Resumo

A Atenção Domiciliar vem se apresentando no Brasil como uma modalidade que possui a potencialidade de ser uma rede substitutiva com capacidade de ofertar uma produção do cuidado com qualidade e garantir à família e ao usuário a oportunidade de lidar com a saúde e a doença por uma outra ótica. Esse trabalho apresenta uma reflexão sobre o analisador – disputa de planos de cuidado – percebido no estudo de caso da pesquisa sobre implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). A fim de tornar a análise mais didática, observa-se o analisador sobre a ótica de três aspectos: o protagonismo e não protagonismo da mãe/cuidadora; a clínica e o cuidado; domicílio como moradia e como estabelecimento de saúde. Essa estratégia possibilita alguns apontamentos sobre a micropolítica do trabalho em saúde produtora de cuidado realizada pela equipe e pela cuidadora observando o manejo na produção do cuidado ofertada ao usuário.

Palavras-chave: Serviços de Atenção Domiciliar; Trabalho; Cuidadores; Gestão em Saúde; Serviços de Atenção à Saúde.

## Abstract

In Brazil, home medical care emerges as a potential alternative that offers quality care, ensuring relatives and patients the opportunity to handle health and disease from an innovative perspective. This paper provides a reflection on the analyzer – debate over care plans - identified in the case study on home medical care implementation's investigation within the Single Health Care System (SUS). To make the analysis clearer, the analyzer is observed on the perspective of three aspects: the chief role, or not, of the mother/caregiver; the clinic and the care; home as a place to live and as a health service establishment. This strategy allows some notes on the micro policy of health care work in care production, involving both the team and carers, observing the management of the production of care provided to the user.

Keywords: Home Care Services; Work; Caregivers; Health Management; Delivery Health Care.

## Sumário

<b>1- Introdução.....</b>	<b>12</b>
<b>2- Desenvolvimento.....</b>	<b>20</b>
<b>3- Conclusão.....</b>	<b>41</b>
<b>4- Referências Bibliográficas.....</b>	<b>46</b>
<b>5- Anexos .....</b>	<b>51</b>

## **Encontros e Despedidas**

*Mande notícias do mundo de lá  
Diz quem fica  
Me dê um abraço, venha me apertar  
Tô chegando  
Coisa que gosto é poder partir  
Sem ter planos  
Melhor ainda é poder voltar  
Quando quero*

*Todos os dias é um vai-e-vem  
A vida se repete na estação  
Tem gente que chega pra ficar  
Tem gente que vai pra nunca mais  
Tem gente que vem e quer voltar  
Tem gente que vai e quer ficar  
Tem gente que veio só olhar  
Tem gente a sorrir e a chorar  
E assim, chegar e partir*

*São só dois lados  
Da mesma viagem  
O trem que chega  
É o mesmo trem da partida  
A hora do encontro  
É também de despedida  
A plataforma dessa estação  
É a vida desse meu lugar  
É a vida desse meu lugar  
É a vida*

**(M. Nascimento E F. Brant)**

### **1. Introdução**

No campo de práticas da saúde (DONNANGELO,1976), há a construção de intervenções tecnologicamente orientadas que procuram atuar a partir de um lugar socialmente legitimado, como é o caso da medicina e da saúde pública, que se traduzem em ações sobre um outro, enquanto seu objeto se configura na busca de certas finalidades que não necessariamente são sempre as mesmas. Dependem do contexto histórico e social no qual essas práticas se realizam.

Vários autores o concebem, visando processos distintos - alguns enquanto intervenção sobre o corpo biológico socialmente investido (GONÇALVES, 1994), outros como lugar de busca da cura (LUZ, 2004), ou mesmo, nos atos produtores de cuidado individual ou coletivo (MERHY, 1997 e 2002; PINHEIRO, FERLA, SILVA JUNIOR, 2004).

Entretanto, há um elemento tenso nesse campo de produção de atos de saúde que tem sido pouco explorado nos estudos que tomam para si a maneira como são conformados os processos de cuidado, e que faz referência ao fato de que esses cuidados sejam sempre um processo no qual um outro, como objeto, é alvo, mas, não necessariamente, esse outro é um ser inerte; ao contrário, sistematicamente, nas experiências cotidianas de produção do cuidado, vê-se o quanto esse objeto-alvo das intervenções em saúde é efetivamente sujeito em ação (MERHY, 1997; PINHEIRO, 2001; FRANCO & MERHY, 2003; CECCIM, 2004).

Essa situação tem sido percebida por muitos trabalhadores de saúde como a capacidade de resistir do usuário a um ato de cuidado por parte de um trabalhador de saúde, o que é visto enquanto um momento negativo por parte dos distintos profissionais. Porém, é possível olhar esse processo de modo mais comum do que parece, ou mesmo, constitutivo de qualquer momento relacional de cuidado em

saúde, em qualquer lugar que ocorra.

Destaca-se que o cuidado aqui referido não é entendido como um nível de atenção do sistema, nem consoante a um procedimento simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde enquanto o direito de ser (PINHEIRO, FERLA, SILVA JUNIOR, 2004). A ação integral é também entendida como as “entre-relações” das pessoas (CECCIM, 2004), ou seja, ação integral conforme os efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que é traduzida em atitudes tais quais: tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidado traduz-se também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde (MERHY, 1997 e 2002).

Nesse trabalho, através de um estudo realizado no campo da internação domiciliar, tomam-se as evidências desse outro objeto-alvo como sujeito atuante, enquanto um processo efetivo de disputa pelo cuidado em saúde, não sendo um momento negativo de resistência, mas uma parte fundamental para compor os planos terapêuticos. A partir de então, algumas consequências são evidenciadas quando se analisam os modelos de atenção.

Este estudo é parte do projeto de pesquisa sobre atenção domiciliar, implantação da modalidade de atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, realizado pelos integrantes da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e Gestão do Cuidado em Saúde do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.

A demanda inicial do projeto de pesquisa foi avaliar as modelagens de “Atenção Domiciliar e levantar modelos possíveis de financiamento, regulação, avaliação e controle, particularmente frente a usuários com dependência funcional,

passíveis de intervenções terapêuticas, que pudessem assegurar melhora em seus níveis de autonomia e enfrentamento das questões pertinentes ao alívio do sofrimento e da morte humanizadas“. O objetivo manifesto pelo Ministério da Saúde era o de produzir subsídios para a construção de uma Política Nacional de Atenção Domiciliar para o SUS.

Ao pretender o desenvolvimento de mecanismos, ações e atividades de saúde em defesa da vida individual e coletiva, no que tange às propostas conhecidas de atenção domiciliar, pode ser observado um conjunto expressivo de singularidades, inspiradas nas experiências internacionais e no intercâmbio entre pequenas iniciativas que iam pouco a pouco instalando-se em hospitais e secretarias de saúde municipais e estaduais.

À época da enunciação desta demanda, era possível observar no Brasil diversas experiências de elaboração e execução de propostas e projetos de ações de saúde voltadas para atenção no âmbito do domicílio, ainda que com diversos matizes e projetos tecnoassistenciais. No país, existia um conjunto normativo para a atenção domiciliar, particularmente vinculado ao enfrentamento da SIDA/AIDS com a Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS (ADT-AIDS), e para a atenção aos idosos, com portarias específicas.

A maior parte das experiências em curso aconteciam por conta de administrações municipais e estabelecimentos de saúde, particularmente hospitalares, nos três níveis de governo, independente da existência ou não de políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento. As lógicas que podiam ser identificadas no bojo das experiências também eram bastante variadas, envolvendo estratégias voltadas para a busca de substitutividade em relação às ações e cuidados tipicamente hospitalares, humanização do cuidado e mesmo

estratégias econômicas de racionalização de recursos assistenciais considerados escassos, bem ao modo da extensão de cobertura, dando maior capacidade à atenção hospitalar segundo o modelo médico hegemônico.

A partir das diversas perguntas geradas pelas tensões existentes entre os diversos modelos tecnoassistenciais, então identificados, e, dado um processo disparado de elaboração de uma política pública de implantação desta modalidade no SUS, envolvendo oficinas e grupos de trabalho entre atores e gestores, foi sugerida a re-elaboração da demanda na construção do projeto de pesquisa.

## METODOLOGIA

A metodologia utilizada no projeto de mestrado foi a mesma idealizada para o projeto de pesquisa nacional realizado pela linha. A partir do trabalho de campo desta pesquisa nacional que foi encontrado o analisador que é o objeto de estudo desta dissertação. Graças a este método pode-se conhecer um analisador que está se tornando mais evidente a cada dia.

A pesquisa nacional construiu uma proposta metodológica que permitiu a análise dos diversos “*modus operandi*”, que se estabeleceram nos processos de trabalho existentes. Buscou-se, no cotidiano dessas produções, o como fazer, como significar, como cuidar e como lidar com as diversas situações que se tornaram o eixo condutor dessas práticas de saúde.

Em busca desses objetivos, foi necessário abordar de que maneira tais experiências elegeram e ordenaram suas caixas de ferramentas, saberes e tecnologias. Neste caso, consideram-se aquelas oriundas do campo das profissões de saúde, bem como as derivadas das experiências e trocas entre as pessoas e

famílias envolvidas nestas práticas.

A possibilidade de deslocamento do *locus* do cuidado, do hospital em direção ao espaço da vida cotidiana das pessoas, ou seja, sua casa e território, possibilita a retomada do cuidado a partir de outros vínculos que não o profissional-usuário, como as distintas redes de vinculações que esse espaço possibilita, por exemplo, um familiar ou um vizinho cuidador. Esta retomada de responsabilidades por parte da rede de suporte afetivo pode levar a um relacionamento co-responsável com a equipe de saúde, permitindo novas significações, para cuidadores, profissionais e usuários.

A) Seleção e redefinição das experiências:

O grupo de pesquisa, seguindo o cronograma do Termo de Referência, produziu como critérios de escolha das cidades, o seguinte: ser de uma das cinco regiões nacionais e ter experiência em andamento. É importante salientar que a escolha das cidades ocorreu em parceria com técnicos do Ministério da Saúde, portadores de conhecimento prévio das experiências no território nacional. Sendo assim, as primeiras cidades escolhidas foram: Manaus - Região Norte; Sobral - Região Nordeste; Londrina - Região Sul; Belo Horizonte – Região Sudeste; e Rio de Janeiro - Região Sudeste.

Incorporando informações e sugestões de técnicos do Ministério da Saúde, quanto à Atenção Domiciliar na região centro-oeste, optou-se por analisar mais de uma cidade na região sudeste, pois nela se concentram mais de 70% das experiências atualmente existentes. Os municípios escolhidos conformaram um agrupamento bastante representativo da configuração de porte e desenhos assistenciais da região.

Após a escolha das cidades, foi elaborado um Plano de Ação e o “Kit

Pesquisador utilizado pelos pesquisadores nos campos, composto por: carta de apresentação, termos de consentimento livre e esclarecido - modelo para os profissionais de saúde e outro para os usuários e familiares, questionário para o gestor do Programa de Atenção Domiciliar - PAD, e de casos traçadores <sup>1</sup>.

O roteiro de entrevista foi estruturado tomando como referência os analisadores artificiais<sup>2</sup> definidos pelo grupo de pesquisa [arranjos e composição da equipe; articulação do Programa com sistema local de saúde; características do cuidador; a conformação do ato de cuidar; racionalidade (efetividade, eficiência e eficácia); avaliação do Programa (ferramentas de avaliação)]. Além da entrevista, foi utilizado também, como um dos instrumentos de coleta de dados, o “Diário de Campo” (SILVA, 2004).

Cada município investigado contou com pelo menos um pesquisador de referência e mais dois pesquisadores auxiliares residentes no local. Os pesquisadores locais foram previamente selecionados pelo “coordenador local” do PAD, e a eles coube o levantamento prévio de dados, o acompanhamento da coleta de informações solicitadas nos formulários, a seleção dos casos traçadores, e a função de articular o pesquisador à cidade e com os outros profissionais e pessoas envolvidas com o serviço local.

#### B) Estudo de um caso traçador.

Nessa fase ocorreu a indicação de vários casos traçadores pelos

---

<sup>1</sup> O caso traçador é um conceito originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, que pode ser aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde (Kessner et al., 1973; Travassos, 1985). O método permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário.

<sup>2</sup>“(...) são dispositivos inventados e implantados pelos analistas institucionais para propiciar a explicitação dos conflitos e sua resolução (...)”. (BAREMBLIT, 1992) rever outros analistas insitucionais

pesquisadores locais, conformando um banco de casos. Procurou-se eleger os casos que tivessem capacidade de representar a modalidade no local, respeitando as categorias de complexidade de cuidado e custo. É importante frisar que a seleção dos casos traçadores foi realizada em conjunto com as equipes PAD e utilizando também como critério de escolha do usuário típico do programa que gerava incomodo ou satisfação à equipe.

A lógica de construção do caso traçador baseou-se na ferramenta fluxograma analisador (MERHY, 1997) com o objetivo de observar mais atentamente a micropolítica do trabalho em saúde na produção do cuidado de um usuário. Para isso foi necessário conversar com os trabalhadores de saúde, a cuidadora e o usuário envolvidos na produção do caso e, também, por meio das suas falas reconstruiu-se o caminho trilhado pelo usuário e seus momentos de interface com os outros atores. As entrevistas com os profissionais ocorreram na unidade de saúde e com a cuidadora e o usuário no domicílio.

Vale destacar que se optou por essa ferramenta por ela ter-se demonstrado em diversas experiências (MERHY, 1997; MENESES, 1998; MALTA, 2001; JORGE, 2002; SILVA JÚNIOR, MERHY, CARVALHO, 2003; FRANCO & MERHY, 2003; FRANCO, 2003a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; SCHIFFLER et al, 2005) como um instrumento potente para a construção de mapas de processos de trabalho de um serviço de saúde e a sua articulação com a rede.

O trabalho de campo<sup>3</sup> possibilitou perceber uma diversidade de experiências em todo país, demonstrando similares e distintos analisadores (BAREMBLIT, 1992) identificados durante o desenvolvimento da pesquisa nacional.

Na cidade do Rio de Janeiro como pesquisador de referência no desenvolvimento do trabalho de campo em conjunto com outros pesquisadores

---

<sup>3</sup> O trabalho de campo foi realizado de dezembro de 2005 a dezembro de 2006.

cartografamos vários casos traçadores. Entretanto, chamou-me a atenção e a dos demais pesquisadores o caso do M. A curiosidade sobre caso foi aumentando e nos agenciando de maneira progressiva e intensa. No meu caso, dispararam-me vários processos de auto-análise no meu agir como profissional e indivíduo, levando-me a reações de atração e repulsa pelo caso. Contudo, apesar das sensações e sentimentos aflorados, continuei observando mais e mais o caso. O analisador que se destacou no caso foi o da disputa de planos de cuidado entre a mãe/cuidadora e a equipe de saúde. Ele trouxe para o campo da saúde um novo agente, o familiar/cuidador, que pode possibilitar cotidianamente novas formas de produzir o cuidado e de interação da família com a equipe de saúde. Do familiar, quando assume o papel de familiar/cuidador, é cobrado pela equipe de saúde um desempenho técnico, porém ele não é considerado como tal na hora de opinar na elaboração do plano de cuidado. Esta nova figura trouxe algumas tensões e paradoxos para o campo da saúde que precisam ser clareados, tanto na cadeia produtiva do cuidado quanto na sua própria saúde e qualidade de vida.

O caso foi encontrado em um serviço hospitalar<sup>4</sup> que oferta o programa de atenção domiciliar desde 2001. A disponibilidade da equipe e da família para o desenvolvimento do trabalho de campo foi muito importante para a realização do estudo. No decorrer do processamento do material coletado nas entrevistas, a equipe de saúde, pediu na medida do possível, o retorno dos resultados a fim de aprimorar o seu processo de trabalho. Então, senti necessidade em conjunto com os demais pesquisadores de devolver à equipe de saúde as suas próprias falas através do fluxograma analisador, que possibilitaria aprofundar a reflexão do analisador e, de certa forma, ajudarem-nos a ter um olhar mais amplo do caso. Deste modo, foi

---

<sup>4</sup> Agradeço a disponibilidade ofertada pela equipe e família do programa de atenção domiciliar pesquisado, pois sem as suas contribuições não seria possível realizar o estudo.

possível promover uma análise mais específica das relações estabelecidas entre os trabalhadores e destes com o usuário, além da percepção sobre as tecnologias utilizadas, os seus manejos e os problemas do processo de trabalho da equipe e mãe/cuidadora na cadeia produtiva do cuidado.

Esses encontros favoreceram-me em minha análise sobre o analisador e o caso. Entretanto, os desdobramentos desta devolução para equipe de saúde não serão apresentados neste trabalho, já que mereceria um acompanhamento mais detalhado do grupo, fato que não foi possível.

Na tentativa de organizar de maneira mais didática minha reflexão sobre este analisador, dividi o presente estudo em três aspectos: protagonismo e não protagonismo da mãe/cuidadora; a clínica e o cuidado; domicílio como moradia e como estabelecimento de saúde.

## **2. Desenvolvimento**

### **● O caso do M**

Segue abaixo um breve relato de um caso útil para possibilitar uma reflexão sobre a micropolítica do trabalho em saúde e a disputa sobre o cuidado.

O caso escolhido para a elaboração do fluxograma analisador foi o de um menino de onze anos chamado M, que esteve sob internação hospitalar durante quatro anos devido a um quadro de pneumonia viral que evoluiu para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Sua primeira internação hospitalar deu-se aos nove meses de idade e seu ingresso no PAD do mesmo hospital ocorreu a partir dos quatro anos e meio de idade, pois ele além de atender aos critérios do programa desta unidade de saúde (dependência de oxigênio, clinicamente estável e tempo de internação hospitalar

alto) era carismático, conforme descrito pelos integrantes da equipe de saúde:

(...) é uma criança extremamente sedutora nesse sentido, muito carismática, carinhosa. Nossa! Era o xodó de todo mundo, como ele tem muitos, mas o M (...) até pela própria idade, aquela idade de brincar, conviver com as pessoas, (...) todo mundo ficou amigo dele, todo mundo queria ajudar (...) (Por exemplo: relato da enfermeira da equipe)

Entretanto, para que ele pudesse retornar a casa foi necessário reconstruir o domicílio de sua família (a família ficou desalojada durante um ano, vivendo na casa de parentes). Segundo fotos que vi e informações colhidas, esse domicílio não tinha reboco, era um ambiente úmido e com baixa ventilação. Através de doações recolhidas no hospital e trabalho voluntário, o novo lar do M foi refeito. Esta nova casa teve sua sala ampliada, acoplada a uma cozinha estilo americano, e também ao banheiro. Olhando para este ambiente lembra-me uma enfermaria hospitalar. Entretanto, o quarto continuou marginalizado com uma pequena janela, úmido e com ventilação restrita.

A equipe PAD revela em seus relatos que não esperava que a obra durasse aquele tempo todo, foi um período angustiante<sup>5</sup>:

(...) aí a gente num afã de loucura, que eu acho que a gente não vai fazer isso nunca mais, a gente arregimentou lá material de construção, um engenheiro que doou lá pra fazer um projetinho lá para casa, e gente da comunidade para ajudar como pedreiro, olha até que numa época, num dado momento que gente viu a casa dela abaixo, acabou o barraco, ela morando lá no vizinho que também é da família, e a obra assim começando a passos de tartaruga, e a gente sem saber se ia conseguir chegar ao fim daquela história, olha aquilo foi uma angústia, eu até me arrepio (...) e aí o material não ia dar, mas a gente otimiza para poder dar, e o engenheiro podia mas não podia, e aí o mutirão funcionava, mas não funcionava, olha a gente passou um grande sufoco naquela época (...) (Por exemplo: relato do médico da equipe)

---

<sup>5</sup> É interessante destacar que este período para a mãe não foi angustiante.

No retorno ao lar, M necessitou de um aparato de equipamentos (BiPAP<sup>6</sup>, concentrador de oxigênio e cilindro de oxigênio<sup>7</sup>) e da presença regular em sua casa da equipe do Programa de Atenção Domiciliar (PAD), composta pela assistente social, fisioterapeutas, médico, enfermeira, técnica de enfermagem e psicóloga.

Esse foi um momento de alegria e emoção tanto para M como para a família (representada pela mãe, duas irmãs, um sobrinho e o padrasto) e os profissionais de saúde. A mãe/cuidadora expressa em palavras a emoção do momento de chegada da criança: “quando M veio para casa foi uma choradeira danada, todo mundo chorou (...)”.

A mãe assume o papel de mãe/cuidadora, pessoa que ficou com o *encargo de executar o plano de cuidado elaborado pela equipe para o menino.*

No decorrer de sua internação domiciliar, *a mãe/cuidadora começou a não cumprir integralmente a conduta* prescrita pela equipe, produzindo incômodos nos profissionais, que reagiram com a elaboração de estratégias com o objetivo de fazer com que a mãe/cuidadora passasse a cumprir o esperado/programado.

---

<sup>6</sup> O BIPAP, abreviatura do termo em inglês Bi Level Positive Airway Pressure (Dois níveis de pressão positiva nas vias aéreas), tem como principal objetivo fornecer adequada troca gasosa e reduzir o trabalho da respiração em pacientes com insuficiência respiratória. Site acessado no dia 25/11/2008 (<http://www.abdim.org.br/bipap.php>)

<sup>7</sup> Concentradores de oxigênio: são aparelhos ligados à rede elétrica, que possuem uma peneira molecular que retém o nitrogênio e deixa passar oxigênio, fornecendo uma concentração de O<sub>2</sub> (Fi O<sub>2</sub>) acima de 95%. Pela estabilidade do fluxo e não necessidade de “recarregar” o sistema semanalmente, tal fonte de O<sub>2</sub> torna-se mais econômica e prática. Desvantagens do concentrador de O<sub>2</sub> é o fato de ser ruidoso, pesado, e onerar a conta de luz do usuário.

Cilindros de oxigênio comprimido: a forma mais conhecida de armazenamento necessita de recarregamentos frequentes, dependendo do tempo de uso e do fluxo utilizado.

Os cilindros, bem como os concentradores, mantêm o doente restrito ao seu ambiente doméstico, permitindo a deambulação somente até onde o tubo de latex pode se estender. Já existem cilindros de alumínio, que são bem mais leves, e podem ser transportados com mais facilidade pelos doentes. No entanto, trata-se, ainda, de equipamento caro para a grande maioria da nossa população. Site acessado no dia 25/11/2008 (<http://www.hc.unicamp.br/servicos/domiciliar/cilindro.htm>)

Durante as entrevistas com os envolvidos, pôde-se perceber que a mãe/cuidadora não concordava completamente com o plano da equipe e tinha um plano próprio. A mãe permitia, por exemplo, que a criança brincasse com as outras crianças sem fazer uso de oxigênio, deixava-a soltar pipa, brincar na areia, e assim por diante.

“É que aí reúne as crianças todas e ele quer brincar, às vezes deixo ele brincar mas, às vezes, eu tenho que chamar ele para ver um remédio, a nebulização (...) sei que ele não pode ficar muito fora do oxigênio, aí um pouquinho que eu deixo, o deixo brincar um pouquinho (...)” (Relato da mãe/cuidadora)

Tais ações não eram aprovadas pela equipe, pois M teria que ficar 24 horas ligado ao oxigênio. Durante a nossa observação afluíram um importante analisador natural<sup>8</sup> do caso - disputa de planos de cuidado entre a mãe/cuidadora e a equipe - que provocou uma série de indagações sobre a produção do cuidado pela equipe e mãe/cuidadora: será que a equipe não deveria ser mais flexível na elaboração do plano? Por que a mãe/cuidadora não participa da construção do plano? Quais são os planos de cuidado em disputa? É possível fazer uma composição?

### ● A Reflexão sobre o analisador - Disputa de planos de cuidado

A mãe, ao assumir o papel de mãe/cuidadora, é cobrada pela equipe de saúde por um desempenho técnico, entretanto pode não ser considerada como tal na hora de opinar sobre a elaboração do plano de cuidado. Será que o mundo do cuidado é um lugar de encontros no território não profissional?

Esta nova figura, a da mãe/cuidadora, traz algumas tensões e paradoxos para

---

<sup>8</sup> “(...) são analisadores de fato, produzidos “espontaneamente” pela própria vida histórico-social-libidinal e natural, como resultado de suas determinações e da sua margem de liberdade.” (BAREMBLIT, 1992)

o campo da saúde que precisam ser esclarecidos, tanto na cadeia produtiva do cuidado como na sua própria saúde e qualidade de vida. Apresenta-se como uma nova aliada que pode contribuir para o aprimoramento da produção do cuidado, mas não é só isso, pois ela é sabida também.

É importante, também, destacar que as disputas de projetos ocorrem cotidianamente nas equipes e podem garantir o potencial inovador da Atenção Domiciliar. Entretanto, essa característica está diretamente relacionada, entre outras coisas, ao modo como as equipes encaram esse compartilhamento de produção do plano de cuidado. Essa disputa opera várias lógicas, como as profissionais, as éticas e as políticas. Assim, esta situação tem o potencial de propiciar o aperfeiçoamento do trabalho em saúde desenvolvido pelos profissionais e os cuidadores.

O caso do M nos possibilita uma reflexão sobre vários aspectos, cabendo, aqui, a exposição sobre três deles: o protagonismo e não protagonismo da mãe/cuidadora; a clínica e o cuidado; domicílio como moradia e como estabelecimento de saúde.

#### **a) O protagonismo e não protagonismo da mãe/cuidadora**

Buscando a ajuda de autores como Cecílio & Mendes (2004), que apontam que esses territórios tensos de disputa devem ser encarados como espaços de negociações, novas pactuações, sempre considerando, a impossibilidade de criação de um discurso hegemônico e homogêneo com poder de anular as diferenças irreduzíveis portadas pelos atores reais. Eles visualizam como uma forma de enfrentar, em algum grau, o “mal-estar” presente na vida das organizações. Entretanto, esta citação mostra-se também relevante na cadeia produtiva do cuidado.

Merhy (2006b), analisando várias arenas, observou que a instituição de “praças de conversas” entre os trabalhadores e a mãe/cuidadora, neste caso específico, pode ser uma forma de tornar o processo de trabalho da equipe e o da mãe/cuidadora mais sinérgicos, pois pode possibilitar um comum entre eles que permita o entendimento do outro, propiciar que se façam pactuações na produção do cuidado, revelando outros assuntos pertinentes ao usuário, ao cuidador e à equipe. O autor considera os espaços praças nas organizações como espaços em que os profissionais e as pessoas envolvidas na área da saúde podem expor seus projetos, desejos, necessidades frente a determinado assunto pertinente ao grupo.

Este autor leva-me a uma questão para o caso: o que pode ser comum entre a mãe/cuidadora e a equipe?

A existência de disputa não pressupõe que exista necessariamente conflito: ao contrário, pode propiciar melhorias no processo de trabalho desenvolvido pela equipe, desde que seja uma modelagem tecnológica do processo de trabalho, que permita, no ângulo do encontro a tecnologia leve, que possibilita entender, valorizar, respeitar o outro e, ao mesmo tempo, possibilitar o entendimento, valorização e respeito pelo outro. Há de se considerar que é necessário existirem mecanismos que possibilitem situações no interior das equipes para deixar que os profissionais afetem e sejam afetados pelo usuário no seu pensar e agir.

É importante frisar que as tecnologias por si próprias, não são boas ou más, este papel está diretamente relacionado com o ator que as opera, pois ele pode utilizar as tecnologias para potencializar a vida do usuário bem como a morte.

No caso, os profissionais utilizam suas tecnologias seguindo a lógica médico hegemônica, que não valoriza a singularidade, a pessoa, a vida deste ser. Os trabalhadores envolvidos não demonstraram uma forma de trabalhar em que a

escuta e aprendizagem fossem nucleares; ao contrário, observou-se que a equipe tenta fazer com que a mãe/cuidadora cumpra o plano de cuidado elaborado por eles, ou tenta excluir/submeter a mãe/cuidadora por meio de algumas atitudes negativas, não compartilhando informações, ridicularizando o seu trabalho e assim por diante.

Ela não tem capacidade para fazer isso não.  
A sujeira, a falta de organização, tudo fora do lugar (...) você chega lá tem que pedir licença ao lixo para entrar.  
E o prejudicado é ele (o paciente), fica cansado, (...) não pode ir lá (...) brincar e você deixou o garoto, você está vendo o que aconteceu (...). (Relatos de integrantes da equipe PAD)

Por outro lado, a mãe/cuidadora assume também estes papéis, quando ignora o plano de cuidado da equipe, ou assume o papel de mãe para obrigar a equipe a aceitar algumas situações criadas por ela, como, por exemplo, ao deixar a criança brincar sem oxigênio.

Mesmo sem conhecer Winnicott (1975), a mãe/cuidadora valoriza a necessidade da criança de brincar que, segundo o autor, garante uma liberdade de criação para a criança e o adulto. É na brincadeira que a atividade criativa, física e mental se manifestam e através da “somação dessas experiências” que é formada a base do sentimento do eu (self).

O autor acredita que brincar não é um passatempo para a criança e sim uma prática vital para produção da sua subjetividade.

M expressa constantemente sua necessidade de brincar e interagir com outras pessoas. A equipe de saúde não escuta esta demanda de M, mas felizmente sua a mãe/cuidadora tem escutado.

Ao buscar Cecílio (2001), a fim de entender um pouco melhor sobre o que seriam necessidades de saúde, ele aponta que elas podem ser classificadas em quatro conjuntos:

1. Ter “boas condições de vida” – entende-se que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde.
2. Ter acesso e poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida.
3. Criar vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional – vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como “o rosto” do sistema de saúde para o usuário.
4. Garantir a “cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

Fazendo um paralelo entre os conceitos trazidos por Cecílio (2001) e o caso, observa-se que os itens 2 e 3 são bem contemplados pela equipe de saúde. Entretanto, o bem-estar e aumento da autonomia da criança não são relevantes. E, no momento em que a mãe/cuidadora sinaliza que os profissionais têm de valorizar a brincadeira na vida de M, eles não dão ouvidos; preferem considerar como uma atitude de descuido, de não cumprimento do plano de cuidado por parte dela.

Apresenta-se, então, que a existência de uma diversidade de atores sociais envolvidos no caso cria, constantemente, arenas de disputas de idéias/projetos individuais e/ou coletivos para a produção do cuidado. Neste caso em particular, essa arena de disputas apresenta-se como um problema para o desenvolvimento do trabalho da equipe, já que esta não enxerga a diversidade como uma certa forma de

compreender o processo de trabalho para a cadeia produtiva do cuidado centrada no usuário.

Essas orientações distintas levam a que se configure um cotidiano de disputas constantes entre o plano de cuidado da mãe/cuidadora e o da equipe.

Uma das declarações realizadas por um dos profissionais de saúde da atenção domiciliar aponta alguns fatores que contribuem para a disputa:

(...) no hospital você tem assim aquela distância que protege a equipe muito, de se aproximar demais e *a gente perde essa proteção quando vai para casa da pessoa*, porque é *a pessoa que manda na casa dela*, então aquele primeiro protetor que você tem, perde então eu acho que *para o profissional o desconforto é muito maior (...)* a relação de poder muda, então ele é exigido para *negociar*, então uma coisa que é dada na base da ordem no hospital, na casa o pessoal até pensa mais não funciona assim, tem mais que fazer aquele *jogo de persuasão*, geralmente as *dificuldades que dão são com mães* que, ou são esses casos que geram negligências ou são mães que são boas demais e começa a *querer desempenhar o papel de um profissional porque foram solicitadas* a fazer isso no hospital de alguma maneira, então aprenderam, sabem, conhecem e às vezes o *profissional tem dificuldade de lidar com isso*, porque às vezes atrapalham mesmo o atendimento (...)"

Este relato possibilita reflexões sobre o caso de M. A mãe/cuidadora, além de ter sido solicitada a executar o plano de cuidado elaborado pela equipe, está atuando em seu domicílio e cuidando de seu filho, que potencializa sua vontade de ser protagonista também na elaboração do plano de cuidado. Na sua casa, M não é apenas um doente, mas uma criança, ou seja, um filho que tem uma doença.

Esse domicílio provocou uma desterritorialização do agir dos profissionais e suas implicações com a doença do modelo hegemônico, pois não estão em um estabelecimento de saúde.

Vale ressaltar que, neste relato, mais dois outros aspectos serão discutidos posteriormente: a clínica e o cuidado; domicílio como moradia e como

estabelecimento de saúde.

É importante apontar que, no caso de M, tanto a mãe/cuidadora quanto a equipe de saúde lutam pelo protagonismo do plano de cuidado e trazem à cena a não possibilidade da construção de uma pauta comum que vai criar uma impossibilidade de entendimento e consenso (ARAGÃO, 2002) de ambos os atores que não apareceu nos relatos coletados.

Na revisão bibliográfica, encontro no autor Mendonça (2008) uma reflexão para gestão que acredito ser adequada para a produção do cuidado. Ele aponta que o:

“(...) fabricar espaços coletivos de análise, negociação e decisão onde a autoridade de um é alteridade para o outro parece ser indispensável para uma relação produtiva em que o reconhecimento do outro é motor para o encontro de possibilidades e soluções para problemas portados pelos trabalhadores nas duas direções.” (Ibidem, 2008)

Trazendo para a realidade do caso, evidencia-se que estes trabalhadores seriam os atores: equipe e mãe/cuidadora. Nesta produção de cuidado, a mãe/cuidadora não é valorizada pelos profissionais como uma pessoa que possa contribuir na elaboração do plano de cuidado.

No estudo do caso, percebo que M depende dos dois olhares para ter qualidade assistencial e uma vida melhor, pois, sem a equipe, a doença não é controlada e, sem a mãe/cuidadora, seus desejos de criança acabam sendo renegados, prejudicando o desenvolvimento de sua subjetividade.

## b) A Clínica e o Cuidado

Para reflexão deste assunto, é importante destacar algumas contribuições de determinados autores que abordam estes temas: clínica e cuidado.

Os primeiros autores que trago para “cena” são Campos, Chakkour e Santos (1997, p.143) que discutem núcleo e campo de competência dos profissionais médicos: o primeiro relacionado às singularidades de cada especialidade; o segundo ao lugar de intercessão entre as especialidades.

Posteriormente, Campos (1997) apresenta como falida a clínica oficial (a “clínica clínica”) que valoriza a doença reduzindo a pessoa, apenas a um “Ser do doente” e a “clínica degradada” que é influenciada “por interesses econômicos ou por desequilíbrios muito pronunciados de poder”. Ele aponta uma maneira de superar este modo de operar a clínica pela utilização do campo e núcleo na articulação do clínico de referência e o apoio especializado de forma matricial, nomeando-a como clínica ampliada (do sujeito). Ele acredita que através do campo pode-se:

(...) superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade operando-se com Projetos Terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o ex-paciente, para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada, com a saúde de outros (...) (CAMPOS, 1997)

Este autor aposta que através do núcleo de competência que guia seu campo possa ocorrer uma ampliação de sua clínica no momento em que este campo faça interface com o de especialistas. Ele considera que o matriciamento dado por

algumas especialidades contribuirá para ampliação da clínica, levando à clínica do sujeito. Isso caminha junto com a idéia de Basaglia de colocar a doença em suspenso e o cidadão em primeiro plano numa clara implicação da clínica como política. Entretanto, mesmo assim há aqui a noção de que o agir nesse caso é a clínica, o que traz o risco de qualquer ação em saúde ser do campo da clínica.

Por isso, é importante apresentar as reflexões de outros autores, no sentido de que nem tudo que se faz na assistência está limitado ao campo da clínica. Nesta hora apresenta-se uma tensão conceitual, pois, para Campos, o campo está atrelado aos núcleos das especialidades e/ou das profissões e, portanto aos saberes que lhe substanciam. Já para Merhy, campo é local de prática, de produção de cuidado que não está atrelado apenas ao território das tecnologias leve-duras, mas também aos territórios relacionais onde operam sabedorias e não saberes de todos, implicados no encontro onde há a produção do cuidado. Como se os efeitos de um encontro com o outro no mundo do cuidado abrissem para muito além do próprio fazer clínico outros processos de “saberes” dos corpos que se agenciam, produzindo relações não expressas em linguagens que se representam pelas palavras/enunciados. (DELEUZE, 2002)

Merhy (1998a), em seu trabalho, apresenta um conceito que possui interfaces com Ayres (2004) <sup>9</sup>, porém amplia a discussão sobre o assunto, pois Ayres dá centro à mediação do saber estruturado para operar os encontros como relação intersubjetiva; Merhy considera que todo trabalhador de saúde, de uma forma ou de outra, produz cuidado, seja individual seja coletivo, operado em si no encontro para além das valises da cabeça como centro desse processo. Até os profissionais que

---

<sup>9</sup> O autor considera cuidado “(...) como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”. (Ayres, 2004, p.22)

não são reconhecidos próprios da saúde, como os porteiros de serviços de saúde estão implicados com a produção do cuidado.

Esse autor acredita que:

- os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo;
- o trabalho em saúde não é só o saber diagnosticar, prognosticar, curar, produzir análises epidemiológicas, realizar campanhas, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo intercessor e partilhado, no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos e não tecnológicos de agir;
- não há produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se não houver um trabalho comprometido com a produção de mais vida como valor de uso inestimável e único.

No campo da prática, é onde se constrói a cadeia produtiva do cuidado, onde através das tecnologias operadas e da racionalidade empregada, conforme o agir do trabalho vivo reproduz-se um trabalho morto (MERHY, 1997). Trazendo esses conceitos para o caso, cada profissional e a mãe/cuidadora possuem sua caixa de ferramentas de tecnologias de saúde, distribuídas nos núcleos de competência específicos (tecnologias duras e leve-duras) e na dimensão cuidadora (tecnologias leves), além do seu modo em si de produzir efeito no outro pelo simples encontro. O que vai propiciar a distinção entre os membros da equipe são as tecnologias que portam e a forma de operá-las, a legitimidade social para poder fazer isso como

trabalhador, atrelada à história de vida de cada um, suas implicações com o outro, sua cultura, condição social e assim por diante.

Segundo o autor, a dimensão cuidadora apresenta-se como um espaço além da clínica, revela-se como o território não só, mas, predominantemente, das tecnologias leves e do mundo relacional, não sendo um campo específico de nenhum profissional, e sim a base para a atuação de todos. Ela é o espaço de maior intercessão entre os trabalhadores e usuários, com grande potencial para produção de cuidado pela equipe, valorizando os vários sentidos da integralidade.

As tecnologias leves, ao serem utilizadas como as ordenadoras da cadeia produtiva do cuidado, quando operadas com o objetivo de potencializar a vida do usuário, possibilitam um compromisso permanente do profissional, tais como vínculo-responsabilização levando a uma maior implicação com a resolutividade (MERHY,1994) da ação de saúde e com a garantia de autonomia do usuário, ou seja, o usuário como protagonista negociador de seu processo saúde-doença. Porém, há situações em que esse território tecnológico atua contrariamente, produzindo dependência e morte.

Merhy (1997, 2002) emprega uma metáfora para mostrar como o uso das tecnologias pode impactar no trabalho em saúde, expressando, inclusive, o modelo assistencial subjacente. Ele usa a “imagem” de três valises para demonstrar didaticamente o arsenal tecnológico de cada profissional de saúde, o que não significa um olhar compartimentalizado, pois os três tipos de tecnologias expressam processos produtivos singulares:

- a primeira valise representa os instrumentos e equipamentos (**tecnologias duras**);

- a segunda, os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia (**tecnologias leve-duras**);
- a terceira, o espaço relacional trabalhador-usuário (**tecnologias leves**), espaço de relações entre sujeitos, que só têm materialidade em ato, como é o caso dos processos de acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY, 1994, 1997, 1998a; SILVA JUNIOR, 2001; SILVA JUNIOR & MASCARENHAS, 2004), considerados práticas intercessoras (MERHY, 1998b) em saúde.

O que o autor destaca nesses exemplos é que os arranjos entre essas “valises” são estratégicos, definidores mesmo, do sentido dos modelos de atenção à saúde (MERHY, 2002).

Vale ressaltar que a operação das tecnologias segue uma racionalidade ou sabedoria, como podemos ver exemplificado no caso, onde a equipe apresenta um saber **técnico-científico** que é focado na **doença**, enquanto a mãe/cuidadora possui uma sabedoria **de mãe e cuidadora** que é direcionado na **vida da criança**, acarretando distintos planos de cuidado.

(...) não pode ficar toda hora brincando porque ele não pode ficar muito fora do oxigênio, aí um pouquinho que eu deixo, o deixo brincar um pouquinho, aí vem cansado, ta vendo você ficou aí fora, agora vem cansado, aí vem ele, descansa, aí vê televisão, essa é a vidinha dele, sentado o tempo inteiro vendo televisão, desenho, (...)(...) Ele não tem série, é porque até agora é assim, não sabe ler, não sabe escrever, vai passando, e vai e vai e vai, tem essa coisa, ele tem 9 anos e não sabe nada (...) eu só penso em ele ir pra escola agora, aprender a ler, a escrever, tudo direitinho (...) Declarações de mãe/cuidadora sobre o M, nas quais destaca assuntos como projeto de vida e vínculo afetivo.

Percebe-se que a mãe, ao olhar para o M, não observa um paciente, mas o seu filho que precisa de cuidado e de viver como uma criança. Entretanto, a equipe,

seguindo uma racionalidade da “*clínica moderna, orientada pela morte (anatomia patológica), volta-se para a causa da doença (agente patogênico) e para sua origem espaço-temporal (localização orgânica e história sintomática)*” (LUZ, 2006), tendo como objetivo a cura da doença.

Essa distinção propicia várias disputas com conflitos entre esses atores, nas quais o que é trazido pela mãe/cuidadora não é legitimado pelo modelo médico hegemônico e conseqüentemente pela equipe do PAD. Deste modo, o que fazer com essa situação?

Tal indagação leva-nos a uma reflexão sobre a possibilidade de uma nova sabedoria que a figura do cuidador nos traz, focada na produção de vida dos usuários.

O analisador do caso permite verificar que os profissionais de saúde, muitas vezes, operam com tecnologias, seguindo a lógica da “clínica oficial ou degradada”. No entanto, seguindo a lógica destas clínicas, os profissionais utilizam as tecnologias duras combinadas com as leve-duras como guia na produção do cuidado prestada ao usuário, não havendo possibilidade de escuta e de valorização da necessidade de M de brincar e interagir mais com as outras crianças. Observa-se, na modalidade praticada nessa situação que estudamos, que o agir do trabalhador está preso ao saber estruturado e ao equipamento, produto de um trabalho anterior (trabalho morto). Nesse sentido, o processo de trabalho é pré-programado, limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado, por exemplo, pela programação do protocolo clínico.

O posicionamento da mãe/cuidadora frente, ao plano de cuidado dado pelos profissionais, tensiona-os, forçando-os a atuarem com uma prática além do procedimento centrada. Ela lhes aponta a olhar para uma das necessidades

primordiais da criança que é a de brincar como processo de se construir no mundo. Cabe ressaltar que isso não quer dizer só brincar com brinquedos, mas, sobretudo, sua relação como os outros do seu mundo aqui e agora. Durante o acompanhamento do caso, pude perceber que eles têm dificuldades de lidar com esta situação e sentem-se incomodados. Assumem que eles estão certos e que a mãe/cuidadora é descuidada. Ela como mãe e cuidadora faz com que o processo de trabalho executado por todos seja primordialmente baseado no usuário centrado, ou seja, que tal processo valorize as necessidades de saúde apontadas pelo usuário.

A mãe/cuidadora demonstra o esgotamento da tão chamada “clínica ampliada” e aponta com uma das alternativas para garantir uma atenção à saúde que responda as necessidades do usuário: o cuidado baseado na sabedoria dos familiares em articulação com o saber da equipe. Este casamento pode propiciar um projeto terapêutico que realmente esteja adequado à vida do usuário, ou seja, potencializa a sua subjetividade e vida.

A criança M faz agenciamentos constantes, por meio de suas demandas, o agir da mãe/cuidadora e da equipe, levando a uma tensão no processo de trabalho desempenhado por eles. É importante frisar que considero agenciamento, conforme é apontado por Deleuze (1995): “acontece no momento que existem conexões e estas aumentam, e que não estão atreladas a ideologias ou posicionamentos”.

Buscando auxílio na bibliografia referenciada para essa investigação, encontrei uma definição interessante sobre tensões e conflitos descrita por Mendonça (2008):

“as tensões são potência, muitas vezes o conflito é sua cinética; o conflito como movimento, como produção e consumo energético, pode ser até desconfortável, mas pode se dar em produção afirmativa de inovações, porém também pode se dar em sua forma específica de agir em práticas de desconhecimento, desrespeito, humilhação e vexação, ou paralisia e perda de potência.”(ibidem, 2008)

No caso específico, a equipe utiliza do seu saber para imobilizar a mãe/cuidadora em sua ação, desvalorizando sua sabedoria na execução e elaboração do plano de cuidado.

### **c) Domicílio como moradia e como estabelecimento de saúde.**

No caso de M, a casa da família foi reconstruída com a ação de apoio da equipe de saúde para o retorno da criança ao lar. O novo domicílio sofreu forte influência hospitalar, tendo a conformação da sala como de uma enfermaria (local onde a criança fica maior parte de seu tempo, reproduzindo os momentos do hospital), como um processo de institucionalização da instituição total do hospital no interior da própria casa.

Para Costa (2008), “a casa carrega em si um significado e cada parte tem um significado. Ela é metáfora do próprio dono: abrigo, território, domínio, lar, referencial”. Desta feita, é evidente que a equipe mesmo com a melhor das intenções não permitiu que a família opinasse na construção da nova casa, diminuindo a identificação deste espaço como seu lar.

O curioso é que durante as entrevistas com os familiares, a mãe/cuidadora queria fazer uma reforma na casa, pois precisava de algumas alterações. Ela verbaliza que quer “uma casa normal!(...) com 2 quartos, sala, cozinha, banheiro, varanda, área de lavar roupa (...)”. Nesta fala reverbera bem este olhar trazido pela autora supracitada, pois demonstra um possível desconforto deste familiar com a casa idealizada por outros.

Não havendo intimidade, nem conforto e habitabilidade, a casa pode matar? A casa constitui-se num símbolo situado (...), importante no

diagnóstico psicológico e psico-social", e para o "simbolismo da identidade" (Apud, COSTA)

Outro ponto que é necessário ressaltar, conforme apontado pela fala de um dos integrantes da equipe de saúde, é que, no hospital, os trabalhadores estão protegidos de uma aproximação maior com a realidade do usuário, mas no domicílio a situação muda. Os profissionais em um novo local, são desterritorializados, onde a família é que manda na moradia. Deixando a equipe em desconforto, um comportamento que se apresentou no caso foi a tentativa da equipe mesmo que inconscientemente de tornar a moradia um estabelecimento de saúde.

A família e a equipe, neste novo território, iniciou a disputa por este novo local: esta tentava tornar um ambiente mais confortável para si, ao passo que aquela buscava, ao seu modo, atingir a mesma meta. A família luta por uma privacidade que necessita ter em seu domicílio, conforme cita a autora: "a falta de privacidade e de território individual é causa de sofrimento". Esse conflito apresenta-se de várias maneiras e uma delas, são os conceitos implícitos de limpeza no domicílio que cada um trazia em sua fala.

Ela (mãe/cuidadora) não tem capacidade para fazer isso não.  
A sujeira, a falta de organização, tudo fora do lugar (...) você chega lá tem que pedir licença ao lixo para entrar.  
Relatos de membros da equipe PAD

Indaga-se a partir deste relato se o padrão de limpeza está relacionado com o de um estabelecimento de saúde ou o de um domicílio de baixa renda? Que padrão é esse? Até aonde a equipe está buscando uma maior compreensão desta nova realidade? Ela está gerando um desconforto para esta equipe?

Na leitura do trabalho de Costa (2002), chamou-me a atenção o fato de que a medicina, no decorrer dos séculos, trouxe para sociedade, através de ações higienistas que acentuou seu trabalho no século XIX, maior controle das doenças. Entretanto, em contrapartida, ela adentrou na vida das pessoas no seu cotidiano, no seu lar, interferindo na singularidade de cada membro, de cada cidadão, no jeito de ser de cada um.

Em nome deste discurso médico e da defesa da vida, corpos individuais foram controlados e submetidos a uma rígida racionalidade médica, isto era apenas um prenúncio do que viria realizar nas monumentais intervenções urbanas da segunda metade do século XIX. (COSTA, 2002, p.68)

Enquanto a mãe/cuidadora e a família tinham outros padrões de limpeza que não se enquadravam aos padrões hospitalares e de domicílio de classe média. Como pode-se garantir uma qualidade na atenção domiciliar sem comprometer a singularidade de cada família e sem tomar atitudes disciplinadoras, em busca de relações intercessoras?

A busca por este padrão de limpeza chegou a tal ponto no lar da família de M, que ficou condicionado o fornecimento de uma cesta básica de alimentos à mudança nos hábitos de higiene da família. Em não havendo mudança, os membros não teriam acesso à cesta. Tal atitude nos remete às ações típicas do século XIX, quando as estratégias biopolíticas dos estados nacionais eram intensamente disciplinadoras das populações e dos indivíduos. (FOUCAULT, 2007)

(...) aí eu falei vou fazer assim uma estratégia com mãe/cuidadora, de quinze em quinze dias vou te dar cesta básica, se você manter essa casa limpa (...) aí fiz um kit de limpeza, vassoura, sabão em pó, tudo (...) relato da enfermeira da equipe PAD.

Essa situação nos faz refletir até aonde a ação do profissional de saúde nos dias de hoje não está atrelada a esta concepção higienista, que, seguindo padrões, determina um agir padronizado dos integrantes do domicílio que está desenvolvendo a modalidade atenção domiciliar. No momento que estes moradores descobrem linhas de fuga, a fim de preservar um pouco das suas singularidades, a equipe analisa descuido, desleixo, principalmente por parte da mãe/cuidadora.

Esse quadro ao qual a Atenção Domiciliar nos remete é o da análise de um novo momento em que as equipes de saúde e as famílias convivem em novo ambiente para ambos e no qual os cidadãos e suas moradias não são mais como as que se produziam no século XIX e, portanto, passíveis de relações muito tensas junto às várias estratégias biopolíticas operadas. Esse novo desafio coloca a equipe em situação obrigatória de ter de negociar mais explicitamente com o outro no seu espaço domiciliar e isso exige dela, equipe, a necessidade de desenvolver mais ações para conhecer melhor a realidade da família do seu usuário, ampliando sua escuta para produção do cuidado, tornando-a protagonista também.

(...) oferece mais liberdade de criação na condução das suas atividades (inclusive nos aspectos clínicos), permite um relacionamento direto com as pessoas (sem intermediários) e permite conhecer contextos de vida; essa vivência mobiliza a capacidade de produzir alternativas coletivas, criativas e apropriadas para o cuidado e a produção da autonomia. Entretanto, esses trabalhadores convivem com um grau inusitado de autonomia das famílias na produção compartilhada dos projetos de cuidado que são implementados. (FEUERWERKER & MERHY, 2008)

Segundo Feuerwerker & Merhy (2008), a casa possibilita um novo “espaço de cuidado” que “pode remeter a uma identificação e proximidade do cuidador para além da função técnica e da instituição hospitalar”. Este novo local permite um leque

de opções na produção do cuidado e uma maior autonomia para a família do usuário.

É um exercício para essa equipe, pois além de colocar à prova a sua capacidade de conviver com esta família, ao mesmo tempo, tem de garantir a preservação da singularidade de cada familiar e a privacidade do lar. Como elaborar um plano de cuidado que dê conta disso? A busca de entendimento pela equipe com essa família não seria o melhor caminho?

A atenção domiciliar corre o risco, caso não olhe para isso, de propiciar a piora da qualidade de vida da família e, conseqüentemente, o adoecimento desta, no momento em que este lar se transforme em “uma casa que mata” (COSTA, 2008).

### **3. Conclusão**

A partir dos sucessivos relatos feitos pela equipe de saúde do PAD, foi possível perceber que o maior incômodo demonstrado pelos trabalhadores em questão foi com o descumprimento - por parte da mãe/cuidadora - do plano de cuidado elaborado por eles. Em momento algum, atentaram para o fato de que a criança pedia por um momento para brincar com as outras crianças; o que era plenamente atendido pela mãe/cuidadora.

Essa atividade de auto-análise em conjunto com os trabalhadores demonstrou-me que, apesar da implicação dos profissionais no trabalho que desenvolvem, estes continuam focados na doença, operam suas tecnologias seguindo a racionalidade médica hegemônica e os processos de cuidados centrados em procedimentos profissionais. Por mais que tentasse chamar atenção para as

necessidades de M e da mãe/cuidadora, eles enxergavam que M não estava seguindo adequadamente o tratamento traçado por eles, devido a não execução do plano terapêutico pela mãe/cuidadora.

Esse trabalho proporcionou o aumento de minha reflexão sobre o meu agir como indivíduo e profissional. O analisador disputa de planos de cuidado trouxe à tona uma realidade da modalidade atenção domiciliar que muitas vezes não se valoriza por acreditar que ela veio para proporcionar maior qualidade de vida para o usuário e a família. Entretanto, com a reflexão do caso M, pode-se perceber que esta realidade nem sempre está presente, já que o desrespeito por parte dos profissionais pode existir e prejudicar a produção do cuidado que valorize a vida do usuário e de seus familiares.

O movimento de entrar na casa das pessoas nos provoca a necessidade de preparo diferente, demanda redescobrir um novo ser profissional, já que grande parte ainda continua a ser formada para área hospitalar com todas as “proteções” desde área física às rotinas previamente estabelecidas.

Esse trabalho me proporcionou várias reflexões sobre a produção do cuidado principalmente no domicílio. Que lugar é esse que desterritorializa o profissional de saúde?

No estudo, pode-se perceber que o profissional de saúde fora do ambiente hospitalar, que é lugar comum onde realiza sua formação e atua na maioria das vezes, sente-se num local “seguro”, porque conhece melhor as regras do nosocômio e, muitas vezes, ele manda, principalmente, o médico. Durante o caso, observei que a equipe de saúde envolvida sentia-se incomodada no lar do usuário e tentava, através do saber da saúde, disciplinar, seguindo uma lógica higienista sobre o

funcionamento e regras desta casa, tornando o lar para o usuário e seus familiares um estabelecimento de saúde que não expressa a singularidade desta família. O ambiente domiciliar que tem uma grande potencialidade de garantir uma melhor qualidade assistencial e de vida para o usuário e na forma de produzir o cuidado, pode se transformar numa prisão com várias regras levando à “morte” os indivíduos que vivem nesta casa.

Esse é um apontamento que o caso traz, como um grande alerta para os profissionais envolvidos nesta modalidade assistencial, pois podemos estar iniciando uma forma mais potente de normatização e medicalização da sociedade, diminuindo ainda mais a autonomia do usuário e sua família.

Observando o caso pode-se perceber que muitas ações são similares a estas estratégias do Estado, que até hoje a saúde vem utilizando em grande escala como foi possível verificar no caso M. A história dele traz para saúde coletiva o alerta de que esse comportamento pode adoecer famílias ao invés de “curá-las”. Por exemplo: a situação da limpeza da casa que para a equipe era um ambiente sujo e a solução encontrada foi a de atrelar a limpeza à cesta básica. Atitudes que remetem ao início do século XIX, em que estratégias biopolíticas eram adotadas pelo Estado a fim de agir no modo de viver das famílias daquela época.

Outro ponto importante sobre o qual esse trabalho provoca reflexão é o do papel do familiar/cuidador e a sua inserção na elaboração do projeto terapêutico em conjunto com a equipe de saúde que pode agregar valor na produção do cuidado. Pode-se analisar que muitas vezes o profissional de saúde tem uma formação baseada na medicina hegemônica, não valorizando o indivíduo e sim a doença. O familiar/cuidador pode possibilitar uma ampliação na cadeia produtiva do cuidado, pois seu olhar está focado na vida de seu familiar, como ele pode viver melhor,

estudar, trabalhar, brincar, divertir-se, sorrir, e assim por diante. Ele tensiona constantemente o profissional de saúde para elaborar um plano de cuidado usuário-centrado, ou seja, um plano de cuidado focado no indivíduo – usuário, na sua vida. Esse novo ator pode se apresentar como chave para garantirmos o cuidado que tem como meta a produção de vida. A participação deste ator na elaboração do plano terapêutico pode ampliar e aprimorar a cadeia produtiva do cuidado.

No caso a disputa do plano de cuidado pela equipe e a mãe/cuidadora gerou tensão constante no manejo da criança. O entendimento e o respeito mútuo não foi possível nesta situação e na leitura de alguns autores pode -se constatar que essa parceria entre ambos é possível. Entretanto, é um desafio cotidiano para equipe que muitas vezes não possui formação para lidar com essa situação. Uma das sugestões seria existir nas reuniões de equipe, ferramentas que propiciassem processos de auto-análise no grupo, que poderiam desencadear um olhar e um agir mais sensível para a construção coletiva do plano de cuidado, valorizando sabedoria e saberes dos atores envolvidos.

Para finalizar, reconheço a importância de enfatizar o terceiro aspecto discutido neste trabalho que foi o cuidado e a clínica, pois no momento da execução do plano de cuidado a mãe/cuidadora demonstra que não opera a clínica e sim o cuidado. Ela, a todo tempo, utiliza de sua sabedoria para produzir o cuidado, mesmo tendo que operar com tecnologias leve-duras. Ela constrói linhas de fugas para que M possa brincar, interagir com outras crianças, enfim, viver. Ela acaba indo além da clínica, pois não fica presa ao saber estruturado da medicina. Ela nos aponta que no cotidiano, nós profissionais necessitamos agir além do saber estruturado, valorizando os encontros, os afetos que permeiam esse encontro e a vida do usuário.

A clínica por si só não dá conta das diversidades encontradas na Atenção à Saúde. No momento do encontro entre o usuário, a equipe e o familiar/cuidador, demonstrou-se que é importante valorizar as tecnologias e não tecnologias dadas encontradas na cadeia produtiva do cuidado.

É importante lembrar que tive a oportunidade através da modalidade atenção domiciliar analisar uma problemática que, muitas vezes, no dia do cuidado de maneira geral não percebemos. A disputa de planos de cuidado é encontrada de maneira geral na atenção à saúde. Entretanto, no momento que observamos tal analisador no domicílio, torna-se mais evidente, pois neste ambiente ele se destaca.

Esta reflexão do trabalho apresenta-se como necessária para atenção à saúde de maneira geral, pois a produção do cuidado que não valoriza o encontro, a sabedoria e saberes que permeiam neste campo, muitas vezes, potencializa a doença ao invés da vida do usuário.

#### 4. Referências bibliográficas

- ARAGÃO, Lúcia. Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BAREMBLIT, Gregório F.. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos, 1992.
- CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Editora Hucitec: São Paulo, 2004.
- CAMPOS, Gastão Wagner Souza. A clínica do sujeito por uma clínica reformulada e ampliada. 1997 mimeo DMPS-UNICAMP.
- \_\_\_\_\_; CHAKOUR, Maurício ; SANTOS, Rogério Carvalho . Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las no SUS. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-145, 1997.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IMS – UERJ, ABRASCO. Rio de Janeiro, 2001.
- \_\_\_\_\_, Mendes, Taniella Carvalho. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde e Sociedade 2004; 13(2): 39-55.
- COSTA, Maria Clélia Lustosa. A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano. Mercator - Revista de Geografia da UFC, ano 01, número 02, 2002.
- COSTA, Marlice. Casas que matam, até quando? Site acessado no dia 22/12/2008 (<http://studioarquitetura.blogspot.com/2008/08/casas-que-matam-at-quando.html>)
- DELEUZE, Guiles. Espinosa: filosofia prática. São Paulo. Editora Escuta. 2002,144p.

- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz, MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 24(3), 2008
- FOUCAULT, Michael. Microfísica do poder. Nacional, Editora: Graal, edição 27; 2007
- FRANCO, Túlio Batista. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG); In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003a. p. 161-198.
- \_\_\_\_\_ . Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde; Tese de Doutorado, Campinas (SP): Unicamp, 2003b.
- \_\_\_\_\_ & MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial; In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, HUCITEC, 2003. cap. 3 – pp. 55-124.
- GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- GUATTARI, Felix, DELEUZE, Gilles. Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia - vol. 1. Nacional, Editora 34, 1995
- JORGE, A.O. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.
- KESSNER, E., KALK, C. Y SINGER, J. Assessing Health Quality. The Case for Tracers. The New England Journal of Medicine. v.2888, n.1, p.1888-194. 1973.
- LUZ, Madel Therezinha. Natural, Racional, Social - Razão Médica e Racionalidade Moderna. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- MALTA, Débora Carvalho. Buscando novas modelagens em saúde, as

contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas. 2001.

- MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier de. (LUTA) EM DEFESA DA VIDA: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça – Rio de Janeiro, 2008. 143 f. Dissertação: (Mestrado em Medicina) Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MENESES, Consuelo Sampaio. A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.
- MERHY, Emerson Elias. Atenção Domiciliar: lugar de encontro da medicalização com a rede substitutiva ou transição tecnológica e / ou reestruturação produtiva na saúde: um debate necessário na Atenção Domiciliar. “paper” distribuído no I Seminário Interno de Atenção Domiciliar da linha de pesquisa: Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. UFRJ, Rio de Janeiro. 2006a.
- \_\_\_\_\_. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: ACIOLE, Giovanni Gurgel . A Saúde no Brasil - Cartografias do Público e do Privado. São Paulo, HUCITEC, 2006b.
- \_\_\_\_\_. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- \_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (organizadores). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998a. p. 103-20.
- \_\_\_\_\_. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde. In: TEIXEIRA, S.F. (organizadora). Movimento sanitário: 20 anos de democracia. São Paulo. CEBES, 1998b.
- \_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial,

1997.

- \_\_\_\_\_ . Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a 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 da qualidade das ações de saúde. In: CECÍLIO, L. C.(org.). Inventando a mudança na saúde. Hucitec. São Paulo. 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Ministério da Saúde/Fiocruz. Rio de Janeiro. 2005
- PINHEIRO, Roseni. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, R.A. (Org.) Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IMS – UERJ, ABRASCO. Rio de Janeiro, 2001.
- \_\_\_\_\_.; FERLA, Alcindo Antônio; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes, A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J.G.C. (Org.). Educação médica em transformação - instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC/ABEM, 2004, v., p. 269-284.
- SCHIFFLER, Ângela Carla da Rocha; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; VIEIRA, Melina Marques ; MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier. Perspectivas da utilização do fluxograma analisador no ensino da administração em saúde na Faculdade de Medicina da UFRJ. In Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v29, n. 3, p 191-200, set/dez. 2005.
- SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.
- SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes. MASCARENHAS, Mônica T. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. HUCITEC. São Paulo, 2004.

- \_\_\_\_\_; MERHY, Emerson Elias; CARVALHO, Luís Claudio. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 89-112.
- \_\_\_\_\_. Lógicas de programas ações de saúde. In: BARBOZA, Paulo (org.). Curso de Autogestão em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP. v. 4 , p.82-107, 2001.
- WINNICOTT, Donald Woods. O Brincar & a Realidade. Editora: Imagino, Nacional, 1975.

Anexos

Anexo A

Artigo em avaliação para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva

## **Disputa de planos de cuidado na Internação Domiciliar: uma reflexão necessária**

Luís Claudio de Carvalho<sup>10</sup>

Laura Camargo Macruz Feuerwerker<sup>10</sup>

Emerson Elias Merhy<sup>10</sup>

### **Resumo**

A Atenção Domiciliar vem se apresentando no Brasil como uma modalidade que possui a potencialidade de ser uma rede substitutiva com capacidade de ofertar uma produção do cuidado com qualidade e garantir à família e ao usuário a oportunidade de lidar com a saúde e a doença por uma outra ótica. Esse artigo apresenta uma reflexão sobre o analisador – disputa de planos de cuidado – percebido no estudo de caso da pesquisa sobre implantação da atenção domiciliar<sup>11</sup>, no SUS. A análise discorreu sobre a micropolítica do trabalho em saúde produtora de cuidado realizada pela equipe e pela cuidadora observando o manejo na produção do cuidado ofertada ao usuário

Palavras-chave: Serviços de Atenção Domiciliar; Trabalho; Cuidadores; Gestão em Saúde; Serviços de Atenção à Saúde.

### **• Introdução**

No campo de práticas da saúde (DONNANGELO, 1976) - apesar de vários autores o conceberem como visando processos distintos – alguns enquanto intervenção sobre o corpo biológico socialmente investido (GONÇALVES, 1994), outros como lugar de busca da cura (LUZ, 2004), ou mesmo, como atos produtores de cuidado individual ou coletivo (MERHY, 1997 e 2002; PINHEIRO, FERLA, SILVA JUNIOR, 2004) – há a construção de intervenções tecnologicamente orientadas que procuram atuar a partir de um lugar socialmente legitimado, como é o caso da medicina e da saúde pública, que se traduzem em ações sobre um outro, enquanto seu objeto, porém em

---

<sup>10</sup> Integrantes da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde da pós-graduação do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>11</sup> Aprovado pela CEP do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ.

busca de certas finalidades que não necessariamente são sempre as mesmas. Dependem do contexto histórico e social no qual essas práticas se realizam.

Entretanto, há um elemento tenso nesse campo de produção de atos de saúde que tem sido pouco explorado nos estudos que tomam para si a maneira como são conformados os processos de cuidado em saúde, e que faz referência ao fato de que esses cuidados são sempre um processo no qual um outro, como objeto, é sempre alvo, mas não necessariamente esse outro é um ser inerte, ao contrário, sistematicamente nas experiências cotidianas de produção do cuidado vê-se o quanto esse objeto-alvo das intervenções em saúde é efetivamente sujeito em ação (MERHY, 1997; PINHEIRO, 2001; FRANCO & MERHY, 2003; CECCIM, 2004).

Essa situação tem sido percebida por muitos trabalhadores de saúde como a capacidade de resistir do usuário a um ato de cuidado por parte de um trabalhador de saúde, como que inventando seu jeito de se cuidar; o que é visto como um momento negativo por parte dos distintos profissionais de saúde. Porém, é possível olhar esse processo como mais comum do que parece, ou mesmo, como constitutivo de qualquer momento relacional de cuidado em saúde, em qualquer lugar que ocorra.

Destaca-se que o cuidado aqui referido não é entendido como um nível de atenção do sistema, nem como um procedimento simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser (PINHEIRO, FERLA, SILVA JUNIOR, 2004). A ação integral é também entendida como a “entre-relações” das pessoas (CECCIM, 2004), ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que é traduzida em atitudes como: tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidado traduz-se também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde (MERHY, 1997 e 2002).

Nesse texto, através de um estudo realizado no campo da internação domiciliar, toma-se as evidências desse outro objeto-alvo como sujeito atuante, enquanto um processo efetivo de disputa pelo cuidado em saúde, não sendo um momento

negativo de resistência, mas como parte fundamental para compor os planos terapêuticos. Tirando-se a partir disso algumas conseqüências para se pensar os modelos de atenção.

Este estudo é parte do projeto de pesquisa sobre atenção domiciliar realizado na linha de pesquisa supracitada.

O projeto teve como objetivo avaliar as modelagens da “Atenção Domiciliar e levantar modelos possíveis de financiamento, regulação, avaliação e controle, particularmente frente a usuários com dependência funcional, passíveis de intervenções terapêuticas, que assegurem melhora de níveis de autonomia e enfrentamento da questão do alívio do sofrimento e de morte humanizadas”.

O trabalho de campo possibilitou-nos perceber uma diversidade de experiências em todo país, demonstrando similares e distintos analisadores (BAREMBLIT, 1992) identificados durante o desenvolvimento da pesquisa.

Neste artigo pretende-se trazer em maiores detalhes um analisador: a disputa do plano de cuidado, a partir de uma das experiências estudadas da cidade do Rio de Janeiro, em um serviço hospitalar<sup>12</sup> que tem a oferta da internação domiciliar, desde 2001.

- **Metodologia**

Nessa pesquisa trabalhou-se com as seguintes etapas:

5. Mapeamento das experiências de atenção domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, onde foram identificados alguns programas de atenção domiciliar conduzidos de modo independente pelas três esferas de gestão na saúde (municipal, estadual e federal).
6. Trabalho de campo para reconhecimento e análise do serviço em foco, com a aplicação do “kit pesquisador”: composto por carta de apresentação; termos

---

<sup>12</sup> Agradecemos a disponibilidade ofertada pela equipe e família do programa de atenção domiciliar pesquisado, pois sem as suas contribuições não seria possível realizarmos o estudo.

de consentimento livre e esclarecido - modelo para os profissionais de saúde e outro para os usuários e familiares; roteiro de entrevista para o gestor do serviço de intervenção domiciliar do hospital.

- C) O roteiro de entrevista foi estruturado tomando como referência os analisadores artificiais<sup>13</sup> definidos pelo grupo de pesquisa [arranjos e composição da equipe; articulação do Programa com sistema local de saúde; características do cuidador; a conformação do ato de cuidar; racionalidade (efetividade, eficiência e eficácia); avaliação do Programa (ferramentas de avaliação)]. Além da entrevista, foi utilizado também, como um dos instrumentos de coleta de dados, o “Diário de Campo” (SILVA, 2004).
7. Estudo de um caso traçador.
- D) Considera-se o caso traçador como um método que permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário. (KESSNER et al., 1973).
- E) A lógica de construção do caso traçador baseou-se na ferramenta fluxograma analisador (MERHY, 1997) com o objetivo de observar mais atentamente a micropolítica do trabalho em saúde na produção do cuidado de um usuário. Para isso foi necessário conversar com os trabalhadores de saúde, a cuidadora e o usuário envolvidos na produção do caso e, também, por meio das suas falas reconstruiu-se o caminho trilhado pelo usuário e seus momentos de interface com os outros atores. As entrevistas com os profissionais ocorreram na unidade de saúde e com a cuidadora e o usuário no domicílio.
- F) Vale destacar que se optou por essa ferramenta por ela ter-se demonstrado em diversas experiências (MERHY, 1997; MENESES, 1998; MALTA, 2001; JORGE, 2002; SILVA JÚNIOR, MERHY, CARVALHO, 2003; FRANCO & MERHY, 2003; FRANCO, 2003a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; SCHIFFLER et al, 2005) como um instrumento potente para a construção de mapas de processos de trabalho de um serviço de saúde e a sua articulação com a rede.
- G) Após o processamento do material coletado, realizou-se a devolução para

---

<sup>13</sup> “(...) são dispositivos inventados e implantados pelos analistas institucionais para propiciar a explicitação dos conflitos e sua resolução (...)”. (BAREMBLIT, 1992)

equipe das suas falas por meio do fluxograma, possibilitando a sua interrogação acerca do processo de trabalho existente no serviço e na rede de saúde. Desse modo foi possível promover uma análise mais específica das relações estabelecidas entre os trabalhadores e destes com o usuário; além da percepção sobre as tecnologias utilizadas, os seus manejos e os problemas do processo de trabalho da equipe

## **8. O caso do Feliz**

Segue abaixo um breve relato de um caso, útil para possibilitar uma reflexão sobre a micropolítica do trabalho em saúde.

O caso escolhido para a elaboração do fluxograma analisador foi o de um menino de nove anos chamado Feliz<sup>14</sup>, que esteve sob internação hospitalar durante quatro anos devido a um quadro de pneumonia viral que evoluiu para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Sua primeira internação hospitalar deu-se aos nove meses de idade e seu ingresso no Programa de Atenção Domiciliar (PAD) do mesmo hospital ocorreu a partir dos quatro anos e meio de idade. Entretanto, para que ele pudesse retornar para casa foi necessário reconstruir o domicílio de sua família (durante esse processo, a família ficou desalojada durante um ano, vivendo na casa de parentes).

No retorno ao lar, Feliz necessitou de um aparato de equipamentos (concentrador de O<sub>2</sub>, BiPAP e cilindro de O<sub>2</sub>) e da presença regular em sua casa da equipe do Programa de Atenção Domiciliar (PAD), composta pela assistente social, fisioterapeutas, médico, enfermeira, técnica de enfermagem e psicóloga.

Esse foi um momento de alegria tanto para Feliz como para a família (representada pela mãe, duas irmãs, um sobrinho e o padrasto). A mãe assume o papel de cuidadora, pessoa que ficou com encargo de executar o plano de cuidado elaborado pela equipe para o menino.

---

<sup>14</sup> Este nome foi escolhido pelo fato de a criança demonstrar constantemente este estado de espírito, situação confirmada pelas falas dos atores envolvidos no caso.

No decorrer de sua internação domiciliar a mãe começou a não cumprir integralmente a conduta prescrita pela equipe, produzindo incômodo nos profissionais, que a reagiram com a elaboração de estratégias com o objetivo de fazer com que a cuidadora passasse a cumprir o esperado/programado.

Durante as entrevistas com os envolvidos pôde-se perceber que a cuidadora não concordava completamente com o plano da equipe e tinha um plano próprio. A mãe permitia, por exemplo, que a criança brincasse com as outras crianças sem fazer uso de oxigênio, deixava-a soltar pipa, brincar na areia, e assim por diante. Tais ações não eram aprovadas pela equipe, pois o Feliz teria que ficar 24 horas ligado ao oxigênio. Durante a nossa observação aflorou um importante analisador natural<sup>15</sup> do caso - disputa de planos de cuidado entre a cuidadora e a equipe - que provocou uma série de indagações sobre a produção do cuidado pela equipe e cuidadora: será que a equipe não deveria ser mais flexível na elaboração do plano? Por que a cuidadora não participa da construção do plano? Como adequar o plano da equipe ao da cuidadora? Quais são os planos de cuidado em disputa?

## 9. Refletindo sobre o analisador - Disputa de planos de cuidado

No caso do feliz nos possibilita uma reflexão sobre vários aspectos, sendo um deles a racionalidade desempenhada pelos atores chaves. Onde a equipe apresenta um saber **técnico-científico** que é focado na **doença**, enquanto a cuidadora possui um **de mãe e cuidador** que é direcionado na **vida da criança**, acarretando em distintos planos de cuidado.

Percebe-se que a mãe ao olhar para o feliz, não observa um paciente e sim seu filho que precisa de cuidado e viver como uma criança. Entretanto, a equipe seguindo

---

<sup>15</sup> "(...) são analisadores de fato, produzidos "espontaneamente" pela própria vida histórico-social-libidinal e natural, como resultado de suas determinações e da sua margem de liberdade." (BAREMBLIT, 1992)

uma racionalidade da “*clínica moderna, orientada pela morte (anatomia patológica), volta-se para a causa da doença (agente patogênico) e para sua origem espaço-temporal (localização orgânica e história sintomática)*” (LUZ, 2006), tendo como objetivo a cura da doença.

Essa distinção propicia várias disputas com conflitos entre esses atores, onde o que é trazido pela cuidadora não é legitimado pelo modelo médico hegemônico e conseqüentemente pela equipe do PAD. E aí o que fazer com essa situação?

Põe-nos para refletir sobre a possibilidade de uma nova racionalidade que a figura do cuidador nos traz, focada na produção de vida e nas necessidades de saúde dos usuários.

É importante, neste caso, recuperar o conceito de necessidades de saúde tal como desenvolvido por Cecílio (2001).

Segundo o autor, as necessidades de saúde podem ser classificadas em quatro conjuntos:

Ter “boas condições de vida” – entende-se que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde.

Ter acesso e poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida.

Criar vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional – vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como “o rosto” do sistema de saúde para o usuário.

Garantir a “Cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

Fazendo um paralelo com os conceitos trazidos por Cecílio (2001), percebe-se que a equipe não consegue garantir o primeiro e o quarto itens apresentados pelo autor, enquanto a mãe consegue contemplar todos os itens, mesmo que não plenamente.

Outros pontos que merecem destaque são as tecnologias operadas e o trabalho em saúde desenvolvido pela equipe e cuidadora sobre as lógicas das racionalidades encontradas no estudo.

Ao buscarmos na literatura o estudo sobre tecnologias em saúde percebe-se que vem acontecendo há mais de uma década, e foi iniciado por Gonçalves (1994), que apresentou a distinção entre as tecnologias que estão inscritas nas máquinas e instrumentos de trabalho e aquelas relacionadas ao conhecimento técnico. O autor chamou as primeiras de “**tecnologias materiais**” e as outras, de “**tecnologias não materiais**”. Essa reflexão traz para foco a percepção do conhecimento como tecnologia. Ou seja, os profissionais como sujeitos sociais portadores de conhecimento e capacidade de ofertar uma assistência de qualidade.

Sendo assim, as máquinas e instrumentos (tecnologias materiais) devem atuar como tecnologias auxiliares no trabalho em saúde, na definição do diagnóstico e nas terapias. Já o **trabalho humano** apresenta-se como fundamental e insubstituível na produção do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Dando continuidade aos estudos sobre o assunto, Merhy (1997, 2002) emprega uma metáfora para mostrar como o uso das tecnologias pode impactar no trabalho em saúde, expressando, inclusive, o modelo assistencial subjacente. Ele usa a “imagem” de três valises para demonstrar didaticamente o arsenal tecnológico de cada profissional de saúde, o que não significa um olhar compartimentalizado, pois os três tipos de tecnologias expressam processos produtivos singulares:

- a primeira valise representa os instrumentos e equipamentos (**tecnologias duras**);
- a segunda, os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia (**tecnologias leve-duras**);
- a terceira, o espaço relacional trabalhador-usuário (**tecnologias leves**), espaço de relações entre sujeitos, que só tem materialidade em ato, como é o caso dos processos de acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY, 1994,

1997, 1998a; SILVA JUNIOR, 2001; SILVA JUNIOR & MASCARENHAS, 2004) considerados práticas intercessoras (MERHY, 1998b) em saúde.

O que o autor quer ressaltar nesses exemplos é que os arranjos entre essas “valises” são estratégicos, definidores mesmo, do sentido dos modelos de atenção à saúde (MERHY, 2002).

O analisador do caso permite verificar que os profissionais de saúde a todo tempo, conforme foi descrito, operam com tecnologias duras (equipamentos e protocolos clínicos), leve-duras (saber profissional) e leves (vínculo). Entretanto, seguindo a lógica da medicina moderna os profissionais utilizam as tecnologias duras como guia na produção do cuidado prestada ao usuário, não havendo possibilidade de escuta e de valorização da necessidade do Feliz de brincar e interagir mais com as outras crianças.

Olhando para a cuidadora, percebe-se que ela opera com outros tipos de tecnologias: dura (manuseio dos equipamentos e medicamentos), leve-dura (saber de cuidadora e mãe) e leve (vínculo-responsabilização, acolhimento, afeto, amizade, parceria, etc). No caso dela, seguindo a lógica a produção de vida, utiliza-se das tecnologias leves como guia a produção do cuidado prestado ao Feliz, tornando possível a atenção às necessidades da criança.

Ao observamos o trabalho em saúde desenvolvido pela equipe, podemos perceber que quem define o plano de cuidado é o médico e os demais profissionais geralmente executam o combinado. Porém, a cuidadora a todo tempo impõe seu ritmo e necessidades próprias e da criança, interferindo ativamente na cadeia produtiva do cuidado, sendo muitas vezes encarada pela equipe como uma pessoa que não aderiu ao plano, irresponsável e que não cuida.

É válido lembrar que o desenvolvimento da “medicina científica” influenciou as demais profissões da saúde e está baseado em uma visão biologicista e mecanicista do ser humano, na qual o corpo é visto como uma máquina, elemento essencial do modo de produção capitalista. Desse modo, a mediação entre o homem e as doenças - realizada pelos profissionais de saúde - passou a se dar cada vez mais a partir da incorporação crescente de procedimentos e equipamentos que permitiriam o “reparo” dos danos.

Usando uma representação de Merhy (2002), a medicina tecnológica é a expressão de atos fragmentados sobre um usuário insumo, em que o vínculo, em vez de ser com o usuário, passa a ser com o exame, com a consulta, etc.

Ao contrário do hegemônico, um modelo pautado no mundo de necessidades dos usuários será centrado nas tecnologias leves e leve-duras, configurando um processo de trabalho no qual o aspecto relacional (intercessor) tem forte existência (MERHY, 2002). Portanto, nas tecnologias leves, que devem estar presentes no trabalho de todos os profissionais de saúde, as práticas de acolhimento, vínculo e responsabilização são uma aposta que se coloca de modo anti-hegemônico às práticas centradas no núcleo duro das tecnologias e não no cuidado.

Ao olharmos para o caso podemos constatar que existem diferenças na produção do cuidado, como já descrito acima.

No cuidado prestado pela cuidadora (primeira situação), a tecnologia leve comanda o processo de trabalho e o medicamento e os equipamentos funcionam apenas como auxílio. A relação entre cuidadora e usuário torna-se dinâmica, há escuta, percepção da singularidade, valorização dos gestos mútuos de cuidado e produção de saúde.

Já no cuidado prestado pela equipe (segunda situação), pode-se dizer que o processo de trabalho foi comandado pela tecnologia dura, materializada pelos equipamentos e saber estruturado dos profissionais. Demonstra que o trabalhador

ficou preso à conduta, ao protocolo clínico, aos seus padrões mantendo uma linguagem programada, sem possibilidade de novas interações, reduzindo o aspecto relacional de seu trabalho, reduzindo sua capacidade de perceber outras necessidades que não as ditadas pela ciência.

Prosseguindo na análise do trabalho em saúde suscitada por este caso, recorreremos mais uma vez a Merhy (1997, 2002), quando afirma que a produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina essa produção.

Nós já vimos que o trabalho em saúde se concretiza todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, conformando, assim, um processo de trabalho no qual interagem diversos tipos de tecnologias. São essas interações que conferem um certo sentido ao modo de produzir saúde.

Denomina-se o trabalho feito em ato de “trabalho vivo em ato” e o trabalho realizado anteriormente, materializado como produto, de “trabalho morto” (MERHY, 1997, 2002; FRANCO, 2003b).

Merhy (2006a) aponta que no trabalho coexistem os dois tipos de trabalho, defendendo que em todo processo de trabalho há o ajuste do trabalho em ato (exato momento de sua atividade produtiva) e o consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. Por exemplo, a produção de um carro utiliza placas de aço. No processo de montagem em ato, os trabalhadores irão utilizar placas que já chegam prontas à indústria automotiva. Por sua vez, esse aço é produto da transformação da produção siderúrgica, realizada anteriormente por outros trabalhadores da cadeia metalmeccânica. Desta forma, o trabalho de produzir carros combina trabalhos em ato de trabalhadores que estão utilizando o produto do trabalho antes realizado por outros trabalhadores.

Vale lembrar que o trabalho vivo interage constantemente com o trabalho morto, em processos nos quais interatuam diversos tipos de tecnologias. Portanto, se todo trabalho é mediado por tecnologias, dependendo da forma como elas se combinam no processo de trabalho, pode haver processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros, como as máquinas.

No desenvolvimento do processo de trabalho na área de saúde, que reúne trabalho vivo e morto, podemos observar que ele será comandado pelo trabalho vivo ou morto, dependendo da tecnologia assumida pelo profissional como referência na produção da saúde.

Ao analisarmos o caso do Feliz, nas duas situações do plano de cuidado da cuidadora e do plano de cuidado da equipe, observa-se que em ambas existe trabalho morto e vivo.

Já vimos que na primeira situação, prevalece uma outra lógica de atuação da cuidadora: os atos de fala, escuta e olhares. As tecnologias leves comandam o processo de trabalho, é o trabalho vivo que captura o morto.

No processo de trabalho comandado pelo trabalho vivo, a cuidadora detém uma grande margem de liberdade para ser criativa, relacionar-se com o Feliz, experimentar soluções para os problemas que surgem e, o que é mais importante, interagir, inserir o usuário no processo de produção de sua própria saúde, fazendo-o sujeito, ou seja, protagonista de seu processo saúde-doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Tal perspectiva é central tanto na produção do cuidado individual à saúde das pessoas individualmente, quanto na produção coletiva. Afinal de contas, o envolvimento da comunidade na tomada de decisão sobre o ambiente em que vive é tão importante quanto a participação do usuário na decisão sobre a melhor conduta clínica para a sua saúde.

Na segunda situação, o processo de cuidado desenvolvido pelos profissionais é guiado pela tecnologia dura (equipamentos e protocolos clínicos), levando à captura do trabalho vivo pelo morto, ou seja, o agir do trabalhador está preso ao saber estruturado e ao equipamento, produto de um trabalho anterior. Nesse sentido, o processo de trabalho é pré-programado, limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado, por exemplo, pela programação do protocolo clínico.

Essas orientações distintas levam a que se configure um cotidiano de disputas constantes entre o plano de cuidado da cuidadora e o da equipe.

A existência de disputa não pressupõe que exista necessariamente conflito. Ao contrário, podem propiciar melhorias no processo de trabalho desenvolvido pela equipe, desde que sejam encaradas com o intuito de entender, valorizar, respeitar o outro e, ao mesmo tempo, possibilitar o entendimento, valorização e respeito pelo outro. Se cada profissional se dispuser a olhar para a situação deste modo, permitirá afetar e ser afetado pelo outro no seu pensamento e agir.

Durante as entrevistas com os profissionais envolvidos não se evidenciou esta disposição de escuta ou aprendizagem. Ao contrário, ficou claro que a equipe tenta fazer com que a cuidadora cumpra o plano de cuidado elaborado por eles, ou tenta excluir/submeter a mãe por meio de algumas atitudes negativas, não compartilhando informações, ridicularizando o seu trabalho e assim por diante.

Por outro lado, a cuidadora assume também estes papéis, quando ignora o plano de cuidado da equipe, ou assume o papel de mãe para obrigar a equipe a aceitar algumas situações criadas por ela.

Fica claro, então, que a existência de uma diversidade de sujeitos envolvidos no caso criam constantemente arenas de disputas de idéias/projetos individuais e/ou coletivos para a produção do cuidado. Neste caso em particular, essa arena de disputas

apresenta-se como um problema para o desenvolvimento do trabalho da equipe, já que esta não enxerga a diversidade como uma possibilidade de aperfeiçoar o processo de trabalho para a cadeia produtiva do cuidado.

Segundo Merhy (2006b), a instituição de “praças de conversas” entre os trabalhadores e a cuidadora pode ser uma forma de tornar o processo de trabalho da equipe e da cuidadora mais sinérgicos, pois podem possibilitar o entendimento do outro, propiciar que se façam pactuações na produção do cuidado e revelar outros assuntos pertinentes ao usuário, ao cuidador e à equipe.

O autor considera as praças como espaços em que os profissionais e as pessoas envolvidas na área da saúde podem expor seus projetos, desejos, necessidades frente a determinado assunto pertinente o grupo.

A expansão da dimensão cuidadora poderia ser uma outra maneira de tentar aproximar mais esta equipe da cuidadora. E como seria isso?

Segundo Merhy (1998a), todo trabalhador de saúde, de uma forma ou de outra, produz cuidado, seja ele um cuidado individual ou coletivo. Até os profissionais que não são considerados próprios da saúde, como os porteiros, podem produzir cuidado .

Assim, acredita-se que:

- os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo;
- o trabalho em saúde não é só o saber diagnosticar, prognosticar, curar, produzir análises epidemiológicas, realizar campanhas, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir;

- não há produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se não houver um trabalho comprometido com a produção de valores de uso.

Trazendo esses conceitos para o caso, cada profissional e a cuidadora possuem sua caixa de ferramentas com as tecnologias em saúde, distribuídas nos núcleos de competência específicos (tecnologias duras e leve-duras) e na dimensão cuidadora (tecnologias leves). O que vai propiciar a distinção entre os membros da equipe são as tecnologias que portam e a forma de operá-las, atrelada à história de vida de cada um, cultura, condição social e assim por diante.

Segundo o autor, a dimensão cuidadora revela-se como o território das tecnologias leves, não sendo um campo específico de nenhum profissional e sim a base para a atuação de todos. Ela é o espaço de maior interseção entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, com grande potencial para produção de cuidado pela equipe, valorizando os sentidos da integralidade.

As tecnologias leves, ao serem utilizadas como as ordenadoras da cadeia produtiva do cuidado, possibilitam um compromisso permanente do profissional, tais como vínculo-responsabilização levando a uma maior implicação com a resolutividade (MERHY, 1994) da ação de saúde e com a garantia de autonomia do usuário, ou seja, o usuário como protagonista de seu processo saúde-doença.

No caso do Feliz a interação da equipe com a cuidadora mostra-se difícil, pois a mãe utiliza como guia as tecnologias leves e a equipe usa as duras, diminuindo o espaço de interface entre os dois campos de produção do cuidado. Além disso, os trabalhadores não consideram a cuidadora como um membro da equipe, dificultando ainda mais a produção de um cuidado mais resolutivo para a criança.

## **10. Considerações finais**

É importante destacar que recentemente o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Internação Domiciliar<sup>16</sup>, instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) que incentiva a criação de novas equipes de atenção domiciliar pelo país. Pretende-se investir inicialmente em cada equipe formada R\$ 50 mil e posteriormente o valor de R\$ 20 mil mensalmente.

A política incentiva em outras a existência do cuidador, um membro da família com tempo e disponibilidade para cuidar do paciente. Esse cuidador será treinado por alguém da equipe e será responsável pela alimentação, medicação, monitoração, e deverá ter capacidade de acionar um serviço pré-hospitalar de urgência (Samu, Corpo de Bombeiros ou qualquer outro serviço na localidade) para situações de crise.

O familiar ao assumir o papel de cuidador é cobrado pela equipe de saúde de um desempenho técnico, entretanto, pode não ser considerado como tal na hora de opinar sobre a elaboração do plano de cuidado.

Esta nova figura traz algumas tensões e paradoxos para o campo da saúde que precisam ser clareados, tanto na cadeia produtiva do cuidado como na sua própria saúde e qualidade de vida. Apresenta-se como um novo aliado que pode contribuir para o aprimoramento da produção do cuidado.

É importante, também, destacar que as disputas de projetos ocorrem cotidianamente nas equipes e podem garantir o potencial inovador da Atenção Domiciliar. Entretanto, essa característica está diretamente relacionada, entre outras coisas, no como as equipes encaram esse compartilhamento de produção do plano de cuidado. Ou seja, esta situação é capaz de propiciar o aperfeiçoamento do trabalho em saúde desenvolvido pelos profissionais e os cuidadores.

## **11. Referências bibliográficas**

---

<sup>16</sup> Portaria GM n° 2.529, de 19 de outubro de 2006.

- BAREMBLIT, Gregório F.. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos, 1992.
- CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Editora Hucitec: São Paulo, 2004.
- CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IMS – UERJ, ABRASCO. Rio de Janeiro, 2001.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. Saúde E Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- FRANCO, Túlio Batista. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG); In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003a. p. 161-198.
- \_\_\_\_\_. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde; Tese de Doutorado, Campinas (SP): Unicamp, 2003b.
- \_\_\_\_\_ & MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial; In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, HUCITEC, 2003. cap. 3 – pp. 55-124.
- GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- JORGE, A.O. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.
- KESSNER, E., KALK, C. Y SINGER, J. Assessing Health Quality. The Case for Tracers. The New England Journal of Medicine. v.2888, n.1, p.1888-194. 1973.
- LUZ, Madel Therezinha. Natural, Racional, Social - Razão Médica e

Racionalidade Moderna. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

- MALTA, Débora Carvalho. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas. 2001.
- MENESES, Consuelo Sampaio. A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.
- MERHY, Emerson Elias. Atenção Domiciliar: lugar de encontro da medicalização com a rede substitutiva ou transição tecnológica e / ou reestruturação produtiva na saúde: um debate necessário na Atenção Domiciliar. "paper" distribuído no I Seminário Interno de Atenção Domiciliar da linha de pesquisa: Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. UFRJ, Rio de Janeiro. 2006a.
- \_\_\_\_\_. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: ACIOLE, Giovanni Gurgel . A Saúde no Brasil - Cartografias do Público e do Privado. São Paulo, HUCITEC, 2006b.
- \_\_\_\_\_. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- \_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (organizadores). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998a. p. 103-20.
- \_\_\_\_\_. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde. In: TEIXEIRA, S.F. (organizadora). Movimento sanitário: 20 anos de democracia. São Paulo. CEBES, 1998b.
- \_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.
- \_\_\_\_\_. Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa

da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. In: CECÍLIO, L. C.(org.). Inventando a mudança na saúde. Hucitec. São Paulo. 1994.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Ministério da Saúde/Fiocruz. Rio de Janeiro. 2005

- PINHEIRO, Roseni. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IMS – UERJ, ABRASCO. Rio de Janeiro, 2001.

- \_\_\_\_\_.; FERLA, Alcindo Antônio; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes, A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J.G.C. (Org.). Educação médica em transformação - instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC/ABEM, 2004, v., p. 269-284.

- SCHIFFLER, Ângela Carla da Rocha; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; Vieira; VIEIRA, Mellina Marques; MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier. Perspectivas da utilização do fluxograma analisador no ensino da administração em saúde na Faculdade de Medicina da UFRJ. In Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 29, n.3, p. 191-200, set./dez. 2005.

- SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

- SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes. MASCARENHAS, Mônica T. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. HUCITEC. São Paulo, 2004.

- \_\_\_\_\_.; MERHY, Emerson Elias; CARVALHO, Luís Claudio. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 89-112.

- \_\_\_\_\_ . Lógicas de programas ações de saúde. In: BARBOZA, Paulo (org.). Curso de Autogestão em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP. v. 4 , p.82-107, 2001.

## Anexo B

Capítulo do livro sobre atenção domiciliar do Instituto Fernandes Figueira

## **A produção do cuidado na Atenção Domiciliar e o seu encontro com as disputas e a morte na casa**

Luís Claudio de Carvalho<sup>17</sup>

Magda de Souza Chagas<sup>17</sup>

Emerson Elias Merhy<sup>17</sup>

### **• Introdução**

A modalidade de Atenção Domiciliar tem sido experimentada no país há mais de quatro décadas na tentativa de enfrentar o elevado custo das internações hospitalares, custo decorrente da crescente incorporação de novas tecnologias duras (MERHY, 1997) e do aumento da expectativa de vida, e com esta última o crescente aumento da demanda por assistência (REHEN & TRAD, 2005).

No entanto, ao estudarmos algumas experiências foi possível perceber novos e antigos arranjos que tanto explicitam o tipo diferenciado de assistência ofertado na atenção domiciliar, desenham novos cenários e jogam luz para onde o sistema de saúde pode direcionar sua atenção, como reafirmam o modelo hegemônico atual ao reproduzi-lo. Seja na modalidade de internação domiciliar, seguindo uma lógica hospitalar dentro do domicílio; seja na forma de atenção no domicílio, que procura construir novas formas de cuidar; ou no cuidado paliativo com a possibilidade de resignificar a morte para todos que vivenciam o processo de morte e morrer - pessoa que morre, família e profissionais (MERHY & FEUERWERKER, 2007).

Para analisar a atenção domiciliar é necessário levar em consideração os diversos atores que encontramos no cenário e a posição que ocupam. Como nada deve ser visto pela lente da unilateralidade, de posse de um caleidoscópio Merhy trás para cena dois pontos de discussão para analisarmos a atenção domiciliar, um deles é a medicalização apresentada por Donnangelo, onde a modalidade sob a égide da ampliação do acesso consolida a hegemonia existente; o outro é a

---

<sup>17</sup> Integrantes da linha de pesquisa da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde da pós-graduação do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

substitutividade como um processo contra hegemônico, a construção de rede de serviços que possam verdadeiramente substituir as práticas de saúde existentes (MERHY, 2006a).

No vasto campo conhecido como de práticas da saúde (DONNANGELO, 1976), concebido por vários autores como visando processos distintos – alguns enquanto intervenção sobre o corpo biológico socialmente investido (GONÇALVES, 1994), outros como lugar de busca da cura (LUZ, 2004), ou mesmo, como atos produtores de cuidado individual ou coletivo (MERHY, 1997 e 2002; PINHEIRO, FERLA, SILVA JUNIOR, 2004) – há a construção de intervenções tecnologicamente orientadas que procuram atuar a partir de um lugar socialmente legitimado. Como é o caso da medicina e da saúde pública, que se traduzem em ações sobre um outro, enquanto seu objeto.

Entretanto, há um elemento tenso nesse campo de produção de atos de saúde que tem sido pouco explorado nos estudos que tomam para si a maneira como são conformados os processos de cuidado em saúde, e que faz referência ao fato de que esses cuidados são sempre um processo no qual um outro, como objeto, é sempre alvo, mas não necessariamente esse outro é um ser inerte, ao contrário, sistematicamente nas experiências cotidianas de produção do cuidado vê-se o quanto esse objeto-alvo das intervenções em saúde é efetivamente sujeito em ação (MERHY, 1997; PINHEIRO, 2001; FRANCO & MERHY, 2003; CECCIM, 2004).

Essa situação tem sido percebida por muitos trabalhadores de saúde como a capacidade de resistir do usuário a um ato de cuidado por parte de um trabalhador de saúde, como que inventando seu jeito de se cuidar; o que é visto como um momento negativo por parte dos distintos profissionais de saúde. Porém, é possível olhar esse processo como mais comum do que parece, ou mesmo, como constitutivo de qualquer momento relacional de cuidado em saúde, em qualquer lugar que ocorra.

Destaca-se que o cuidado aqui referido não é entendido como um nível de atenção do sistema, nem como um procedimento simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como

o direito de ser (PINHEIRO, FERLA, SILVA JUNIOR, 2004). A ação integral é também entendida como a “entre-relações” das pessoas (CECCIM, 2004), ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que é traduzida em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidado traduz-se também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde (MERHY, 1997 e 2002).

Nesse texto, através de um estudo realizado no campo da atenção domiciliar, toma-se as evidências desse outro objeto-alvo como sujeito atuante, o cuidador, que possibilita novas formas de produzir o cuidado e de interação da família com a equipe de saúde. Ao mesmo tempo, esse indivíduo assume responsabilidades sobre o manejo do cuidado prestado ao usuário, muitas vezes sobrecarregando os afazeres cotidianos do lar. Como o cuidador lida com esta situação? E o seu projeto de vida foi alterado ao assumir este papel? Como é a sua relação com a equipe de saúde? Ele tem descanso? Ele tem apoio do programa? Ele acha que precisa de apoio? Quais são as tensões e paradoxos cotidianos? Que tecnologias de cuidado ele utiliza?

Este estudo é parte do projeto de pesquisa sobre atenção domiciliar realizado na linha de pesquisa da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde da pós-graduação do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O projeto teve como objetivo avaliar as modelagens da “Atenção Domiciliar e levantar modelos possíveis de financiamento, regulação, avaliação e controle, particularmente frente a usuários com dependência funcional, passíveis de intervenções terapêuticas, que assegurem melhora de níveis de autonomia e enfrentamento da questão do alívio do sofrimento e de morte humanizadas”.

O trabalho de campo<sup>18</sup> possibilitou-nos perceber uma diversidade de

---

<sup>18</sup> Agradecemos a disponibilidade ofertada pela equipe e família do programa de atenção domiciliar pesquisado, pois sem as suas contribuições não seria possível realizarmos o estudo.

experiências em todo país, demonstrando similares e distintos analisadores (BAREMBLIT, 1992) identificados durante o desenvolvimento da pesquisa. As cidades selecionadas foram Manaus, Sobral, Belo Horizonte, Campinas, Marília, Rio de Janeiro e Londrina.

Neste capítulo selecionamos para reflexão dois campos dessa pesquisa, a do Rio de Janeiro e a de Londrina, que tornaram muito evidentes dois analisadores que surgiram também em alguns dos campos estudados: a disputa do plano de cuidado que a investigação no Rio de Janeiro trouxe de modo muito forte para a análise; e a atenção ao modo de morrer experienciada junto a equipe de cuidados paliativos em Londrina.

- **Metodologia**

Foram desenvolvidas as seguintes etapas:

12. Na cidade do Rio de Janeiro - Mapeamento das experiências de atenção domiciliar na cidade, onde foram identificados alguns programas de atenção domiciliar conduzidos de modo independente pelas três esferas de gestão na saúde (municipal, estadual e federal);
13. Na cidade de Londrina – Selecionado serviço de Cuidado Paliativo (CP) desenvolvido no Programa de Atenção Domiciliar municipal. Entrevistados todos os profissionais diretamente ligados ao CP: coordenador do programa, enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, psicóloga, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta.
14. Trabalho de campo para reconhecimento e análise do serviço de atenção domiciliar, com a aplicação do “kit pesquisador”: composto por carta de apresentação; termos de consentimento livre e esclarecido - modelo para os profissionais de saúde e outro para os usuários e familiares; roteiro de entrevista para o gestor do serviço de intervenção domiciliar do hospital.
  - H) O roteiro de entrevista foi estruturado tomando como referência os analisadores artificiais<sup>19</sup> definidos pelo grupo de pesquisa [arranjos

---

<sup>19</sup>“(...) são dispositivos inventados e implantados pelos analistas institucionais para propiciar a explicitação dos conflitos e sua resolução (...)”. (BAREMBLIT, 1992)

e composição da equipe; articulação do programa com sistema local de saúde; características do cuidador; a conformação do ato de cuidar; racionalidade (efetividade, eficiência e eficácia); avaliação do programa (ferramentas de avaliação)]. Além da entrevista, foi utilizado também, como um dos instrumentos de coleta de dados, o “Diário de Campo” (SILVA, 2004).

15. Estudo de um caso traçador.

- I) Considera-se o caso traçador como um método que permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário. (KESSNER et al., 1973).
- J) A lógica de construção do caso traçador baseou-se na ferramenta fluxograma analisador (MERHY, 1997) com o objetivo de observar mais atentamente a micropolítica do trabalho em saúde na produção do cuidado de um usuário. Para isso foi necessário conversar com os trabalhadores de saúde, a cuidadora e o usuário, os envolvidos na produção do caso e, também, por meio das suas falas reconstruiu-se o caminho trilhado pelo usuário e seus momentos de interface com os outros atores. As entrevistas com os profissionais ocorreram na unidade de saúde e com a cuidadora e o usuário no domicílio.
- K) Vale destacar que se optou por essa ferramenta por ela ter-se demonstrado em diversas experiências (MERHY, 1997; MENESES, 1998; MALTA, 2001; JORGE, 2002; SILVA JÚNIOR, MERHY, CARVALHO, 2003; FRANCO & MERHY, 2003; FRANCO, 2003a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; SCHIFFLER et al, 2005) como um instrumento potente para a construção de mapas de processos de trabalho de um serviço de saúde e a sua articulação com a rede.
- L) Após o processamento do material coletado, realizou-se a devolução para equipe das suas falas por meio do fluxograma, possibilitando a sua interrogação acerca do processo de trabalho existente no serviço e na rede de saúde. Desse modo foi possível promover uma análise mais específica das relações estabelecidas entre os trabalhadores e destes com o usuário; além da percepção

sobre as tecnologias utilizadas, os seus manejos e os problemas do processo de trabalho da equipe.

- **Refletindo os analisadores:**

### 3.1 - Disputa de planos de cuidado

Percebe-se nas experiências estudadas a disputa de planos de cuidado entre o cuidador e a equipe de saúde que nos possibilitou uma reflexão sobre vários aspectos, sendo um deles a racionalidade desempenhada pelos atores chaves. Onde a equipe apresenta um saber **técnico-científico** que é focado na **doença**, enquanto o cuidador possui um **de mãe, ou pai, ou seja, de familiar e cuidador** que é direcionado na **vida do paciente**, acarretando em distintos planos de cuidado.

*“É, que aí reúne as crianças todas e ele quer brincar, às vezes deixo ele brincar mas, às vezes eu tenho que chamar ele para ver um remédio, a nebulização, “você vem, faz e depois você volta lá!” (...).”*

*“(...) não pode ficar toda hora brincando porque ele não pode ficar muito fora do oxigênio, aí um pouquinho que eu deixo, o deixo brincar um pouquinho, aí vem cansado, tá vendo você ficou aí fora, agora vem cansado, aí vem ele, descansa, aí vê televisão, essa é a vidinha dele, sentado o tempo inteiro vendo televisão, desenho, (...)”*

*“(...) Ele não tem série, é porque até agora é assim, não sabe ler, não sabe escrever, vai passando, e vai e vai e vai, tem essa coisa, ele tem 9 anos e não sabe nada (...) eu só penso em ele ir pra escola agora, aprender a ler, a escrever, tudo direitinho, (...)”*

*“(...) Eu me dedico muito (...) a ela, de repente é porque eu sou uma pessoa assim, o meu amor pela minha mãe, eu não sei, eu acho que ele é diferente de todos os amores que eu já vi em toda minha vida, não que eu quero ser a tal, é porque eu sou assim, tem coisa que eu sinto, transborda de dentro pra fora, (...)”.*

*Declarações de cuidadores sobre os usuários/familiares da atenção domiciliar, nas quais destacam assuntos como projeto de vida e vínculo afetivo.*

Observa-se que o cuidador ao olhar para o ente querido doente, não observa um paciente e sim seu familiar que precisa de cuidado e viver como uma pessoa. Entretanto, a equipe seguindo uma racionalidade da “*clínica moderna, orientada pela morte (anatomia patológica), volta-se para a causa da doença (agente patogênico) e para sua origem espaço-temporal (localização orgânica e história sintomática)*” (LUZ, 2006), tendo como objetivo a cura da doença.

Essa distinção propicia várias disputas com conflitos entre esses atores, onde o que é trazido pelo cuidador não é legitimado pelo modelo médico hegemônico e consequentemente pela equipe do PAD. E aí o que fazer com essa situação?

Põe-nos para refletir sobre a possibilidade de uma nova racionalidade que a figura do cuidador nos traz, focada na produção de vida e nas necessidades de saúde dos usuários.

É importante, neste caso, recuperar o conceito de necessidades de saúde tal como desenvolvido por Cecílio (2001).

Segundo o autor, as necessidades de saúde podem ser classificadas em quatro conjuntos:

Ter “boas condições de vida” – entende-se que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde.

Ter acesso e poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida.

Criar vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional – vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como “o rosto” do sistema de saúde para o usuário.

Garantir a “Cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

Fazendo um paralelo com os conceitos trazidos por Cecílio (2001), observa-se que os itens 2 e 3 são bem contemplados pela equipe de saúde. Já os demais, são atendidos de maneira mais plena quando existe uma interação com o cuidador. Essa conexão possibilita uma maior clareza da realidade do usuário e sua família pela equipe.

Outros pontos que merecem destaque são as tecnologias operadas e o trabalho em saúde desenvolvido pela equipe e cuidador sobre as lógicas das racionalidades encontradas no estudo.

Ao buscarmos na literatura o estudo sobre tecnologias em saúde percebe-se que este já acontece há mais de uma década, e foi iniciado por Gonçalves (1994), que apresentou a distinção entre as tecnologias que estão inscritas nas máquinas e instrumentos de trabalho e aquelas relacionadas ao conhecimento técnico. O autor chamou as primeiras de “**tecnologias materiais**” e as outras, de “**tecnologias não materiais**”. Essa reflexão traz para foco a percepção do conhecimento como tecnologia. Ou seja, os profissionais como sujeitos sociais portadores de conhecimento e capacidade de ofertar uma assistência de qualidade.

Sendo assim, as máquinas e instrumentos (tecnologias materiais) devem atuar como tecnologias auxiliares no trabalho em saúde, na definição do diagnóstico e nas terapias. Já o **trabalho humano** apresenta-se como fundamental e insubstituível na produção do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Dando continuidade aos estudos sobre o assunto, Merhy (1997, 2002) emprega uma metáfora para mostrar como o uso das tecnologias pode impactar no trabalho em saúde, expressando, inclusive, o modelo assistencial subjacente. Ele usa a “imagem” de três valises para demonstrar didaticamente o arsenal tecnológico

de cada profissional de saúde, o que não significa um olhar compartimentalizado, pois os três tipos de tecnologias expressam processos produtivos singulares:

- a primeira valise representa os instrumentos e equipamentos (**tecnologias duras**);
- a segunda, os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia (**tecnologias leve-duras**);
- a terceira, o espaço relacional trabalhador-usuário (**tecnologias leves**), espaço de relações entre sujeitos, que só tem materialidade em ato, como é o caso dos processos de acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY, 1994, 1997, 1998a; SILVA JUNIOR, 2001; SILVA JUNIOR & MASCARENHAS, 2004) considerados práticas intercessoras (MERHY, 1998b) em saúde.

O que o autor quer ressaltar nesses exemplos é que os arranjos entre essas “valises” são estratégicos, definidores mesmo, do sentido dos modelos de atenção à saúde (MERHY, 2002).

O analisador disputa de planos de cuidado permite verificar que os profissionais de saúde frequentemente, operam com tecnologias duras (equipamentos e protocolos clínicos), leve-duras (saber profissional) e leves (vínculo). Entretanto, seguindo a lógica da medicina moderna os profissionais muitas vezes utilizam as tecnologias duras como guia na produção do cuidado prestada ao usuário, não havendo possibilidade de escuta e de valorização da necessidade do paciente.

Olhando para o cuidador, percebe-se que ele opera com outros tipos de tecnologias: dura (manuseio dos equipamentos e medicamentos), leve-dura (saber de cuidador e familiar) e leve (vínculo-responsabilização, acolhimento, afeto, amizade, parceria, etc). No caso dela, seguindo a lógica a produção de vida, utiliza-se das tecnologias leves como guia a produção do cuidado prestado ao familiar, tornando possível a atenção às necessidades do paciente.

Ao observarmos o trabalho em saúde desenvolvido pelas equipes, na maioria das vezes, podemos perceber que quem define o plano de cuidado é o médico e os demais profissionais geralmente executam o combinado. Porém, o cuidador a todo tempo impõe seu ritmo e necessidades próprias e do familiar, interferindo ativamente na cadeia produtiva do cuidado, sendo muitas vezes encarado pelas equipes como uma pessoa que não aderiu ao plano, irresponsável e que não cuida.

Conforme podemos constatar nas narrativas dos profissionais de saúde, apresentadas abaixo, sobre uma determinada cuidadora e suas ações de cuidado:

*“Ela não tem capacidade para fazer isso não.”*

*“A sujeira, a falta de organização, tudo fora do lugar (...) você chega lá tem que pedir licença ao lixo para entrar.”*

*“E o prejudicado é ele (o paciente), fica cansado, (...) não pode ir lá (...) brincar e você deixou o garoto, você está vendo o que aconteceu (...)”*

Fica claro, então, que a existência de uma diversidade de sujeitos envolvidos no caso cria constantemente arenas de disputas de idéias/projetos individuais e/ou coletivos para a produção do cuidado. Neste caso em particular, essa arena de disputas apresenta-se como um problema para o desenvolvimento do trabalho da equipe, já que esta não enxerga a diversidade como uma possibilidade de aperfeiçoar o processo de trabalho para a cadeia produtiva do cuidado.

Essas orientações distintas levam a que se configure um cotidiano de disputas constantes entre o plano de cuidado do cuidador e o da equipe.

Uma das declarações realizadas por um dos profissionais de saúde da atenção domiciliar aponta alguns fatores que contribuem para a disputa:

*“(...) no hospital você tem assim aquela distância que protege a equipe muito, de se aproximar demais e a gente perde essa proteção quando vai para casa da pessoa, porque é a pessoa que manda na casa dela, então aquele primeiro protetor que você tem, perde então eu acho que*

*pro profissional o desconforto é muito maior (...) a relação de poder muda, então ele é exigido para negociar , então uma coisa que é dada na base da ordem no hospital, na casa o pessoal até pensa mais não funciona assim, tem mais que fazer aquele jogo de persuasão, geralmente as dificuldades que dão são com mães que, ou são esses casos que geram negligências ou são mães que são boas demais e começa a querer desempenhar o papel de um profissional porque foram solicitadas a fazer isso no hospital de alguma maneira, então aprenderam, sabem, conhecem e às vezes o profissional tem dificuldade de lidar com isso, porque às vezes atrapalham mesmo o atendimento (...)"*

A existência de disputa não pressupõe que exista necessariamente conflito. Ao contrário, podem propiciar melhorias no processo de trabalho desenvolvido pela equipe, desde que sejam encaradas com o intuito de entender, valorizar, respeitar o outro e, ao mesmo tempo, possibilitar o entendimento, valorização e respeito pelo outro. Se cada profissional se dispuser a olhar para a situação deste modo, permitirá afetar e ser afetado pelo outro no seu pensamento e agir.

Segundo Merhy (2006b), a instituição de “praças de conversas” entre os trabalhadores e o cuidador pode ser uma forma de tornar o processo de trabalho da equipe e do cuidador mais sinérgicos, pois podem possibilitar o entendimento do outro, propiciar que se façam pactuações na produção do cuidado e revelar outros assuntos pertinentes ao usuário, ao cuidador e à equipe.

O autor considera as praças como espaços em que os profissionais e as pessoas envolvidas na área da saúde podem expor seus projetos, desejos, necessidades frente a determinado assunto pertinente o grupo.

A expansão da dimensão cuidadora poderia ser uma outra maneira de tentar aproximar mais esta equipe do cuidador. E como seria isso?

Segundo Merhy (1998a), todo trabalhador de saúde, de uma forma ou de outra, produz cuidado, seja ele um cuidado individual ou coletivo. Até os profissionais que não são considerados próprios da saúde, como os porteiros, podem produzir cuidado.

Assim, acredita-se que:

- os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo;
- o trabalho em saúde não é só o saber diagnosticar, prognosticar, curar, produzir análises epidemiológicas, realizar campanhas, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir;
- não há produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se não houver um trabalho comprometido com a produção de valores de uso.

Trazendo esses conceitos para a pesquisa, cada profissional e cuidador possuem sua caixa de ferramentas com as tecnologias em saúde, distribuídas nos núcleos de competência específicos (tecnologias duras e leve-duras) e na dimensão cuidadora (tecnologias leves). O que vai propiciar a distinção entre os membros da equipe são as tecnologias que portam e a forma de operá-las, atrelada à história de vida de cada um, cultura, condição social e assim por diante.

Segundo o autor, a dimensão cuidadora revela-se como o território das tecnologias leves, não sendo um campo específico de nenhum profissional e sim a base para a atuação de todos. Ela é o espaço de maior interseção entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, com grande potencial para produção de cuidado pela equipe, valorizando os sentidos da integralidade.

As tecnologias leves, ao serem utilizadas como as ordenadoras da cadeia produtiva do cuidado, possibilitam um compromisso permanente do profissional, tais como vínculo-responsabilização levando a uma maior implicação com a resolutividade (MERHY, 1994) da ação de saúde e com a garantia de autonomia do usuário, ou seja, o usuário como protagonista de seu processo saúde-doença.

### **3.2 – Morte: atenção ao modo de morrer em uma equipe de cuidados paliativos**

A produção do cuidado, do “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002) na equipe de Cuidado Paliativo(CP)<sup>20</sup> ligado ao Programa de Atenção Domiciliar da cidade de Londrina, externaliza a complexa, mas não complicada possibilidade de relação interpessoal entre profissionais da área da saúde, cuidador e paciente. Estes profissionais assumem a complexidade da vida sem expressão do medo de se perderem no caminho, não cultivam intenção de proteção que distancia do outro, nem criam isolamento ou camada protetora. Essas pessoas expõem-se aos sentimentos, às reflexões, ao sofrimento, à dor do outro, vivem e percebem a transferência e a fragilidade. Como diz Merhy, utilizando-se de Guattari, sujeitos que se sujeitam sem deixar de ser sujeitos.

Entrar na casa das pessoas acende a possibilidade de operar com a mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico; distanciando-se do médico-centrado onde a pessoa/paciente não tem sua autonomia respeitada, diferente deste espaço indivíduo-família onde para entrar é necessária permissão, é necessário aprender e apreender a dinâmica da casa, respeitar os movimentos e rotinas, olhar e interagir com cada pessoa na/para produção do cuidado.

---

<sup>20</sup> “A proposta fundamental dos cuidados paliativos é oferecer conforto e proteção, favorecendo uma sensação de segurança. A palavra –chave é cuidado”.(KÓVACS, 2003a).

A morte, embora presente nos espaços de serviços da saúde, encontra-se como a “morte interdita”, exilada, encaixotada e tratada como o insucesso (ARIÈS, 2003), sendo poucas as iniciativas e ofertas de cuidado e preparo para quem vai morrer, para a família, para os profissionais e cuidadores. Como aponta Kóvacs (2003b), o mais difícil às vezes não é lidar com a morte e sim acompanhar a pessoa viva no processo de morrer.

Os profissionais do CP vivenciam e cuidam das pessoas no momento, no processo ainda temido pela humanidade (KÓVACS, 2002), a morte. Neste processo de forma inesperada expressam vida, vivências, apostas, desejos, sofrimentos dos próprios profissionais e dos outros. O que suscita questões/reflexões como: O que faz com que estas pessoas não desistam de trabalhar com a morte? Qual (quais) o(s) motivo(s) de trabalhar diretamente na ponta do processo de morrer? Neste local que tantos buscam afastamento, distanciamento e repudiam. Quais ferramentas encontram-se presentes nas suas valises<sup>21</sup> durante o encontro, durante esta “interseção partilhada” entre a pessoa/profissional e a pessoa/paciente/família?

### 3.2.1 - Existe Vida Trabalhando com a Morte (?)

A experiência direta com o processo de morrer provoca nas pessoas que trabalham no CP auto-conhecimento, aprendem a lidar com imagens e histórias carregadas de simbolismos que expressam, de forma sintética, dilemas, aprendizagem, medos e anseios presentes na profundidade do psiquismo. Podem então entrar em um diálogo mais profundo com os pacientes e grupos envolvidos em problemas de saúde importantes. Os profissionais do CP se vêem cotidianamente confrontados com a vulnerabilidade humana. Mas também lidam com a dualidade que lhes foi imposta através do modelo biomédico, romper com esta dualidade e vivenciar o drama e a existência humana de quem cuidam, este é um grande desafio (KÓVACS, 2003a).

---

<sup>21</sup> Para Merhy (2002) as valises “representam caixas de ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais, que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades do manejo”..

O vínculo entre profissional da saúde e usuário, tão falado e pretendido seu alcance em diversas modalidades de atenção, é visto como modelador e facilitador do cuidado, uma vez que ao “tocar” a pessoa que se encontra vulnerável pelo quadro de “dependência”, atingimos o ser emocional da pessoa. É com este “atingimento” que se consegue fazer com que o paciente/pessoa acate o plano terapêutico que foi estabelecido. Esta é uma maneira de operar e “trabalhar” a questão do vínculo.

Aqui o vínculo, unido ao contato físico e ao toque, ganha a dimensão dos humanos em contato. Não é necessário deixar de pensar no vínculo como modelador e facilitador do cuidado no seu aspecto “negativo”, se é que podemos ou devemos pensar dicotomicamente, mas o toque traz ao vínculo uma outra dimensão que lança, remete e aproxima. Uma tecnologia leve nem sempre incluída nos processos terapêuticos, do cuidar.

Seguindo a classificação Merhy (1997) referente as tecnologias no trabalho em saúde, anteriormente apresentadas, é possível observar que os trabalhadores dos cuidados paliativos encontram-se envolvidos, operando com muita frequência as tecnologias leves e transitam com facilidade em campos tão excluídos pela ciência como no caso da espiritualidade, religião, toque, envolvimento, afetividade. Cassorla (KÓVACS, 2003a) ao falar da necessidade de acompanhamento no momento “da passagem para morte” afirma que quando “tecnologia, máquinas e objetos concretos, frutos de nossa sociedade moderna, não são suficientes para que a humanidade viva melhor. Seres humanos não podem viver sem a ajuda de outros seres humanos, em todas as circunstâncias vitais, e principalmente, em momentos-chave, como a Morte”.

Gleizer (2005) ao escrever sobre Espinosa e a afetividade humana refere que para aquele filósofo, “o corpo humano é um indivíduo extremamente complexo, sendo composto de vários corpos, cada um dos quais também muito composto. Graças a essa complexidade, ele é apto a afetar e a ser afetado de diversas maneiras pelos corpos exteriores, sendo capaz de reter as afecções, isto é, as modificações nele causadas por essas interações”.

O trabalho executado pelos profissionais da equipe de CP, embora em uso de tecnologias leve-dura e dura, com muita freqüência difere do dia-dia de tantos outros profissionais. Eles re-descobrem novos espaços e ao re-inventarem caminhos, fazem na realidade o que discutimos e idealizamos na atenção à saúde nos microespaços. Como diante do viver a autonomia do paciente/pessoa diante da morte, ao aceitar o direito da pessoa de participar e/ou direcionar seu processo de cuidado o profissional mais uma vez é posto diante de um desdobramento, ele busca resposta em perguntas não preparadas.

A dificuldade de presenciar a primeira morte e perceber a necessidade de respeitar não apenas a vontade do paciente, mas reconhecer o próprio limite do seu agir profissional, foi relatado por um dos profissionais. A dificuldade de deixar morrer, de saber que o uso de uma técnica, um procedimento, impediria a morte acontecer, respeitar o pedido do paciente e deixa-lo partir, entrar em confronto direto com a onipotência que pensa ter nas mãos. A onipotência de dar a vida - levar à morte.

Para deixar o outro decidir, é necessário disponibilidade, amadurecimento, compaixão, desprendimento de quem cuida e não disputar, como o analisador já mencionado a disputa de planos de cuidados, que pode acontecer entre o profissional e o paciente/pessoa ou entre o profissional e a família. Diante de casos que poderiam parecer disputa de plano de cuidado, a equipe de CP incorpora, acatada, realiza a sugestão/solicitação do usuário buscando-se verdadeiramente atender suas necessidades.

Mesmo com experiências profissionais anteriores estes profissionais não receberam preparação, seja nos locais de formação, seja nos espaços de trabalho de como lidar com este componente especial e comum que é o compartilhar, vivenciar relações/relacionamentos humanos diretamente interligados no trabalho que executam.

O despreparo para lidar com a “dor emocional”<sup>22</sup>, com o sofrimento do outro e com sua própria dor, é reflexo do modelo assistencial que ainda é empregado, o modelo biomédico newtoniano-cartesiano. Neste modelo o corpo é considerado uma máquina com suas peças analisadas e o papel dos profissionais de saúde tem sido o de intervir física e quimicamente para consertar o defeito no funcionamento do mecanismo enguiçado. Nesta perspectiva a vida entendida globalmente não desperta interesse do modo científico de conhecimento que só se ocupa com o que é mensurável. Este padrão de pesquisa e trabalho em saúde tornou-se o único instrumento aceito como legítimo de compreensão da vida e de definição dos caminhos de organização da sociedade, desvalorizando as percepções oriundas dos sentimentos, da intuição, da inspiração poética e da vivência religiosa (MERHY, 2002).

Ao centrar o cuidado no que a ciência informa, ao privilegiar e priorizar o uso de equipamentos, em detrimento ao conhecimento da complexidade de viver e sentir daquele a que se atende, este modelo deixa de incorporar o que individualiza, deixa de levar em consideração que o processo terapêutico é uma trama também de agir-sentir. Kóvacs (2003A) cita Kubler-Ross quando esta última aponta como uma necessidade de desenvolvimento nos médicos a compaixão, que podemos expandir para todos os profissionais que trabalham na área da saúde, tendo a compaixão a capacidade de “curar” qualquer coisa. Kubler-Ross (1998) considera que “se pudéssemos ensinar aos nossos estudantes o valor da tecnologia o valor da ciência e da tecnologia, ensinando a um tempo a arte e a ciência do inter-relacionamento humano, o cuidado humano e total ao paciente, sentiríamos um progresso real. Se não fosse feito mau uso da ciência e da tecnologia no incremento da destruição, prolongando a vida em vez de torná-la mais humana”.

Além do preparo para trabalhar com este campo tão velho e tão novo utilizando técnicas de observação do outro, de oferta de enfrentamento para o outro, de caminhos para o outro vivenciar e ou sublimar suas questões de vida, é constante e primordial a necessidade de acompanhamento de profissional da saúde mental junto a equipe de CP.

---

<sup>22</sup> Termo utilizado por um dos profissionais entrevistados no CP de Londrina.

Abaixo algumas expressões de profissionais do CP sobre a satisfação de trabalhar em um serviço que tem como objetivo cuidar no processo de morrer, a escolha por continuar:

*“Eu sei que eu gosto do meu serviço gosto de ajudar as pessoas, e eu não gosto de ver ninguém sofrendo! Eu acho que ninguém gosta! Então eu acho que cada vez que um paciente precisa de mim, eu me sinto bem com o meu serviço e saio muito bem por ele não precisar ir pro hospital.”*

*“Pra mim isso é uma satisfação muito grande de trabalhar! Pra mim ainda é melhor trabalhar com CP. Eu prefiro trabalhar pacientes da oncologia.”*

*“(...) Mas acho que isso aqui é vício mesmo, não tem jeito mais. Uma hora que começa não consegue parar. (...) Quando eu cheguei aqui, eu não sabia nada, mas hoje eu não saio daqui, tive até a oportunidade de sair para outros serviços privados, mas eu não tenho vontade mais não!”*

*“(...)São 10 anos de profissão. Eu já passei por todos os lados e não tem comparação! Quando você tá ali do lado de um doente que tá morrendo a gratificação é muito maior. Você leva, sabe? Aquilo dele! Você tem um instante assim, o finalzinho. Sabe assim, quando o ser humano ele fica tão aberto, tão assim vulnerável que você consegue assim descobrir tudo dele. É assim que ele fica, ele fica super vulnerável, fica um pedacinho de gente. Sabe? Com todos os defeitos, todas as qualidades. Então você consegue pegar isso dele e consegue aprender muito mais com essa mulher que tá com problema, que tá com depressão.”*

Uma via de mão dupla é criada e vivenciada sem que os construtores se percebam construtores construindo o caminho, em ato, ali naquele momento passos, corpo, tudo “*envolvimento*”.

O desnudar-se ocorre entre as pessoas que se relacionam. É claro que alguns mais e outros menos, como em tudo na vida. O usuário ao se mostrar vulnerável, ao se desnudar, provoca e força o desnudar do profissional, seja em que grau for, provocando e, quem sabe, sendo seu facilitador num processo de auto-análise.

Para Vasconcelos(2005) o trabalho em saúde enfrenta problemas complexos, carregados de múltiplas dimensões, em que o conhecimento científico tem respostas apenas para alguns aspectos e a razão é insuficiente para lidar com toda esta complexidade, exigindo também a intuição, a emoção e a acuidade de percepção sensível. Considerando que para cuidar inteiramente de uma pessoa é preciso estar presente como pessoa inteira, é preciso ter desenvolvido e integrado, em si, as dimensões racional, sensitiva, afetiva e intuitiva, sem o que a experiência de vulnerabilidade e dor dos pacientes tornar-se á opressiva e sofrida, obrigando-os a se protegerem com uma série de mecanismos de defesa.

Esta modalidade de cuidado(CP), no interior de sua realização provoca revisão no pensar o fator envolvimento, tão falado e excluído do cuidado a partir das escolas de formação e entrando nos espaços terapêuticos, onde a pessoa que se envolve não é vista como “profissional”.

*“Eu não pensei em me proteger(do contato com paciente), isso é um problema dele. A gente também encontra outros aí também. Porque eu acho que é um amigo que eu vejo. Ali eu não vejo um paciente só. Tanto que a amizade vem. Então é uma coisa, você procura se defender de um amigo ?!É um contato permanente(...)”*

“Ah, mudou bastante a maneira de pensar (sobre a morte) é que nem eu falei pra você, né?!(...)Depois que eu entrei no CP, que eu comecei a me envolver a gente passa a perceber que a gente não pode dar. Como é que se fala? Assim: você tem que entrar na família envolver a família, mas você não pode se envolver ,se você se envolver, aí você acaba desistindo de tudo. (...)mas quando você tá sozinho, muitas vezes final de semana né?! Quando você vai pra frente a frente, você já vai pensando no que você vai fazer pra não se envolver com o paciente. Porque tem certos pacientes que você acaba se envolvendo a partir do contexto todinho da família e da doença. Aí você acaba ,você acaba se envolvendo e aí você acaba entrando no assunto do jeito que eles querem e na verdade eles sentem aquilo do jeito que eles querem.”

Neste caso o que podemos ver aqui é um entregar-se. Como se a proximidade com a morte, mesmo do outro, este viver constante a vulnerabilidade e fragilidade humana tocasse tanto que rompesse a linha verdadeiramente tênue entre o ser profissional e ser pessoa. A morte e o processo de morrer operam aqui como revitalizadores da vida, das relações, da importância do contato humano.

Trabalhando com a morte e com o processo de morrer estes profissionais deparam-se com questões que continuam sendo marginalizadas por pessoas e pelo corpo social que resistem à reflexão sobre a finitude humana. No entanto, na equipe de CP esta questão é latente, pensar sobre a morte do outro provoca um desdobramento praticamente incontrolável sobre a sua própria condição de ser finito.

Estes profissionais expressaram que consideram muito importante e primordial manter alegria e bom humor. Não como algo forçado, mas como expressão de vida, como necessidade, como momento de respiro para continuar a caminhar entre as dores e os sofrimentos de quem cuidam, mas sem deixar de ter e cultivar a leveza. Na construção do caminho, que se faz caminhando, o respeito às crenças do paciente/usuário surge em muitas falas e, neste caso independe se o profissional pratica ou não alguma religião. A expressão de quem trabalha na equipe de CP refere-se à respeitar o movimento da pessoa e da família quando o movimento existe ou, tentar oferecer algo que os acompanha, que pode ser denominado espiritualidade, religião, fé ou simplesmente Deus.

De posse de conhecimentos que a vivência lhes apresentou, ou agindo como gostariam que fizessem com eles, operam e carregam o respeito às crenças como dispositivo para ajudar no manejo/cuidado do doente e diminuição do sofrimento da família.

#### 4. Considerações finais

É importante destacar que recentemente o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Internação Domiciliar<sup>23</sup>, instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) que incentiva a criação de novas equipes de atenção domiciliar pelo país. Pretende-se investir inicialmente em cada equipe formada R\$ 50 mil e posteriormente o valor de R\$ 20 mil mensalmente.

A política incentiva a existência do cuidador, um membro da família com tempo e disponibilidade para cuidar do paciente. Esse cuidador será treinado por alguém da equipe e será responsável pela alimentação, medicação, monitoração, e deverá ter capacidade de acionar um serviço pré-hospitalar de urgência (SAMU, Corpo de Bombeiros ou qualquer outro serviço na localidade) para situações de crise.

O familiar ao assumir o papel de cuidador é cobrado pela equipe de saúde de um desempenho técnico, entretanto, pode não ser considerado como tal na hora de opinar sobre a elaboração do plano de cuidado.

A figura do cuidador traz algumas tensões e paradoxos para o campo da saúde que precisam ser clareados, tanto na cadeia produtiva do cuidado como na sua própria saúde e qualidade de vida. Apresenta-se como um novo aliado que pode contribuir para o aprimoramento da produção do cuidado.

É importante, também, destacar que as disputas de projetos ocorrem cotidianamente nas equipes e podem garantir o potencial inovador da Atenção Domiciliar. Entretanto, essa característica está diretamente relacionada, entre outras coisas, no como as equipes encaram esse compartilhamento de produção do plano de cuidado. Ou seja, esta situação é capaz de propiciar o aperfeiçoamento do trabalho em saúde desenvolvido pelos profissionais e os cuidadores.

Existe algo que difere os profissionais do CP, um algo além da responsabilização, que é a implicação. A implicação foi observada e esteve presente

---

<sup>23</sup> Portaria GM nº 2.529, de 19 de outubro de 2006.

também em outros campos da pesquisa (MERHY & FEUERWECKER, 2007), como está presente comumente no campo da saúde mental.

Consideramos que esta modelagem de cuidado no domicílio possibilita a criação de novas formas de viver a morte. A volta da morte para casa, além de possibilitar sua discussão em ambientes particulares, introduz e facilita o resgate da autonomia de quem vivencia os cuidados paliativos e tem a morte anunciada.

O movimento de entrar na casa das pessoas demanda preparo diferente, demanda redescobrir um novo ser profissional, já que grande parte ainda continua a ser formado para área hospitalar com todas as “proteções” desde área física as rotinas previamente estabelecidas.

O grupo de CP chamou atenção quanto à expressão freqüente da vontade, do desejo, de continuar a trabalhar com este tipo de “paciente”, com pessoas “pacientes terminais”, que mesmo diante da terminalidade, a cada dia, a cada novo contato e experiência lhes trazem tanta e tanta renovada vida. No entanto, mesmo diante das expressões externalizadas, não podemos nos furtar à observação que para essas pessoas envolvidas com cuidado paliativo a necessidade de acompanhamento e/ou supervisão com profissional da saúde mental é vital e urgente.

Por último, não poderíamos deixar de apontar como questão o investimento no chamado núcleo familiar, que merece ainda ser muito explorada no debate brasileiro de construção de outros lugares para produzir o cuidado em saúde - que vem sendo conduzido pelas apostas na construção dos Programas de Saúde da Família, na realização de uma rede substitutiva em saúde mental no interior da Reforma Psiquiátrica e na produção de modalidades como Atenção Domiciliar.

Isso porque o imaginário brasileiro é muito pautado pela imagem de uma família solidária, recheada por um amor cristão, que a faz o lugar de investimento privilegiado para criar novos sentidos para um fazer como é a produção do cuidado em saúde, que visa desconstruir o modo hegemônico, profissional de saúde procedimento centrado e institucionalizador em serviços especializados (manicômios, hospitais, centros de saúde, entre outros). Entretanto, os chamados

núcleos familiares não respondem necessariamente a essa fantasia coletiva que essas políticas carregam, e quando isso acontece, essas mesmas políticas, que têm criado experiências interessantes, o que reconhecemos, não têm muitos outros arsenais de apostas para fora dessa idealização do que seria a família como centro único de uma aposta de tamanho porte.

Por isso, nesse final, apontamos esse paradoxo: ir para a casa não é necessariamente encontrar práticas familiares pautadas pelo amor romântico, muitas vezes ir para a casa exige ter que desconstruir núcleos familiares tão conservadores quanto o modelo hegemônico de cuidar e isso pede um arsenal de modos de fazer muito para além do apelo moral de se produzir um bom cuidado por pura adesão amorosa. Há que se abrir a possibilidade de se produzir esse amor em ambas as direções, como evidentemente a aposta em Londrina deixa ver de modo bem nítido.

## 5. Referências bibliográficas

- ARIÈS, P. História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro, Ediouro, 2003.
- BAREMBLIT, Gregório F.. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos, 1992.
- CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Editora Hucitec: São Paulo, 2004.
- CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IMS – UERJ, ABRASCO. Rio de Janeiro, 2001.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. Saúde E Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- FRANCO, Túlio Batista. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG); In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003a. p. 161-198.
- \_\_\_\_\_ . Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde;

- \_\_\_\_\_ & MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial; In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, HUCITEC, 2003. cap. 3 – pp. 55-124.
- GLEIZER, M.A. Espinosa e a afetividade humana. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2005.
- GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- JORGE, A.O. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.
- KESSNER, E., KALK, C. Y SINGER, J. Assessing Health Quality. The Case for Tracers. The New England Journal of Medicine. v.2888, n.1, p.1888-194. 1973.
- KÓVACS, Maria Júlia. Educação para a Morte-Temas e reflexões. São Paulo, Casa do Psicólogo, Fapesp,2003a.
- KÓVACS, Maria Júlia. Educação para a Morte-Desafio na formação de profissionais de saúde e educação.São Paulo,Casa do Psicólogo,Fapesp,2003b.
- KÓVACS, Maria Júlia. Morte e Desenvolvimento Humano.São Paulo, Casa do Psicólogo,2002.
- KUBLER-ROSS, Elizabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos,enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8.ª edição, São Paulo, Martins Fontes, 1998.
- LUZ, Madel Therezinha. Natural, Racional, Social - Razão Médica e Racionalidade Moderna. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- MALTA, Débora Carvalho. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas. 2001.
- MENESES, Consuelo Sampaio. A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de

Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.

- MERHY, Emerson Elias & FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade, UFRJ, 2007. (Acessado em 26 de abril de 2008). Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos.php>
- \_\_\_\_\_. Atenção Domiciliar: lugar de encontro da medicalização com a rede substitutiva ou transição tecnológica e / ou reestruturação produtiva na saúde: um debate necessário na Atenção Domiciliar. “paper” distribuído no I Seminário Interno de Atenção Domiciliar da linha de pesquisa: Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. UFRJ, Rio de Janeiro. 2006a.
- \_\_\_\_\_. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: ACIOLE, Giovanni Gurgel . A Saúde no Brasil - Cartografias do Público e do Privado. São Paulo, HUCITEC, 2006b.
- \_\_\_\_\_. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- \_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (organizadores). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998a. p. 103-20.
- \_\_\_\_\_. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde. In: TEIXEIRA, S.F. (organizadora). Movimento sanitário: 20 anos de democracia. São Paulo. CEBES, 1998b.
- \_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.
- \_\_\_\_\_. Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. In: CECÍLIO, L. C.(org.). Inventando a mudança na saúde. Hucitec. São Paulo. 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Curso de formação de facilitadores de educação

permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Ministério da Saúde/Fiocruz. Rio de Janeiro. 2005

- PINHEIRO, Roseni. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IMS – UERJ, ABRASCO. Rio de Janeiro, 2001.
- \_\_\_\_\_.; FERLA, Alcindo Antônio; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes, A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J.G.C. (Org.). Educação médica em transformação - instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC/ABEM, 2004, v., p. 269-284.
- REHEN, Tânia Cristina M.S.B.; TRAD, Leny Alves B.. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(sup): 231-242, 2005.
- SCHIFFLER, Ângela Carla da Rocha; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; Vieira; VIEIRA, Mellina Marques; MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier. Perspectivas da utilização do fluxograma analisador no ensino da administração em saúde na Faculdade de Medicina da UFRJ. In *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n.3, p. 191-200, set./dez. 2005.
- SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.
- SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes. MASCARENHAS, Mônica T. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. HUCITEC. São Paulo, 2004.
- \_\_\_\_\_.; MERHY, Emerson Elias; CARVALHO, Luís Claudio. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 89-112.
- \_\_\_\_\_ Lógicas de programas ações de saúde. In: BARBOZA, Paulo (org.). *Curso de Autogestão em Saúde*. Rio de Janeiro:

Fiocruz/ENSP. v. 4 , p.82-107, 2001.

- VASCONCELOS, Eymard Mourão(org.) A Espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo, Hucitec, 2005.

Anexo C

Artigo Publicado na revista Salud Colectiva

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)