

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Escola de Enfermagem**

**Pós-Graduação em Enfermagem**

**Yara Cardoso Silva**

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR:**

**Relações de poder e estratégias de resistência**

Belo Horizonte – MG

2015

Yara Cardoso Silva

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR:  
Relações de poder e estratégias de resistência**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kênia Lara Silva.

Belo Horizonte – MG  
Escola de Enfermagem – UFMG

2015

Silva, Yara Cardoso.  
S586p A produção do cuidado na atenção domiciliar [manuscrito]:  
relações de poder e estratégias de resistência. / Yara Cardoso  
Silva. - - Belo Horizonte: 2015.  
139f.: il.  
Orientador (a): Kênia Lara Silva.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,  
Escola de Enfermagem.

1. Assistência Domiciliar. 2. Serviços de Assistência Domiciliar.  
3. Poder (Psicologia). 4. Controles Informais da Sociedade. 5.  
Dissertações Acadêmicas. I. Silva, Kênia Lara. II. Universidade  
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WY 200

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo o que me proporciona, em especial por esta conquista. Senhor Deus, sou grata por nunca ter me abandonado e por nunca me ter deixado abandonar a minha fé. Quando me senti aflita, rezei e entreguei a minha vida em suas mãos e, assim, tudo foi concebido. Tu és uma fonte inesgotável de força. Nada disso seria possível sem sua presença.

Agradeço imensamente à minha família: minha mamãezinha, Aidê, meu papaizinho, Geraldo, meus amados irmãos, Aline e Gustavo e a minha cunhada Daiana. Vocês são o meu pilar, a minha alegria. Durante toda a minha caminhada tive o apoio e incentivo por parte de todos vocês. Vocês estavam ao meu lado em todos os momentos que precisei.

Sou muita grata também ao meu príncipe, Caio, pelo apoio, você foi imprescindível para a concretização deste trabalho. A escuta, compreensão, a disponibilidade, a presteza e amizade foram fundamentais. Não posso esquecer-me de mencionar os meus sogros, Júlio Boldrini e Lu Santana. Vocês são a minha segunda família. Obrigada pelo incentivo, pelas palavras de força e amizade, o amor que sinto por vocês me fortalece.

À minha eterna amiga Caroline, pela presença, amizade e apoio. Estaremos sempre unidas. Reconheço também o apoio dos companheiros do NUPEPE. As atividades do dia a dia, as conversas e trocas de ideias enriqueceram e colaboraram para este estudo.

Também serei eternamente grata à minha orientadora Kênia Lara, pela sua dedicação, paciência, disponibilidade de ensinar e pelo intenso comprometimento. Tenho especial admiração por sua trajetória profissional, ela me inspira e me motiva. Você tem o poder de me surpreender. A cada dia que passa, a minha admiração e respeito só aumenta. Obrigada pelo apoio!

Agradeço a todos os participantes da pesquisa que contribuíram com a coleta de dados possibilitando a realização do estudo e aprimoramento do meu trabalho.

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram e lutaram comigo nesta caminhada de me tornar “mestre”!

## RESUMO

A transição demográfica e epidemiológica constitui um desafio para o campo da saúde, pois demanda a produção do cuidado contínuo, intensivo, integral e humanizado. Diversas estratégias para atender a este novo perfil vêm sendo construídas e, dentre estas, destacam-se os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Entende-se que a produção do cuidado na AD é permeada por relações de poder e propõe-se neste estudo a sua investigação. O objetivo é analisar as relações de poder que se estabelecem nas práticas da Atenção Domiciliar, considerando as estratégias utilizadas nesse processo. Trata-se de estudo de natureza qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de 109 visitas com duas equipes, em Minas Gerais. Durante as visitas, foram realizadas observações sobre a produção do cuidado no momento da alta hospitalar e admissão no SAD, assistência no domicílio, reinternação, readmissão e visitas pós-óbito. Essas visitas possibilitaram o acompanhamento de 14 casos de pacientes. De forma complementar, foram realizadas entrevistas com cinco pacientes/cuidadores e dez profissionais. Os dados foram analisados na perspectiva da análise de discurso orientado pelo referencial de Michel Foucault. Os resultados indicam a presença majoritária de um cuidador com o vínculo parental e do sexo feminino. As relações que atravessam a produção do cuidado no domicílio se caracterizam por envolvimento, empatia, vínculos e acolhimentos, mas também revelam a disciplinarização, o controle e a normatização que afetam o cuidado na atenção domiciliar. Os profissionais atuam de forma integrada, na perspectiva de atender às necessidades de saúde dos pacientes e cuidadores. São atenciosos e procuram orientar as ações de acordo com o contexto de vida das famílias. Contudo, suas práticas representam o poder do discurso técnico-científico e normativo-organizacional, próprios do modo de operar as ações no sistema de saúde. Os usuários e cuidadores, por sua vez, também disputam a produção do cuidado, revelando estratégias e táticas de resistências às regras e às normas impostas pelo serviço. Contudo, as possibilidades inventivas são restritas e, na maioria dos casos, prevalece a lógica de subordinação e obediência ao preconizado. A produção do cuidado na atenção domiciliar revela o poder disciplinador, normativo, mas também se embasa no discurso integral, com ações humanizadas, proximais, criativas. Nesse espaço, também tem lugar o discurso religioso que estabelece um regime de verdade que restringe as escolhas e possibilidades de alternativas. Conclui-se que há momentos de produção e interdição do cuidado que compõem, simultaneamente, dois planos dos efeitos das relações de poder na atenção domiciliar.

**Palavras Chaves:** Assistência Domiciliar. Serviços de Assistência Domiciliar. Poder (Psicologia). Controles Informais da Sociedade.

## ABSTRACT

The demographic and epidemiological transition pose challenges to the field of health, as they demand the production of continuous, intensive, integral and humanized care. Several strategies to meet this new profile has been built and, among these, we highlight the Home Care services (SAD). It is understood that the production of care in AD is permeated by power relations and proposes to this study to investigate them. The goal is to analyze power relations that are established practices in Home Care, comprising the operation of the strategies used in this process. This is qualitative study, data were obtained in carrying out 109 visits to two teams of home care in the city of Contagem, Minas Gerais. During the visits were carried out observations on the production of care at the time of hospital admission and at SAD, in home care, readmission and readmission and post-obito visits. These visits enabled the monitoring of 14 cases of patients. Complementarily interviews were conducted with 5 patients / carers and 10 professionals. Data were analyzed from the perspective of discourse analysis directed by Michel Foucault's framework. The results indicate the majority presence of a caregiver with parental bond and female. These relations involved in the production of care in the home are characterized by involvement, empathy, bonds and acolhimentos but also reveal the disciplining, control and regulation affecting care in home care. The professionals work in an integrated manner with a view to meet the health needs of patients and caregivers. They are attentive and seek to guide the actions according to the context of life of families. However, their practices represent the power of technical-scientific and normative-organizational discourse own mode of operating actions in the public health system. Users and carers in turn also vie for the production of care revealing strategic and tactical resistance to rules and regulations imposed by the service. However, the inventive possibility and are restricted in most cases prevails subordination and obedience to the logic advocated. The production of care in home care reveals the disciplinarian, normative power, but also underlies the full speech, with humanized, proximal, creative actions. This space also takes place religious discourse establishing a regime of truth that restricts the choices and possibilities. It is concluded that there are moments of production and interdiction of care that make up two planes simultaneously from the effects of power relations in home care.

**Keywords:** Home Nursing. Home Care Services. Power (Psychology). Social Control Informal.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Tabelas

Tabela 1: Principais regulamentações referentes a atenção domiciliar no Brasil, de 2001 a 2014 .....	17
--	----

### Figuras

Figura 1: Mapa do Município Segundo as Equipes da Atenção Domiciliar .....	28
Figura 2 - Fluxo para admissão do usuário no SAD .....	30
Figura 3: Ciclo das estratégias da relação de poder .....	105

### Quadros

Quadro 1: Quantidade de visitas realizadas segundo os meses e sede da equipe acompanhada .....	32
Quadro 2: Quantidade de entrevistas com profissionais e pacientes .....	37
Quadro 3: Sinais utilizados durante as transcrições .....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS

AD	Atenção Domiciliar
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
HSPE	Hospital de Serviços Públicos do Estado de São Paulo
HSPE	Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo
NUPEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem
PID	Programa de Internação Domiciliar
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	9
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1	Atenção domiciliar: processo histórico e contextualização.....	14
2.2	Relações de poder: conceituação, segundo Foucault .....	21
3	TECEDURA DO CAMPO.....	27
3.1	Conjuntura do cenário .....	27
3.2	A vivência do trabalho de campo .....	31
3.3	Construção do campo .....	37
3.4	Análise das cenas e acontecimentos .....	38
3.5	Aspectos éticos .....	41
4	ACONTECIMENTOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO .....	43
4.1	Caso 1: “Ele não queria nada, apenas que não fôssemos embora” .....	43
4.2	Caso 2: “Não fui ao aniversário. Quero morrer!” .....	47
4.3	Caso 3: “Ensinamos, mas também aprendemos com as famílias” .....	49
4.4	Caso 4: “Pode buscar a dentatura, acho que dá tempo...” .....	53
4.5	Caso 5: “Não quero questionar Deus, mas fico por entender porque isso aconteceu com minha mãe...” .....	58
4.6	Caso 6: “Eles adaptam em casa, da forma deles...” .....	62
4.7	Caso7: “A ferida piorou! Eu não gostei!” .....	65
4.8	Caso 8: “No momento da alta, perguntei onde seria o velório” .....	69
4.9	Caso 9: “Cadê a cuidadora? Chama ela lá!” .....	75
4.10	Caso 10: “O paciente é muito esperto! Tenho que ficar de olho” .....	78
4.11	Caso 11: “Ele comeu muito rápido, devia estar com muita fome” .....	80
4.12	Caso 12: “A nutricionista disse que podia dar o alimento...” .....	84
4.13	Caso 13: “Precisamos de uma pessoa que se responsabilize por você” .....	90
4.14	Caso 14: “A quem pertence o prontuário?” .....	95
5	DISCUSSÃO.....	103
6	CONCLUSÃO .....	112
	REFERÊNCIAS .....	114
	ANEXO .....	126

Anexo 1: TABELA: Número de instituições das modalidades de serviços de atenção domiciliar no Estado de Minas Gerais – CNES. ....	126
APÊNDICE .....	127
APÊNDICE 1: Roteiro de Observação.....	127
APÊNDICE 3: Parecer Consubstanciado do CEP.....	129
APÊNDICE 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	135
APÊNDICE 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	136
APÊNDICE 6: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	137

## 1 INTRODUÇÃO

Em seus 25 anos de existência, são muitos os avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo substancial impacto na vida da população. Contudo, é vital admitir que ainda há um longo caminho a ser percorrido para a consolidação do Sistema, por meio da superação dicotômica entre o prescrito e o realizado (SOUZA; COSTA, 2010; GADELHA; COSTA, 2012; SIQUEIRA, 2013).

O distanciamento entre o que é almejado e o que é realizado ocorre por diversos fatores, entre eles, as mudanças epidemiológicas, decorrentes da tripla carga de doenças infecto-parasitária, doenças crônicas e causas externas; além das variações nas questões demográficas, decorrentes do rápido envelhecimento populacional. Isso altera o tipo de morte e morbidade, devido às características das doenças que transpassam de agudas para crônicas e que acarretam o aumento da expectativa de vida e da queda da natalidade, gerando uma demanda e sobrecarga no sistema de saúde (BRASIL, 2010a; DUARTE; BARRETO, 2012).

Logo, os fatores associados à transição demográfica e epidemiológica constituem desafios para o campo da saúde, por demandarem a compreensão da atual configuração do sistema de saúde e a identificação de novas formas de organização da oferta dos serviços (DUARTE; BARRETO, 2012).

Esses fatores são basais para a mudança no modelo de atenção à saúde. Um modelo que necessita da produção do cuidado contínuo e intensivo, com a priorização da tecnologia leve e leve dura em saúde (MEHRY; FEUERWERKER, 2008; ALBUQUERQUE *et al.*, 2011). No qual poderá estimular o vínculo, o acolhimento e a responsabilização na produção do cuidado (MEHRY; FEUERWERKER, 2008; ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

Para ofertar uma prática de cuidado integral, humanizada, contínua e que seja condizente com o perfil demográfico e epidemiológico da população, discutem-se diferentes estratégias de cuidado. Dentre essas, têm-se as ações de Atenção Domiciliar (AD) como uma modalidade de serviço assistencial que contribui para atender às demandas emergenciais do sistema, devido à transição demográfica e epidemiológica, tendo como foco a produção do cuidado ativo e humanizado (BENJAMIN, 1993; TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

A AD se conforma como uma prática em saúde milenar, tendo relatos desde o Egito e Grécia Antiga (a.C.) (BENJAMIN, 1993). Apesar desta longa configuração histórica, só por

volta da década de 1940 se inicia o serviço propriamente dito de Atenção Domiciliar, sistematizado por uma questão de necessidade vista pelo sistema de saúde.

A AD apresenta benefícios tais como a redução do tempo de internação, aumento dos leitos hospitalares disponíveis, cuidado usuário centrado, resolutivo, com menores índices de complicações infecciosas, o envolvimento com a realidade e o contexto de vida do usuário e projeto terapêutico condizente com as realidades (SILVA *et al.*, 2010; ANDRADE *et al.*, 2013).

Nesta modalidade, é preconizada a assistência que consiste no constante envolvimento, com aposta no potencial da continuidade e integralidade das ações assistenciais (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2011; SILVA *et al.*, 2010). Assim, acredita-se no potencial da produção do cuidado pelo trabalho vivo no domicílio, por sua construção de encontros singulares nos atos de cuidar com criatividade e senso crítico, mediante a prática humanizada, competente e resolutiva. Dessa forma, o domicílio é visto como espaço que deve envolver ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, além do acolhimento, vínculo, responsabilização e ampliação da autonomia dos usuários (FEUERWERKER; MERHY, 2008; CARVALHO, 2009; MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010; ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

A reordenação das práticas de cuidado em saúde proposta para a AD se dá pela consciência da intervenção, por meio do fortalecimento de estratégias, mecanismos e práticas inovadoras, operando como facilitadora no enfrentamento da situação de adoecimento, vinculada à existência da escuta atenta de forma a florescer a compreensão da situação vivenciada pelo usuário (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011; GOMES *et al.*, 2012; MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010). Para isso, deve-se constituir o envolvimento entre os participantes implicados no processo.

Apesar dos avanços na produção do cuidado em saúde, ainda se evidencia uma visão reducionista da prática de atenção à saúde (PINAFO *et al.*, 2011). Por isso, a importância de avançar em modelos de cuidado que ultrapassem os aspectos biológicos e prescritivos da doença (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013). Nessa lógica, deve-se buscar a ruptura da histórica concepção estabelecida sobre atenção à saúde, como práticas impositivas, prescritivas, ou até mesmo coercitivas e punitivas.

O presente estudo emergiu do interesse despertado por meio da participação no desenvolvimento do projeto pesquisa intitulado “Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS”, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE).

O interesse pela relação de poder surgiu durante a realização da disciplina optativa de mestrado denominada “Biopolítica e prática de promoção da saúde”, que objetivava discutir o tema de biopolítica e sua influência nas práticas de promoção da saúde. Esta disciplina é orientada pelo referencial teórico de Michel Foucault para abordar os processos de subjetivação, normalização e medicalização. O caráter reflexivo da disciplina me fez indagar como se estabelecem as relações de poder entre os envolvidos na produção do cuidado ao usuário no contexto da AD.

Para Foucault (2005), o poder apresenta-se como uma relação de forças que está em todas as partes, na rua, na família, nas relações afetivas, nas micro-relações sociais presentes no cotidiano (FOUCAULT, 2005). São estratégias que perpassam todas as pessoas, estão presentes em todos os lugares e têm a faculdade de produzir saber pela inquietação (FOUCAULT, 2005).

Nesse entendimento, relações de poder permeiam todas as práticas e todos os espaços sociais e operam em inter-relações de liberdade, entrelaçadas por uma simultaneidade entre exercer e sofrer influências do poder. As relações de poder possuem um desenvolvimento e uma inventividade que lhes são próprias (FOUCAULT, 2012).

No caso específico da AD, entende-se que a sua conformação sistematizada é relativamente recente e tem como proposta a produção do cuidado de forma integral, humanizada, ofertada no próprio domicílio e no convívio na realidade e cultura dos usuários, mesmo que envolva por relações de poder. Para entendê-las, torna-se necessário investigar o discurso na prática do cuidado da atenção domiciliar, por meio das descrições minuciosas das relações de poder (FISCHER, 2001).

Em uma busca realizada nas bases de dados da LILACS (42) e da MEDLINE (82), sobre o tema relação de poder<sup>1</sup> foi evidenciada a ausência de publicações referentes à análise das relações de poder na atenção domiciliar. Além disso, na revisão de literatura realizada, os cenários analisados revelaram uma relação de poder ainda reducionista, de forma impositiva, punitiva, de sujeição e sem a faculdade de produzir saber.

---

<sup>1</sup>Busca realizada nos últimos 10 anos em inglês, espanhol e português, sobre relação de poder, estando vinculado aos descritores “poder psicológico” que se refere ter grande influência ou controle sobre os outros em uma variedade de contextos-administrativo, social, acadêmico, etc. e “controles informais da sociedade” que refere-se as formas de controle que se manifestam de maneiras menos concretas e tangíveis, como por meio de hábitos populares, costumes, convenções e sentimento público, no qual está contido controle comportamental, coerção, opinião pública e punição, nas bases de dados da LILACS e da MEDLINE. De modo geral identificaram-se estudos voltados para a análise crítica sobre a relação de poder embasando em um teórico e fazendo associação a prática de saúde; estudos no campo hospitalar que verificam a relação de poder entre profissionais e pacientes da comunidade frente ao Estado, entre comunidades rurais e urbanas e a relação de poder para a aprovação de uma intervenção e a relação com portadores de uma doença.

Mediante o reconhecimento da lacuna de publicações sobre as relações de poder na AD, aponta-se como problema a necessidade de entender como se estabelecem essas relações. Assim, foram formuladas as seguintes perguntas orientadoras do estudo: como se configuram as relações de poder na produção do cuidado na atenção domiciliar? Que estratégias de poder se estabelecem nas relações entre profissionais, usuários e cuidadores na produção do cuidado na atenção domiciliar?

A partir dessas questões, o presente estudo tem como objetivo geral analisar as relações de poder e as estratégias de resistência que se estabelecem nas práticas de cuidado entre profissionais, usuários e cuidadores, no contexto da Atenção Domiciliar.

Pressupõe-se que, a AD apresenta-se como um campo de práticas de produção do cuidado em saúde, que almeja a transformação dos pensamentos do processo de saúde e doença da população mediante a ampliação da autonomia dos usuários, com práticas criativas e inventivas (MERHY; FEUERWERKER, 2008; GOMES *et al.*, 2012). Mas ao mesmo tempo, a produção do cuidado no domicílio ainda é permeada por estratégias de resistência ao tradicional modelo de prestação de atenção à saúde, conformando em um cenário de disputas entre a lógica dominante e as formas criativas e inventivas próprias da substitutividade das práticas em saúde.

Diante disso, emerge neste contexto, a proposta que consiste em analisar e entender as relações de poder, como funciona esse processo estabelecido entre todos os envolvidos diretamente no processo: profissionais de saúde, cuidadores e usuários.

Este estudo encontra-se subdividido em seis capítulos, sendo que o primeiro se refere a essa introdução, buscando contextualizar o tema abordado, sua importância para a área de saúde, os principais fatores que justificam o seu desenvolvimento, as questões norteadoras da pesquisa e o objetivo central de estudo. O segundo capítulo abrange a revisão de literatura, apresentando os principais conceitos e argumentos teóricos, embasados em obras de diversos estudiosos do tema central e dos assuntos correlatos, que sustentam teoricamente o objetivo de pesquisa e buscam elucidar as questões mais relevantes de sua compreensão. O terceiro capítulo propõe uma análise acerca do equilíbrio de oferta, demandas e necessidades nos serviços da atenção domiciliar em saúde em Minas Gerais, contextualizando elementos fundamentais do estudo, como a conjuntura do cenário, a vivência do trabalho de campo, a construção do campo, a análise das cenas e acontecimentos, e os aspectos éticos. No quarto capítulo são apresentados os resultados dos casos estudados, como foco principal dos dados e informações coletadas por meio do trabalho de campo. O quinto capítulo se destina a analisar

os resultados apresentados anteriormente. Por fim, o sexto capítulo compreende as principais conclusões acerca dos assuntos e dados relevantes apresentados ao longo do estudo.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Para iniciar o caminho em direção ao objetivo proposto, é necessário primeiramente, refletir sobre a atenção domiciliar como um campo em reconstrução, pela substitutividade do local do atendimento, através da transferência do paciente de uma instituição de saúde para o domicílio. A AD, que decorreu de uma prática de cuidado informal para a incorporação como política pública. É necessário, ainda, compreender as relações e estratégias de poder nas práticas de cuidado, com foco na atenção domiciliar.

### 2.1 Atenção domiciliar: processo histórico e contextualização

A atenção às pessoas no domicílio encontra-se em diversas partes do mundo e está presente desde as mais antigas épocas da humanidade. Distintas são as formas que o atendimento domiciliar pode assumir de acordo com a temporalidade, com os cenários sociais, políticos e ideológicos (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Os cuidados em saúde nos domicílios são observados no mundo antes mesmo do surgimento dos hospitais e dos ambulatórios, verificado ao final do século XVIII, na Europa (SILVA *et al.*, 2005; BRASIL, 2013b).

Apesar desta longa configuração histórica, só por volta da década de 1940 se inicia o serviço propriamente dito de atenção domiciliar no Brasil, sistematizado, por uma questão de necessidade vista pelo sistema de saúde. No século XX, a AD já apresentava característica do modo atual de organização, como extensão do hospital. Pode-se observar que a assistência domiciliar nos Estados Unidos, a AD, estabeleceu-se em 1947, para qual um dos motivadores foi o congestionamento hospitalar, associado à procura de um ambiente mais favorável para os familiares e usuários. No Canadá, a AD ocorreu, a princípio, para pacientes cirúrgicos e depois se estendeu aos pacientes clínicos agudos. Na Europa, em 1957, prestava-se assistência socio sanitárias a pacientes crônicos e terminais.

Na Espanha, foi criada, em 1981, a primeira unidade de assistência domiciliar, constituída tanto pela necessidade da demanda dos usuários do sistema público de saúde, impulsionada pela iniciativa dos gestores, diante a escalada dos custos e dos limitados recursos destinados á saúde (REHEM; TRAD, 2005).

A história da assistência domiciliar no Brasil é influenciada pelas práticas trazidas da Europa. O primeiro relato da AD data do século XX, em 1919, através de Visita Domiciliar

pelo Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). As visitas eram decorrentes das incorporações aos serviços sanitários para o combate das grandes epidemias de doenças infecto-contagiosas (SAVASSI; DIAS, 2006; SILVA *et al.*, 2010; SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). Posteriormente, em 1949, criou-se o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), frente à insatisfação do atendimento de urgência pelos sindicalistas. Este serviço contemplava visitas domiciliares regulares por médicos a previdenciários com doenças crônicas (MENDES, 2001).

Só por volta de 1960 ocorreu a implantação dos serviços de AD no Brasil, iniciada como uma atividade planejada pelo Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE) (REHEM; TRAD, 2005; BRASIL, 2013b).

Desde a década de 1990, o Brasil vem investindo e expandindo a oferta de atendimentos domiciliares, de maneira a prevenir a hospitalização e/ou reduzir a permanência hospitalar, uma tentativa de ampliar, assim, a oferta de leitos disponíveis e de evitar hospitalizações desnecessárias (AMARAL, *et al.*, 2001; REHEM; TRAD, 2005; BRASIL, 2013b).

Nessa ótica, tornam-se necessárias legislações específicas e políticas públicas que normatizem e invistam nessa modalidade.

O ponto de partida, no que se refere a normatização do Serviço de Atenção Domiciliar, foi, então, em 1990, por meio da lei 8.080 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Até o início dos anos 2000, ofertava-se AD apenas a portadores de patologias específicas como, por exemplo, nos casos de distrofia muscular progressiva, conforme regulamentação da Portaria 1.531/2001 GM/MS. Em 2002, ampliou-se para os centros de referência em assistência à saúde do idoso, através da Portaria SAS 249.

Posteriormente, para o fortalecimento da AD, ocorreu a sua regulamentação pela Lei 10.424/2002. Esta lei acrescentou um capítulo na Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde, através do atendimento domiciliar e da internação domiciliar, devendo ser desenvolvida por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. Esta assistência domiciliar só poderá ser realizada após a indicação médica, com expressa concordância do usuário e de sua família (BRASIL, 2002).

Em 2006, instituiu-se a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que apresentassem intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais (BRASIL, 2006).

De 2006 a 2011, observou-se um hiato quando analisa-se a regulamentação da atenção domiciliar do Ministério da Saúde. Em 2011, a Portaria 2.029/2011 veio para aproximar-se mais das realidades e necessidades locais. Esta portaria instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo normas para cadastro e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e os valores do incentivo para o seu funcionamento, estabelecendo, assim, o programa Melhor em Casa.

O programa Melhor em Casa, organizado pelo Governo Federal, vem sendo desenvolvido em parceria com Estados e Municípios e com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Esta modalidade de atenção visa assistência multiprofissional, por meio de uma equipe de apoio aos cuidados no domicílio. Esses programas compõem a Rede de Atenção à Saúde e devem estar integrados mediante o estabelecimento de fluxos assistenciais, protocolos clínicos e de acesso, e mecanismos de regulação, em uma relação solidária e complementar (BRASIL, 2013b).

A portaria 2.527/2011 substituiu a portaria 2.029/2011, de maneira a melhor atender aos anseios da população. Esta revogação inclui novamente a ampliação do recorte populacional dos municípios com menor porte populacional, para que também pudessem ter implantados em seu território serviços de atenção domiciliar. Também estabelece normas de cadastro dos SAD para as pessoas que clinicamente possam ser mantidas em casa e atendidas por equipe exclusiva para esse fim.

Em 2013, por meio da Portaria 963, ocorre uma redefinição da AD no âmbito do SUS, estabelecendo a universalização, ou seja, uma possibilidade de todos os municípios aderirem ao Melhor em Casa, independentemente do seu porte populacional.

A tabela 1 apresenta sinteticamente os principais regulamentações referentes à atenção domiciliar no Brasil, de 2001 a 2014.

**Tabela 1: Principais regulamentações referentes a atenção domiciliar no Brasil, de 2001 a 2014.**

Portarias /Lei	Ações/Regulamentações
Portaria 1.531/2001	Institui a Portaria GM/MS nº 1.531 para propiciar aos pacientes portadores de distrofia muscular progressiva o uso de ventilação mecânica não invasiva em domicílio, sob os cuidados de equipes específicas para tal, financiadas pelo SUS.
Lei 10.425/2002	Estabelece a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que acrescenta capítulo e artigo na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS.
Portaria 249/2002	Estabelece a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso pela Portaria SAS/MS nº 249, 2002, em 16 de abril.
Portaria 2.529/2006	Institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim. Esta portaria teve um grande peso, no sentido em que retomou a discussão de forma mais ampla e ainda estabelecia o repasse federal fundo a fundo para custeio das equipes.
Portaria 2.029/2011	Esta portaria revoga a 2.529/2006, com o objetivo de publicar nova portaria que se aproximasse mais das realidades e necessidades locais. Esta Portaria institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as normas para cadastro e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e os valores do incentivo para o seu funcionamento.
Portaria 2.527/2011	A Portaria nº 2.029 foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.527/2011, que redefine a atenção domiciliar e propõe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhece os cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica (ESF), instituindo a modalidade AD1 em atenção domiciliar, que é aquela realizada pelas ESF e pelo NASF; essa questão passa a ser normatizada em portaria do MS;</li> <li>• Retira o foco da internação domiciliar, característica da Portaria nº 2.529;</li> <li>• Estabelece que a organização dos SAD deve ser realizada a partir de uma base territorial com uma população adscrita de 100 mil pessoas. Assim, qualquer usuário que venha a se beneficiar de atenção domiciliar terá uma equipe de atenção domiciliar de referência, não precisando estar, necessariamente, internado num hospital que possua serviço de internação domiciliar para se beneficiar dessa modalidade de cuidado;</li> <li>• Amplia o número de municípios elegíveis à proposta na medida em que propõe o recorte populacional para aqueles que tenham população acima de 40.000 habitantes;</li> <li>• Fortalece o conceito de que a AD integra uma Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção.</li> </ul>
Portaria 963/2013	Estabelece a possibilidade dos municípios aderirem ao Melhor em Casa foi universalizada através da Portaria 963 de 27 de maio de 2013 que revogou e substituiu as Portarias 2.527/2011 e 1.533/2012.

Fonte: Brasil (2006); Brasil (2012a); Brasil (2013a).

Estas regulamentações favorecem a organização tanto do setor público como do privado, pois, inicialmente, não havia suporte, um padrão de licenciamento que orientasse o crescimento desta modalidade, a assistência prestada ao usuário e conseqüentemente a família.

Os Serviços ofertados nos domicílios, devem orientar-se nas portarias para caracterizar as práticas de cuidado, de acordo com a complexidade do usuário (PIRES, *et al.*, 2013). A atenção domiciliar é composta pela assistência domiciliar através do conjunto de atividades programadas e continuadas, desenvolvida no próprio domicílio. Perpassa, desde a visita domiciliar, pelo atendimento educacional e assistencial, a pacientes crônicos, cuidados paliativos ou pacientes terminais. Inclui ainda a internação domiciliar, que exige uma intensidade maior de cuidados e aparatos médico-hospitalar e uma atenção em tempo integral para quadros clínicos mais complexos (BRASIL, 2013b).

A AD está organizada em três modalidades (AD1; AD2; AD3), definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos. A categoria profissional ofertada ao paciente dependerá do grau de sua necessidade, podendo ser médico, enfermeiro, fisioterapeuta e/ou assistente social e auxiliares/técnicos de enfermagem. Esses profissionais devem desenvolver um trabalho multiprofissional, em equipe e em rede (BRASIL, 2013b).

A AD1 é destinada aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de um cuidado de menor complexidade. Esses pacientes são de responsabilidade das equipes de Atenção Básica e tem o apoio das Equipes de Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de serviços de reabilitação, sendo que as visitas domiciliares regulares acontecem, no mínimo, uma vez por mês (BRASIL, 2013b).

A AD2 destina-se a usuários com problemas de saúde de maior complexidade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS, com maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. Os recursos de saúde e acompanhamento contínuo podem ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, sendo garantido o transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais nos casos de intercorrências. A AD3 é ofertada para os usuários que necessitem do uso de equipamento e tenham a existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade (AD2). O paciente pode ser oriundo de diferentes serviços da rede de atenção à saúde, sendo também garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais

de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A AD é uma alternativa à intervenção hospitalar, de forma a reduzir a demanda ou período de internação no hospital, reduzir complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminuir os custos das tecnologias direcionadas aos doentes hospitalizados (PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011).

Apesar se não poder generalizar a todos os casos, a AD possui uma tendência de redução de custos através do atendimento ofertado nos domicílios. Em uma revisão sistemática, realizada na base de dados *MEDLINE* do *PubMed*, verificou-se que, em alguns estudos, a contribuição da AD está vinculada para a redução da mortalidade e maior sobrevida em idosos portadores de danos crônicos, além da apresentação de menores custos para a realização do cuidado (DAY; PASKULIN, 2013).

Observa-se também que a AD preconiza a reorganização do processo de trabalho, tendo o contexto domiciliar como uma alternativa à intervenção hospitalar, e reduz a demanda ou período de internação no hospital, o que gera o aumento da rotatividade de leitos.

A AD tem potência de reduzir as complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminuir os custos das tecnologias dos doentes hospitalizados, por meio do apoio das equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de assistência domiciliar (BRASIL, 2012b; PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011).

Mesmo reconhecendo os avanços das políticas de AD, existe um árduo caminho para a solidificação da AD no que diz respeito a esta nova perspectiva de produção de cuidado, devido ao seu caráter inovador e desafiador, que aparece composta por um emaranhado de tensões (BRASIL, 2012b; PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011). Os desafios referem-se às características próprias do atendimento no domicílio, relacionados à mudança de atuação dos profissionais, maior vivência de conflitos familiares, menor infra-estrutura para situações adversas ou limitações terapêuticas de pacientes sob cuidados paliativos e manutenção da prática de cuidado caracterizada pelo trabalho vivo (PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011).

Desta forma, a AD tem possibilita o atendimento das intencionalidades estruturais do SUS e os anseios da população e da atenção assistencial, por apresentar o foco voltado para a produção do cuidado ativo e humanizado. Verifica-se o envolvimento governamental para estabelecer a normatização do programa.

Por isso, a AD está estruturada de acordo com os princípios do SUS, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, onde as de práticas clínicas cuidadoras são baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência. O modelo de atenção deve

ser centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, além de estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, dos usuários, das famílias e dos cuidadores (BRASIL, 2013a).

As práticas de saber na AD devem ser constituídas pela presença efetiva dos sujeitos em ação, como produtores e produtos desse mundo histórico social e subjetivo. Mas grande parte das práticas possuem ainda uma intensa vivência comportamental composta pelos modos hegemônicos (MERHY; FEUERWERKER, 2008).

Para que exista a mudança de visão do conceito e do processo de saúde, deve-se envolver o contexto familiar e um conjunto de ações, de forma transversal na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de agravos, com a garantia de continuidade de cuidados (LAGANA *et al.*, 2013; PIRES *et al.*, 2013; GOMES *et al.*, 2012).

A AD é um modo de garantir a continuidade da assistência, sem romper o cuidado prestado, potencializando o elo entre atenção e pessoas e garantindo a centralidade do cuidado da saúde dos usuários (GOMES *et al.*, 2012; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012b).

Durante o processo de atendimento domiciliar deve levar em consideração os aspectos sociais que impactam o modo de viver, trabalhar e de alimentar da população, tais fatores interferem diretamente no âmbito da saúde e conseqüentemente no SAD ofertado a este usuário (CAMPOLINA *et al.*, 2013).

Segundo Feuerwerker e Merhy (2008, p.186), a casa possibilita um novo “[...] espaço de cuidado”. Isso “[...] pode remeter a uma identificação e proximidade do cuidador para além da função técnica e da instituição hospitalar”. O lar do paciente é um local que permite um leque de opções na prática do cuidado e uma maior autonomia para a família do usuário (CARVALHO, 2009).

Nesse sentido, deve-se estimular a eminente articulação e integração na produção do cuidado para operar para além da função técnica, obtendo como resultante o vínculo e a aproximação, uma maior autonomia para a família, para o usuário e para o profissional (CARVALHO, 2009; FEUERWERKER; MERHY, 2008; MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010; ALBUQUERQUE *et al.*, 2011). Segundo Merhy e Feuerwerker (2009), o campo da saúde tem como objeto a produção do cuidado, para atingir de fato os objetivos centrais, a cura e a saúde. Entretanto, a vida real dos serviços de saúde através dos modelos de atenção adotados nem sempre apresenta o comprometimento quanto a esta produção do cuidado (MERHY, FEUERWERKER, 2009).

O ponto de extrema relevância para a transformação da produção do cuidado se dá, então, pela construção de uma nova lógica de atenção, pela manutenção, melhoria da

capacidade funcional do usuário e pela relação profissional-usuário-família como uma relação de co-participação (LAGANA *et al.*, 2013; BRASIL, 2012b; PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011; SILVA *et al.*, 2005).

Realizar esta análise sobre a AD possibilita entender o processo histórico de sua constituição e os desafios impostos, devido a nova estruturação da atenção à saúde, pela construção do cuidado no trabalho vivo.

Por isso, a AD compõe a construção de processos contra-hegemônicos, apontando outros sentidos e significações de fenômenos da existência humana, tais como: o corpo, a saúde e a doença, a soberania do estado sobre os corpos, produção do cuidado vivo, entre outros. Pressupõe pensar na construção de redes de serviços que ultrapassem os aspectos exclusivos da doença que acomete o paciente, de forma a impulsionar mudanças na produção do cuidado em saúde que possam não ser simples extensão de coberturas das práticas médicas, mas substitutivas a essas. E, assim, visem outros tipos de objetos e formas de cuidar, bem como operadoras de outras perspectivas de normatividades sociais, históricas e imaginárias (MERHY; FEUERWERKER, 2008).

## **2.2 Relações de poder: conceituação, segundo Foucault**

O estudo sustenta-se na definição de relação de poder, segundo o filósofo Michel Foucault, devido a sua grande influência sobre este tema. O autor busca analisar o poder e não elaborar uma teoria geral, que se aplicaria a todas as relações e contextos existentes na sociedade. O autor também não busca realizar uma análise das formas regulamentadas e legítimas do poder em seu centro (FOUCAULT, 2012). Trata de apreendê-lo em suas extremidades, em suas instituições mais regionais, nos campos e discursos específicos (FOUCAULT, 2005).

Para isso, o autor construiu genealogia e a arqueologia do poder para identificar e entender a sua dinâmica de funcionamento. Esta análise de poder vem desde o século XVI até o homem contemporâneo (NARDI *et al.*, 2005).

Devemos conhecer, então, as condições históricas que motivam uma dada conceituação, além de verificar o tipo de realidade com o qual estamos lidando (SILVEIRA, 2005). As relações de poder fazem parte de nossa experiência e fazem muito mais sentido quando analisadas dentro de racionalidades específicas (SILVEIRA, 2005).

O poder caracteriza-se por estratégias não localizáveis, sempre aplicadas sobre outros corpos, do corpo a corpo, de corpos que se aplicam sobre outros corpos para educá-los e

fabricá-los (FOUCAULT, 2000). Por isso, não existe uma teoria absoluta e imutável, (SILVEIRA, 2005) e sim difusa, de formas dispare, heterogêneas e em constante transformação, que atravessam tanto os dominados quanto os dominantes.

No que tange a conceituação de poder, um dos pontos abordados por Foucault no argumento construído em suas obras, se refere a ruptura da idéia jurídico-discursiva. Esta oposição ao pensamento jurídico-discursiva vai ao encontro da análise referenciada sobre o poder atuante nas extremidades, de forma capilar, longe das formas regulamentares, centrais e legítimas que permeiam toda a sociedade (FOUCAULT, 2000).

Este conceito atua em oposição também ao proposto pelo sistema de saúde, devido à sua forma de exercício violento, de relação negativa, repressiva e opressiva, pois este controle não possibilita a autonomia, o saber, a responsabilização, mas o controle dos usuários pelas instâncias de regra. Logo, não se deve entender o poder como um conjunto de instituições ou de um Estado dito soberano que garantem a sujeição das pessoas. Tampouco o poder deve ser visto como um sistema geral, de dominação exercida sobre o outro (SILVEIRA, 2005).

O poder é independente do Estado, por sua atuação dissociada, mas, de certo modo, todas as formas de relações de poder devem a ele se referir, não porque derivam dele, mas porque as relações de poder que perpassam por etapas são colocadas sob o seu controle (FOUCAULT, 2005). Por isso “[...] não se trata de negar a existência de classes sociais, mas de compreender o processo dos mecanismos que garantem a dominação” (SAMPAIO, 2006, p.27).

Para Foucault (2000), o poder constitui um ponto central, representado por um feixe aberto, mais ou menos coordenado de relações. As suas estratégias são compostas por mecanismos e táticas que permitem a este transpassar das relações de poder (FOUCAULT, 2000). Estas relações podem ser apresentadas pela sujeição, disciplina ou resistência.

As relações de sujeição fabricam sujeitos, por demonstrar como os diferentes operadores de dominação se apoiam, se fortalecem, se negam e se anulam (FOUCAULT, 2012; FOUCAULT, 2000). Como incita Foucault (2000), a compreensão, no que diz respeito às relações de poder através da resistência, possibilita constituir a história de um sujeito, de um povo, de uma nação (FOUCAULT, 2012; FOUCAULT, 2000). O poder é exercido onde há resistência, logo, onde há resistência, há relações de poder (FOUCAULT, 2000).

A disciplina é uma técnica centrada no corpo dos indivíduos, pela relação de docilidade-utilidade (FOUCAULT, 2012; DANNER, 2009). Para Foucault, o poder também se exerce por uma série de miras e objetivos, a partir de inúmeros pontos e em meio às relações desiguais pelas correlações de força (FOUCAULT, 1989).

As práticas de poder existem nas micro-relações sociais, presentes no cotidiano, as quais abarcam além do entendimento de uma sociedade situada em torno da conformação de uma instituição, organização econômica ou governamental (FOUCAULT, 2000). Logo, a produção do cuidado no domicílio também está permeada pelas relações de poder, seja para disciplinar, normalizar, empoderar, estimular, resistir, sujeitar...

A materialidade do efeito do poder está na sua circulação, mais do que na detenção, no seu funcionamento, mais do que na sua prescrição ou ordenamento; o poder não é nem manifestações, nem consenso e nem renúncia à liberdade (SILVEIRA, 2005). Por isso, as relações de poder são envolvidas pelo eterno e constante enfrentamento (FOUCAULT, 2000). A existência da liberdade garante a possibilidade de reação por parte daqueles sobre o qual o poder é exercido (MAIA, 1995; FOUCAULT, 2005). Na definição de Foucault, o carceramento de liberdade impossibilita a relação de poder (FOUCAULT, 2000).

As relações de poder obedecem, assim, formas múltiplas, através de um conjunto de ações que têm por objetivo outras ações possíveis, por isso, precisa estar solto, para permear, produzir coisas e discursos, facilitar, dificultar, entender, limitar, impedir, induzir ao prazer e formar o saber (SILVEIRA, 2005).

Essa relação apresenta a parte visível, representada pelas instituições e a face invisível concebida pelos dispositivos, composta por aquilo que não está explícito nas regras e leis (WELLAUSEN, 2007).

Foucault retrata como dispositivos os operadores da relação de poder, isto é, as técnicas, as estratégias e as formas de assujeitamento utilizadas pelo poder, ou seja, “[...] trata-se tanto de discursos quanto de práticas, de instituições quanto de táticas moventes” (REVEL, 2005, p.39).

O dispositivo é como uma rede que se estabelece entre os elementos heterogêneos, podendo ser linguísticos, dado pelas “capacidades objetivas” que se exerce sobre as coisas, para modificá-las, utilizá-las, consumi-las ou destruí-las, e não-linguísticos, pelas “relações de informações”, pela transmissão de uma informação através da língua, um sistema de signos ou qualquer outro meio simbólico (CASTRO, 2009). O dispositivo envolve elementos históricos, com toda a sua carga de regras, ritos e instituições impostas aos indivíduos por um poder externo que estão disseminados pelo corpo social, e, ainda, produz seus efeitos de verdade que recaem, transitam e são apropriados pelos indivíduos (AGAMBEN, 2005). Assim, pode ser considerado como dispositivo qualquer coisa que tenha, de algum modo, a capacidade de capturar, orientar, terminar, interceptar, modelar, controlar e assegurar as condutas, as opiniões e os discursos vigentes (AGAMBEN, 2005).

O poder, na análise Foucaultiana, é esta relação de forças, exercícios e estratégias que possibilita compreender o seu funcionamento e como se exerce (SAMPAIO, 2006). Por isso, será detalhado o que Foucault entende por força, exercício e estratégia.

Foucault compreende o poder como um conjunto de correlações de forças em si mesmo, que se atuam, constituem, produzem e organizam os domínios em que estão presentes inseridos no sistema social. Esta correlação de forças é proveniente de todos os pontos ao mesmo tempo, e varia constantemente de forma imprevisível. Por isso, em uma sociedade, não há uma oposição entre dominadores e dominados, como a matriz geral e global das relações de poder. Deve-se supor que, antes disso, as múltiplas correlações, de maneira que formam e atuam nos aparelhos de produção, servem de suporte a amplos efeitos de clivagem que atravessam o corpo social como um todo (SILVEIRA, 2005).

Um estudo realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência mostra que esse serviço tem a garantia de vaga nos estabelecimentos de saúde, independente de qualquer tipo de negociação. Isso gera relações de forças que são interpretadas como relações de poder. Essa permissão de acesso a todos os serviços de saúde da rede gera uma luta por posições, favorecendo o estabelecimento de relações de poder (VELOSO; ARAUJO; ALVES, 2012).

Analisar a questão do poder também envolve o exercício, pois o poder não é simplesmente uma relação entre partes. Seu exercício acaba por ser uma ação de alguns sobre outros, que ocorre em momentos específicos possibilitados pelos enfrentamentos das forças. A posição dos que estão em cima é altamente instável, já que ocupam o lugar graças aos que estão embaixo. Ele somente existe em ato, no choque das forças inscritas em um campo de possibilidades que se apoiam sobre estruturas permanentes (SILVEIRA, 2005).

Por exemplo, a promoção da saúde faz o exercício de empoderamento social para uma solução das questões sobre a exclusão social e sobre a responsabilidade dos indivíduos com a saúde, sendo necessária reflexão crítica por usuários como uma expansão de sua capacidade de luta pelo poder, apesar de apresentar dificuldades para a utilização de tal exercício (CARVALHO; GASTALDO, 2008; FERREIRA; CASTIEL, 2009). Apresenta também busca por ações que envolva a participação do usuário/comunidade nas ações, sendo um espaço de debate e trocas sobre as políticas e recursos públicos. Este exercício é uma oportunidade das autoridades e outros funcionários públicos definirem e decidirem planos de investimentos sociais, incluindo serviços de saúde e infra-estrutura pública (FLORES; GÓMEZ-SÁNCHEZ, 2010).

A análise da relação de poder, em termos de estratégia, possibilita decifrar as relações de poder, por identificar os meios empregados para obter um fim para alcançar os objetivos

(FOUCAULT, 1995). As estratégias são os mecanismos utilizados nas relações de poder para fazer funcionar ou para manter um dispositivo de poder (SAMPAIO, 2006; FOUCAULT, 1995; CASTRO, 2009).

Segundo Foucault:

[...] o poder não deve ser concebido como uma propriedade, mas como uma estratégia, que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma ‘apropriação’, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos (FOUCAULT, 2005, p.29).

O poder, então, é entendido como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social, devido às múltiplas relações que o perpassam. Por isso, o poder não se tem, se exerce; passando-se para a compreensão de uma abordagem produtiva do mesmo, um poder estimulador de discursos e práticas (FOUCAULT, 1999).

As estratégias são designadas como o conjunto de procedimentos utilizados em um embate para impossibilitar o adversário de usar os meios de combate, fazendo-o desistir da luta, obtendo, assim, a vitória sob o adversário. As estratégias são escolhas autônomas e, em certo sentido, imprevisíveis, pois as ações acontecem surgidas das necessidades do momento. Só podem ser vislumbradas e percebidas as estratégias em sua racionalidade, a posterior desta relação de poder (SILVEIRA, 2005).

Dentre as formas de estratégia, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência apresenta uma resistência a esse poder por parte dos profissionais de saúde, através de pequenas manifestações cotidianas de insatisfação com o seu exercício compreendam os dispositivos do poder. A resistência pode acarretar rupturas profundas ou levantes radicais, também são capazes de promover reagrupamentos e introduzirem clivagem (FOUCAULT, 1988). Os médicos têm uma crença de que são os possuidores da verdade científica, sendo estabelecida uma relação de poder pelo uso da estratégia de obediência. A obediência ocorre como meio para obter o resultado. É neste instante que o médico acredita deter o poder pela ignorância da falta de conhecimento de certo assunto, pela suposição que o conhecimento ser independente é inadequado, e que o fenômeno do conhecimento é algo diferente (COLOMBO; BUR, 2004).

Em outro estudo de caso sobre as configurações/contradições do processo identitário de afro-descendentes, as resistências são vistas como estratégias de confronto que funcionam como formas alternativas de se escapar às “malhas da rede social”. Então, a identidade está

ligada às relações de poder e, conseqüentemente, às micro lutas, ou estratégias de resistência no interior da sociedade (MIRANDA; SILVA, 2009).

Isso significa que as conseqüências não são coordenadas e previsíveis, pois, às vezes, se faz ignorar os efeitos produzidos por aquilo que se faz. Na ligação entre relações de poder e estratégias, elas não são possuídas por ninguém, mas induzem a estados de poder (SILVEIRA, 2005).

Nessa relação, composta por forças, estratégias e exercício, as pessoas têm o poder de utilizar-se das opções que possuem diante de si. Esta liberdade permite diversas reações, nas quais vários modos de comportamento podem acontecer (SILVEIRA, 2005). O indivíduo é, portanto, um ser provido de poder, em um canal que tanto pode transmitir as ondas de poder como resistir a elas.

Mas, para isso, é necessário liberdade (SAMPAIO, 2006) para que exista uma troca de forças entre o que afeta e o que é afetado. Nessa relação, têm-se os afetos ativos, que incitam, produzem e suscitam, e as reações pelos afetos reativos, nos afetados, determinados. O poder de afetar é, portanto, uma função da força, ao passo que ser afetado é uma matéria da mesma (DELEUZE, 2005).

As relações de poder são atos de conduzir os outros de acordo com mecanismos e também a forma de se comportar em um campo que possui diferentes possibilidades (SILVEIRA, 2005).

Todos podem ser dominados e dominantes, exercer e sofrer o poder, mas os efeitos da relação do poder não são produzidos em proporção e escalas iguais. As relações de poder apresentam-se em distintas situações e acontecimentos, e diversos níveis: vai da periferia ao centro; do micro ao macro, no movimento ascendente e relacional. O poder constitui uma microfísica que se prolonga em seus procedimentos e estratégias em todas as esferas sociais, ou seja, possui um caráter difuso (FOUCAULT, 2000).

As técnicas de poder vêm como respostas às demandas, exigências econômicas, políticas, culturais e sociais relacionais (SAMPAIO, 2006). As técnicas na análise do poder (a disciplina e o biopoder) são mecanismos do poder, atuam como procedimentos que foram inventados e aperfeiçoados, que se desenvolvem sem cessar (CASTRO, 2009).

A vida social tornou-se imediatamente produtiva, uma vez que o mundo do trabalho coincide com o mundo político, e que os direitos econômicos e os direitos sociais se inscrevem em toda concepção de cidadania (SAMPAIO, 2006).

### **3 TECEDURA DO CAMPO**

O estudo representa subprojeto da pesquisa intitulada “Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS”, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com o objetivo de analisar o equilíbrio de oferta, demandas e necessidades nos serviços da atenção domiciliar em saúde em Minas Gerais.

#### **3.1 Conjuntura do cenário**

No Brasil, a oferta de serviço de AD no sistema público de saúde é categorizada em AD1, AD2 e AD3, segundo a complexidade de cuidado do usuário. As equipes são divididas em Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2013a).

A equipe do EMAD deve realizar visitas aos domicílios regulares de no mínimo uma vez por semana, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde através do programa Melhor em Casa. Ela é subdividida em dois tipos: tipo 1 (composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar técnico de enfermagem, fisioterapeuta ou assistente social) em municípios com mais de 40.000 habitantes; e tipo 2 (composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar técnico de enfermagem, fisioterapeuta ou assistente social) em municípios de 20.000 a 40.000 habitantes (BRASIL, 2013a).

A EMAP é composta por no mínimo três profissionais de nível superior escolhidos dentre as seguintes ocupações: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico; e terapeuta ocupacional. A EMAP realiza visitas em domicílio, quando solicitado pela EMAD (BRASIL, 2013a). Cada EMAD e EMAP poderá prestar assistência, simultaneamente, a usuários inseridos nas modalidades de atenção domiciliar AD2 e AD3.

Para a identificação do município campo do estudo, partiu-se do reconhecimento daqueles localizados em Minas Gerais, por meio de uma busca preliminar no banco de dados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Essa busca permitiu identificar serviços de Atenção Domiciliar conformados em equipes de EMAD e/ou EMAP. Essas equipes participam do programa Melhor em Casa e, desta forma, recebem incentivos para o seu funcionamento. (BRASIL, 2014).

Foi possível identificar 51 estabelecimentos, vinculados a 28 municípios. Destes municípios, foram selecionados os que se encontravam na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), representados por 25 instituições nos seguintes municípios: Belo Horizonte, Betim, Contagem, Ibirité, Lagoa Santa, Nova Lima, Ribeirão das Neves, Sabará e Sarzedo. Estas equipes se localizam vinculadas aos Centros de Saúde (5), aos Hospitais (3) e aos Prontos Atendimentos e Centros de Especialidades (17). (ANEXO 1).

Para confirmação da existência dessas equipes, fez-se necessário o contato prévio, por meio de ligações telefônicas aos municípios acima supracitados. Este contato possibilitou confirmar a existência de equipes do SAD vinculadas/instaladas nos hospitais, como escolha definida pelas pesquisadoras.

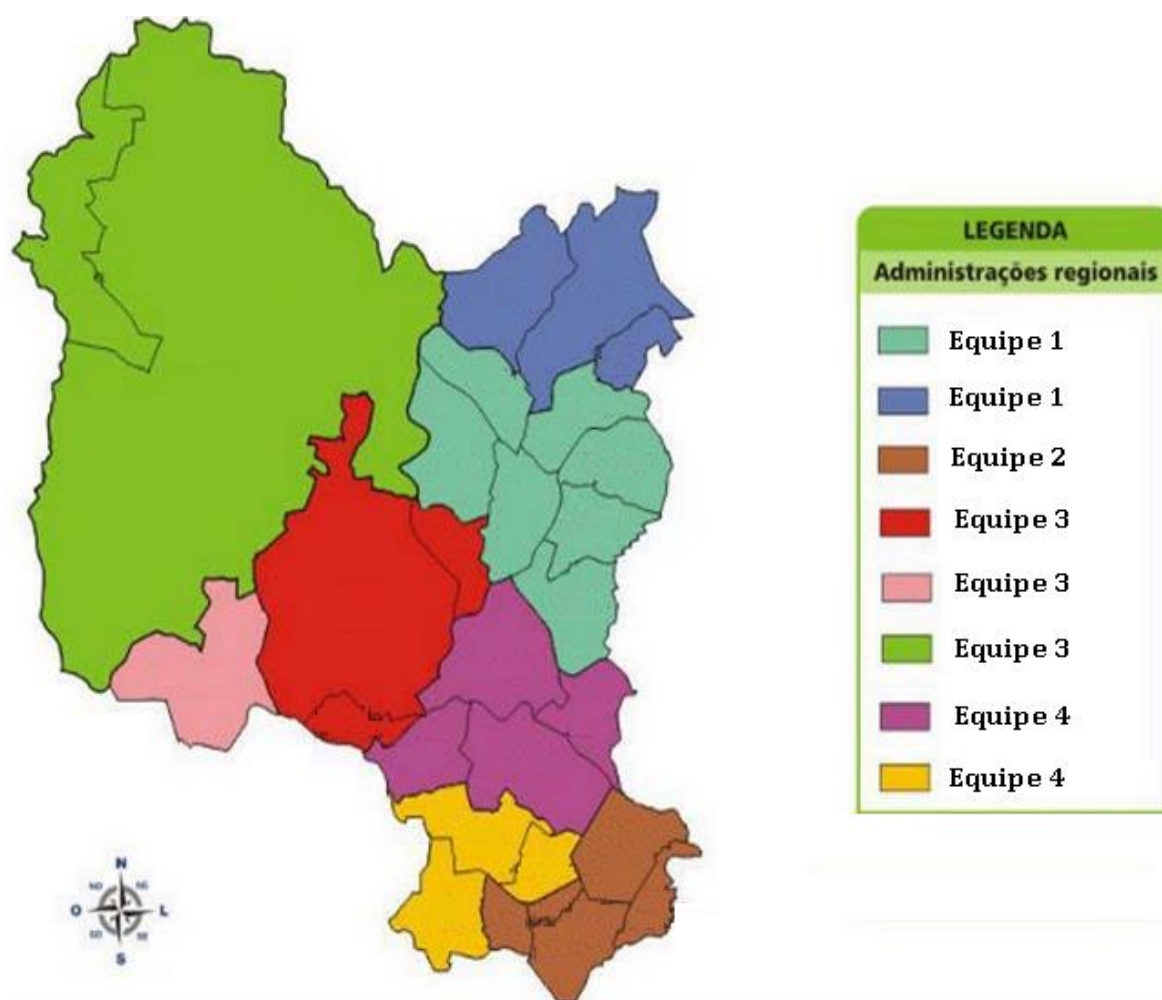
Dentre os nove municípios que possuíam equipes de SAD, selecionou-se intencionalmente para o estudo o Município X, por constituir-se cenário de outras pesquisas já desenvolvidas pelas pesquisadoras. Optou-se por não revelar o nome do município neste estudo.

Para dar início a vivência no campo, realizou-se o contato com a coordenação da AD do município cenário da pesquisa, para agendar reunião com as quatro equipes que compõem o SAD do município. Esta reunião teve como objetivo apresentar o projeto e verificar quais seriam as equipes acompanhadas. A reunião ocorreu no auditório do hospital do município, local, onde uma equipe encontra-se lotada. Este momento contou com a participação da coordenadora do SAD e dos profissionais das EMADs e da EMAP.

Após a apresentação do projeto, realizou-se a compreensão da organização do serviço. Ao finalizar a reunião, ficou definido que a coleta de dados seria iniciada na equipe 1 e, posteriormente, seria realizada com a equipe 4 (FIGURA 1). Esta escolha ocorreu pelo fato das equipes atenderem, um perfil populacional distinto, representando, assim, o perfil geral de atendimento do município.

A primeira equipe tem sua sede na região Nordeste do município que atende uma população de 139.723 habitantes. Essa população caracteriza-se por 7,7% dos homens e mulheres analfabetos, sendo que 19,60% vivem em um domicílio alugado e 10,38% são idosos e possuem condições de dependência. A outra equipe compreende a população de 66.445 habitantes dos quais 13,09% são da raça branca e 23% são de raça negra ou parda, e 6,1% são analfabetos. Possui ainda 7,1% de idosos com condições de dependência e uma população de 27,9% residentes em domicílios alugados (BRASIL, 2010b).

**Figura 1: Mapa do Município Segundo as Equipes da Atenção Domiciliar.**



Fonte: PBH (2014), adaptado pela autora.

Ambas as equipes se caracterizam como EMAD tipo 1, composta por dois médicos (18 horas semanais e 6 horas sobre aviso), dois enfermeiros (30 horas semanais), seis técnicos de enfermagem (30 horas semanais) e um assistente social (20 horas semanais). O programa

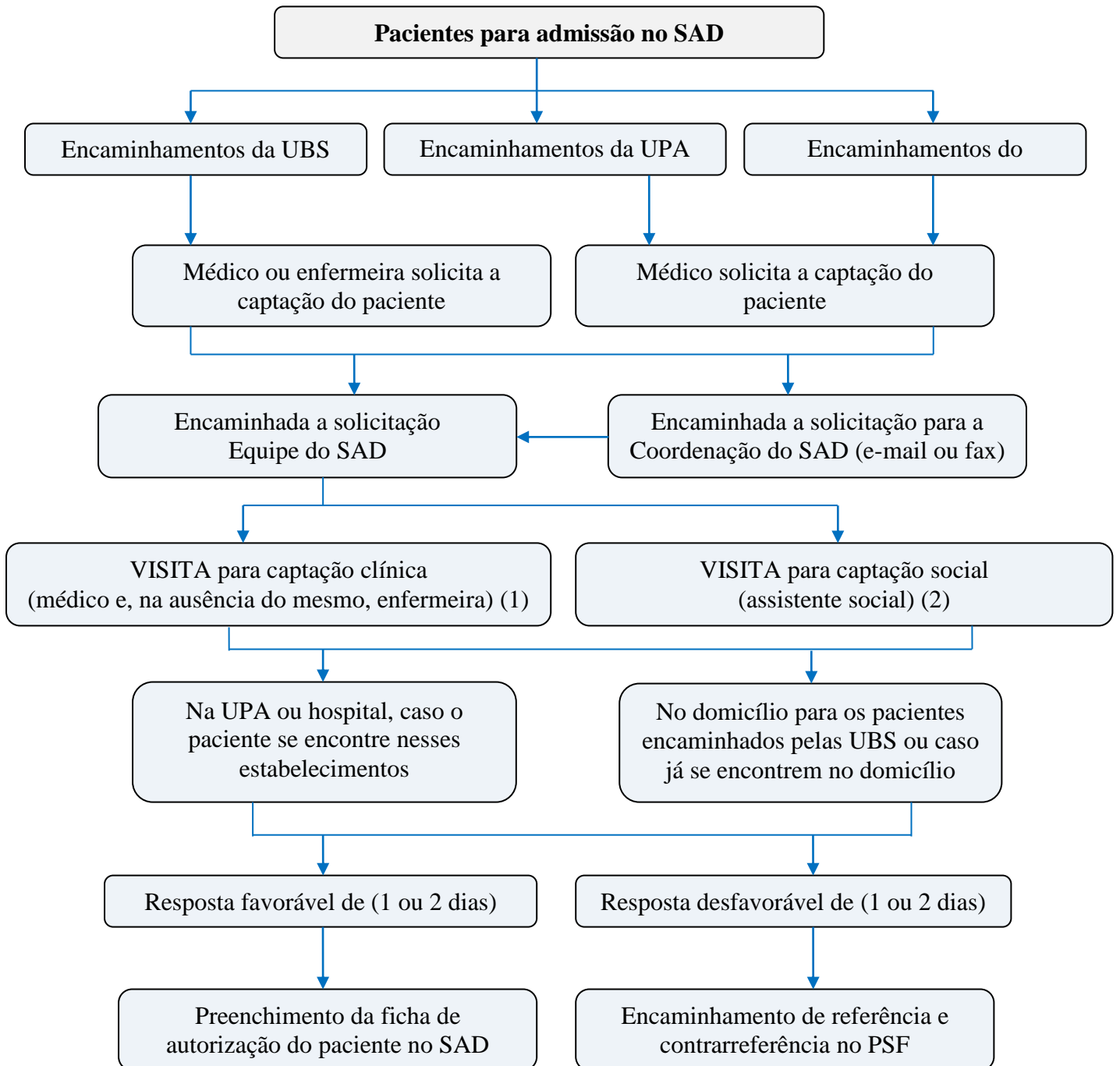
conta com uma fonoaudióloga e uma fisioterapeuta, para além do preconizado, devido ao perfil dos usuários do município com alto grau de dependência.

Existe um fluxo da rede de saúde que orienta a entrada do usuário no programa, uma vez que todas as demandas são referenciadas pela rede. O pedido de captação do usuário pode ser advindo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dos Hospitais. Em casos extraordinários, o pedido advém de demanda judicial do Ministério Público ou de demanda espontânea. Os usuários, para serem admitidos, devem residir no município.

A captação é feita pelo médico na UPA e do Hospital ou enfermeira na UBS. Caso o paciente encontre-se em alguma das sedes do SAD, a captação poderá ser realizada pelo médico e/ou assistente social no próprio estabelecimento.

O pedido de captação é passado para a coordenação e a mesma repassa para a equipe, conforme divisão das administrações regionais do Município. É solicitado um período de 12 a 24 horas para a visita de inclusão do paciente nas unidades do município. Caso seja necessário, a equipe se desloca para avaliar o paciente mais grave, com procedimentos invasivos. Usuários em uso de antibiótico e de continuidade do cuidado da ferida que, devido alguma intercorrência, teve que ser reinternado, têm um tempo de espera de resposta de 12 horas.

Quando a equipe recebe o pedido, ocorre o agendamento para a captação. A Equipe não realiza um contato prévio com a família/usuário informando o dia e horário da visita, uma vez que a escala pode sofrer alterações em casos de intercorrências administrativas e assistenciais. A captação clínica e a captação social podem ocorrer em conjunto ou separadas, dependendo da escala de trabalho dos profissionais. O usuário só será admitido após avaliação clínica e social. Caso haja a adequação aos requisitos do programa de ambas as avaliações, conforme portaria do Melhor em Casa de 2013 e a do Município, é realizado o preenchimento da ficha de autorização clínica e assistencial. Em caso desfavorável de uma ou ambas as partes, a equipe realiza a referência do usuário para o Programa da Saúde da Família (PSF) e, na sua inexistência, para a UBS, ou para algum ponto da rede, tal como casa de apoio (FIGURA 2).

**FIGURA 2: Fluxo para admissao do usuário no SAD.**

Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.2 A vivência do trabalho de campo

Neste estudo, realizou-se a observação como eixo central de pesquisa, por meio do acompanhamento das equipes nas visitas aos domicílios.

Conforme apresentado por Minayo, (2012), o tempo de observação deve tentar superar as observações pontuais. Mas a presença do observador não deve interferir no comportamento e a espontaneidade dos indivíduos, ao ponto de desvendar os códigos do grupo e seus significados (MINAYO, 2012). O tempo de permanência mais prolongado no campo contribui para que os membros do grupo se acostumem com a presença do pesquisador (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

De forma a superar percepções pontuais, foram realizadas 109 visitas, ocorridas no período de 10 de fevereiro a 01 de junho de 2015. Ocorreram 65 visitas com uma equipe e 44 com a outra equipe. Neste processo, participaram 46 usuários ou possíveis pacientes: 24 visitados por uma equipe e 22 visitados pela outra equipe. Estas pessoas foram acompanhadas em visitas assistenciais de pós óbito, de alta, de readmissões ou captação e exclusão. Foram realizadas entre uma e oito visitas ao mesmo usuário.

Durante o acompanhamento das equipes, verificou-se a ocorrência da baixa inclusão de usuários ao programa, do total de 16 visitas para captação de pacientes, foram admitidos ao programa sete usuários. Os outros nove usuários não foram incluídos, por não atenderem aos critérios de inclusão administrativos ou clínicos estabelecidos pelo programa (6), por não se encontrar na residência no dia da visita admissional (1), por necessitar internar o usuário decorrente das complicações no momento da visita admissional (2) ou ter optado em não participar do programa. Os usuários que não atendiam aos critérios foram referenciados para a atenção primária, já para os que necessitaram da reinternação foi acionado o serviço de urgência. O Quadro 1 expressa os dados coletados na observação.

**Quadro 1: Quantidade de visitas realizadas segundo os meses e sede da equipe acompanhada.**

MESES	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
Total de visitas	29	36	30	12	2
Pacientes admitidos	4	1	1		1
Pacientes não admitidos	0	0	6***	3****	0
Total de visitas de readmissão	3	1	3	0	0
Total de Visitas Assistenciais	21	28	19	9	1
Total de Visita de pós-óbito	1	1	0	0	0
Total de Visita de alta	0	2	0	0	0
Total de Visita de desligamento	0	1	0	0	0
Não Atendeu ou reunião		2*	2**	0	0

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Não atendeu e reunião.

(\*\*) Não atendeu.

(\*\*\*) 4 usuários não atendiam aos critérios clínicos, 1 não apresentava cuidador, 1 reinternado com complicações no momento da visita.

(\*\*\*\*) 1 nova tentativa de admissão, 1 não atendia aos critérios clínicos, 1 reinternada por complicações no momento da visita.

Durante as visitas, adotou-se, a forma de observação direta, participativa, periférica, descritiva como estratégia de coleta de dados. Esta observação é flexível, permitindo a presença do pesquisador em alguns momentos do cotidiano das atividades analisadas (MALINOWSKI, 1975).

Na observação participante, o pesquisador está presente numa situação social, face a face com os observados. Este procedimento sistematizado de coleta de dados possibilita identificar as atividades nas quais as pessoas estão inseridas no contexto da ação (LAPASSADE, 2001; SHWARTZ & SCHAWART, 1995 *apud* MINAYO, 2012).

Existem três tipos de observação participante que se diferem pelo grau de interação e envolvimento com o grupo, sendo tais, periférica, ativa e completa. Neste estudo, foi adotada a observação periférica, uma opção estratégica com vistas a ampliar a compreensão do objeto

estudado. A observação participante periférica permite uma implicação do observador no grupo. No entanto, ressalta-se que o pesquisador assume distanciamento para não comprometer a análise da realidade empírica.

Alguns fenômenos de grande importância não podem ser registrados por meio de perguntas estruturadas ou em documentos quantitativos, tais como, as cenas observadas em sua realidade, os detalhes do cotidiano, as ações, as maneiras de agir e reagir, os comportamentos (MALINOWSKI, 1978). Na observação descritiva, utiliza-se um roteiro livre, sem engessar, para captar as cenas vivenciadas, no entanto, o olhar do observador deve está relacionado com o objeto de investigação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; MINAYO, 2012). Para isso, utilizará estratégias observacionais com focos para direcionar as características de maneira minuciosamente planejada, com vistas a atender informações precisas acerca do fato em questão.

As observações ocorreram durante as atividades realizadas no cotidiano de trabalho dos profissionais da equipe do SAD, momento que estiveram envolvidos por conversas com os membros da equipe, participação de reuniões, interação com os profissionais, desde a saída da sala da equipe até os locais do domicílio (APÊNDICE 1). A observação possibilitou captar como se processam as relações entre os participantes (profissionais, usuários e cuidadores), quais os sinais faciais emitidos, a entonação da voz, as falas, pausas significativas que foram emitidas no cotidiano em observação. Para isso, foi preciso estabelecer uma relação no campo, atuando com respeito, empatia, abertura e sensibilidade para a lógica apresentada e para a cultura vivenciada (MINAYO, 2012). Os profissionais foram receptivos, mostraram-se prestativos para orientar e ajudar nas indagações realizadas.

Desta forma, foi possível mergulhar no cotidiano e buscar captar as relações de intersubjetividade, seja por meio da comunicação verbal pela participação nas práticas ou dos relatos dos participantes envolvidos, seja na sala da equipe ou no traslado para as visitas aos usuários e no domicílios.

O período de observação possibilitou analisar a situação social, face a face com os observados: o acompanhamento da trajetória assistencial e de adaptação dos pacientes e, conseqüentemente, as relações estabelecidas e as reações manifestadas no processo assistencial, seja no momento de captação do paciente, da assistência no domicílio, da alta do paciente, do desligamento ou da visita de pós-óbito.

O processo de observação foi direcionado para os acontecimentos das cenas do cotidiano durante a produção do cuidado. Para Foucault, (2008), os acontecimentos são as irrupções de uma singularidade única e aguda, no lugar e no momento da sua produção, nos

níveis da verbalização, comportamento e estruturas. Os acontecimentos constroem a interrogação sobre o que os indivíduos são (FOUCAULT, 1988).

O acontecimento tem efeito transitório, pois deles emanam forças de diferentes tipos e tempos, representando o jogo de forças inerentes a todas as coisas do mundo e dos encontros corporais. Os acontecimentos remetem a um mundo agonístico de relações, cujo caráter é vitalício (CASTELO BRANCO, 2015).

O mundo é um complexo campo de forças vitais, que entretém umas com as outras modalidades diversas de articulação e causalidade que não constituem um mundo simples, óbvio, monótono diferentes de conexão ente forças onde o embate é a parte constitutiva e no qual a vida e a força estão no ponto de irrupção das relações existentes (CASTELO BRANCO, 2015, pag.45).

O acontecimento também está associado à noção de problematização e de atualidade, permitindo constituir num certo movimento do pensamento, da crítica que desatualiza o hoje pelo movimento de liberdade, a constituição de sujeitos autônomos (CARDOSO, 1995).

O acontecimento também está associado à noção de problematização e de atualidade. Permite a constituição de sujeitos autônomo, decorrente do movimento de liberdade (CARDOSO, 1995).

A fase de observação na pesquisa possibilitou captar os movimentos daquilo que desperta a atenção, seja por não ser familiar, por ser estranho ou por ser um momento marcante nas relações históricas e sociais. Vive-se envolto por acontecimentos, permeados por uma série de lutas e tensões, que resultam do confronto entre as relações de poder e insubmissões da liberdade (CASTELO BRANCO, 2015).

A observação foi registrada no diário de campo, o que possibilitou reproduzir os momentos vivenciados, de maneira a relatar a realidade dos cenários de investigação, de forma fidedigna, por meio dos trechos das conversas ou da interpretação das cenas vivenciadas. Este diário é composto pela característica do domicílio ou local do cuidado do paciente e as ações realizadas durante todo o atendimento, que inclui falas, gestos, expressões e entonação. Para possibilitar melhor análise dos fatos, foi preciso se posicionar em locais onde não houvesse interferência na prestação do cuidado e possibilitasse realizar os registros sem a perda das ações e reações. Nos momentos em que ocorriam diversas interações, optou-se por registrar as falas e expressões e, no momento de transcrever, ocorria a complementação das cenas, através da descrição da posição dos envolvidos, da disposição do local do atendimento e organização da equipe. Foram relatadas as ações de cuidado com o paciente e as relações que se permearam durante esse cuidado. O Diário de Campo consta de 240

páginas de texto em Word, com formatação padrão A4, espaço simples, Times 12. Nele, estão registradas aproximadamente 95 horas de observação.

Conforme relata Minayo, (2012), o diário de campo é considerado um instrumento muito rico para registro das percepções, inquietações, questionamentos e informações que não são contempladas por meio do uso de outras técnicas. O diário de campo auxilia na descrição e análise do objeto, por constituir um recurso complementar na captação da realidade empírica do objeto em estudo.

Os relatos no diário de campo devem se voltar para o objeto de investigação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; MINAYO, 2012). Por isso, na pesquisa, as observações foram direcionadas e minuciosamente planejadas, com vistas a atender informações precisas acerca do foco do estudo. Para tanto, a descrição deve incluir os sujeitos e o local, a reconstrução do diálogo e de eventos especiais – dos acontecimentos, além das atitudes, ações, opinião, dúvidas, expectativas e reflexões.

Para que não houvesse esquecimento das cenas observadas, devido ao limite da memória humana (SHWARTZ & SCHAWART, 1995 *apud* MINAYO, 2012), o diário de campo foi digitalizado no mesmo dia da observação para fornecer subsídios necessários à análise das situações.

É importante mencionar que não é possível captar e analisar todas as relações estabelecidas nas cenas de produção do cuidado, mas somente o que o olhar do pesquisador registra, podendo passar despercebidas outras ações realizadas, que não chamam atenção, seja por estranhamento ou por admiração (CANZONIERI, 2011).

No que se refere ao tempo de observação, deve-se ter em mente que o campo é um desafio e o seu “tempo” deve superar as observações pontuais, em que a presença do observador interfere no comportamento e na espontaneidade dos indivíduos, ao ponto de não permitir desvendar os códigos do grupo e seus significados (MINAYO, 2012). Minayo, (2012) diz que o objetivo da observação e do registro é apreender os pontos de vista da população em estudo (profissionais, usuários e cuidadores), que florescem aos poucos.

Durante o acompanhamento das equipes, ocorreram as entrevistas com os participantes selecionados para obter informações acerca das pessoas, do que elas sentem, pensam, vivem, creem e esperam (GIL, 2008; GIL, 1999).

Neste estudo, as entrevistas tiveram função complementar para corroborar ou refutar os pontos captados nas observações.

Para tal, fez-se necessário, antes das entrevistas, a aproximação com os profissionais, os pacientes, cuidadores e familiares, aumentando o vínculo e estreitando a confiança entre os envolvidos.

Segundo Minayo; Assis; Souza (2005), em um ambiente de confiança e empatia, os entrevistados podem permitir o acesso a informações muito importantes, para novas descobertas, pela confirmação ou refutação dos pontos verificados na observação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Além disso, a entrevista é um momento em que o participante pode expor os fatos não ditos de outras maneiras. Assim, a entrevista busca captar a percepção e a perspectiva dos participantes, dando-lhes voz.

A entrevista visa fornecer dados diretamente do indivíduo entrevistado, possibilitando uma reflexão do próprio sujeito e sobre a realidade vivenciada. Cada entrevista tem o poder de expressar diferentes luzes e sombras da realidade, tanto ato de realizá-la, quando nos dados que estão sendo produzidos (MINAYO, 2012).

A entrevista foi orientada por um roteiro aberto, não estruturado. Este roteiro contou com indagações que possibilitaram a liberdade para explorar a temática em estudo, relato de experiência ou ponto de vista (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005) (APÊNDICE 2).

As entrevistas foram agendadas e realizadas de forma individual. Os profissionais foram entrevistados no local de trabalho e os pacientes e cuidadores nos domicílios ou em uma unidade de saúde. Optou-se por entrevistar pelo menos um profissional de cada categoria que participaram dos momentos observacionais. Do total de 23 profissionais do SAD, foram entrevistados 10 profissionais (dois médicos, três enfermeiros, um assistente social e quatro técnicos de enfermagem). Também foram entrevistados os pacientes acompanhados desde a admissão, sendo que, desta forma, não foram considerados os readmitidos e os já acompanhados pelo programa. A escolha por estes pacientes foi estabelecida a partir do maior período de acompanhamento, o que permitiu uma aproximação e maior envolvimento antes da realização das entrevistas, além da compreensão de todo o processo que se estabeleceu, desde a admissão até aquele momento, principalmente por se tratar de uma novidade que poderia causar distintos sentimentos, como estranheza, resistência, medos, ansiedades, contentamento, tanto para a família e paciente quanto para a equipe, uma vez que cada caso refere-se a um acontecimento. Caso o mesmo estivesse impossibilitado de participar da entrevista, devido as condições clínicas, o cuidador era acionado. Do total de seis pacientes acompanhados desde a admissão, realizou-se entrevista com um paciente e quatro cuidadores. Não foi possível realizar a sexta entrevista por questões de segurança, uma vez que até a equipe suspendeu o atendimento ao mesmo, por motivo de segurança.

As entrevistas, que tiveram uma duração média de seis minutos e total de 83 minutos, foram gravadas e transcritas na íntegra, de forma a possibilitar a captação formal do discurso narrado sobre o tema, acompanhar e complementar as informações provenientes das observações.

**Quadro 2: Quantidade de entrevistas com profissionais, pacientes e cuidadores.**

<b>Entrevistados</b>	<b>N</b>
Profissionais entrevistados	10
Pacientes acompanhados entrevistados	1
Cuidadores entrevistados	4

Fonte: Elaborada pela autora.

### **3.3 Construção do campo**

De maneira a aprofundar e abranger a compreensão no que se diz respeito as relações de poder na Atenção Domiciliar, levou-se em consideração os indivíduos sociais que possuem uma significativa vinculação com o objeto de estudo (MINAYO, 2012). A partir desse fundamento, o estudo teve como participantes profissionais, cuidadores e pacientes, uma vez que estas pessoas estão diretamente envolvidas no processo do cuidado no domicílio.

Considerou-se todos os profissionais que estavam vinculados ao programa de SAD. A equipe do município selecionado é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta e fonoaudióloga.

Foram considerados como usuários os acompanhados durante as visitas independentemente do número de visitas realizadas, uma vez que o tempo de permanência dos usuários no programa está relacionada a diversos fatores, tais como atender aos critérios exigidos, receber alta, serem re-internados, virem a óbito, terem uma situação de saúde que necessite de um maior número de visitas.

Todos os usuários visitados foram observados. No entanto, só foram entrevistados os usuários acompanhados desde a primeira visita de admissão ao programa de atenção domiciliar. Esta escolha possibilitou acompanhar a trajetória dos pacientes que acabaram de se vincular ao SAD e, conseqüentemente, as relações e reações estabelecidas durante o processo assistencial, desde a captação do usuário até a adaptação do cuidado no domicílio.

Como cuidador, foram consideradas as pessoas responsáveis pelo cuidado do paciente, podendo ter ou não um vínculo familiar com o usuário. São considerados familiares, as pessoas que apresentam vínculo parental e que podem ou não ser um cuidador.

### **3.4 Análise das cenas e acontecimentos**

A análise dos dados foi sustentada pelo referencial de análise de discurso, tendo como base conceitual Michel Foucault.

Foucault tem uma importante contribuição para as reconfigurações da pesquisa sobre o discurso, uma vez que algumas obras apresentam centralidade do discurso. A obra “A Ordem do Discurso” (1970) apresenta a proposta teórica para a análise do discurso, na qual delinea sua passagem para uma análise genealógica, por envolver a questão de poder e por relacionar-se com aquilo que seria um processo ordenado de produção de discursos nas sociedades. É preciso acolher o discurso em sua irrupção de acontecimentos e na dispersão temporal que lhe permite ser repetido, sabido, esquecido, transformado, apagado até nos menores traços, escondido bem longe de todos os olhares, na poeira dos livros (ALMEIDA, 2013).

Para Foucault (1996, p.10), “O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo pelo que se luta, o poder que queremos nos apoderar”. Sendo, assim, produtoras de discurso e de saberes. A genealogia analisa as formas de exercícios do poder (CASTRO, 2009).

No que se refere ao discurso, Foucault estabelece pistas; ele não desenvolve uma metodologia, um passo a passo metódico para a análise do discurso. Ele trata o discurso em uma perspectiva histórico-social que envolve o sujeito e o discurso. Isso não significa a ausência de rigor, cuidado e responsabilidade, pois existe a preocupação de escolher, adaptar e criar estratégias. A busca é, por exemplo, pela maneira como o poder domina e se faz obedecer, como é exercido, quais os efeitos do exercício do poder em seus mecanismos, em seus efeitos, em suas relações, em seus diferentes níveis e campos de extensões na sociedade (FOUCAULT, 2012).

O discurso é uma prática social de produção de textos, tendo assim uma análise histórica, ideológica e estando ligado à concepção dialógica da linguagem. Isso consiste em analisar a estrutura de um texto e, a partir dele, compreender as construções ideológicas e sociais presentes no mesmo, em ser um acontecimento social e não um ato individual (MINAYO, 2012).

No primeiro momento, foi realizada a organização dos dados que consistiu nos registros no diário de campo das observações e da transcrição das entrevistas realizadas. As entrevistas foram transcritas evidenciando as pausas, silêncio, entonação, ênfase, falas incompreensíveis, tendo como base a convenção estabelecida por Koch, (1997) (QUADRO, 3).

**Quadro 3: Sinais utilizados durante as transcrições.**

SINAIS	OCORRÊNCIA	EXEMPLIFICAÇÃO
Palavras em caixa alta	Palavras pronunciadas em tom forte, indicando entonação enfática.	COMO A MINHA MÃE ESTÁ?
XXX	Silêncio ou pausa longa Cada X refere a 1 segundo	A gente tem uma convivência boa (XXXXX).
“aspas”	Citação literal	- PA3: “ficou lindo.” “Ficou lindo mesmo, você gostou?”-
YYY	Nome da pessoa, do local, da instituição.	- filha: (YYY- nome da instituição).
[...]	Indica que ocorreram falas e situações entre os trechos citados.	Falam novamente sobre visual do cabelo. Todos elogiam dizem: “está fashion, na moda”. [...] No término da assistência, o paciente tenta falar algo
- :	Diálogo	- PA1: “você tem Hipoglós?” - CA23: “tenho, vou pegar.”

Fonte: Koch (1997).

Toda sociedade apresenta discurso, ou seja, a transcrição de opiniões, de atitudes, da fala e de representações do sujeito, e que são controladas, selecionadas, organizadas e redistribuídas por procedimentos que conjuram seus poderes e perigos (FOUCAULT, 2005).

Foucault (1996) aborda quatro princípios que serão os pilares orientadores para um método para a análise dos dados:

- Princípio de inversão: enxergar o jogo negativo do recorte e da rarefação do discurso. Isso não significa que reina um grande discurso ilimitado, contínuo e silencioso que fosse por eles reprimido e recalçado.
- Princípio de descontinuidade: deve ser tratado como prática descontínua, que se entrecruzam por vezes, mas também se ignoram e se excluem.

- Princípio de especificidade: o discurso deve ser adotado como uma violência com que se faz as coisas, como uma prática; sendo nesta prática que os acontecimentos do discurso encontram a sua regularidade.
- Princípio de exterioridade: não está no núcleo interior e escondido do discurso, mas, a partir do próprio discurso, de sua aparição, de sua regularidade, passa as condições externas de possibilidade, aquilo que dá lugar à série aleatória desses acontecimentos e fixa suas fronteiras.

No espaço do domicílio, quem é que pode dizer o quê? Quais os discursos que merecem ou podem ser ouvidos? Os envolvidos (profissionais, usuários, cuidadores) escapam ou aceitam as investidas do poder?

Para responder às perguntas sobre relações de poder estabelecidas na prática de cuidado na AD, foi necessário explorar ao máximo as cenas para captar as nuances da realidade, cenas que envolvem relações históricas, práticas que estão vivas nos discursos, que foram captadas desde o processo de admissão do usuário no SAD até o acompanhamento do paciente no domicílio. Desta forma, a análise-se voltou à rotina do trabalho da equipe e para os acontecimentos que se revelaram marcantes, afetivos, instigantes, no que se diz respeito às relações de poder.

Para realizar esse exercício, foram adotados dois eixos norteadores para discutir as relações de poder na produção do cuidado e na interdição do cuidado. Primeiramente, foram apresentadas as situações compostas pelo contexto de vida e de cuidado, o planejamento e os cuidados realizados. Foram relatadas cenas, acontecimentos e momentos ápicos que se entrecruzam com o contexto apresentado. Nas situações apresentadas, procurou-se evidenciar as relações de poder que emergiram, as estratégias estabelecidas, as táticas utilizadas, os possíveis dispositivos criados tanto nos acontecimentos que estabelecem a produção do cuidado quanto no antagonismo a esta produção do cuidado, ou seja, a interdição.

Desta forma, cuidou-se para não revelar a identidade dos participantes e das equipes incluídas no estudo. Para tanto, os usuários foram identificados com o código A1 a A24 referente a uma equipe e B1 a B22 referente à outra equipe. Para os cuidadores foram acrescentados a letra C, tendo assim como codificação CA1 a CA24 e CB1 a CB22. Na mesma lógica os profissionais estão identificados no texto com o código PA1 a PA10 quando se referem a uma equipe e PB1 a PB11 referente à outra equipe.

No segundo momento, foram tecidas as interpretações do pesquisador sobre as cenas e situações revelando assim as relações de poder e as estratégias de resistência que permitiram caracterizar os discursos de produção ou interdição do cuidado.

Para atender aos critérios propostos nesta análise, foram acompanhados 46 usuários e foram selecionados 14 para análise. Esta seleção ocorreu, em primeiro lugar, para situações que apresentaram acontecimentos. É impossível negar que as cenas, fatos ou situações registradas nas visitas aos 32 usuários restantes não apresentaram, de alguma forma, um tipo de acontecimento. No entanto, optou-se pela busca da não repetição dos fatos. Por mais que as estratégias e mecanismos tenham sido os mesmos, os desfechos foram distintos, tendenciando para a produção ou interdição do cuidado.

Dessa forma, os casos foram descritos, apresentando o local do acontecimento para permitir uma compreensão estrutural e social das famílias e usuários. Posteriormente, apresentou-se o paciente com o motivo do atendimento, faixa etária e vínculo com o cuidador, além do número de atendimentos acompanhados. Em seguida, realizou-se a apresentação dos acontecimentos, destacando o momento ápice de sua produção que propiciaram a ruptura, o novo, através de trechos captados durante a observação. De forma a complementar todo o material coletado nas observações, foram inseridos trechos de pelo menos uma entrevista de cada caso. Por fim, realizou-se exploração dos mecanismos, táticas e estratégias apresentadas e utilizadas pelos sujeitos em cena nos casos.

Para apresentação dos resultados, foram colocados nos títulos de cada caso, o que marcou a essência da discussão daquele caso no que se refere às relações de poder e estratégias de resistência.

### **3.5 Aspectos éticos**

Foram respeitados os preceitos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a).

Esta dissertação parte do projeto “Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS”, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) e aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), CAAE: 07698212.7.0000.5149 e número do parecer: 1.096.736 (APÊNDICE 3).

Os participantes que aceitaram colaborar com a pesquisa foram informados sobre o objetivo do projeto e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), emitido em duas vias (APÊNDICES 4, 5 e 6). Também foi assegurado aos participantes o direito de interromper a entrevista, solicitar esclarecimento em qualquer fase da pesquisa e o de proibir a utilização de seus relatos, sem que isso lhes cause algum dano ou prejuízo,

respeitando-se a Resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, com relação à pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012a).

Durante a coleta de dados, não foram realizados procedimentos junto ao corpo do paciente. Ocorreu o acompanhamento da atuação da equipe para com os pacientes e cuidadores e vice-versa para captar as relações estabelecidas durante o cuidado. Como garantia de anonimato dos informantes, realizou-se a identificação dos participantes por meio de codificações.

## 4 ACONTECIMENTOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

A rotina no processo de trabalho é caracterizada por repetições do contexto assistencial, no que se refere aferição dos dados vitais, avaliação das úlceras, prescrição de medicações. Entretanto, os processos de trabalho não são iguais e a diferenciação entre eles decorre da combinação do trabalho em ato e do envolvimento na produção do cuidado. Durante a produção do cuidado, os trabalhadores, cuidadores e usuários detêm seus conhecimentos e saberes e suas maneiras de relacionar uns com os outros. Desta forma, cada pessoa envolvida nas cenas de cuidado produz ações e reações distintas, gerando acontecimentos que podem aparecer a qualquer momento e de qualquer parte.

Para apresentação dos casos, optou-se neste estudo, por apresentar os resultados das observações. Para tal, ocorreu, no primeiro momento, a apresentação do paciente, das condições clínicas, a apresentação das condições do domicílio e o perfil e tipo de relação dos envolvidos com o auxílio do cuidado ao usuário. Posteriormente foram destacadas as situações, enfatizando as cenas que apontam para os acontecimentos captados no trabalho de campo, que foram reveladores das relações de poder que geraram ora produção do cuidado, ora interdição do cuidado.

Foucault serve do conceito de acontecimento para diagnosticar o que acontece, a atualidade (CASTRO, 2009). O autor representa a relação entre acontecimento arqueológico, que capta a ruptura que emerge a singularidade com referência a uma constante histórica, e acontecimento discursivo, que “[...] caracteriza-se também por encontrar as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de forças, as estratégias que permitiram formar em um dado momento, o que depois se apresentará como evidente” (CASTRO, 2009, p. 26). Desta forma, o acontecimento refere-se às novidades instauradas nas regularidades. Trata-se, enfim, de pensar uma relação assumindo a descontinuidade dessa regularidade, o acaso de suas transformações, a materialidade de suas condições de existência. (FOUCAULT, 1996)

Para revelar os acontecimentos, são relatadas as cenas, evidenciando o momento ápice de sua produção, expresso no título dado a cada caso. No total, são 14 casos analisados.

### 4.1 Caso 1: “Ele não queria nada, apenas que não fôssemos embora”

O paciente (A1) é um jovem de 22 anos, admitido pelo programa, após ser vítima de acidente de moto. O paciente ficou paraplégico e faz uso de traqueostomia.

Foi possível acompanhá-lo em três visitas. No percurso para a primeira visita ao paciente, a técnica de enfermagem (PA3) informa que ensinou ao paciente a falar por meio do vedamento da saída de ar da traqueostomia com a mão. O paciente consegue falar, mas sente dificuldades devido à falta de força nos braços. Ao entrar no domicílio, a enfermeira informa que o paciente foi admitido no programa com muitas de úlceras de pressão e sem mexer os braços.

A casa do paciente encontra-se no fundo do lote. O quarto do paciente é organizado e limpo. Possui uma televisão e uma cômoda onde se encontram seus medicamentos e produtos utilizados nos cuidados assistenciais (luvas, gel, álcool). Ao lado de sua cama, há duas cadeiras de plástico, uma lixeira grande, a porta que dá para o banheiro e, atrás da cama, o paciente tem um guarda roupas de seis portas.

Em todas as visitas realizadas, o paciente encontrava-se sozinho, sempre assistindo televisão.

A primeira visita foi realizada por dois técnicas de enfermagem PA3, PA5 e pela enfermeira PA1.

Ao entrarem no quarto, todos os profissionais observam que o paciente pintou as pontas do cabelo de amarelo.

— PA3: “FICOU LINDO!”.

“Ficou lindo mesmo, você gostou?”- complementa PA5.

A1 balança a cabeça em sinal positivo.

— PA3: “Quem pintou o seu cabelo?”.

Para tentar identificar quem realizou o procedimento no cabelo do paciente, as técnicas de enfermagem falam vários nomes. No momento em que elas dizem amigo, A1 sorri e balança a cabeça, em sinal positivo (Nota Observacional, 1ª visita A1, 06-03-2015, p.82).

Na segunda visita, estavam presentes duas técnicas de enfermagem PA6 e PA8, a enfermeira PA1 e a assistente social PA9. Foram realizadas aferições dos dados vitais e limpeza das úlceras de pressão.

A técnica de enfermagem (PA6) e a enfermeira (PA1) conversam com o paciente por uns cinco minutos.

Falam novamente sobre visual do cabelo. Todos elogiam dizem: “está fashion, na moda”.

[...]

No término da assistência, o paciente tenta falar algo.

PA6 tenta entender. Indaga para ver se acerta o que o paciente quer falar.

Em seguida PA9 também tenta entender, aproxima-se da cama do paciente, mas não entende o que o ele quer falar.

Ninguém consegue entender. Preocupadas, as profissionais realizam indagações: “Você sente dor? Algo te incomoda? Precisa de alguma coisa?”. Em todas as indagações o paciente faz um sinal negativo com a cabeça.

[...]

Os profissionais chamam a cuidadora e dizem que o paciente quer dizer algo, mas que elas não conseguiram identificar o que queria dizer. Todos despedem do usuário e da cuidadora.

Saindo do domicílio, (PA6) diz “Ele não queria nada, apenas que não fôssemos embora” (Nota de Observacional, 2ª visita, A1, 10-03-2015, p.95).

Na terceira visita, estavam presentes a enfermeira (PA1), as técnicas de enfermagem (PA6) e (PA8) e o médico (PA2). O médico entra no quarto avalia o paciente, depois se desloca para a sala e realiza a evolução no prontuário. O restante da equipe permanece no quarto com o paciente.

— PA1: “A1, mostra para o médico (PA2) que você está falando”.

A1 tampa a traqueostomia e esboça tentativas de fala.

— PA1: “Olha como ele engordou! Olha como o cabelo dele está bonito pintado!”.

PA2 dá um sorriso, avalia o paciente e vai para a sala.

PA1 chama o médico para ver a unha encravada do paciente.

— PA2: “Precisa passar um remédio para cicatrizar, para só assim desencravar a unha”.

— PA1: “Dói?”.

(A1): o paciente balança a cabeça em sinal positivo.

Em seguida, PA1 chega próximo à cabeça do paciente e diz: “amanhã você irá ao hospital para avaliar a retirada da gastrotomia e o fechamento da traqueostomia”.

A1 sorri e balança a cabeça. A expressão facial é de muita felicidade (Nota Observacional, 3ª visita, A1, 16-03-2015, p.112).

Foi possível captar, no relato do profissional, o envolvimento com os pacientes, tal como observado nas cenas referenciadas na situação do paciente (A1).

[...] com os pacientes em si, ali, o paciente acamado, eles recebem a gente, quando eles são conscientes, eles conseguem interagir com a gente, a gente é muito bem recebido por eles, muito mesmo. O paciente fica muito feliz quando vê a gente. Você vê a alegria deles, de receber a gente na casa deles, principalmente quando é curativo, quando as feridas deles incomodam (Entrevistada PA1).

Por mais que as ações desta situação sejam iguais, elas não constituem uma experiência repetida, pelo contrário, ela é singular, impossível de se suceder novamente da mesma maneira. Essa singularidade é verificada quando os profissionais, durante os cuidados, mantêm o diálogo, interagem com o usuário. O usuário aparenta desfrutar da presença da equipe.

Quando a equipe finaliza os cuidados, o usuário utiliza meios para mantê-la no domicílio, por meio de uma nova conversação. A equipe mantém a interação até um determinado momento. No entanto, põe fim quando identificam não se tratar de questões assistenciais e, sim, uma rota de fuga para a permanência da equipe. Desta forma, comunicam a cuidadora sobre o ocorrido e explicam que precisam deslocar para cumprir com a agenda de visita do dia. Apesar das ações da equipe serem caracterizadas por uma atuação acolhedora,

útil, compreensiva e tolerante aos anseios e necessidades do usuário, verifica-se a lógica da produtividade e curativista, no qual visa cumprir a quantidade de visitas exigidas.

Essa lógica compõe o discurso normativo-organizacional que acarreta, por vezes, prejuízo no contato usuário-profissional, no que se refere ao estabelecimento relacional interpessoal. Demandas não atendidas e queixas podem ser evitadas ou, ao menos, minimizadas quando se estabelece a escuta, compreensão e acolhimento (HOGA, 2004). A escuta, o envolvimento e a criação de vínculo podem proporcionar a satisfação das necessidades e promover a melhoria contínua. Merhy, (1999) e Heckert, (2007) reforçam também a escuta, e o envolvimento como importantes estratégias de vínculo. Essa criação pode proporcionar a satisfação das necessidades subjetivas, atuando, assim, como potência para o enfrentamento da situação. Isso porque o serviço, para alguns usuários, atua como um canal de comunicação presente em sua realidade, por possibilitar a felicidade e o reconhecimento de suas necessidades (HOGA, 2004).

Por outro lado, é possível verificar os profissionais realizando cuidados com o usuário de forma holística. Visam colocar os usuários como o centro do cuidado e, por isso, comunicam primeiramente ao usuário os procedimentos que serão realizados. Observam e elogiam as mudanças físicas e estimulam o desenvolvimento e a autonomia, por meio do incentivo à fala. São capazes de perceber detalhes: a unha encravada do usuário, o visual do cabelo, a tala para o braço, a felicidade com o cuidado ofertado.

Neste espaço de encontro, presencia-se o uso das tecnologias leves, por meio do conjunto de elementos relacionados aos sentimentos e expressão do trabalho vivo em ato, por meio do encontro e do acolhimento (MERHY, 2004).

Os profissionais influenciam a produção de cuidado por meio do vínculo e da interação que contribui para superar a solidão presente em pacientes domiciliares (GOMES, LACERDA; MERCÊS, 2014). Neste caso, em todas as visitas o paciente se encontra sozinho assistindo televisão, pois a cuidadora (mãe) é professora. As informações eram transmitidas aos avós que residem na parte da frente do domicílio.

A interação entre profissionais e usuários é marcada pelo mecanismo de estímulo. Para tal, o cuidado humanizado se revela, tendo como elementos táticos o diálogo, os elogios, a busca pelo entendimento e atendimento às necessidades do paciente. No entanto, encontra-se presente a lógica produtiva, da quantidade de atendimentos em detrimento do diálogo e escuta ao paciente.

## 4.2 Caso 2: “Não fui ao aniversário. Quero morrer!”

A paciente (B12) foi acompanhada durante seis visitas. A usuária possui 76 anos, é paraplégica e mora no domicílio com outros três irmãos. O quarto da paciente é amplo e organizado. É composto por uma cama hospitalar e uma de solteiro. De frente para as camas, há uma cômoda com uma televisão e um guarda-roupa. No quarto, há também um baú de plástico com os medicamentos e produtos da usuária.

Os profissionais, durante a assistência, mantêm uma interação com a usuária. Ao final de todas as visitas, a cuidadora entrega algum agrado, tal como balas e chocolates para todos. A usuária gosta de estar com pessoas ao entorno para interagir, relacionar e conversar.

Na primeira visita, a cuidadora diz: “Ela gostou do dia em que foi à UPA, disse que estava vendo gente”. Na quinta visita, a cuidadora menciona: “A usuária me chama o tempo todo. Às vezes, fico com a cabeça cansada, porque ela chama toda hora” (Nota Observacional, 4ª visita, B12, 04-05-2015, p.81).

Na segunda e terceira visitas, a usuária convida os profissionais a participarem da festa de um amigo e demonstra grande expectativa para esta comemoração.

- CB12 (cuidadora): “Ela está convidando todo mundo para o aniversário de outra pessoa. Ela tem mania de fazer isso”.
  - B12 (paciente): “O aniversário será às 9:30. [...] vai ter bolo, vai ser dia 10.
  - PB4: a festa vai ter que ser aqui para você ir”.
- Ninguém diz nada sobre o comentário da profissional (Nota Observacional, 2ª visita, B12, 24-04-2015, p.28).

Um dia antes do aniversário, a equipe realiza uma visita à usuária. Estavam presentes a enfermeira (PB1) e os técnicos de enfermagem (PB6, PB9).

- “Volte amanhã para ir à festa”, diz a usuária (B12) ao técnico de enfermagem (PB4).
  - PB6: “Não é meu plantão amanhã”.
- A enfermeira (PB1) levanta, se aproxima da usuária e diz: “O técnico de enfermagem, vem de tarde. Ai você separa diversas charadas para ele adivinhar” (Nota Observacional, 3ª visita, B12, 30-04-2015, p.28).

Quatro dias depois, os profissionais perguntam sobre o aniversário.

- PB1: “E o aniversário B12?”.
- “Já passou”, diz B12 em tom desanimado.
- PB1: “Você foi?”
- B12: “Não fui, eu não tenho perna. Quero morrer.”
- PB4: “Você está doida, Deus é quem sabe.”

No mesmo instante, PB1 que estava sentada na cadeira de plástico levanta e diz:  
 — “Mas quem vai contar o que é o que é para nós? Contar as piadas para nós?”.  
 B12 fica em silêncio e depois pergunta: "qual a diferença da formiga para o boi?".  
 Ninguém sabe.  
 A paciente diz, então: "o boi é grande e tem o nome pequeno e a formiga é pequena e tem o nome grande".  
 Em um tom de encantamento PB1 diz: "você vai para a minha casa? Morar comigo?".  
 — B12: “Eu posso ir, eu não presto para nada, mas eu te amo!”.  
 Os profissionais ficam ao lado da cama da paciente, enquanto a usuária conta várias “adivinhações” (Nota Observacional, 4ª visita, B12; 04-05-2015, p.58).

Nessa situação, verifica-se a relação profissional-usuária pautada no uso da tecnologia leve. As ações foram estabelecidas com empatia e envolvimento, permitindo captar e considerar a realidade, necessidades e expectativas da usuária. Assim, se expressa o trabalho vivo, com estabelecimento da produção de subjetividades nas práticas de saúde.

Os profissionais desenvolveram a capacidade de conhecer e reconhecer os pontos objetivos e subjetivos da usuária. Por isso, além do cuidado com as feridas, infecção urinária e resfriados, os profissionais captam a importância do diálogo e do vínculo. Utilizam como táticas as brincadeiras, conversas e o envolvimento durante as visitas, em especial nos momentos de abatimento e tristeza. Foi possível verificar que os profissionais acolheram e foram acolhidos nessa produção do cuidado. Esta busca para manter sentimentos positivos torna-se fundamental para desenvolver o cuidado.

A usuária sente prazer em interagir, dialogar e sair. No entanto, para saciar esta necessidade encontra-se dependente das pessoas, devido à impossibilidade de se locomover. A sua rota de fuga são os pedidos de presença, visitas e passeios.

Vários autores apontam que a família contribui para a saúde do paciente. Entretanto, a rede social de amigos é mais significativa do que os membros familiares para minimizar as dificuldades, o isolamento social e a solidão (WILBY, 2011; CANGA; VIVAR; NAVAL, 2011; ALEXANDRE *et al.*, 2012; GOMES, LACERDA; MERCÊS, 2014).

Durante as visitas, foi visível o anseio da paciente em poder participar da comemoração de aniversário. A paciente expõe o seu desejo como necessidade de possuir uma vida social, de sair e de planejar o futuro. Para tal, utilizou como meio, para conseguir o que queria, a fala do convencimento. O uso da fala foi estratégico. Por isso, a usuária reproduziu e reiterou em várias visitas o desejo de participar do evento. Contudo, devido à impotência expressa na incapacidade de se deslocar, seu desejo não se concretizou.

Frente a isso, a usuária, triste com o ocorrido, expressa sua vontade de não viver. Nesse momento revela-se a capacidade dos profissionais de criar rotas de fuga para a tristeza e o sofrimento, decorrente do sentimento da impossibilidade de autonomia.

Essa rota se sustenta, na fala dos profissionais, com referência ao mecanismo do poder supremo, o de Deus, aquele a quem não se questiona, não se contesta, pois ele sabe e pode tudo. A usuária, por sua vez, recorre ao uso das charadas como meio para desvincular-se do sentimento de impotência, e a equipe adere a esta rota de fuga utilizada pela mesma. Assim, estabelece um encontro baseado na afetividade, no respeito mútuo no diálogo, a atuação necessária para a produção do cuidado.

Neste caso, revela-se a produção pautada no uso de táticas de diálogo, no vínculo e nos mecanismos de controle e no discurso religioso e de estímulo, como formas de expressão das relações de poder. Com isso, as relações de poder encontram-se mais equânimes.

### **4.3 Caso 3: “Ensinamos, mas também aprendemos com as famílias”**

O usuário (A12) é um idoso, paraplégico e diabético que amputou a parte inferior de uma das pernas. Ele não consegue responder as indagações feitas pelos profissionais, recorrendo sempre a cuidadora: “Tudo ele olha para a cuidadora”. A cuidadora é repetitiva, mas envolvida com o cuidado e com a evolução do usuário. Observa-se que o casal possui baixo nível de escolaridade, não respeitando os manejos gramaticais pertinentes, além de apresentar dificuldade de leitura e escrita. Foi possível acompanhá-lo durante duas visitas, tendo alta na realização da segunda.

Ao adentrar ao portão, verifica-se, do lado esquerdo, uma horta e, mais à frente, diversos objetos dispostos no quintal. A maioria apresenta um aspecto de estragado e sem utilidade. No fundo do lote está situada a casa da família. A parte da frente da residência apresenta uma varanda com um banco extenso de madeira. A moradia é antiga e simples. As paredes apresentam a mesma textura de cimento grosso do chão. A pintura é antiga e desgastada.

O usuário estava com os índices alterados de glicemia e pressão. Devido a esses indicadores, os profissionais perceberam que o usuário poderia estar ingerindo a medicação sem se ater aos exatos horários ou dosagens recomendadas.

Para ajudar a cuidadora com os horários da medicação, os profissionais desenvolveram uma estratégia. Foram criadas caixas com os medicamentos para cada turno, associando os horários dos medicamentos prescritos aos hábitos diários de acordar, almoçar e

dormir do casal. A visita para orientação, quanto à conduta do uso de medicamentos, foi realizada na varanda da casa.

Os profissionais elaboraram três caixas com identificações simbólicas: um sol para os remédios que devem ser ingeridos na parte da manhã, o desenho do fogão para os remédios que deveriam ser tomados na parte da tarde, após o almoço, e uma lua com estrelas indicando os remédios que deveriam ser tomados antes de dormir. Esta estratégia foi pensada em conjunto para poder seguir os horários estipulados pelo médico. [...] A técnica que realiza a assistência pergunta a que horas eles acordam, almoçam e vão dormir.

A cuidadora fica falando o tempo todo.

— Técnica de enfermagem (PA3): “Fique tranquila, pois vamos organizar a medicação e depois vamos explicar como funciona”.

— Cuidadora (CA12): “Estou ficando desorientada”. O tom foi de piada, mas com um fundo de verdade.

Em seguida, pega caixa por caixa e explica à cuidadora o que o usuário deverá pegar dentro de cada caixa, respeitando os símbolos e que deveria ingerir apenas um medicamento de cada cartela.

A cuidadora escuta e, quando indagada se entendeu, ela diz que sim.

Ao finalizar o atendimento, os profissionais se despedem.

— Paciente (A12): “Desculpa pelo trabalho que dou”.

— (PA3): “Quê isso: este é o nosso trabalho” (Nota Observacional, 1ª visita, A12, 21-02-2015, p.27).

Após essa visita, o paciente foi acompanhado pelo programa por mais 12 dias, para monitorar os valores que se encontravam descompensados: glicemia, pressão e saturação; e avaliar a evolução da cicatrização da ferida. Durante este período, o médico realizou o pedido de um aparelho para aferir a glicemia.

Na segunda visita, estavam presentes a enfermeira (PA1) e o médico (PA2). O paciente encontrava-se sentado na cadeira de rodas em frente ao seu portão. Ao tentar entrar no domicílio, o usuário apresenta dificuldade para virar a cadeira de rodas, em razão do desnivelamento do piso de “terra batida”. A enfermeira, então, se prontifica ajudá-lo. Quando chegam à varanda, a enfermeira informa ao usuário e à cuidadora que o paciente receberá alta do programa de atenção domiciliar, mas que o mesmo será o acompanhamento pelo Estratégia de Saúde da Família (ESF) e será mantida a consulta com a cirurgia vascular.

— CA12: “Doutor, você ajudou bastante, se você não conseguisse o aparelho de aferir a glicemia, teríamos que parar de comer para poder comprar este aparelho”.

— PA2 (rindo): “Está igual vender o carro para comprar a gasolina”.

— Cuidadora CA12 repete: “Isso mesmo, igual vender o carro para comprar a gasolina. Graças a Deus ganhamos o aparelho. Oha só que lega!”. A cuidadora pega o aparelho e mostra para enfermeira

[...]

O médico aperta a mão do paciente e a enfermeira abraça a cuidadora.

Os olhos do paciente se enchem de lágrimas, a cuidadora e o paciente agradecem (Nota Observacional, 2ª visita, 02-03-2015, p.61).

Os profissionais reconhecem a importância da comunicação e do saber lidar com as diferenças:

[...] temos uma boa comunicação. [...] temos que saber lidar com as dificuldades do paciente, da família. Quando existe esta coesão, nós conseguimos ajudar a família a crescer. [...] nós ensinamos, mas também aprendemos com a família, eles tem muitas coisas para ensinar. Tenho como foco o paciente, temos que atuar para a melhora dele (Entrevistada PB3).

As ações, desse caso, estão pautadas no acolhimento, e empregam a técnica de conversa para oportunizar o conhecimento das necessidades dos usuários. O vínculo permite a compreensão do usuário, por meio do uso de termos acessíveis e proximais. Durante a assistência do cuidado do usuário, os profissionais buscaram olhar o paciente com empatia, não apenas do ponto de vista biomédico, mas na faculdade de compreendê-lo como pessoa, que tem medos, necessidades, anseios e história. O paciente já se apresentava clinicamente estável, podendo, desta forma, receber alta do programa, mas o que impossibilitava a realização da mesma estava relacionado ao uso inadequado dos medicamentos.

Oliveira *et al.* (2012) ressaltam que, na internação domiciliar, devem ser evitados termos técnicos que dificultem a transmissão da informação. Desse modo, a comunicação deve ser clara e efetiva e isso exige tempo, dedicação, escuta mais refinada das demandas individuais, compreensão dos anseios e necessidades do outro (OLIVEIRA *et al.*, 2012; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Os profissionais precisam de um olhar voltado ao usuário, à família e ao contexto de vida. A realidade da família na AD faz com que necessidades expressas pelo usuário sejam captadas pelos profissionais e exigem destes a criatividade e a invenção (BRITO *et al.*, 2013).

A tática utilizada pela equipe para a sustentação das práticas em saúde foi pautada na criação de caixas para a separação dos medicamentos, segundo o tipo e horários. Os profissionais consideraram os hábitos do cotidiano, identificando e respeitando a rotina da família. Nesse processo de trabalho, coloca-se o cuidador-usuário no centro das ações realizadas, “lhe permitindo estar no mundo e poder vivê-lo”, com suas representações, com seu modo de sentir e elaborar necessidades de saúde (MERHY, 2002, p.40). Os profissionais assumem a posição de cuidadores e buscam atender às necessidades no interior do processo de intersecção partilhada, através da divisão do trabalho entre as partes.

Mas entrelaçado à forma humanizada e criativa, expressa pelo do simbolismo das caixas, há também a normalização das condutas do usuário e cuidador. Existe a vigilância permanente das ações do usuário por meio da supervisão. As caixas têm esse propósito: os

profissionais podem não ver, de forma direta, se os medicamentos estão sendo ingeridos no momento indicado e na quantidade estabelecida, mas possuem visibilidade por meio dos mecanismos de controle, utilizando como tática a mensuração dos índices glicêmicos, da pressão e da cicatrização.

Após as orientações sobre a forma exata de conduzir os horários e dosagens dos remédios, a equipe realizou uma nova visita para de certificar se as ações estavam sendo executadas do modo estabelecido, ou seja, se a família e o paciente estavam seguindo os comandos pré-estabelecidos, as normas. Existe aí uma relação de poder. Essa visibilidade constitui uma relação de saber e poder, uma interseção entre o que é visto e o que é dito, o que estabelece condições que permitem que as coisas sejam vistas da forma que são vistas, uma forma de visibilidade que possibilita que as coisas se mostrem como elas são ou como podem ser (DELEUZE, 2005). Desta forma, o controle e a supervisão ocorreram para a segurança do paciente, pois o paciente só iria receber alta se estivesse seguindo os comandos da equipe quanto ao uso correto das medicações.

Percebe-se, também, que a relação com os profissionais consiste em obedecer às ordens, aos comandos ditos pelo médico, e sabe-se que as relações médico-usuário são, em grande parte, de obediência, justificada por promessas de meios e resultados, pela crença de terem o acesso à verdade. (CARCAMO QUEZADA, 2011).

A obediência significa renúncia da vontade própria para submissão à vontade do outro. O trabalhador espera a obediência e relaciona-se com a patologia, com a predominância dos aspectos biológicos, em detrimento do sujeito portador de sofrimento.

De maneira complementar, foi realizado o pedido de um glicosímetro. Essa parte do processo de trabalho foi orientada pela dimensão da tecnologia dura, que constitui um componente do conjunto de trabalho morto, porém não se apresenta como elemento qualquer, mas, sim, como fundamental, pois ajuda a capturar o trabalho vivo em ato (FRANCO; MERHY, 2013). Esta ferramenta faz grande sentido devido à situação e à finalidade que se almeja, o controle da glicose.

As relações de poder nas cenas de cuidado podem se estabelecer propiciando o surgimento de novos aspectos que tornem o encontro terapêutico uma verdadeira produção na perspectiva que busque relacionar ativamente os aspectos técnicos da profissão aos aspectos humanistas da atenção à saúde. (ANDRADE *et al.*, 2013). Nessas situações, é possível verificar a circulação e apropriação efetiva das tecnologias leves que consideram as necessidades e expectativas do usuário; as tecnologias leve-dura, quando perpassam pelo

saber técnico-científico, e o aparato da tecnologia dura, com seus instrumentos (MERHY, 2002; MERHY, 2004).

Independente dessa combinação, o acontecimento, no caso relatado, é um plano que opera marcado pelo poder disciplinar da equipe com a normalização e pela vigilância das condutas expressa nas ações que buscam controlar as ações da cuidadora e do paciente aos comandos. Esse caso opera com prevalência do modelo de cuidado médico-centrado, com uso da disciplina, mas o não embate pela cuidadora estabelece o declínio da resistência quanto às orientações da equipe.

#### **4.4 Caso 4: “Pode buscar a dentatura, acho que dá tempo...”**

A empatia com a cuidadora é vista desde o primeiro momento do acompanhamento da usuária (A23) pela equipe. A usuária é uma idosa de 68 anos que foi desospitalizada para cuidados paliativos, com ênfase no conforto. O esposo da cuidadora, ao receber a equipe, diz: “A CA23 vai ficar feliz”.

A casa é de um dos filhos da usuária e possui uma garagem coberta e grande. Na parte superior, possui uma piscina, uma área com equipamentos de ginástica e espaço para churrasco, com mesa e televisão. Ao adentrar no domicílio, a cuidadora recebe a equipe e menciona que acabou de acordar e que está sem dormir há duas noites.

Os filhos estão se adaptando para proporcionar conforto à paciente. Alugaram a cama e compram o que foi indicado para o seu bem-estar. A usuária encontra-se na sala e a cuidadora dorme no mesmo cômodo para tomar conta da paciente durante a noite.

Na visita admissional, estavam presentes duas técnicas de enfermagem (PA5 e PA7) e a enfermeira (PA1). A cuidadora se mostra agradável e envolvida com o caso da paciente. Apresenta-se feliz com a possibilidade de participar do programa. “[...] a equipe é muito presente, estou me sentindo mais tranquila” diz a cuidadora ao companheiro (Nota Observacional, 1ª visita, A23, 06-03-2015, p.76).

Durante a assistência, ocorre troca de informações sobre as melhores formas de cuidar da paciente. Em alguns momentos, a cuidadora realiza indagações para verificar se a maneira que realiza os cuidados está correta, ou se poderia fazer algo que pensa ser adequado. A equipe, por sua vez, orienta e dá instruções. Isso gera um sentimento de tranquilidade na cuidadora.

A Enfermeira (PA1) levanta e avalia a paciente: “Com licença, vamos olhar a senhora”.

— PA1: “Você está muito chique, hein, dona A23” (diz o nome da paciente).

— CA23: “Aluguei a cama eletrônica. Se não tivesse esta cama, estaríamos judiando muito dela”.

— PA1: “Você tem Hipoglós?” A enfermeira indaga a cuidadora (CA23).

— CA23: “Tenho, vou pegar”.

— PA3: “Para tirar a pomada é bom passar óleo de girassol”.

A cuidadora vai ao quarto e pega dois tipos de fralda, e pergunta qual é melhor.

— PA1: “Para poder tirar e colocar, a fralda maior é melhor, pois não precisa levantar a paciente, apenas virar ela de um lado e do outro lado” (Nota Observacional, 1ª visita, A23, 06-03-2015, p.76).

Durante a assistência, a enfermeira verifica que a paciente faz uso do remédio para dor (morfina, de quatro em quatro horas), antibiótico, supositório, medicamento para tireoide, (domperidona, dexametasona) e para ansiedade e tensões (lexotan). A cuidadora diz que dilui a morfina, mas que, às vezes, vaza um pouco, pois a paciente não engole.

— PA1: “Está na hora de dar a morfina?”.

— CA23: “Sim”.

— PA1: “Então, dilui para verificarmos como você está realizando a administração do remédio”.

CA23 começa a colocar o remédio na boca da paciente, mas ela sobe a língua e não engole o remédio.

PA1 fica apalpando a garganta/traqueia da paciente para ver se ela engolia o remédio.

— CA23: “Me ajuda, não pode voltar. Ajuda, engole. É para não sentir dor. Vamos mãe! Sozinha eu não consigo: vamos nós duas”.

Nesta hora a paciente engole o restante de remédio que estava em sua boca.

PA7 leva um palito para baixar a língua da paciente. Com este método fica mais fácil. A enfermeira pede para que ela coloque o remédio na borda da boca, para que o remédio não desça para o pulmão (Nota Observacional, 1ª visita, A23, 06-03-2015, p.76).

No decorrer da visita, a enfermeira informa sobre as obrigações do programa com a paciente: “Vocês devem ficar com a paciente no domicílio, o programa funciona de 7 as 19, todos os dias da semana. Caso a paciente faleça de noite, espere até amanhecer para não precisar levar para o necrotério”. Esta informação tranquiliza a cuidadora.

— Cuidadora (CA23): “Era isso que eu não queria, pois eu acho isso desumano demais. Só de pensar o meu coração já dói”.

[...]

— PA1: “No hospital, a dona A23 comia?”.

— CA23: “Não comi nada lá. Não sei o que eu faço, vocês precisam me ajudar”.

— PA1: “Quando a paciente não está alimentando pela boca, é necessário pensar em outras alternativas, mas preciso da avaliação médica para verificar qual a melhor alternativa, sondar ou uma hidratação com soro.

”E complementa “os médicos do programa se dividem por área para facilitar. A doutora é da outra área e estará hoje de tarde trabalhando. Vou pedir ela para passar aqui de tarde para verificar as condições da paciente e avaliar a melhor estratégia

para a paciente no momento, pois sem a prescrição médica não posso passar uma sonda ou iniciar o soro”.

[...].

— CA23: “Vamos nos ver muito. Na próxima vez, não vou estar dormindo e vou fazer cafezinho para a equipe”.

— PA1: “Não é para se preocupar e se cuidem e que para vocês darem conta” (Nota Observacional, 1ª visita, A23, 06-03-2015, p.76).

Após duas visitas, a cuidadora liga para a equipe e informa que a mãe está secretiva. A equipe realiza a visita à paciente. Nesse dia, apenas as técnicas de enfermagem realizam assistência. “A paciente estava na cama, em companhia de familiares, com roncosp, uma respiração agônica, hipotensa, secretiva, taquicárdica e cianótica. A saturação deu 60, mesmo com a aspiração, a saturação não melhorou”.

A equipe informa à cuidadora que a paciente apresentou uma piora. Esta informação deixa a cuidadora nervosa. Para poder orientá-la, a cuidadora liga para a médica que acompanhou durante a internação, a mesma solicita que encaminhe a paciente para o hospital. No entanto, essa instituição encontra-se em outro município. Como o SAMU não realiza o transporte para outro município, os cuidadores-familiares resolvem colocar a paciente no carro próprio, mesmo após a equipe do SAD alertar a família sobre os riscos de realizar este transporte. Durante o trajeto para o hospital, a equipe liga para a família e solicita que encaminhe para a unidade sede da equipe, pois a paciente não irá aguentar chegar ao hospital.

Devido à situação da paciente, a equipe decide entrar em contato com a família para pedir que a família encaminhasse a paciente para a unidade sede da equipe. As técnicas cancelam as visitas agendadas para o dia para poder acompanhar o caso da paciente (Nota Observacional, 3ª visita, A23, 07-03-2015, p.84).

Após a chegada da paciente, a cuidadora reforça o desejo expresso pela mãe na primeira visita, de não falecer sem a dentadura. A equipe se organiza para satisfazer este desejo da paciente e cuidadora.

Ao chegar à UPA, a paciente estava cianótica e entrando em parada cardíaca.

— CA23: “COMO A MINHA MÃE ESTA?”. “Não deixa ela morrer antes da dentadura dela chegar, pois era uma desejo da mãe”.

PA6 entra e verifica que a paciente havia falecido, mas diz para a cuidadora: “Pode buscar, acho que dá tempo” (Nota Observacional, 3ª visita, A23, 07-03-2015, p.84).

Após todo acontecimento, os profissionais e familiares conversam. A cuidadora agradece muito toda assistência e cuidado que eles tiveram com a família e com a paciente.

A técnica PA6 chora junto com a cuidadora.

- PA6: “Lembrei do meu pai. Este foi o momento que tive para refletir em tudo o que aconteceu”.
- PA6: “Atuamos como assistente social” (Nota Observacional, 3ª visita, A23, 07-03-2015, p.84).

A cuidadora, em entrevista, também relembra o ocorrido e expressa a relação que estabeleceu com a equipe.

Foi de extrema importância para mim. A equipe me deu amparo num momento tão difícil, atendendo à minha mãe, independente da hora ou do dia. Eu podia ligar a qualquer hora que eles me atendiam e me acalmavam [...] eles cuidaram muito bem da minha mãe e sempre tiveram muita paciência. Sem o programa, seria muito mais difícil. Eu recomendo o programa, o tempo de atendimento foi bem curto, porque ela não aguentou, foram uns três dias, mas ajudou muito. Eles me prestaram apoio psicológico nesse momento tão difícil. Não posso ficar falando muito que fico emocionada. É isso (Entrevistada CA23, cuidadora).

A situação analisada foi marcada pelo trabalho em saúde de empatia, envolvimento e dedicação de ambas as partes: família e equipe.

O cuidado no domicílio e as condições de saúde da paciente representam uma situação nova e complexa para a família. A paciente adoeceu e agravou rapidamente. Logo, a família precisou se adaptar estruturalmente e psicologicamente para lidar com essa situação.

Percebe-se a satisfação por parte da cuidadora e de sua família, no que se refere ao atendimento ofertado. Este contentamento refere-se ao sanar das dúvidas ao cuidado com a paciente e do amparo no momento de intensos sentimentos.

Gomes; Lacerda; Mercês, (2014) corroboram com os aspectos observados, afirmando que a vida da família se modifica com a chegada de um membro doente exigindo organização e adaptações físicas e emocionais. Quando se tem o apoio social, esta adaptação pode ser aliviada (GOMES; LACERDA; MERCÊS, 2014).

Na produção do cuidado, se observa, por parte dos profissionais, a abertura ao encontro, por meio da conversa e da flexibilidade no atendimento das necessidades dos usuários. A equipe se organizou para atender aos anseios da usuária e da cuidadora. Durante essas ações, os profissionais visam transmitir confiança para a cuidadora, estabelecendo um diálogo próximo, com linguagem acessível. Os profissionais realizam trabalho criador com a troca de informações e orientações. A equipe orienta a cuidadora sobre as condutas para com a paciente, quanto à forma de conduzir a ingestão da medicação, o tipo de fralda adequado, a permanência ou não da dentadura na paciente, o deslocar da paciente para a unidade de pronto atendimento. Além disso, também é possível captar o zelo e carinho da equipe com a paciente.

Durante essa atuação, o arranjo tecnológico do trabalho em saúde da equipe no SAD foi pautado no trabalho vivo, presidido por tecnologias leves. Os profissionais estabelecem um vínculo com a família e isso é determinante para assistência prestada e o propulsor para amparo à cuidadora. Esta inter-relação no trabalho em saúde está calcada no encontro, no vínculo, onde ambos estão envolvidos, e buscam atuar para possibilitar respostas positivas diante dos problemas de saúde. Os profissionais se envolvem e são afetados pelos sentimentos da família, por meio da compaixão, sofrimento, medo e preocupação.

A situação se caracteriza como cuidado paliativo e, portanto, as ações realizadas buscaram a melhoria da qualidade de vida. “Faz-se necessário que se ofereça suporte emocional ao paciente e ao cuidador, objetivando facilitar esse processo e melhorar sua qualidade de vida.” (OLIVEIRA *et al.*, 2012, p.106). Em um contexto de dor e sofrimento, além do paciente, a equipe de saúde e os cuidadores precisam ser ouvidos (FREIRE; CAMPOS; BOEMER, 2004), indicando a necessidade de espaços institucionais para escuta também da equipe, pois “Ao enfrentar o desconhecido, o profissional experimenta o prazer de reconhecer sua potência para agir com criatividade e responsabilidade” (PEREIRA *et al.*, 2005, p.1008), mas também revela seus limites.

É possível analisar a tensão permanente nas cenas de produção de cuidado com disputa do discurso humanista e o discurso normativo. Esse último se revela quando vem à tona o funcionamento do programa, as regras e a competência do serviço para com a paciente. A organização revela-se também no exercício do poder com o conhecimento técnico-científico e distinção das atribuições das categorias profissionais para avaliar e solicitar o procedimento assistencial.

Nas cenas, também é possível captar as rotas de fuga que são estabelecidas. Quando as técnicas de enfermagem do programa comunicam que a paciente apresentou piora, mostrando aproximar o óbito, a cuidadora liga para a médica que acompanhou a paciente no período de internação. Parece não querer acreditar no que foi comunicado, resistindo ao que foi dito pelos profissionais do SAD. Por isso, deslocar com a paciente para o hospital no carro próprio da família, em busca de uma nova alternativa, também é uma linha que se constrói.

Na transitoriedade das relações, a cuidadora se entrega ao amparo da equipe quando esta é capaz de se desvincular das regras da grade estabelecida pela rede de urgência e, de fato, se entregar ao exigido na ruptura do acontecimento. Ali está a produção do cuidado singular.

Os profissionais foram para além da cientificidade da ação de cuidar, rompendo com as regras e estabelecendo a verdadeira produção do cuidado, com a atuação que visa atender o

usuário nas suas necessidades subjetivas. De forma prudente, utilizam o conhecimento para estabelecer a produção do cuidado, por meio de ações que contribuam para que a paciente e cuidadora (MATTOS, 2004). A relação de poder é inerente às relações humanas, mas elas podem ser mais produtoras de saber e, neste caso da produção do cuidado, a equipe precisou se desvincular das estratégias de poder que padronizam as condutas e construir na singularidade o cuidado.

#### **4.5 Caso 5: “Não quero questionar Deus, mas fico por entender porque isso aconteceu com minha mãe...”**

Nesta cena, a paciente (B4) encontra-se em situação avançada de câncer na língua, sendo necessário o esvaziamento cervical e laringectomia total. A paciente reside em um condomínio de prédios residenciais. O apartamento da paciente encontra-se no primeiro andar. O apartamento possui uma sala pequena, composta por uma mesa, um *racker* e uma televisão. Na frente, encontra-se um sofá de três lugares e, ao lado, um sofá de dois lugares. O quarto da paciente possui uma cama de casal e um guarda-roupa e, na frente, uma cômoda e, sobre ela, uma televisão. O espaço entre os moveis é pequeno.

A paciente foi acompanhada durante três visitas. Na primeira visita, estavam presentes dois técnicos de enfermagem (PB8 e BA4), enfermeira (PB1) e assistente social (PB10). A cuidadora conversa com os profissionais antes de se deslocarem para o quarto da paciente. CB4: “Não dormi nada de noite. A minha mãe ficou acordada de noite e me chamava a todo instante. Ela está delirando e está saindo muita secreção” (Nota Observacional, B4, 1ª visita, 13-04-2015, p.7).

Durante a assistência à paciente no quarto, a pesquisadora prefere não entrar, porque o espaço disponível é pequeno. A paciente assistia televisão, que se encontrava no último volume. Os profissionais olharam rapidamente a paciente, a enfermeira saiu e as técnicas ficaram para verificar os dados vitais.

Apesar da condição estética, pelo esvaziamento da parte inferior da boca, a paciente vivia normalmente, saía, era vaidosa. Mas, em poucas semanas, apresentou uma piora rápida e dores constantes.

Entrando na van [...].

— (PB1): “Fiquei muito triste com a situação da paciente, que ela piorou muito”.

— PB8: “Ela está com diversas aberturas pelo corpo por causa do câncer”.

[...]

- PB3: “Até um mês atrás, ela sentava, saía, ia ao clube, pintava a unha, fazia o cabelo, colocava qualquer um de nós do chinelo.”  
[...]
- PB1: “O caso dela já estava muito avançado. A paciente não estava mais sendo ela, não escrevia, não conseguia se arrumar. Ela era muito vaidosa” (Nota Observacional; B4, 1ª visita, 13-04-2015, p.7).

Os profissionais, em todas as visitas, conversam com a cuidadora, verificam o estado emocional, as condições psicológicas para lidar com a situação.

- PB1: “você está dando conta da situação? De agora para frente, ela vai ficar mais prostrada, mais sonolenta, o rosto dela irá inchar mais. Você acha que dá conta?”
- CB4: “Ahhh,, eu acho que dou” (CB4).  
A enfermeira (PB1) para de anotar, olha para a cuidadora e diz: “Você sabe que a qualquer hora ela pode ir, pode ser agora ou pode ser daqui um bom tempo, vocês já pensaram nisso?”
- CB4: “Sim. Não quero questionar Deus, mas fico por entender o porquê isso aconteceu com minha mãe. Ela era uma mulher que não parava, a forma que ela está agora é muito triste”.
- PB1: “Deus sabe o que é melhor para cada um e o que cada um deve passar. A doença está evoluindo muito rápido. Então, cuida dela, abraça ela, beija, pede beijo, curte”.
- CB4: “Passaram oito meses após o diagnóstico, foi muito rápido. Ela bebia muito cerveja e conhaque, ela só tomava um copo de café e um copo de água e o resto era beber e beber, ela bebia o dia todo”.
- Os profissionais comentam que o conhaque é uma bebida muito forte e que a forma como a paciente viva, sem uma alimentação correta, contribuía para que a bebida agredisse ainda mais o organismo da paciente.
- BA4: “Ela fumava?”.
- CB4: “Ela fumou até o dia de fazer a cirurgia”.
- Os profissionais mantiveram silêncio. (Nota Observacional, B4, 1ª visita, 13-04-2015, p.7).

Verifica-se um trabalho organizado para atender às necessidades da usuária, sem perder de vista a cuidadora. Há uma relação de cumplicidade entre cuidador e equipe. A equipe apresentou um trabalho inclusivo, estando atenta às necessidades do cuidador. Isso exigiu perspicácia e competência técnica da equipe. Em uma entrevista com a profissional do SAD, verifica-se o envolvimento com os cuidadores.

Agora, com relação aos cuidadores, é isso, a gente tem vários casos muitos diferentes. A gente tem casos de cuidadores que são assim gracinha de pessoa, que fazem o que podem e o que não podem para poder cuidar do paciente (Entrevistada PA1),

Na segunda visita acompanhada à paciente (B4), verifica-se o envolvimento dos profissionais com o seu caso e a empatia com a cuidadora.

Na sala da equipe e no percurso, a médica (PB3) diz sobre a forma de cuidar da paciente.

— PB3: “Assisti um vídeo para cuidados paliativos. Este vídeo me fez refletir muito. Passei o final de semana todo pensando na paciente”.

[...]

— PB3: Eu tenho medo é de uma coisa”.

— PB4: “Eu sei qual o seu medo. Você tem medo dela ficar dopando a mãe dela”.

— PB3: “Não é isso não. Tenho medo da mãe dela falecer e a cuidadora fazer uso ilícito deste medicamento (morfina e tramadol). Nós temos que chumbar a paciente, temos que dopar para que ela não sofra, para que ela tenha conforto”.

[...]

Na chegada ao prédio [...].

— PB3: “Como a paciente (B4) está?”.

— CB4: “Está bem. Ontem eu estava fazendo carinho na cabeça dela e senti um fundo, como se ela não tivesse crânio, ele está oco, vazio”.

— PB3: “Foi do lado direito que você sentiu que estava mole?”.

— CB4: “É”.

— “Você está tomando a fluoxetina?”, diz PB3 à cuidadora.

— CB4: “Sim, eu chorei tanto que até desmaiei”.

PB3 apalpa o local. A paciente faz cara de dor e tenta colocar a mão na cabeça. A médica diz: “Espera um minuto que preciso apalpar aqui”.

[...]

Médica (PB3) diz para a cuidadora: “Como ela fica muito com a cabeça virada para o lado direito, está ficando muito inchado, mas não se preocupe, por isso que está inchado, os lábios dela estão inchados. Está tudo inchado. É o edema”, finaliza PB3 (Nota Observacional, B4, 2ª visita, 16-04-2015, p.19).

Verifica-se, durante a visita, que a piora rápida da paciente afetou a família e a equipe. Os profissionais estavam acostumados a ver a paciente ativa e independente. Mesmo com o esvaziamento cervical e laringectomia total, ela representava um exemplo de força e autoestima. A paciente interagiu com a equipe por meio da escrita, saía, frequentava o clube, estava sempre arrumada e com as unhas pintadas.

Entre a cuidadora, paciente e equipe existia comunicação horizontal bem conduzida, de forma acolhedora, amigável e criativa. Esta excelente comunicação ocorreu durante todo o tratamento. O apoio para o enfrentamento da situação se deu para além do fortalecimento dos cuidados paliativos.

A entrega da cuidadora ao cuidado da paciente acarretou sua estafa, pois a família torna-se parte do processo de adoecimento e terminalidade de vida (PEREIRA; DIAS, 2007). Assim, para que a cuidadora pudesse enfrentar a situação vivenciada, os profissionais procuram atuar com empenho e zelo. Realizam, assim, uma assistência holística e humanizada, visando aliviar os sofrimentos físicos, psicológicos, mediante o apoio à cuidadora.

Os profissionais estimulam a expressão de amor e carinho da cuidadora para com a paciente e destinam um tempo para que a cuidadora compartilhe as dúvidas e anseios que a rodeiam. Conversam, verificam o estado emocional e as condições psicológicas para que a cuidadora consiga manter o cuidado à paciente. Mantiveram o diálogo aberto sobre as condições da paciente, defendendo a morte como um processo natural.

Nesse sentido, a literatura demonstra que as atribuições da equipe devem ir além das orientações de como proceder a ações técnicas, uma vez que a linguagem técnico-científica desfavorece a relação entre a equipe e família/paciente, devido à dificuldade de compreensão transmitida (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Ressalta-se a importância de adotar uma linguagem acessível, valorizando a escuta, com um olhar de tranquilidade, uma palavra de encorajamento. As informações devem ser utilizadas para abarcar a compreensão mútua e o apoio ao enfrentamento das questões difíceis. Isso exige dedicação e escuta para compreender as preocupações do outro (OLIVEIRA *et al.*, 2012) A comunicação sobre a situação da terminalidade da paciente pode ser utilizada pelos profissionais da equipe como uma ferramenta para humanização, por meio do amparo que minimiza ansiedades e angústias (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

No caso analisado, o encontro entre o profissional de saúde e o usuário e sua família-cuidador foi estabelecido num espaço intercessor que apresentou atos vivos de cuidado na sua essência. Entretanto, nestas mesmas cenas, existe o controle no ato do trabalho, com fiscalização e questionamentos sobre a conduta da cuidadora. Os profissionais têm receio de que cuidadora faça uso abusivo dos medicamentos indicados para a paciente. Por isso, utilizaram como estratégia deixar a dosagem exata para a semana, uma forma de acompanhar a quantidade de medicamentos.

As cenas trazem também a expressão do discurso religioso e moral que se apresenta na resignação e obediência aos comandos do “ser supremo”, entremeados por uma relação de resistência. A resistência está relacionada à disputa que se opera entre aceitar e a vontade de Deus e reconhecer que o uso da bebida e do cigarro – defeito moral – levou ao quadro da doença.

Os profissionais, por sua vez, se apegam ao saber técnico científico, mas também apresentam um envolvimento sentimental com a paciente e com a cuidadora. Por isso, após exporem informações sobre a nocividade das bebidas ingeridas e indagarem sobre o consumo do tabaco, os profissionais silenciaram. O silêncio remete ao não embate, como se não houvesse uma posição certa ou errada neste juízo de moral. Um modo de respeitar a vontade, os valores morais da paciente, por isso aplicam à doença um valor inferior ao valor do doente.

Dessa forma, consideraram no ponto moral a recuperação ou ampliação da autonomia do sujeito no modo de administrar a vida (CECILIO, 2007).

#### **4.6 Caso 6: “Eles adaptam em casa, da forma deles...”**

Na visita admissional à paciente (A16), de 92 anos, estavam presentes a enfermeira, a técnica de enfermagem e o médico. A paciente sofreu acidente vascular cerebral (AVC) e foi acompanhada durante oito visitas. A cuidadora, filha da paciente, recebeu a equipe e a levou até o local onde se encontrava a paciente.

O lote é composto por de três casas. A entrada ao domicílio se dá pela cozinha, posteriormente, tem uma meia parede que divide a cozinha da sala. A paciente encontra-se nessa sala. A sala foi adaptada para receber a paciente, sendo composta por uma cama hospitalar e uma cômoda que contém os remédios e a televisão. O domicílio é simples e organizado. Em uma das paredes, encontra um papel com a composição e os horários a serem administradas a dieta, os horários e nome dos medicamentos.

Os profissionais cumprimentam a paciente. A enfermeira explica sobre o programa, elogia a criatividade do suporte e gancho do frasco de nutrição, soro e medicação. Realizam a aferição dos dados vitais e indagam sobre as condições da paciente.

Verificam que a paciente saiu do hospital com uma escara pequena, mas, na visita para a admissão da paciente, a escara já se encontra fechada. Para prevenir a formação de novas escaras, os profissionais informam a cuidadora sobre a importância de realizar a mudança de decúbito da paciente. “A enfermeira reforça a necessidade de virar a paciente para que não apareçam novas escaras” (Nota Observacional, A16, 1ª visita, 12-02-2015, p.15).

Também explicaram sobre as normas, obrigações do cuidador e deveres do programa com o paciente. Explicaram que poderia contactar a equipe através dos números de telefones anexados na pasta do prontuário deixado no domicílio da paciente.

Ficará uma pasta com uma cópia de todas as anotações do prontuário do paciente [...] e que na ficha tem os telefones da unidade e o celular, caso ela precise entrar em contato se tiver dúvida ou precisar de alguma coisa (Nota Observacional, A16, 1ª visita, 12-02-2015 – pág 15).

A cuidadora reporta na entrevista que a equipe do SAD é presente. Nos momentos em que precisou entrar em contato obteve retornos positivos.

[...] eles estão dando assistência boa, né, tá sendo bem cuidada direitinho, tá olhando. A gente, no momento que a gente liga para lá, pede para vim cá, eles atendem direitinho né... [...] é uma ajuda boa, porque a gente fica sabendo o que está acontecendo, tira as dúvidas que a gente tem, né, hein, sobre as coisas que acontecem com ela. Então, foi uma coisa muito boa que eles fizeram para a gente, ajudando (Entrevista CA16, cuidadora)

Apesar disso, a cuidadora assume a assistência à paciente entrelaçada ao seu estilo de vida e crenças. Na sexta visita, estavam presentes dois técnicos de enfermagem (PA3) e (PA4) e o médico (PA2).

O médico conversa com a cuidadora sobre o procedimento a ser realizado após avaliação da fonoaudióloga.

- PA2: “A fonoaudióloga visitou a paciente, né. O que ela disse?”.
- CA16: “Sim, já tem um temp”.
- PA2: “O que ela disse?” (pergunta para verificar a compreensão do que foi dito pela fonoaudióloga).
- CA16: “Ela informou que a paciente não tem condições de se alimentar pela boca”.
- PA2: “Tem duas possibilidades: manter a sonda nasointestinal ou realizar a cirurgia de gastrectomia”.
- CA16: “Você quem sabe”.
- PA2: “Vocês têm duas possibilidades: a de manter a sonda nasointestinal ou realizar a cirurgia de gastrectomia. Isso fica a decisão da família. [...] isso precisa ser conversado e decidido entre os familiares, para que ela não assuma a responsabilidade sozinha”.
- CA16: “Irei conversar com todos” (Nota Observacional, A16, 6ª visita, 12-03-2015, p.101).

A cuidadora, por não verificar melhoras na condição da ferida, fez a mudança do procedimento estabelecido pela enfermeira, suspendeu o uso do óleo e começou a utilizar uma pomada não indicada pela equipe.

Os técnicos avaliam as feridas.

- CA16: “O óleo indicado não está fazendo efeito, está ficando pior, por isso estou passando outra pomada e está melhorando, parece que secou mais. A ferida fica abrindo e fechando” (Nota Observacional, A16, 6ª visita, 12-03-2015, p.101).

A técnica, após verificar a pomada, informa à cuidadora que a pomada utilizada não é a indicada para o caso da paciente. O técnico indaga se estão sendo tomados os cuidados de virar a paciente, uma vez que um lado apresentou uma piora em comparação ao outro lado.

PA3 pede para ver a pomada, quando olha, ela diz: “Esta pomada não é indicada, mas vou informar à enfermeira para ela avaliar a paciente na próxima visita”. Quando os técnicos viram a paciente para analisar a outra lateral da nádega, verificam que a ferida está pior.

- PA4: “Vocês não estão virando a paciente?”.
- CA16: “Viramos de duas em duas horas”.
- PA4: “Vocês estão deixando a paciente mais de um lado. Um lado está bem pior que o outro lado” (Nota Observacional, A16, 6ª visita, 12-03-2015, p.101).

Nesta mesma visita, os profissionais, após a avaliação da nádega da paciente, decidem colocar o filme protetor para que não houvesse abertura de novas feridas. Nessa hora, a cuidadora diz que adquiriu um produto para proteção da pele da paciente, pois o que se encontrava na paciente havia soltado. Ao verificar o material, os técnicos constatam que a cuidadora havia comprado o plástico *contact* transparente na papelaria e não o adesivo cirúrgico específico para prevenir lesões na pele. Os profissionais explicam a diferença para a cuidadora e informam onde adquirir e o nome do produto que eles utilizam no programa.

- A cuidadora (CA16) pega e mostra o plástico que comprou para colocar na paciente.
- PA4: “Este plástico é auto-adesivo. Onde você comprou?”
  - CA16: “Na papelaria”.
  - PA4: “Não é este o plástico que usamos. Utilizamos um plástico específico para tentar evitar o aparecimento de úlceras de pressão”.
  - CA16: “Foi a minha irmã quem comprou... a doutora” (tom irônico).
  - PA3: “Este é o que usamos. Retira o nome do adesivo cirúrgico e entrega para a cuidadora. Você pode ir a uma loja específica de produtos para paciente e dizer que você quer um adesivo cirúrgico”.
- A cuidadora pega e agradece (Nota Observacional, A16, 6ª visita, 12-03-2015, p.101).

Esta situação apresenta relação de poder entre a cuidadora (CA16) e ao serviço, sendo, neste caso, intermediada pela equipe. A cuidadora aplica o conhecimento adquirido ao longo da vida e os profissionais utilizam o conhecimento técnico-científico.

Na visita de admissão à paciente, ocorre a orientações sobre o funcionamento do programa, a normalização. Existe uma pactuação entre a equipe do SAD e a cuidadora no que se refere a normas, obrigações e deveres com as condutas pré-estabelecidas pelo programa. Os profissionais buscam considerar as ações baseando-se no contexto de vida e na intencionalidade das ações da cuidadora. Segundo esta perspectiva, os profissionais tentam auxiliar a cuidadora quanto aos produtos e procedimentos com embasamento técnico-científico.

A forma de conscientizar o cuidador é sutil: as informações são simples, aproximativas, respeitadas. Existe um tratamento humanizado, se reportam a interação de confiança, responsabilidade e valorização do paciente.

Na entrevista com a profissional é possível confirmar a questão observada: “Os cuidadores, o que a gente ensina para eles, a gente procura ensinar, né, questões dos curativos,

a cuidar dos pacientes e não tem problema nenhum. Eles adaptam em casa, da forma deles, né?” (Entrevista PB4).

O estudo de Feuerwerker e Merhy (2008) avalia a AD, apontando que as possibilidades de inovação no trabalho na AD são reveladas mediante encontros únicos e singulares. Não obstante, além do paciente atendido pela AD, a equipe tem um foco na realidade durante a atenção do cuidado da família/cuidador. Dessa forma, o encontro terapêutico propicia relações de cuidado para além dos aspectos técnicos da profissão, e envolve aspectos humanistas da atenção à saúde. Para este encontro verdadeiro, as práticas em AD devem valorizar o encontro trabalhador-usuário. Devendo ser precedidos por tecnologias leves, permitindo, assim, a escuta mais refinada das demandas individuais (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Assim, estabelece-se, nesta relação cuidador-profissional, o uso da estratégia para o enfrentamento das barreiras com cumplicidade e diálogo, pela porosidade dos trabalhadores para lidar com a vulnerabilidade social que coloca o cuidador com dificuldades para assumir todos os cuidados, mas, ainda assim, o faz como pode.

No entanto, a atenção profissional tem como objetivo final uma cobrança: cumprir as ações estabelecidas, também para ver a evolução da paciente quanto a oclusão da ferida. A equipe opera com um poder disciplinar, através da composição de técnicas minuciosas de obediência aos comandos. Existe uma cuidadosa agência do poder que atua sobre os corpos, com constante registro no quadro da paciente, para a devida regulação. Mas a cuidadora traceja sua rota de fuga desta normalização, com a aquisição de produtos e medicamentos não indicados ou orientados pela equipe. O subterfúgio é a tática expressa.

Os profissionais, por sua vez, pelo mecanismo de vigilância, utilizam o prontuário como instrumento que lhes assegura a posição de recomendação.

#### **4.7 Caso7: “A ferida piorou! Eu não gostei!”**

O paciente (B18) possui 53 anos, é atendido no programa há 16 meses, possui três escaras e é tetraplégico há sete anos. O paciente faz uso de sonda vesical para urinar e tem como cuidadora principal a cunhada. Na primeira visita, estavam presentes duas técnicas (PB4) e (PB8) e a médica (PB3).

A médica diz que o paciente “nunca” irá receber alta, pois quando uma ferida fecha, outra se abre.

Quando chega ap portão, a equipe toca a campainha, o cachorro aparece e a médica diz: “Veja o cachorro dela, que lindo”. Era um sharpei. A cuidadora, em seguida, atende a equipe e a acompanha até o quarto do paciente. Ao adentrar no quarto, a cuidadora informa que iria dar banho no paciente quando a equipe chegou. O quarto possui uma cômoda, uma televisão e um sofá, ao lado da cama hospitalar do paciente.

CB18 nos leva até o paciente. No meio do caminho, ela diz que já ia dar banho no paciente.

— PB3: “Você viu a gente e brochou”. Ambas riem (Nota Observacional, 1ª visita, B18, 16-03-2015, p.25).

Durante essa primeira visita, a cuidadora informa que a sonda vesical soltou. Para recolocar a sonda, acionaram o SAMU. O SAMU encaminhou o paciente à instituição hospitalar para realizar a troca da sonda. Na volta, tiveram dificuldade, pois o serviço de urgência não realiza o retorno do paciente ao domicílio.

A médica avalia as feridas e constata que uma delas havia piorado. Ao finalizar a avaliação do paciente, a médica se retira do quarto e desloca para a sala, local onde realiza as anotações no prontuário e dialoga com a cuidadora sobre as feridas do paciente.

— PB3: “Você ficou fora uma semana. Você passou os cuidados? Achei que as feridas pioraram”.

— CB18: “Eu deixei as pessoas cuidando, pois eu precisava deste tempo”.

— PB3: “Eu te entendo. Eu acho que você precisava, até porque é você que fica com todo o cuidado, mas eu não gostei, achei que piorou muito. Queria manter as úlceras sempre pequenas, pois, antes, as feridas estavam rasinhas”.

— CB18: “Mas só uma ferida que piorou, né. Você acha que podem acabar as feridas?”.

— PB3: “Com o passar do tempo, o paciente vai perdendo as reservas. Como ele já tem muito tempo acamado, ele já não tem mais reservas” (Nota Observacional, 1ª visita, B18, 16-04-2015, p.25).

Após o diálogo com médica, a cuidadora inicia uma nova conversa com as técnicas de enfermagem. Enquanto isso, a médica realiza a evolução do paciente no prontuário.

— CB18: “Como você está? E o bebê?”.

— PB4: “Perdi o bebê”.

— CB18: “nossa, não sabia. Que triste!”.

— PB4: “Meu filho me disse: mãe não fica triste, eu estou aqui, você ainda me tem”.

— CB18: “Que lindo!” (Nota Observacional, 1ª visita, B18, 16-04-2015, p.25).

Na segunda visita estavam presentes duas técnicas que realizaram as aferições dos dados vitais e a avaliação da ferida do paciente. Na terceira visita, a enfermeira, ao ver a cuidadora, pergunta como ela está.

- PB2: “Como você está?”.
- CB18: “Estou bem”. Respondeu a cuidadora em tom desanimado.
- PB2: “Este “tu” seu não é animador”.
- CB18: “É a gripe”.
- PB12: “A campanha de vacinação começou hoje” (Nota Observacional, 3ª visita, B18,04-04-2015, p.66).

Posteriormente, os profissionais entram no quarto. A enfermeira diz para o paciente: “Dança para nós”. O paciente balança a cabeça de um lado para o outro. A enfermeira acescenta: “Você aprendeu direitinho!”. As técnicas fazem a aferição dos dados vitais: pressão, saturação e temperatura (PB4, PB8). A médica ausculta o paciente, verifica a sonda vesical e, em seguida, avalia as feridas. Depois tenta dialogar com o paciente e captar de que maneira poderiam atuar para reduzir a pressão nos locais das feridas.

- PB3: “Será que vou cair para trás?”.
- Ao olhar a ferida, a médica (PB3) diz: “Não está assim tão ruim”.
- PB3: “Você não tem vontade de sair?”.
- B18 balança a cabeça, de um lado para o outro, em sinal negativo.
- PB3: “Ver gente! Para melhorar um pouco”.
- B18 novamente balança a cabeça em sinal negativo.
- PB3: “Nossa, quase que ouvi você dizer um não. Você não gosta da sua cadeira? [...]”.
- PB3: “Vamos pensar em sentar, para ver se as feridas melhoram. Você vai pensar?”
- O paciente (B18) balança a cabeça em sinal positivo (Nota Observacional, 3ª visita, B18, 04-05-2015, p.66).

Em outro momento, a médica conversa com a cuidadora sobre as condições do paciente. Explica que o paciente possui fatores que contribuem para a grande redução das reservas: idade avançada, associada ao longo tempo de acamado, o que aumenta as possibilidades de lesões.

A médica sai do quarto e vai para a sala, senta à mesa para fazer a evolução e conversa com a cuidadora. “Tenta passear com ele, para ele sair do quarto, comece com pequenas voltas, coloca ele na sala quando tiver alguém de visita” (Nota Observacional, 3ª visita, B18, 04-05-2015, p.66).

Na quarta e última visita (20-05-2015), estavam presentes duas técnicas de enfermagem (PB9) e (PB7). Foram realizadas aferições dos dados vitais. Durante a

assistência, a equipe manteve interação com a cuidadora, com indagações sobre o curso que realiza e sobre as lembranças do que havia realizado.

É possível, em uma análise geral deste caso, verificar que a cuidadora realiza uma assistência efetiva, principalmente por se tratar de um paciente com pouca reserva de gordura, decorrente do longo tempo acamado. No entanto, quando a cuidadora se ausenta para descansar, verifica a piora das feridas. Os profissionais que estavam habituados a encontrarem as úlceras por pressão controladas, se deparam com uma piora. Isso ocasiona a ruptura do previsível, do que é comum de encontrar durante as visitas.

Devido ao longo tempo de acompanhamento ao paciente, os profissionais já possuem um vínculo e, desta forma, interagem com o paciente e a família, por meio de conversas e brincadeiras.

A assistência domiciliar é uma essencial prática de cuidado, por apresentar um elevado grau de humanização e propiciar o envolvimento da família no processo do cuidar e no amparo afetivo do paciente. Esta, reduz o número de hospitalizações e complicações decorrentes de longos períodos de internações, garantindo a continuidade do cuidado e integrando as redes de atenção à saúde (QUEIROZ *et al.*, 2013).

Nessa situação, evidencia-se, durante a assistência, a “intersecção partilhada”, a divisão do trabalho entre os profissionais e a cuidadora. Os profissionais, durante a assistência, estabelecem diálogo, inclusão, envolvimento, com ações de estímulo para, assim, proporcionar a evolução da condição do paciente. A médica procura estimular o paciente a sair da cama, sentar na cadeira de rodas para ficar com os amigos ou para passear. Estabelece uma possibilidade de negociação, uma tentativa de ouvir o paciente, de dar voz, de entender os seus desejos, tendo, no entanto, o foco na evolução da ferida. O paciente, por sua vez, utiliza a rota de fuga, ao não aceitar ficar na cadeira de rodas.

Os profissionais atuam pelo poder disciplinar, por meio do mecanismo da vigilância das feridas do paciente e das decisões do indivíduo, do controle das disposições e organizações do mesmo. A estabilidade do paciente está relacionada à presença constante da cuidadora. Esta é uma forma de cercear a liberdade, através da presença integral da cuidadora.

Nessa relação com a cuidadora, percebe-se a busca pelo estabelecimento da compreensão sobre o seu estado de saúde, o acompanhamentos das atividades cotidianas, tais como estudo e lembranças realizadas, de forma a estabelecer uma relação mais proximal. Dessa forma, o castigo ocorre de maneira sutil, mas possui a faculdade de garantir a ordem e a manutenção do meticuloso funcionamento do serviço, no qual a obediência acarreta a renúncia da vontade própria para submeter-se a alguém.

A estratégia de cobrança é captada tanto nas observações quanto no discurso da profissional durante a entrevista: “[...] todos procuram trabalhar da melhor forma para atender os pacientes [...]. Eu cobro, mas também sei parabenizar” (Entrevista PB3).

A cuidadora cria canais de resistência, devido à liberdade de enfrentamento que possui. Questiona, contra argumenta, ressaltando que necessita de um tempo para descansar e acrescenta que as feridas não se encontravam tão ruins.

Entrelaçado ao olhar para o paciente e às cobranças, existe também a preocupação com a saúde da cuidadora, para que ela consiga permanecer com o cuidado. Os profissionais vivenciam o que estudos apontam. Os cuidadores gastam uma média de 20,5 horas por semana na prestação de cuidado (ADELMAN *et al.*, 2014). Existem momentos de aflição, sobrecarga, queda da qualidade de vida e estresse da família/ cuidador (FUJINAMI, 2014). Dessa forma, é necessário prevenir e detectar a sobrecarga do cuidador, desde o início, com ferramentas adequadas em tempo hábil (ADELMAN *et al.*, 2014).

#### **4.8 Caso 8: “No momento da alta, perguntei onde seria o velório”**

O paciente possui 82 anos e está com câncer de pele. Saiu do hospital com restrição de contato e foi indicado ao SAD para ter ênfase no conforto. O paciente era tabagista, não realizava cuidados preventivos e fazia ingestão de bebidas alcoólicas. Antes de ser internado, o paciente residia com a ex-esposa.

O terreno do domicílio possui diversos animais (cachorro, periquito, codorna, galinha e tartaruga). A casa se encontra no fundo, com uma varanda. Ao lado esquerdo, tem a cozinha e, na frente, uma sala de visitas. No domicílio moram outras cinco pessoas, sendo a filha do paciente e o esposo e três filhos (duas crianças e um adulto). O domicílio possui dois quartos, um banheiro, uma sala e uma cozinha. O paciente encontra-se na sala adaptada para recebê-lo.

Foram realizadas cinco visitas ao paciente (A13). Na primeira visita, estavam presentes a enfermeira (PA1), a técnica de enfermagem (PA3) e o médico (PA2). Nessa visita, a filha do paciente recebeu a equipe e a encaminhou ao local onde se encontrava o paciente. Os profissionais entraram na sala, local onde se encontra paciente, cumprimentaram-no, tocando em sua mão e informando o nome e a categorias profissionais a que pertencem.

A técnica de enfermagem prestou assistência, referente a aferição da pressão, temperatura, saturação e glicose. A enfermeira solicitou o sumário de alta do paciente. A filha vai ao quarto, pega o papel do relatório médico e diz: “Não possuo mais documentação, pois o

paciente era de responsabilidade da ex-esposa” (Nota Observacional, 1ª visita, A13, 12-02-2015, p.18).

O médico e a enfermeira lêem o relatório. Ao finalizar a leitura, o médico chama a cuidadora e a indaga sobre a restrição de contato e a ausência do acompanhamento do paciente no hospital.

— PA2: “Havia restrições de contato, quando o paciente estava no hospital?”.

Um homem adentra à casa para dar os préstimos para os familiares e interrompe a fala do médico. Ao finalizar, o médico repete a pergunta que havia feito.

O homem volta e interrompe a conversa novamente. O médico abaixa a cabeça, balança e faz uma cara de negação. Ao finalizar, o médico volta a indagar: “Havia restrições de contato, quando o paciente estava no hospital?”.

— Filha: “Não sei, pois não tinha acompanhante”.

— PA2: “Quanto tempo o paciente ficou no hospital?”.

— Filha: “Uns sete meses”.

— PA2: “De que hospital que ele veio encaminhado?”.

— Filha: YYY (nome da instituição).

— PA2: “Por que você não cuidava do pai no hospital e agora solicita o cuidado no domicílio? Quem serão os responsáveis pelo cuidado?”.

— Filha: “4 pessoas (ex-esposa, filha, ela e neto), mas o principal será o neto, meu filho. No momento não está trabalhando e ele começou a fazer um curso de técnico de enfermagem, por isso, trouxe ele para a casa. Ele é meu pai, apesar dele viver com a ex-esposa que recebe o recurso dele. Agora, que ele está doente, ela não quer mais saber dele” (Nota Observacional, 1ª visita, A13, 12-02-2015, p.18).

A filha se sente pressionada com as indagações, faz cara de assustada, informa que possui problemas psiquiátricos e que ficou internada em hospital psiquiátrico por causa de surtos depressivos. Também explica que o pai residia com a ex-esposa e que a mesma era responsável pelo paciente e pela documentação. Por isso, iria entrar em contato para levar as documentações solicitadas e explicar a ausência de um acompanhante no hospital.

O médico (PA2) continua a indagar: “O paciente não tinha um acompanhante no hospital durante sete meses e, agora, no domicílio, teria a assistência de quatro cuidadores?” (Nota Observacional, 1ª visita, A13, 12-02-2015, p.18).

Nessa hora, o neto do paciente chega, juntamente com a outra filha e a ex-esposa. A filha, que respondia às indagações, solicita que os profissionais conversem com o seu filho, neto do paciente, pois ele será o cuidador principal. O cuidador chega e logo entra na sala para receber as orientações da enfermeira. A enfermeira (PA1) passa as orientações para o neto e ensina como realizar os cuidados com a escara e aspiração. A ex-esposa fica na varanda, não entra para ver o paciente e faz menção da obrigatoriedade do governo em conseguir um asilo para o paciente.

- Ex-esposa: “Não saberia como iria cuidar do paciente e, no momento que ele recebeu alta, perguntei onde seria o velório. Não tenho condições de cuidar. O governo tinha obrigação de arrumar um asilo para leva-lo. O posto de saúde não dá suporte”.
- PA1: “Asilo é para pacientes que não possuem família. Quem possui familiar, com condições, tem obrigação de realizar os cuidados com o paciente e a visita ao paciente só será realizada uma vez por semana”.
- Ex-esposa: “Uma semana está bom para poder orientar os cuidados”.
- PA2: “O PID não é para toda vida, e sim temporário. Esta assistência será ofertada para auxiliar a família no cuidado e até a estabilização do paciente” (Nota Observacional, 1ª visita, A13, 12-02-2015, p.18).

Na entrevista da técnica de enfermagem, é possível captar percepção pejorativa que alguns cuidadores fazem do idoso, mas menciona o quanto o programa pode ajudar nesta distorção da percepção das pessoas.

Porque a família, tem, tem muita gente que tem uma visão meio distorcida do idoso. Então, quer dizer: “Ah, meu pai está velhinho já, está dando trabalho demais, eu vou pôr no asilo, ou vou deixar para lá, ou eu vou pôr no hospital. Graças a Deus que vai internar ele, que eu vou ficar livre um tempo”. Então, eu acho que o programa ensina muito a pessoa a adotar, a cuidar, a saber o que é o acompanhante. (Entrevista PA3).

Na segunda visita, ocorreu a avaliação da fonoaudióloga (PB11). Ao adentrar a sala, a fonoaudióloga cumprimenta o paciente, depois explica todos os procedimentos para com o paciente à filha, pois o neto não se encontrava no domicílio. Realizou orientações quanto a limpeza da boca, uso do balão da traqueostomia e frequência de visita da fisioterapeuta. No entanto, quando cuidadora/filha indaga sobre a alimentação do paciente, a fonoaudióloga responde que esta indagação deverá ser realizada à enfermeira para que, assim, possa orientá-la melhor.

A fonoaudióloga entra na sala, cumprimenta o paciente e pergunta como ele está.

[...]

A cuidadora diz que a comida é fraquinha e diz que quer dar mamão. A fonoaudióloga pede para que ela passe tudo para a equipe de enfermagem para que ela a oriente sobre estas questões. (Nota Observacional, 2ª visita, A13, 23-02-2015, p.35).

O neto chega no final das orientações. A fonoaudióloga explica novamente todos os procedimentos e, em seguida, solicita que o cuidador realize os procedimentos, para reforçar. Ao final da visita, volta a indagar se os mesmos possuíam mais alguma dúvida quanto aos procedimentos orientados.

Após essas duas visitas, o paciente foi novamente internado. Permaneceu cerca de 20 dias no hospital e voltou para o domicílio. A equipe realizou, após o comunicado de

desospitalização, a visita de readmissão, solicitação do sumário de alta do paciente, avaliação dos comandos e análise dos dados vitais. Estavam presentes a enfermeira (PA1), o médico (PA2) e duas técnicas de enfermagem (PA6) e (PA8). O relatório do paciente apresentava ausência de possibilidades de medidas terapêuticas, especificando novamente a ênfase no conforto.

Durante a assistência ao paciente, o cuidador senta na porta da cozinha. Esta porta localiza-se de frente para a varanda, local onde se encontra o médico (PA2). A enfermeira (PA1) chama o cuidador para compreender o motivo da retirada do coletor do paciente.

- A1: “E o coletor do paciente?”.
- CA13: “Ele está tendo muita alergia”.
- PA1: “A fralda está vazando, molhou o colchão. Verifiquei que a ferida está ótima. Ele voltou bem do hospital”.
- CA13: “Ele voltou melhor, sim”.
- PA1: “Ele está nervoso? Agitado?”.
- CA13: “Sim”.
- PA1: “No hospital, ele tomou rispiridona?” (indicado para pacientes esquizofrênicos).
- CA13: “Sim” (Nota Observacional, 2ª visita, A13, 23-02-2015, p.35).

Após orientação e compreensão sobre o paciente durante o período de internação, a enfermeira e o cuidador vão para a sala, local onde encontra-se o médico. O cuidador informa que ninguém realizou visita ao paciente durante o período de internação.

- A enfermeira sai da sala e vai para a varanda, fica em pé e encosta os braços na cadeira.
- CA13: “Ninguém visitou o paciente no hospital. Eu era a pessoa que ia visitá-lo”.
- Os profissionais fazem uma cara de entristecidos (Nota Observacional, 2ª visita, A13, 23-02-2015, p.35).

Devido à situação do paciente, o médico orienta o cuidador sobre a conduta, caso ocorra complicações, devido as condições do quadro do paciente.

- PA2: “O que você deve fazer caso o paciente piore de noite?”.
- CA13: “Nada”.
- PA2: “Deve fazer algo sim. Deverá chamar o SAMU e mostre este relatório médico para que os profissionais compreendam a situação do paciente e atendam da melhor forma. Caso o paciente venha a falecer, e vocês acordem, vocês ligam para a enfermeira”.
- CA1: Os telefones estão dentro, na parte de trás da pasta (Nota Observacional, 2ª visita, A13, 23-02-2015, p.35).

Na quarta visita (26-03-2015), os profissionais são comunicados que o paciente foi novamente internado, pois estava com febre há três dias e a secreção estava muito verde. A enfermeira diz que o paciente havia entrado em contato, no dia anterior, com a equipe, mas não havia comunicado essas questões, apenas havia solicitado a pomada, pois havia acabado.

O profissional responsável pelo paciente no hospital liga para a equipe do programa e informa que não tem como internar novamente o paciente e, caso o paciente precisasse voltar, ele iria ficar no pronto atendimento do hospital, pois não têm mais procedimentos a serem realizados com o paciente. O médico do programa diz que realizam constante interação com a família sobre essa questão. Informa que a família sabe da situação do paciente, mas que não estariam conseguindo lidar com os momentos de piora do quadro do paciente. No dia posterior à saída do paciente do hospital, a equipe realizou uma visita.

O paciente encontrava-se com saturação de 84, com baixa frequência cardíaca e o vômito tinha aparência de sangue. A enfermeira explica ao cuidador que o paciente encontrava-se em cuidados paliativos, fora de possibilidade terapêutica, por isso, não teria motivos para internar no hospital, mas deveria dar ênfase no conforto, por meio do controle dos sintomas que afligem ao paciente. A família, então, resolve levar o paciente para o pronto atendimento para avaliação.

O amparo ao cuidador, por meio do atendimento das demandas solicitadas, é confirmado na entrevista:

Eu achei muito bom o trabalho deles, a hora que eles ia lá e orientava, né. E e achei muito bom o trabalho deles, do médico também, muito bom. [...] O dia que passou mal, que ele deu febre, eles foi lá, deu uma febre de 39 grau, aí eles me orientou também até eles chegar e tranquilo.[...]. Ah, esse serviço, eu achei muito bom, mas só que é uma vez só por semana. Aí, isso aí dificultou um pouco, porque, as vezes, já tinha ido na semana e aí ligava de novo e a agenda já estava preenchida. Aí só orientava (Entrevista CA13, cuidador).

Nessa situação, é possível caracterizar e discutir as rupturas com a produção do cuidado. Durante sete meses de hospitalização, não havia visitas e acompanhamento do paciente. A família, que realizava os cuidados do paciente no domicílio, possuía apenas o sumário de alta como documento do quadro clínico do paciente. Também não conseguiam informar questões básicas referente ao paciente, com fragmentação das informações.

A filha do paciente sente-se acuada e pressionada quanto às indagações sobre as documentações, o diagnóstico e motivo da restrição de contatos. De forma estratégica, na relação de poder, a cuidadora, faz transferência da responsabilidade do cuidado para a ex-

esposa, uma vez que a mesma recebia o recurso financeiro do pai. Posteriormente, informa que tem problemas psiquiátricos.

A ruptura com o cuidado é novamente expressa no instante que a ex-esposa argumenta que a responsabilidade do cuidado ao paciente seria do Estado, por isso, o paciente deveria, no seu ponto de vista, permanecer no hospital ou ser encaminhado para uma instituição de longa permanência, uma vez que a ida para o domicílio representaria a morte do paciente. Nesse momento não foi expresso a captação do desejo do paciente.

A equipe, por sua vez, sente-se preocupada e incomodada com a falta de compaixão e envolvimento da família nos cuidados com o paciente. Emanaram lutas entre a família quanto ao responsável pelo paciente, por meio da delegação do cuidado, ao invés da responsabilização do mesmo.

Verifica-se, nesse caso, um acontecimento quando a equipe acredita e luta por aquilo que considerava natimorto. Desta forma, durante as situações, estabeleceram implicação com o caso, por meio da descontinuidade entre o passado e o futuro. Romperam com o olhar estático e rígido, existentes nas relações cerceadoras e fiscalizadoras, e buscaram ações que incidissem sobre o corpo, para criar saberes e práticas de produção do cuidado (MATTOS, 2004).

Os profissionais, dessa forma, conseguem identificar o cuidador que mostra-se envolto com a situação do paciente. Aquele que, diante de toda a situação, se mostra interessado com o cuidado do paciente. Este cuidador, neto, não participa do embate, apenas fica de prontidão para receber as orientações. Dessa forma, começa a estabelecer uma nova relação, por meio da continuidade e regularidade do cuidado.

O cuidado no domicílio precisa essencialmente dos cuidadores e da família para o bem-estar e apoio. Faz-se necessário identificar cuidador, engajado com o paciente para que os profissionais se reportem a ele para transmitir e receber informações e indagações sobre o paciente (ADELMAN *et al.*, 2014; VIEIRA *et al.*, 2011). Em outro estudo, também é verificado a centralização das atividades em uma única pessoa, o cuidador principal (VIEIRA *et al.*, 2011), na qual a falta de apoio familiar é fator que dificulta tanto o cuidado domiciliar quanto o cuidado pelo cuidador (MENDES; MIRANDA, BORGES, 2010).

A equipe norteia o cuidador usando como táticas orientações das condições do paciente e como agir com o cuidado ao paciente e da maneira de transitar pela rede de atenção em casos de intercorrência. Para o maior amparo do paciente e do cuidador, são realizadas mais visitas do que o preconizado e ocorrem orientações quanto às formas de cuidado com o paciente, tanto presencialmente quanto por telefone. Os profissionais operam, assim, com um

modo de agir envolto por atitudes específicas de interagir e conduzir as relações e situações. Platel *et al.* (2015) mencionam a importância de conhecer as necessidades e de estar sensível às singularidades de cada usuário e de atuar em conjunto com o cuidador (PLATEL *et al.*, 2015).

Nessas cenas, observa-se que as ações visam incitar, seduzir, persuadir, intervir sobre os corpos, de modo a maximizar suas possibilidades e potencialidades (DELEUZE, 2005).

Nesse caso, as relações de resistências se tensionaram para o equilíbrio. Para obter esse resultado, foram utilizadas estratégias para que uma das partes se rendesse aos desejos e interesses da equipe. As relações na produção do cuidado iniciaram de modo duro, mas, com a circulação e inconstância, possibilitaram um outro modo de fazer. Produziu-se o controle da resistência e, conseqüentemente, a realização das atividades como cuidador, por meio da correção de hábito e da conduta, subjetivando-se ao enquadramento do estilo de cuidar definido pela equipe.

Apesar do envolvimento e dedicação do cuidador com o paciente, em algumas situações, o cuidador não conseguiu lidar com as intercorrências de um paciente em fase terminal da doença, o que ocasionou várias re-internações ou “upalização”.

Dessa forma, a equipe, durante as admissões, orienta quanto ao quadro do paciente, reiterando a ausência de procedimentos terapêuticos e reforçando a importância da ênfase no conforto. Também orientavam de forma direta quanto ao sistema normativo da rede de atenção à saúde, no que se refere ao programa, à internação e ao acionamento do SAMU.

Controle, regras e normas caracterizam as relações de poder estabelecidas ora na produção, ora na interdição do cuidado.

#### **4.9 Caso 9: “Cadê a cuidadora? Chama ela lá!”**

Na primeira visita ao paciente (A14), estavam presentes a enfermeira, a médica e duas técnicas de enfermagem (PA3 e PA5). O paciente é idoso, tetraplégico, sequelado de AVC e foi acompanhado apenas em uma visita.

A primeira parte da residência é composta por uma varanda. Ao lado possui o quarto do paciente, que se situa do lado de fora da residência. Este quarto é isolado do restante da casa. Nele encontram-se uma cama de casal, uma geladeira, um guarda-roupa e uma cômoda.

Devido à ausência do cuidador principal, para receber a equipe e relatar as condições do paciente, os profissionais adentram ao domicílio e começam a realizar a assistência.

Na parte da manhã, o paciente havia consultado com o médico especialista. Os profissionais precisavam que a cuidadora informasse as orientações e condutas indicadas para possibilitar a compreensão do paciente integralmente.

- Enfermeira (PA10) pergunta à filha do paciente: “O que aconteceu com o paciente, que o pé dele está machucado e sangrando?”.
  - Filha: “Hoje, quando fui colocá-lo na cadeira de rodas para levá-lo ao medico, o pé dele arrastou e machucou”.
  - [...]
  - PA10: “Cadê a cuidadora (filha mais velha)?”.
  - Filha: “Está na casa dela”.
  - A14: “Chama ela lá”.
  - Filha: “Acho que ela não vai descer”.
  - A14: “Diz ela que são os profissionais do programa que ela vem”.
- A filha foi lá e voltou sem a cuidadora.
- PA10: “Por que ela não veio?”.
  - Filha: “Ela está cozinhando e disse que os resultados estão em cima da geladeira”.
- Os profissionais procuram, mas não encontram* (Nota Observacional, 1ª visita, A14, 12-02-2015, p.22).

Mesmo com a ausência da cuidadora, os profissionais realizam a assistência. Os profissionais percebem que os cuidados assistenciais não estão sendo realizados adequadamente.

É possível captar, em alguns momentos, na fala do paciente, a preocupação de não condenar o cuidador, uma tentativa de poupá-lo, por se sentir um “fardo”.

- “Pode ficar tranquilo que nós vamos dar um jeito”, diz PA10, ao paciente.
- A médica, ao analisar a ferida sacral, verifica que ela piorou, também observou que não havia sido feito a limpeza naquele dia.
- [...]
- PA11: “Deve passar óleo todos os dias no pé e na perna, pelo menos três vez ao dia”.
  - A14: “Tadinha, elas passam”.
  - A11 “Se passasse, não estaria desta forma, descascando a pele”. (Nota Observacional, 1ª visita, A14 –12-02-2015, p.22).

Ao finalizar o atendimento, os profissionais deixam afixado todos os procedimentos que devem ser realizados com o paciente. Ao saírem dizem: “Se, na próxima visita, a cuidadora não comparecer, o paciente será desligado” (Nota Observacional, visita 5, A14 – 12-02-2015, p.22).

A negligência do cuidador com o paciente é reconhecida como um problema pelos profissionais.

[...] alguns assinam o termo de responsabilidade, assinam como cuidador oficial, pelo fato de tá usando isso, pelo fato de estarem tirando o paciente do hospital. Mas, quando chega em casa, não assume, né. Ai interrompe, fica meio que injustificável a gente fazer a nossa parte, sendo que a família, que é responsável por uma parte maior, né, não, não está fazendo (Entrevista PB1).

Nessa situação, a produção do cuidado vem se interrompendo desde o momento da entrada da equipe ao domicílio. Durante a assistência, esta ruptura se alargou após a negativa da presença da cuidadora, informando que estaria ocupada. Outro fator que culminou nesta tensão foram as observações, por parte dos profissionais, quanto à falta de cuidados com o paciente. A pele do paciente estava descamando e ferida devido à falta de hidratação. Essas situações contribuíram para limitar as ações de cuidado integral, com envolvimento e comprometimento de todas as partes: profissionais e cuidador.

A equipe atua de forma emancipadora durante a produção do cuidado, com presteza e diligência para ofertar aquilo que o paciente necessita. Entrelaçado a isso, verifica-se, nessa situação, que a equipe se tensiona quanto ao rigor da presença de um cuidador.

Os profissionais tentam, assim, atuar como mediadores para que o usuário não seja prejudicado. Realizam anotações e deixam afixados na geladeira os cuidados necessários. Dessa forma, os profissionais têm como tática de orientação o conselho ao paciente sobre a necessidade de solicitar um cuidado mais efetivo e participativo. Não se pode esquecer que o poder possui dinâmica própria, ancorada nas regularidades e nas leis. Assim, é necessária virtude para um bom governante, tal como: a paciência, a sabedoria e a diligência (FOUCAULT, 2000). Nas cenas relatadas, esses aspectos foram observados por parte da equipe.

Mas, mesmo com toda essa atuação, após buscas incessantes de estabelecer vínculo, ocorreu a negativa da cuidadora. Isso leva os profissionais a estabelecerem uma sanção expressa pelo desligamento do paciente. Este embate é ponto de irrupção das relações existentes (CASTELO BRANCO, 2015). A censura e interdição do cuidado são estratégias para que os sujeitos se adequem às normas, refletindo-se, no caso estudado, em mecanismos de controle que tendiam para restringir a liberdade de escolha da cuidadora.

Vale mencionar que acompanhar o paciente em apenas uma visita não permitiu captar exatamente a plenitude do acontecimento. Para superar esse limite, a pesquisadora deveria ter reestabelecido a experiência mostrando o momento histórico e os processos que os constituem (PAGNI, 2010), o que não foi possível. Mas pode-se levar em consideração pontos que corroboram para a negativa da presença da cuidadora durante a assistência: possuir vínculo parental, acumular atribuições do lar e de cuidado ao paciente idoso e muito dependente.

O desgaste faz com que o cuidador se desvincule do cuidado. A literatura indica que a dificuldade de estabelecer o cuidador no domicílio pode ser resultante de distintos fatores tais como: queda da qualidade de vida, sobrecarga e intensidade da tarefa, possuir outras atividades paralelas ao cuidado (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2007; SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008) Estes fatores corroboram para a redução do convívio social, mudança das atividades diárias, sobrecarga, tensões, fadiga, frustração e depressão, decorrente da tarefa contínua e duradoura do cuidado. Podem referir-se também as questões financeiras, falta de orientação, desencadeando uma situação de desgaste físico e emocional (VIEIRA *et al.*, 2011; GIR, 2001)

Tornar-se cuidador apresenta pontos que vão além da objetivação, do conjunto de atividades determinadas. É um processo de subjetivação no qual compreende o ponto de vista pessoal e interior; algo particular e parcial que vai sendo constituído conforme o desenvolvimento da vivência e das experiências da vida e, por isso, é constitutivo do modo de ser do individual, subjetivo. Por tanto, para ser tornar um cuidador, faz-se necessária a construção da objetividade como estimuladora da construção da subjetividade de um cuidador integral.

#### **4.10 Caso 10: “O paciente é muito esperto! Tenho que ficar de olho”**

Na primeira visita ao paciente A22, os profissionais comentam que o paciente encontra-se acamado, na parte de baixo de um beliche, o que dificulta a realização da assistência. Estavam presentes nesta visita a médica (PA10), a enfermeira, (PA11), os técnicos de enfermagem (PA3 e PB6) e a Assistente Social (PA9).

Na frente do portão da residência, há uma pequena escada e, na sequência, uma varanda que possibilita a entrada para uma sala. Ao entrar no domicílio os profissionais vão para o quarto, pois já conhecem a casa.

O paciente é um jovem, já assistido pela equipe há meses. No quarto, há um beliche e o paciente encontra-se deitado na parte de baixo. As técnicas tentam se adaptar para realizar a assistência, procuram um banco baixo para sentar.

Observa-se a tentativa do paciente em convencer a médica (PA10) de que necessita de outra receita para comprar o restante dos remédios.

A22 pergunta a médica: “Você pode dar outra receita, pois no posto não tinha a quantidade pedida na receita. Com isso, só peguei a quantidade que tinha”.

— PA10: “Receitei o remédio para 60 dias. Deixe-me ver a receita”.

- A22: “Aa farmácia popular reteve a receita”.
  - PA10: “Te entreguei duas vias, uma fica com a farmácia e outra fica com o paciente”.
- O paciente informa onde se encontra a receita e a técnica enfermagem pega (Nota Observacional, 1ª visita, A22, 10-02-2015, p.11).

No entanto, a médica tende a não acreditar no discurso do paciente, pois conhece seus hábitos e já vivenciou cenas similares com o mesmo, no que se refere a aquisição de mais remédios. Frente a isso faz novas indagações.

- PA2: “Se a farmácia não tinha a quantidade de remédio na hora, eles devem dar o restante na hora que ele voltar para pegar”.
- A22: “Ah, sim, entendi! Fiquei com medo deles não aceitarem esta receita”. (Nota Observacional, 1ª visita, A22, 10-02-2015, pág 11).

Os profissionais conhecem o paciente, a sua personalidade e a constante tentativa de burlar o sistema para conseguir mais remédios, tal como relatado pela médica (PA10) no desfecho da visita: “O paciente é muito esperto. Ele sempre faz isso, que ele deve está tomando mais remédio do que o receitado por dia. Tenho que ficar de olho”, comenta PA10 ao entrar no veículo (Nota Observacional, 1ª visita, A22, 10-02-2015, pág 11)

É possível verificar, na entrevista da enfermeira, a confirmação sobre o conhecimento do perfil dos pacientes e a busca por rotas de fuga de alguns pacientes. “[...] é, com os pacientes, [...] A gente tem uma convivência boa (XXXXX). Alguns, um pouco mais rebeldes, buscam meios para escapar, mas são todos contornáveis, eu acho” (Entrevista PA1).

O tempo decorrido na assistência possibilita que a equipe conheça o paciente. O paciente utiliza-se de táticas como as argumentações, as explicações, evidenciadas pelo discurso da comoção e da exposição da sua história para convencer a equipe. No entanto, a profissional possui o conhecimento normativo sobre a liberação dos medicamentos, quando dispensados em quantidade inferior ao solicitado na receita. Também tem conhecimento sobre o comportamento do paciente e, por isso, vigiam-o. Assim, não se deslocam de sua posição do poder e rompem com a estratégia utilizada nesta cena pelo paciente.

É preciso considerar que o uso de medicação pode estar relacionado, por vezes, à redução de sofrimentos, mediante a tentativa de eliminação ou sedação de dores e sintomas (NORMAN, TESSER, 2009). Este uso representa também uma rota de fuga às técnicas de intervenção que afetam a vida. Por outro lado, há o aprisionamento na medicalização que descreve a normalização dos corpos e, com isso, revela o poder disciplinar (CAMARGO JR., 2003) apontando para a construção de discursos e práticas de controle para com o uso dos

fármacos. O controle das ações representa a ditadura do como, quanto e qual produto utilizar, construída como prática de responsabilização dos profissionais para com o indivíduo.

No caso analisado, a equipe adota condutas que revelam os mecanismos de controle por meio do poder disciplinar, que se expressa para estabelecer os comportamentos de docilidade e utilidade (FOUCAULT, 2005). Em contraposição, o paciente também revela a resistência na tentativa de burlar o estabelecido pela equipe e pelas normas de liberação da medicalização.

#### **4.11 Caso 11: “Ele comeu muito rápido, devia estar com muita fome”**

O paciente A6 foi acompanhado desde a admissão. O domicílio do paciente é precário, composto por três cômodos. A cozinha encontra-se no primeiro cômodo, com uma geladeira, um fogão e uma pia. Também possui um colchão de casal no chão, local onde se encontra o paciente. O segundo cômodo possui uma cama de casal. Em todas as visitas havia várias roupas sobre a cama. Ao lado, encontra-se o banheiro. Possui porta apenas na cozinha, local de entrada para o domicílio. A entrada dos outros cômodos, banheiro e quarto, possui apenas uma cortina de tecido na porta. O quarto não possui janela e nem luz. O chão encontra-se no cimento, as paredes estão no reboco, o telhado é composto por telhas de amianto e não existe uma finalização entre a parede e o telhado, por onde a chuva pode entrar facilmente. A cuidadora (CA6) é filha do paciente, possui 27 anos e três filhos com idade entre dois e sete anos.

O paciente (A6) possui 87 anos, portador de Alzheimer, 12 úlceras de pressão e encontrava-se abaixo do peso.

O paciente foi encaminhado para avaliação da cirurgia plástica. A visita posterior ocorreu para que os profissionais pudessem deixar doações para o paciente. Durante a entrega, os profissionais indagaram à cuidadora (CA6), o porquê do não provimento alimentar ao paciente antes da realização do transporte e o motivo da ausência de um cuidador para receber o paciente após a consulta com a plástica. Estavam presentes na visita PA3 e PA5.

Os profissionais foram buscar o paciente para avaliação da plástica. Realizaram o deslocamento do paciente do domicílio para a ambulância por um lençol, pois ele não tinha cama hospitalar. Nessa visita, os profissionais verificaram que as cuidadoras não haviam alimentado o paciente.

As técnicas deram um pão para o paciente e ele devorou. “Ele comeu muito rápido, devia estar com muita fome” diz PA3, no transporte.

Quando voltaram com o paciente para o domicílio, após avaliação da cirurgia plástica, os profissionais e o paciente tiveram que ficar esperando do lado de fora do

domicílio por cerca de 30 minutos, porque a casa estava trancada e a acompanhante não tinha uma chave. A chave estava na casa da irmã. Os profissionais foram buscar. Durante o tempo de espera, o paciente (A6) dizia: “Entra comigo, por que estamos aqui fora?” (Nota Observacional, 2ª visita, A6, 21-02-2015, p.29).

Durante a terceira visita, foram verificadas situações que dizem respeito à ausência de cuidado com o paciente.

O domicílio apresentava um intenso cheiro de comida estragada. A assistente social orienta que o domicílio precisa ficar limpo por causa do paciente e diz que está buscando locais para doação da cama hospitalar, mas que a família também precisa ser proativa para conseguir as coisas para o paciente.

A enfermeira analisa o paciente e verifica no prontuário que novas úlceras por pressão se abriram. Outro ponto constatado era que o paciente ainda não havia tomado café da manhã às 9:50.

A cuidadora tenta justificar, esclarecendo que sabia que os profissionais iriam realizar a visita na parte da manhã e por isso preferiram dar o banho. A enfermeira diz: “Paciente com uma idade dessa não pode ficar sem comer, até uma hora dessa, sem alimentação” (Nota Observacional, 3ª visita, A6 –24-02-2015, p.42).

A enfermeira havia solicitado, na segunda visita, a realização da lista dos alimentos e das quantidades que o paciente ingere ao longo do dia. Em visita posterior, a cuidadora não havia realizado a relação da quantidade e qualidade do alimento ingerido. Na quarta visita, três dias depois, a enfermeira volta a indagar sobre a relação dos alimentos para a cuidadora. A cuidadora mostra-se apática à indagação; demora a responder, permanece com o olhar voltado na a mesma direção, sem direcioná-lo aos profissionais. O médico solicita a anotação e verifica que a cuidadora não realizou conforme orientado, apenas relatou: “Comeu bem e a data”, não havia a quantidade ingerida de cada alimento, o número de vezes ao dia e do que ele havia se alimentado. O médico descreve um relatório ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), solicitando, com urgência, uma nutricionista para o paciente.

— PA1: “Qual a quantidade de alimentos dada ao paciente?”.

— CA6: “Eu bato tudo, como vou saber a quantidade?”. (Tom ríspido)..

— PA1:”Você vai contar o quanto colocou de cada produto ao batê-los. Por exemplo, uma colher de arroz, uma batata, a quantidade de carne (Nota Observacional, 4ª visita; A6, 27-02-2015, p.53).

Ainda na quarta visita, outro fato marcante ocorreu. Durante a assistência, o motorista liga para a enfermeira e solicita que entre em contato, ao finalizar a assistência, para poder buscá-los. Ao finalizar a assistência, a enfermeira liga para o motorista. No meio do caminho,

o motorista diz que o esposo da vizinha, que se encontrava dentro do domicílio, havia roubado a aliança, os óculos e queria a pasta dos prontuários dos pacientes. No primeiro momento, eles pensaram em voltar para reaver os pertences, mas, por motivo de segurança, decidiram apenas ligar para a cuidadora para que ela recupere os objetos furtados.

Todos os profissionais ficaram indignados com a situação e comentaram não se sentirem seguros para continuar o atendimento naquele local. Ao chegar à unidade sede da equipe, a enfermeira ligou para a coordenação, informou o ocorrido e, posteriormente, realizam o boletim de ocorrência. Para discutir este caso, foi marcada uma reunião com a coordenação.

— PA9: “A família é apática”. Todos os profissionais concordaram. E o médico complementa dizendo que esta relação só foi piorando.

[...]

A coordenadora indaga se a família tem recursos para comprar comida. A assistente social diz que eles recebem o benefício do paciente, cesta básica da igreja, e que os produtos e medicamentos ela também recebe. A enfermeira diz que pede as coisas para eles, e eles fazem pouco caso. A assistente social, a princípio, pensou que era uma questão de tempo para se adaptar, reestruturar a casa, pois a cuidadora tinha apenas três meses que vivia no domicílio. Mas, com o tempo, ela percebeu que era uma questão muito mais complicada, pois tem questão judicial. A outra filha construiu a fundação da casa e, por isso, quer quatro mil reais e a cuidadora diz que não vai fazer isso com ela, pois ela está cuidando do pai dela e tem três filhos para criar (Reunião para discussão da situação do paciente A6).

Por ser um atendimento domiciliar, os profissionais passam a ser inseridos nas residências dos pacientes, que se encontra envolta por seus costumes, tradições, estilo de vida, de interações e relações dos indivíduos em sua comunidade. Em entrevista com profissional, é possível verificar a necessidade do respeito e do limite ao adentrar no domicílio.

É o local dele, é o o o ambiente dele, são as relações familiares dele, então, a gente tem que saber colocar um limite, até onde nós podemos ir, até onde, como diz, nós precisamos resguardar, dá um passo atrás. Acho que, em si, é a questão do respeito mesmo (Entrevista PA5),

A conjunção destas situações aponta para cenas de envolvimento da equipe, o imbricamento para a construção da produção do cuidado efetivo. Adentrar no ambiente domiciliar exige dos profissionais da saúde a elaboração de estratégias, uma vez que a equipe vai lidar com o doente, sua família e conhecer a sua realidade socioeconômica e cultural (PLATEL *et al.*, 2015). Com base nesse entendimento, o ambiente domiciliar institui relações diferenciadas entre a equipe de saúde e o paciente (BRONDANI *et al.*, 2010).

Apesar do envolvimento da equipe do SAD, os cuidadores têm dificuldade de apresentar o comprometimento com as atividades que desempenham com o paciente. O paciente não tem condições de responder por si, não consegue relatar como está sendo realizado e como se estabelece a relação com os cuidadores.

A tarefa de cuidador envolve aspectos práticos e objetivos que não eram captados nas observações, como higiene, alimentação, administração de medicamentos, cuidados do lar e finanças. São perceptíveis também as dificuldades de lidar com aspectos emocionais, de oferecer afeto com manutenção de vínculo. Os cuidadores são passivos, quanto a compreensão sobre o paciente e interesse quanto a sua evolução ou retrocesso.

É possível, durante o acompanhamento, verificar a ausência de zelo com o ambiente domiciliar. O domicílio apresenta intenso cheiro de comida estragada, não havendo a limpeza do local onde se encontra o paciente. Existe também a falta de envolvimento com as condições e evolução do quadro clínico do paciente e com a mudança na dinâmica familiar, decorrente da inclusão do paciente no domicílio. O domicílio possui espaço físico, mas, em razão da falta de uma organização, fica sem condições que possibilitem a constituição de local adequado para um atendimento domiciliar. Há também a falta de adequação do espaço físico ao cuidado no domicílio, o que aumenta o risco de acidentes e quedas do usuário e intensifica a dificuldade da execução da tarefa pelo cuidador (FONSECA, 2007; VIEIRA *et al.*, 2011).

A princípio, parecia uma questão de adaptação, de reestruturar a vida para receber o paciente. No entanto, não foi possível verificar uma melhora das condições estruturais e assistenciais da cuidadora para o paciente. Além disso, este comportamento implica na piora do quadro clínico do paciente. A cada visita, o paciente encontra-se pior, novas úlceras são abertas e maior é o grau de desnutrição.

Para que não houvesse piora no quadro do paciente, os profissionais estavam sempre controlando as ações da cuidadora no que se refere à alimentação do paciente e às condições das feridas. Também vigiavam a limpeza do domicílio e o comportamento como cuidadora.

A cuidadora também não é envolvida com a equipe, demonstrando ausência de preocupação com os pedidos solicitados para a produção do cuidado. Essas ações podem indicar a resistência da cuidadora aos comandos da equipe, uma tentativa de não ceder ao controle instituído. A resistência da cuidadora se constitui enquanto força indisciplinar, como fim de defesa e reação ao exercício do poder, atuando como um modo de esquivar-se dos comandos, do determinado.

Na situação relatada, esse achado revela-se nas expressões faciais e na ausência de proatividade. Mesmo com esta postura da cuidadora, os profissionais tentam assegurar a

assistência. Dessa forma, as táticas dos profissionais se sustentam em ações humanizadas. Em todas as visitas, vislumbrou-se a evolução do paciente, por meio da atenção centrada na sua necessidade e no seu direito, considerando as diferenças, cultural, social e econômica. Por isso, orientam, aconselham, utilizam a rede de atenção à saúde para encaminhar o paciente para avaliação da cirurgia plástica, para a consulta com a nutricionista e para a aquisição da cama hospitalar. Além disso, são realizadas doações para o paciente.

Contudo, a ruptura na relação da produção do cuidado que vinha sendo estabelecida se desgasta a cada visita, com a constatação da não melhoria. O furto ocorrido revela o sentimento de desproteção por parte da equipe. Esse fato foi culminante para a interdição da produção do cuidado com o paciente.

Esse caso apresenta a vulnerabilidade a que estão expostos os usuários e os profissionais. O usuário encontra-se vulnerável, devido a ausência de compromisso de cuidado, por depender do cuidado realizado pela cuidadora, sendo a mesma parte da estabilização ou evolução do quadro do paciente. Segundo Feuerwerker, (2011) o domicílio é um local de grande autonomia para o paciente, mas ao mesmo tempo de baixa instabilidade clínica.

Já a vulnerabilidade sofrida pelos profissionais refere-se ao local de trabalho. Os profissionais realizam assistência, por vezes, em territórios de risco. Isso estabelece insegurança e medo aos membros da equipe por constituir-se um local de alta violência, com presença de roubos e tiroteio. Os profissionais que realizam visitas nos domicílios do paciente encontram-se constantemente expostos a esta vulnerabilidade, uma vez que os pacientes podem residir em localidades propensas à ocorrência de conflito social (LISBOA *et al*, 2013).

#### **4. 12 Caso 12: “A nutricionista disse que podia dar o alimento...”**

O paciente B19 era atendido pelo programa de atenção domiciliar, mas precisou ser internado devido a diarreia e infecção urinária. O paciente possui 84 anos, e foram realizadas três visitas ao seu domicílio.

Os profissionais, dentro do transporte, apresentam-se animados para rever o paciente. Nesta visita de readmissão do paciente ao programa, estavam presentes a médica (PB3), a enfermeira (PB2), a assistente social (PB10) e dois técnicos de enfermagem (PB5 e PB6). O domicílio é organizado e enfeitado. O paciente fica no último quarto do domicílio. O quarto é espaçoso, possui uma cama de casal e ao lado a cama hospitalar do paciente. Na frente possui um guarda-roupa grande.

Quando a equipe chegou ao domicílio, estavam presentes a ajudante e a esposa do paciente. A esposa diz que irá ligar para a filha (CB19), para explicar sobre a evolução do paciente e resolver as partes burocráticas.

Durante o período de internação ocorreu a sondagem do paciente, devido a engasgamento, mas, segundo o relatório médico, a sonda, posteriormente, poderia ser retirada, seguindo as orientações da fonoaudióloga.

[...] A médica pede o sumário de alta do paciente. [...] ao ler o sumário diz: “A fonoaudióloga do YYY ( nome da instituição de saúde) dá as mesmas orientações que a fonoaudióloga do programa AD: dieta pastosa, líquido espessante, pouco volume, dieta batida, consistência de patê” (Nota Observacional, 1ª visita, B19, 27-04-2015, p.47).

No instante em que a médica explica sobre a alimentação para a ajudante, a filha do paciente chega ao domicílio. A filha diz que deu no café da manhã, café com leite. A médica orienta que o paciente não pode ingerir estes alimentos. A cuidadora diz que a nutricionista do hospital havia dito que poderia. A médica (PB3), então, esclarece a diferença entre as especialidades profissionais: nutricionista e fonoaudióloga. A cuidadora (CB19), a princípio, não recebe esta orientação de forma amistosa.

- Cuidadora (CB19): “No café da manhã, dei um copo de café com leite”.
- Médica (PB3): “Não podia”.
- CB19: “Eu não obrigo ele a tomar, dei até quando ele quis”.
- PB3: “Só pode dar uma xícara e deve ter espessante”.
- CB19: “A nutricionista disse que podia dar o alimento”.
- “Temos que saber as diferenças entre as especialidades. Nutricionista está relacionada com alimentação, sobre a atenção dietética e a fonoaudióloga está relacionada às funções neurovegetativas (mastigação, deglutição e aspectos funcionais da respiração)”, explica PB3.
- CB19: “Eu sei, mas não quero que me explique. Explica para a ajudante, pois eu estou indo embora hoje”.
- PB3: “Tudo bem, mas é importante que vocês saibam distinguir as duas especialidades”.
- CB9: “Eu não forcei”.
- PB3: “Mas o paciente tem desejo, sente vontade de comer, mas isso não significa que posso ficar dando” (Nota Observacional, 1ª visita, B19, 27-04-2015, p.47).

A médica (PB3), após este fato, continua a busca pela compreensão da forma de cuidado com o paciente para poder orientar o manejo. Por isso, indaga como corre a dieta do paciente e orienta a melhor forma de condução.

- PB3: “A dieta corre como?”.
- CB19: “Pela seringa”.

— PB3: “É melhor correr pelo equipo, pois a seringa sai jadas e pelo equipo sai a quantidade igual”.

Os técnicos saem do quarto e vão orientar a ajudante como colocar a dieta e controlar a dieta (Nota Observacional, 1ª visita, B19, 27-04-2015, p.47).

A filha/cuidadora (CB9) aparece novamente no quarto e questiona a conduta da equipe. A cuidadora diz que o SAD é um serviço de urgência, que atende paciente graves e que, por isso, não recolocam a sonda do paciente no momento que a mesma solta. A médica (PB3) e enfermeira (PB2) rebatem a cuidadora e dizem: “Parece que admiti o paciente sem estabilidade clínica”. A alta hospitalar e admissão ao SAD dos pacientes em geral é realizada quando há estabilidade do quadro clínico associado à ausência de autonomia para realizar os cuidados sozinho, por isso a necessidade do cuidador para executar os cuidados.

— Cuidadora (CB19): “A sonda arrancou varias vezes e eles falaram que vocês não colocaram a sonda”.

— Enfermeira (PB2): “O programa não coloca sonda. Isso é serviço da urgência”.

— CB19: “Isso mesmo. Vocês são urgência”.

— Médica (PB3): “Não! Nós não somos urgência. Estamos ligados a atenção básica, não temos ambulância”.

— CB19: “Vocês atendem pacientes graves”.

— PB3: “Você está contestando a minha postura? Pacientes do programa não são da urgência”.

— CB19: “Nem o serviço de urgência veio aqui quando ligamos”.

— Enfermeira (PB2): “Qual foi o serviço chamado?”.

— CB19: “Não sei, pois não moro aqui, só vim agora porque o meu pai piorou”.

— PB2: “Para julgar é preciso saber”.

— CB19: “Não queria acusar vocês, talvez eu não usei as palavras certas”.

— Assistente Social (PB10): “Não se expressou bem, né”.

— CB19: “É isso, eu não me expressei bem”.

— PB3: “O profissional médico é muito rotulado, cada serviço prestado tem um tipo e cada município tem um protocolo a seguir” (Nota Observacional, 1ª visita, B19, 27-04-2015, p.47).

Na entrevista com a técnica de enfermagem, verifica-se a necessidade de saber lidar com pensamentos distintos e contornar a compreensão da família quanto aos comandos e compromisso para com o paciente.

O paciente e a família não aceitam o cuidado que vocês orienta. Ai se torna um pouco conflitante. Ai a gente tem que contornar e mostrar para este paciente e este cuidador: “Oh, a nossa opinião naquele momento, as vezes, é melhor”. Claro que a gente tem que ouvir também o porque deles não estarem aceitando. [...] porque, muitas das vezes, o cuidador não segue as orientações que tem que seguir e acaba sendo o próprio paciente o prejudicado.(Entrevista PA5).

Para ser readmitido ao programa, o cuidador teve que concordar novamente em realizar os cuidados orientados pela família. Por isso a assistente social indaga se a esposa que reside com o marido gostaria de ser novamente atendida pelo programa.

- PB10: “YYY [nome da esposa], Você quer que o paciente participe do projeto.?”
  - CB19: “Sim, o programa é muito bom.” A cuidadora (B19) responde antes da esposa.
  - Esposa: “Pode colocar a minha outra filha”.
  - PB10: “Pode colocar vocês duas?”.
  - A esposa: “Sim”.
- Em seguida, é realizado o cadastro (Nota Observacional, 1ª visita, B19, 27-04-2015,, p.47).

A esposa assina. Após a assinatura, foram realizadas mais orientações dos procedimentos e esclarecimento das dúvidas, de acordo as indagações da família/cuidador. Ocorreu a indicação, suspensão de um medicamento e procedimento. Também houve o registro no prontuário de todos os procedimentos realizados, a evolução do paciente e as intercorrências referentes aos cuidados estabelecidos.

Na segunda visita, estavam presentes duas técnicas de enfermagem (PB9) e (PB7). O paciente encontra-se dormindo e a esposa ao seu lado. A ajudante mostra para a equipe os valores aferidos da pressão e indaga se a anotação está correta. Realiza-se, posteriormente, a evolução do paciente. A ajudante da casa diz que o paciente cantou a música "beijinho doce" para ela ontem. A técnica de enfermagem conversa com o paciente, ele abre os olhos, mas, logo em seguida, fecha, pois está chateado por necessitar usar a sonda nasointestinal.

- (PB67): “Você não quer que a gente volte aqui?”.
- B19 balança a cabeça e diz não.
- (PB67): “você não quer que a gente volte?”.
- B19: “Eu fiquei triste”.
- Ajudante: “Ele fica irritado porque está usando a sonda” (Nota Observacional, 2ª visita, B19, 20-05-2015, p.93).

Na terceira visita, estavam presentes duas técnicas de enfermagem (PB9) e (PB7), a assistente social (PB10) e a enfermeira (PB1). Ao chegar no domicílio, a família realizava conversa com uma mulher para verificarem a possibilidade de assumir a função da ajudante que se demitiu. Ao entrar no quarto, o paciente encontra-se acordado. As técnicas realizaram a aferição dos dados vitais. A filha entra no quarto.

- PB1: “Está tudo bem com o paciente?”, pergunta para a filha.
- PB67: “Vocês não estão dando remédio para pressão para o paciente não, né?”.

— Filha: “Não, de jeito nenhum. A pressão dele está ótima. Vou até tirar o remédio para pressão daqui, se não a minha mãe toma e lá em casa também precisa, meu marido toma este remédio”.

A outra filha do paciente chega.

— Filha: “Ela mora em outra cidade, ele gosta da visita dos filhos, ele sente falta” (Nota Observacional, 3ª visita, B19, 01-06-2015, p.100).

Mediante o exposto neste caso com o paciente (B19), averigua-se a ocorrência de tensões e disputas entre a equipe de AD e a filha que reside em outra cidade. Esta ruptura floresceu desde o início do processo da avaliação para a admissão no SAD. Nessa visita, estavam presentes cinco profissionais, o que reforça a presença da instituição presente no lar do usuário e envoltos pela disputa do projeto terapêutico.

A equipe, durante a assistência, atua com orientações, instruções sobre a forma de conduzir o cuidado com o paciente. Devido à sondagem, o paciente só poderia fazer uso de dieta pastosa, de líquido espessante com pouco volume, dieta batida com consistência de patê. Mas a filha diz que deu líquido porque a nutricionista autorizou e porque o paciente não negou, pois estava gostando. Verifica-se, neste caso, que a cuidadora abandonou as condutas estabelecidas pelos profissionais, em parte pelo desconhecimento da diferença das competências das profissionais da fonoaudióloga e da nutricionista.

Para a cuidadora, a liberação ou afirmação de uma profissional sobre a alimentação do paciente daria aval para a realização procedimento por completo e não apenas o que se refere à parte nutricional. Separar aspectos nutricionais e funcionais estão para além do conhecimento técnico-científico da cuidadora. O que ela sabe, e que sustenta a sua verdade, é que o paciente precisa e tem desejo de comer.

Frente a isso, na perspectiva dos profissionais, são escassos os conhecimentos técnicos-assistenciais por parte da família. Por isso, explicam as diferença entre as categorias profissionais e orientam a cuidadora quanto à conduta correta. Esta relação profissional, cuidador, está pautada no mecanismo normativo, em que há uma espécie de ordem, regras de pactuação que se estabelecem desde o momento da admissão. Verifica-se uma tensão na relação entre cuidadora e profissionais. Para este embate, os profissionais utilizam como táticas as explicações e orientações, tendo como mecanismo o poder normativo através dos protocolos, nos instantes de questionamento ou desordem aos comandos.

Quando o cuidador/família assume a inclusão no SAD, existe uma restrição da capacidade de decidir por si mesmo, ou seja, a redução da autonomia tanto do paciente como da família. Mas a cuidadora, na sua posição de contrapoder contesta as orientações e a estrutura do programa e faz afirmações quanto à competência e posição da rede de saúde em

que se encontra o programa. A cuidadora produz reivindicação, atuando com resistência ao exercício do saber técnico científico dos profissionais da saúde. Assim “[...] o direito de dizer não ao saber médico, e não a exigência do que o saber médico seja exercido” (FOUCAULT, 1979, p.183) é uma forma de poder, que resiste.

Os profissionais rebatem, quando suas orientações são postas em dúvida, esclarecendo que não fazem parte do serviço de urgência e emergência e que admitem apenas pacientes estáveis clinicamente, mas que não possuem autonomia para realizar os cuidados sozinhos, por isso, a necessidade de um cuidador. Desta forma, os cuidadores deveriam atuar conforme orientado pela equipe. Neste momento, a equipe torna a se apoiar nos princípios normativos que regem a admissão do paciente e permanência do paciente no programa.

Neste encontro, a equipe tenta trabalhar com a escuta do cuidador, mas ainda prevalece a tentativa de fazer com que a filha/cuidadora cumpra o plano de cuidado elaborado por eles. Isso faz com que se estabeleça uma lacuna nessa abertura para com a cuidadora, onde a equipe apresenta um saber técnico-científico, focado na doença, enquanto a cuidadora possui um olhar de filha que direciona para o paciente, acarretando em distintos planos de cuidado (CARVALHO, 2009).

Para Feuerwerker (2005), os profissionais da saúde têm autonomia para operar um cuidado-cuidador, sustentados numa proposta ética e política para o cuidado em saúde. Esse trabalho relacional caracteriza o trabalho vivo em saúde, que vem desta liberdade de atuar, de fazer, de produzir relações de diferentes potências (FEUERWERKER, 2005).

O atendimento no domicílio apresenta o novo agente, o familiar/cuidador, e este agente é cobrado pela equipe quanto às condutas a serem realizadas e ao seu desempenho técnico. No entanto, ainda se verifica que a equipe se sustenta no saber técnico-científico e o do cuidador, por sua vez, atenta-se para os desejos do usuário. Essa distinção propicia várias disputas, com conflitos entre esses atores (CARVALHO, 2009).

Carvalho (2009) aponta que a existência dessa disputa não pressupõe necessariamente um conflito, ao contrário. Ela pode propiciar melhorias no processo do trabalho desenvolvido pela equipe, estabelecendo a plena produção do cuidado na construção de uma nova forma de produzir o cuidado. Para isso, é preciso o olhar holístico que se desapegue dos procedimentos rígidos e estáticos estabelecidos pelo programa e se atente à compreensão, valorização e respeito pelas atitudes do cuidador para com o paciente. Ele atua como parceiro durante as condutas a serem realizadas com o usuário.

#### 4.13 Caso 13: “Precisamos de uma pessoa que se responsabilize por você”

Na primeira visita ao paciente B7, estavam presentes a enfermeira (PB1), dois técnicos de enfermagem (PB5) (PB6), a assistente social (PB10) e a médica (PB3). A visita tinha como objetivo avaliar se o paciente atende aos critérios de inclusão estabelecidos pelo programa, mas o paciente não se encontrava no domicílio.

O homem sentado do outro lado da rua diz: “Ele saiu”.

— “Saiu?”, indagou PB3.

— “Saiu, na cadeira de rodas, um cara foi empurrando-o” (Nota Observacional, 1ª visita, B7, 27-04-2015, p.46).

O paciente é adulto, com paraplegia decorrente de um acidente com arma de fogo. Adquiriu síndrome de *fournier* quando estava no hospital. Para tratar esta síndrome, realizou curativos com propriedades antibióticas e uso oral de antibióticos.

No dia posterior, foi realizada uma nova tentativa de admissão ao paciente. Estavam presentes a assistente social (PB10), enfermeira (PB2) e duas técnicas de enfermagem. (PB5) (PB6).

Ao tocar a campainha, o paciente abre a porta. O domicílio é simples, organizado, sem piso e sem pintura. A residência possui um estúdio de tatuagem, com computador, desenhos na mesa e na parede. Um dos desenhos dizia “Cocaína Sirva-se”. Depois deste cômodo, tinha um pequeno banheiro e, seguidamente, uma cama ao lado a cozinha. Não possuía divisórias e portas entre os cômodos.

Os profissionais não adentram à casa, ficam entre o banheiro e o estúdio de tatuagem. De imediato, o paciente pergunta se irá realizar a troca do curativo. A assistente social explica que se faz necessária a avaliação da ferida para os devidos registros e indaga-o se verifica algum problema nisso. O paciente diz que não.

O paciente mora sozinho. Aprendeu a realizar os próprios cuidados. Como não possui uma pessoa/cuidador que o ajude, aprendeu a viver de maneira independente. No entanto, compreende a sua condição de saúde e a importância e necessidade de manter os cuidados.

Como o paciente passa a maior parte dia na cadeira de rodas, isso contribui para redução da efetividade da terapia, devido a maior demora da cicatrização, decorrente do aumento da pressão no local.

— PB10: “Quem mora com você?”.

— P7: “Moro sozinho”.

- PB10: “Quem te troca?”.
- P7: “Eu”.
- PB10: “Você toma banho sozinho?”, indaga a assistente social.
- PB2: “Você tem algum parente?”, indaga a enfermeira.
- P7: “Possuo, mas que moram em outros bairros”.
- PB10: “Precisamos de uma pessoa que se responsabilize por você”.
- P7: “Posso arrumar um vizinho, que é igual irmão, mas ele não iria me ajudar, seria só para emprestar a assinatura, para assinar o termo de admissão como o cuidador responsável”.
- PB2: “Como você se troca?”.
- P7: “Faço tudo sozinho [...]. Eu aprendi a fazer tudo, porque eu ficava lá à disposição no hospital. Eu indaguei aos profissionais do hospital quanto custava os produtos que eles usavam. Eles responderam que custava uns 20 reais. Pensei: não preciso disso. Posso fazer sozinho, melhor do que ficar lá esperando”
- PB10: ”Se eu te falar que preciso da presença de um cuidador para poder participar do programa?”.
- P7: “Eu não quero, então. Eu sei que vocês vão querer que eu fique aqui à disposição, esperando vocês, e eu não posso. Meu vizinho foi atendido e eu sei que vocês não agendam visita. Eu teria que ficar esperando, à disposição de vocês” (Nota Observacional, 2ª visita, B7, 28-04-2015, p.52).

No relato do paciente, verifica-se o conhecimento adquirido quanto às possíveis condutas assistenciais a serem realizadas. No ponto de vista do usuário, a longa espera para a realização de um procedimento ou tratamento tido como o serviço simples ou normal está relacionada à impossibilidade de execução por categorias profissionais não médicas.

- B7: “Tive que ficar esperando no hospital o urologista. A enfermeira não poderia trocar, então, eu tinha que ficar esperando, pois o meu caso não era urgência. Eu fui lá e retirei, chamei a enfermeira e ela ficou impressionada. Me perguntou se havia puxado, arrancado. Eu disse não, e expliquei o que fiz para poder retirar o ‘cano’. Ai eles me levaram, ai virou urgência”.
- PB2: “Não podemos passar por cima, temos que respeitar a área e a responsabilidade de cada um” (Nota Observacional, 2ª visita, B7, 28-04-2015, p.52).

Depois de relatar a história do hospital, o paciente demonstra querer ser atendido pelo programa, por isso, tenta convencer os profissionais que consegue realizar os cuidados predeterminados, mesmo com a ausência de um cuidador. A equipe, no entanto, não aceita esta opção, mas a enfermeira diz que irá dar um tempo para o paciente pensar se deseja ter atendimento pelo SAD, considerando que se faz necessário a presença de um cuidador.

- B7: “Eu te dou a minha palavra que eu consigo, sozinho, cuidar da minha assepsia”.
- PB2: “Eu acredito, mas o programa exige um cuidador. Não posso fazer as coisas erradas, pois, depois, tenho que responder por isso. Mas caso você mude de opinião e tenha um cuidador,, nos voltamos” (Nota Observacional, 2ª visita, B7, 28-04-2015, p.52).

Em entrevista, a assistente social reforça o que foi observado quanto à busca de usuários que querem mostrar a sua aptidão para gerir sua própria vida, valendo-se de seus próprios meios, vontades e/ou princípios, mesmo sabendo que necessitam do atendimento ofertado pelo SAD.

[...] a gente tem paciente que não aceita o atendimento da equipe, não acha, acha que, mesmo precisando do atendimento, não dá o braço a torcer, ele quer a autonomia mesmo dele. Ele quer a independência dele mesmo e a gente respeita isso. Isso vai da vontade do paciente, vai da vontade do cuidador (Entrevista PB2).

Dias depois, o paciente entra em contato com a equipe do SAD, informa que repensou e que gostaria de ser atendido pelo programa. Os profissionais, após esse contato, realizam a visita, mas o mesmo não se encontrava no domicílio. Os profissionais decidem em conjunto, que a assistente social irá realizar uma ligação para reforçar quais são os critérios do programa. Caso o paciente decida cumprir as normas do programa a equipe realizaria uma nova visita.

A enfermeira (PB2) desce, toca a campainha e chama, mas ninguém atende. Uma pessoa na loja ao lado diz que o paciente não se encontra. [...]

— Médica (PB3): “Na primeira visita, o paciente não estava, a segunda disse que não quer entrar no programa e a terceira não se encontra novamente”.

— Assistente social (PB10): “Eu acho que não vai dar certo porque ele não tem cuidador, não faz a cistostomia na UPA e não para em casa”.

— PB3: “Precisamos discutir este caso”.

— PB10: “Vamos fazer o primeiro contato por telefone e dizer os critérios, para saber se ele aceita Depois voltaremos à casa dele”.

Os profissionais apóiam a ideia.

PB3: “Isso será bom, até para a nossa segurança” (Nota Observacional, 3ª visita, B7, 04-05-2015, p.61).

Após o contato com o paciente (B7), a equipe senta para discutir o caso. Neste dia, estavam presentes, na sala da equipe, a assistente social (PB10), a médica (PB3) e duas técnicas (PB5) e (PB9). Posteriormente, a enfermeira chega. A assistente social comunica que o paciente considerou melhor ser acompanhado pelo programa, após conversa com a profissional do centro de especialidade. Pediu desculpas pela forma como recebeu a equipe na visita no domicílio e disse que estava disposto a realizar a troca da cobertura semanalmente na UPA. O paciente explicou como realiza as trocas das feridas e explica os pontos que dificultam a existência do cuidador.

— PB10: “Como você realiza a troca da cobertura da ferida?”.

— B7: “Depois do banho, eu lavo bem lavado e coloco um espelho para conseguir fazer esta troca”.

- PB10: “você teria um cuidador?”.
- B7: “Não tem ninguém, eu faço as coisas sem ajuda de ninguém. Não tenho uma boa relação com a minha mãe desde novo”.
- PB10: “Tem a possibilidade de contratar alguém?”.
- B7: “Agora não teria como, recebo um salário mínimo, mas daqui a pouco posso ter, porque voltei a fazer tatuagem” (Nota Observacional, discussão do caso, B7, 12-05-2015, p.75).

Nessa discussão do caso do paciente, percebe-se que existe a preocupação, inquietação e a responsabilidade da equipe. Ao mesmo tempo, existem as normas. Desta forma os profissionais se organizam em uma discussão em equipe para verificarem como poderiam atender ao paciente, como sujeito portador de necessidades. Mas a equipe fica inquieta em admitir o paciente, a “insegurança” a que o submetem frente a ausência do cuidador.

- PB2: “Eu fico me questionando, pois ele foi bem direto naquela visita ao dizer que não queria o programa e, de repente, ele muda de opinião. Fiquei me questionando o que fez ele repensar assim.
  - PB10: “Ele sempre foi independente, ele sempre resolveu as próprias coisas dele. Mas ele repensou e viu o que seria melhor para ele. O paciente, às vezes, age por impulso”.
  - PB3: “O fato dele não estar em casa, nós podemos até nos organizar para atender. O que me preocupa é que vamos assumir uma causa que não irá evoluir se ele não tiver um cuidador para fazer as coisas e ele ficar lá deitado”.
- “Vamos conversar com o paciente pessoalmente para ver. Agora, com relação à situação do cuidador, pois se ele mudou de opinião, quem sabe ele não repensa na possibilidade de alguém cuidar dele. É muito difícil você ficar indo na UPA de 15 em 15 dias e ficar lá por conta”, propõe PB10.
- PB2: “Eu imagino que seja difícil, mas precisa ter um respeito. Cada profissional tem as suas atribuições e isso precisa ser respeitado” (Nota Observacional, discussão do caso B7, 12-05-2015, p.75).

A situação do paciente (B7) perpassa por vários acontecimentos. De início, a questão sócio-cultural do paciente é um dos pontos que geraram insegurança por parte dos profissionais na visita de admissão. As técnicas ficam receosas de realizarem visitas sozinhas no final de semana, tanto pela localidade, quanto pelo estilo de vida que foi verificado durante o primeiro encontro.

Posteriormente, existe a recusa por parte do paciente ao atendimento fornecido pelo programa, devido à exigência da presença do cuidador e da necessidade de ficar disponível, uma vez que a equipe não agenda as datas e horários de realização do atendimento. Desta forma, três fatores são culminantes para a não adesão do paciente ao programa: a ausência de um horário predeterminado ou fixo para realizar os atendimentos; a ausência de um cuidador em tempo integral; e o receio da ruptura do regimento, das orientações estabelecidas pelos profissionais.

Em contextos de liberdade, o paciente utiliza como tática o diálogo pelo o que luta. Nesse sentido, ele conversa, explica, argumenta e questiona para convencer a equipe e obter a assistência. O mecanismo está, então, pautado no conhecimento sobre a própria vida e sua capacidade de gestão de si. Dessa forma, o discurso está pautado na resistência expressa na recusa de possuir um cuidador.

Ao longo da sua trajetória, o paciente aprendeu cuidar de si. Essa conduta estabelece um projeto de independência acerca da constituição e do funcionamento do seu corpo e que ele utiliza como forma de resistência ao assujeitamento do olhar clínico e aos comandos dos profissionais. O cuidar de si durante toda a vida caracteriza-se como um princípio de formação do sujeito, ocupando um lugar de sujeito de ação, no qual este passa a exercer uma relação singular, de agente de si (FOUCAULT, 1985).

Do outro lado, os profissionais, para se manterem na posição de poder, oferecem um tempo para a reflexão do paciente sobre a adesão ao programa. No entanto, reforçam a exigência do programa quanto a presença de um cuidador. O embasamento está no mecanismo da normalização para reforçar a impossibilidade de realizar ações fora das regras, pois serão responsabilizados por tais ações e decisão. Isso é apontado no estudo de Pereira *et al.* (2005) como um problema a ser enfrentado na atenção domiciliar (AD). A AD é definida pelos atores do nível central e que estabelecem as normas dos critérios de inclusão e exclusão, além dos procedimentos que serão realizados no domicílio. Isso despotencializa a necessária produção singular do cuidado para o trabalho vivo em ato. Principalmente quando se trata de um sujeito autônomo que possui o conhecimento sobre a própria vida e sua capacidade de gestão de si. Nesses casos, passa a ser mais efetivo o controle pela estimulação do que o controle repressão, pois este sujeito analisa por um olhar próprio e autônomo (FOUCAULT, 1985).

Os achados permitem analisar a dualidade presente nas posições de manutenção e desvinculação do arenoso terreno das políticas de (des)subjetivação expressas nas condutas e regras a serem seguidas pelos cuidadores e profissionais. Nesse processo, quem tenta burlar as ordens e criar rotas de fugas aos comandos é penalizado, construindo um processo de vigilância e punição (FOUCAULT, 2005). Nesse caso, os usuários têm como punição a restrição do atendimento pelo programa e os profissionais a penalização pelo não cumprimento as normas estabelecidas. Mas, se o paciente tem possibilidades de cuidar de si, o porque não captá-lo? Esta dificuldade está relacionada à impotência da equipe de desvincular do terreno arenoso da normalização, das regras que regem o programa.

Mas as possibilidades de resistência que o poder produz vão além da constituição do sujeito de direitos, perpassa pelo sujeito de desejos. Foucault, (2012), alerta que “O controle contínuo dos indivíduos conduz a uma ampliação do saber sobre eles, que produz hábitos de vida refinados e superiores”.

Nessa situação com o paciente B7, é possível compreender o efeito transitório do acontecimento que libera forças de diferentes tipos. Assim, os acontecimentos revelam, sempre aberto, um processo em construção.

#### **4.14 Caso 14: “A quem pertence o prontuário?”**

A paciente (A2) possui 84 anos, reside sozinha e tem como cuidadora principal a filha. Na primeira visita à paciente (24/02/2015), estavam presentes a enfermeira (PA1), duas técnicas de enfermagem (PA5) e (PA7) e a assistente social (PA9).

O portão da casa da paciente possui um trinco na parte interior, mas permite o acesso da equipe mesmo sem a presença do cuidador ou a necessidade da paciente se deslocar até o portão.

A filha mora na parte dos fundos do lote. A primeira parte da casa possui a sala de estar, composta por sofás, uma cadeira, uma estante com o telefone e alguns enfeites. Após a sala, há um corredor onde se localiza o banheiro, em seguida, encontra-se a cozinha e, ao lado, está o quarto da paciente.

Algumas visitas são realizadas no quarto. Nestas, a pesquisadora optou por ficar observando as cenas do lado de fora, de frente para a porta, enquanto os profissionais realizavam a limpeza da ferida e as aferições dos dados vitais.

A paciente A2 foi acompanhada durante cinco visitas. Nas quatro primeiras visitas, os profissionais informaram sobre a necessidade do cuidador em tempo integral, decorrente das condições da paciente: pouca visão e amputação do pé, estando, assim, impossibilitada de colocar o pé no chão. “A cuidadora (CA1) diz: ‘cheguei agora estava levando o filho para a escola’. A enfermeira pergunta (PA1): ‘ela está andando?’. CA2: ‘um pouco’. PA1: ‘em hipótese alguma ela pode colocar o pé no chão’.” (Nota Observacional, 1ª visita, A2, 24-02-2015, p.37).

A cuidadora principal (CA2) menciona não ter condições de acompanhar a paciente em tempo integral. A tarefa de cuidar é árdua e de grande responsabilidade. Por isso, centralizar o cuidado em um único cuidador fica penoso. Verifica-se, no entanto, a dificuldade em encontrar um cuidador para dormir com a paciente.

- CA2: “Precisa ocorrer o revezamento do cuidado da minha mãe. Quando falo isso, os parentes ficam nervosos, dizem que não podem assumir o cuidado, pois trabalham [...]. A minha irmã trabalha de sete da manhã às sete da noite”.
- [...]
- Cuidadora pede: “Poderia marcar uma reunião com todos para conversarmos sobre a situação?”.
- PA1: “Sei que você não dá conta sozinha da assistência, mas precisa de uma cuidadora 24 horas por dia. Isso é exigência do programa, uma cuidadora em tempo integral” (Nota Observacional, 1ª visita, A2, 24-02-2015, p.37).

Devido à dificuldade quanto a questão da presença de um cuidador em tempo integral, a enfermeira agendou a segunda visita conforme escala da assistente social. A assistente social tenta, juntamente com a equipe, encontrar uma solução para o caso, para não desvincular a paciente. Durante o diálogo, verificou-se alguns dos fatores que dificultaram o enfrentamento da situação. Um dos pontos foi à sobrecarga da cuidadora decorrente da ausência da divisão das atividades com outros membros da família.

- PA9: “A paciente não pode ficar sozinha, sei que para uma pessoa fica pesado, é preciso olhar a possibilidade de ficar revezando”.
- CA2: “Fico o dia todo, até duas da manhã. Depois disso, eu não dou conta. Preciso dormir para acordar cedo e levar os meus filhos para estudar. Às vezes, acordo de madrugada para olhar a minha mãe”.
- [...]
- PA9: “Como tinha explicado no início, ela precisa de um cuidador. Ela não pode ficar só e deve seguir as orientações do programa, para que a paciente não seja desligada do programa. O que a família poderia estar fazendo nesta situação? Você não pode levar para a sua casa?”
- CA2: “Não pode. Tem rampa. Não tem como descer. Nem cadeira de roda entra. São dois cômodos”.
- O neto diz: “Na minha casa também não, lá eles estão reformando, agora não tem condições” (Nota Observacional, 2ª visita, A2, 03-03-2015, p.70).

A enfermeira e a assistente social, durante a visita, conversam com a cuidadora para que não ocorra o desligamento da paciente, esclarecendo que a regra mais rigorosa do programa refere-se à necessidade de um cuidador em tempo integral. Os cuidadores, filha e neto, justificam que a paciente fica acompanhada o tempo todo, sempre possui alguém cuidando dela e, caso precise ficar só, é uma questão de poucas horas.

- Neto: “Este é um dos critérios de desligamento?”.
- PA1: “É um dos. É um critério de exclusão, está no termo que foi assinado”.
- [...]
- Assistente social (PA9): “Quem está dormindo com a paciente e com quem ela fica quando a cuidadora precisa sair?”.
- Neto: “Eles ligam para mim, se ela fica sozinha é questões de horas”.
- PA9: “Entendi...Vou dar uma semana para vocês se organizarem, para que a paciente não fique sozinha”.

[...]

Para ajudar a assistente social, a enfermeira (PA1) indaga: “Existe a possibilidade de revezarem entre os filhos, neto, genro?”.

Após a conversa, os cuidadores decidem que será realizado o revezamento entre as duas filhas, o neto e o genro (Nota Observacional, 2ª visita, A2, 03-03-2015, p.70).

Na terceira visita, a cuidadora principal informa que estava sendo realizado o revezamento. No entanto, na visita subsequente, verifica através do relato da paciente, o não cumprimento do acordo.

A enfermeira (PA1) bate no portão. Como ninguém atende, a equipe entra. No domicílio [...]

A paciente (A2) vem andando lentamente de bengala.

— PA1: “Tem alguém cuidando de você agora?”.

— A2: “Estou sozinha. Ninguém esta dormindo comigo, só Deus [...] eu prefiro assim, do que ficarem me xingando”.

— PA2 (médico): “É pior isso, do que te desligar do programa, né”.

— A2: “Se desligar, eu que ficarei prejudicada” (Nota Observacional 4ª visita, A2, 16-03-2015, p.107).

Foi averiguada também, como problema, a carência da continuidade das orientações transmitidas pelos profissionais, o que comprometia a evolução do tratamento. Em entrevista, a profissional PA1 menciona a importância da confiança e do seguimento das orientações.

[...] eles têm que ter confiança na gente e a gente tem que ter confiança neles, pra poder fazer um trabalho bem feito. Então, as vezes, por algum motivo, isso pode ser, não digo quebrado, mas pode ser desgastado por alguma coisa. Às vezes, quando o cuidador ou paciente não estão seguindo as nossas orientações, a gente pode ter uma certa dificuldade, mas ai a gente tenta com diálogo resolver né, por toda a equipe, todo mundo falando a mesma coisa (Entrevista PA1).

A questão relatada na entrevista também é verificada durante as visitas. A paciente é diabética, a amputação do pé ocorreu pela alteração da glicose, a visão da paciente já estava comprometida. A não administração da medicação nos horários corretos proporcionava o descompensar da glicemia. Esses fatores contribuíam para o retardo da cicatrização.

— PA2: “Quem aplica a insulina de tarde?”.

— A2: “É a cuidadora principal (CA2)”.

— PA2: “De manhã, está aplicando no horário certo?”.

— A2: “A insulina é dada às 20 horas”.

O médico olha para o papel da prescrição e faz um sinal negativo com a cabeça.

— PA2: “O remédio deve ser tomado às 16 e não às 20” (Nota Observacional, 4ª visita, A2, 16-03-2015, p.107).

Certifica-se ainda que exista a dificuldade de relacionamento entre paciente e cuidadora. A paciente reporta, em dois momentos, insatisfação quanto às ações da cuidadora: “Ela fala que é para eu voltar para o hospital” (Nota Observacional – visita 1, A2, 24-02-2015, p.37). Nessa primeira fala, a cuidadora encontrava-se presente e explica que faz isso devido às extravagâncias da paciente. Na segunda vez, a paciente encontra-se sozinha no domicílio.

Prefiro ficar só do que ficar escutando reclamações e xingos, dizendo que tem família para cuidar, que ela não recebe para ficar ali e que, por isso, ela precisa de um trabalho. Assim, eu prefiro ficar sozinha do que ter amolação, com as pessoas me perturbando (Nota Observacional, 4ª visita, A2, 16-03-2015, p.107).

A quinta visita ocorreu para comunicar à paciente e à cuidadora sobre o desligamento do programa derivado das circunstâncias de ausência de um cuidador em tempo integral e do descumprimento quanto às orientações transmitidas e das exigências do programa.

Estavam presentes nesta visita, a enfermeira e assistente social. A enfermeira explica que ela será atendida pela UBS e que será mantido o acompanhamento normalmente do especialista da vascular. A cuidadora, até esse momento, não questiona a conduta e não apresenta insatisfeita com o desligamento.

Os profissionais batem no portão e a cuidadora atende os profissionais.

— “É a questão sobre o cuidador?”, indaga a cuidadora (CA2).

A enfermeira não responde.

A paciente começa a sair do quarto em direção à sala.

— CA2 para a paciente (A2): “Eles não vão fazer a limpeza da ferida, eles vieram olhar a questão do cuidador”.

A assistente social (PA9) inicia explicando: “Desde a primeira visita que a família é orientada sobre a necessidade de um cuidador em tempo integral. Todas as visitas foram reforçadas, nós demos um tempo para a família se organizar. Fizemos contato com a família, mas nada disso resolveu. Temos que seguir as orientações do programa, se não a equipe poderá ser prejudicada. Além disso, a evolução da paciente está boa e o caso dela pode ser acompanhado pela UBS”.

— CA2: “Eu estou fazendo a minha parte, fico aqui até as 2 da manhã, não posso fazer mais do que isso, mas, se quiser desligar, pode desligar”.

A enfermeira senta no sofá e faz o pedido de encaminhamento para a UBS.

— CA2: “O médico vai continuar vindo aqui?”.

— PA1: “Não. O médico é do programa e, como a paciente está sendo desligada, ela não terá mais a visita do médico. Mas estou fazendo um encaminhamento para a UBS. Desta forma, as visitas são realizadas por eles, as pomadas devem ser solicitadas no posto” (Nota Observacional, 5ª visita, A2, 17-03-2015, p.114).

Nesta cena, quando a enfermeira (PA1) pede a pasta do prontuário da paciente e diz que irá deixá-lo na UBS, a cuidadora fica nervosa. A cuidadora (CA2) diz querer tirar uma cópia do prontuário, mas a enfermeira informa que, por meio das normas do programa, não é

permitido a entrega do prontuário para a família. A cuidadora continua exigindo o prontuário, para isso, altera a voz e segura a enfermeira. Faz-se necessário a presença do motorista para separar a cuidadora e a enfermeira.

- PA1: “Preciso da pasta da paciente”.
- A cuidadora entrega.
- PA1: “Vou deixar esta pasta no posto”.
- CA2: “Eu quero a pasta, quero tirar xerox”.
- PA1, sentada, diz: “Não pode, ela será deixada na UBS e a hora que ela quiser, ela pode ir lá ver”.
- CA2 fica nervosa, altera a voz e diz: “Não destratei ninguém na minha casa. Estou pedindo para poder tirar xerox, pois, no posto, eles não deixam tirar”.
- A enfermeira levanta.
- CA2 fica mais alterada: “Não destratei ninguém na casa, eu só estou pedindo para tirar xerox”.
- PA1: “Não pode! É norma do programa”. Levanta e vai em direção à saída.
- A cuidadora tenta arrancar a pasta da mão da enfermeira.
- PA1 diz em tom ríspido: “Me respeita, já disse que você não pode ficar com o prontuário”.
- Aproximo da cuidadora e coloco a mão no ombro da mesma, ela grita, empurra a minha mão e diz, “TIRA A MÃO DE MIM”. Peço desculpa e explico que ela terá acesso ao prontuário na UBS.
- CA2: “Eles não deixa os profissionais sairem”.
- A cuidadora grita varias vezes pedindo o prontuário.
- CA2: “Vocês anotam as coisas, eu assino e depois querem levar os papeis?”.
- A cuidadora dá um grito mais alto e a paciente (A2) levanta e tenta se locomover até a sala.
- CA2 diz: “VOLTA PARA O QUARTO, NÃO SAI DAI, ESTOU FALANDO SERIO”.
- Paciente (A2): “Liga para o meu neto, não precisa disso” (paciente anda em direção à sala).
- A enfermeira tenta sair.
- CA2 grita: “VOCÊS NÃO VÃO SAIR DAQUI. Olha o que vocês fizeram com a minha mãe”.
- Saio da casa e chamo o motorista. Ele entra na casa e tenta soltar a cuidadora que está segurando a enfermeira. A cuidadora empurra o motorista. A enfermeira, com isso, consegue sair da casa e vai direto para dentro do carro do programa (Nota Observacional, 5ª visita, A2, 17-03-2015, p.114).

Quando os profissionais entram no carro do programa, o neto da paciente chega. A assistente social relata o ocorrido sobre o prontuário. Enquanto isso, a cuidadora permanece a gritar, mas agora na rua. Após a fala do neto da paciente (A2), ocorre a análise do termo de adesão. Verifica-se que não consta, no termo assinado, a exigência da presença em tempo integral. Apresenta apenas a necessidade de um cuidador, maior de 18 anos e que o cuidador será treinado para realizar as atividades básicas assistenciais ao paciente.

- Neto: “A minha avó está sendo desligada porque a tia se alterou?”.
- [...]

- Depois, o neto complementa: “Pela resolução de 2011, o paciente tem direito a ter acesso ao prontuário e no termo não consta a exigência de um cuidador em tempo integral”.
  - CA2: “É o meu nome que esta nos documentos”.
- PA9 liga para a coordenação que libera a cópia do prontuário. A assistente social retira as folhas do prontuário e entrega para ao neto. A cuidadora pega e verifica se as folhas que ela assinou constam lá (Nota Observacional, 5ª visita, A2, 17-03-2015, p.114).

Na situação relatada, verifica-se que a ruptura da atenção ocorreu em diversos momentos, por meio de experiências que expuseram a vulnerabilidade. Nessas cenas, foi possível captar relações de poder emanadas pelo paciente, cuidador e profissional.

O principal ponto dessa situação refere-se à presença do cuidador em tempo integral. É possível perceber que a exigência deste cuidador gera embates na relação e ocasiona a interdição do cuidado. Os profissionais usam como tática o diálogo e a busca de soluções e alternativas para sanar essa questão. Verificam a possibilidade de a paciente ir para a residência de um dos filhos. No entanto, eles se ausentam, dizendo que não possuem estrutura para receber a paciente.

Durante as visitas, é possível perceber que a cuidadora se sente extremamente cobrada pela equipe, no que se refere à presença em tempo integral e aos cuidados assistenciais com a paciente. Isso acarreta uma estafa. Ela não possui apoio da família no que diz respeito ao revezamento do cuidado assistencial, possui uma jornada dupla, pois precisa cuidar do seu lar e filhos e não recebe para realizar os cuidados assistenciais. Problematizando este discurso da cuidadora, é possível compreender seus efeitos em termos de subjetivação. A cuidadora subjetiva pela sujeição a si mesmo, pela ação moral de si sobre si. Esta ação moral que não se distingue das ações morais a qual o sujeito é submetido no entremear das relações estabelecidas com os outros. Dessa forma, o obriga a assumir determinados comportamentos pela sujeição a determinadas verdades. (CASTRO, 2009).

Quanto às atividades do cuidador, é possível, no estudo de Fonseca (2007), captar pontos que corroboram para a dificuldade do cuidado integral. Realizar os cuidados no período noturno, tendo em vista a necessidade de descanso do cuidador, aumenta ainda mais o desgaste físico e mental do cuidador (FONSECA, 2007; VIEIRA *et al.*, 2011).

A cuidadora informa que realiza o combinado, o revezamento entre os membros familiares para dormirem com a paciente, apesar de o mesmo não ser verdadeiro. Apesar da equipe não estar presente em tempo integral, ela possui outras estratégias de controle, através do mecanismo de vigilância.

O poder emana de quem controla e comanda as normas. São realizadas incontáveis estratégias para manter a ordem. Como demonstrado com a vigilância, que, ao mesmo tempo em que domestica os corpos e mente, produz saber. É graças à vigilância que o poder disciplinar se torna um sistema integrado, uma vez que o poder se faz presente de forma múltipla, automática e anônima (FOUCAULT, 2005). Através desse mecanismo, pode-se realizar visitas nas quais a paciente encontrava-se sozinha e, em outro momento, a própria paciente informa que não está sendo cumprido o combinado.

Os cuidadores criaram, assim, rotas de fugas e subterfúgios para a permanência da assistência. Essa rota de fuga refere-se à resistência quanto aos comandos solicitados, que surgem para fins de defesa e reação através de estratégias que invertam a situação (FOUCAULT, 2012), esquivando-se dos comandos, do determinado.

Outro mecanismo que a equipe possui refere-se ao poder normativo do prontuário, que contém informações sobre as visitas e sobre a paciente. Quando a enfermeira informa que o prontuário será encaminhado para a unidade de referência da paciente, a cuidadora solicita a cópia. As informações que a cuidadora queria estão relacionadas ao termo assinado como responsável pelo cuidado da paciente no domicílio.

As estratégias utilizadas para conseguir deter a cópia do prontuário estão relacionadas à violência e dominação, expressas no discurso “Entra na minha casa, anota as coisas, eu assino e depois querem levar os papéis?”. A cuidadora também diz que a enfermeira desestabilizou a paciente, deixando-a nervosa devido à situação, fazendo, assim, o uso de chantagem emocional. Por fim, o outro cuidador chega e utiliza também o conhecimento do direito, como forma de ganhar o embate, informando que a lei permite que o usuário tenha acesso à cópia do prontuário.

A enfermeira, por sua vez, se apóia no do discurso normativo, na regulação do programa e na sua posição como enfermeira. Informa que a cuidadora terá acesso ao prontuário na unidade básica de saúde, mas que não é permitida à cópia. Mesmo com o embasamento na lei pelo cuidador, a enfermeira só entrega o prontuário para que se realize uma cópia, a partir do momento que o coordenador autoriza.

A expressão do poder pela cuidadora foi constituída pelo que Foucault denomina de tensão na relação de forças, pela coerção. Existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e estas se encontram diluídas em toda a extensão do corpo social. Essas relações não se dissociam, não se estabelecem e não funcionam sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso (FOUCAULT, 2000).

Na cena analisada, o prontuário representa a ruptura, um novo acontecimento que estabelece a descontinuidade entre os momentos anteriores e o futuro, onde ocorreu a reestruturação do termo de compromisso, que passa a reportar a relevância e o impacto no aspecto cuidador em tempo integral. Um acontecimento é signo de uma disposição moral da humanidade, uma “[..] virtualidade permanente e que não pode ser esquecida” (FOUCAULT, 1984, p. 110-111).

Esse caso apresenta situações que se referem à tática diálogo e à busca de soluções e alternativas, por parte dos profissionais, tendo como base o mecanismo normativo para justificar a necessidade do cuidador e a vigilância para o controle das ações. O cuidador, por sua vez, utiliza, para isso, a rota de fuga, a resistência a este comando e o discurso técnico-científico, através da lei para apresentar o direito que possui no que diz respeito ao acesso e cópia do prontuário, colocando em xeque o regimento do programa.

Verificam-se diferentes modelagens de cuidado entremeadas neste caso, onde prevalece conversas duras que não contribuem com novas alternativas. A situação do prontuário também tem como mecanismo o embasamento no poder normativo. E a cuidadora, como instrumento, a violência e o conhecimento técnico-científico para contradizer as normas do programa.

## 5 DISCUSSÃO

Os achados deste estudo permitiram constatar que, na atenção domiciliar em saúde, os cuidadores são, em sua maioria, informais, do sexo feminino, com uma escolha que está relacionada a um vínculo parental, disponibilidade e relação afetiva. Outros estudos apontam para este perfil de cuidadores (ROCHA, VIEIRA, SENA; 2008; FREITAS, *et al.* 2011; DIOGO *et al.*, 2005; RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006; BRAZ; CIOSAK, 2009; VIEIRA *et al.*, 2011). A atividade do cuidador é uma tarefa árdua e desgastante, devido à sobrecarga emocional e psicológica. Eles assumem tarefas para além dos cuidados com curativo e auxílio das atividades de vida diária.

Nas cenas e situações analisadas, a presença ou ausência dos cuidadores foi determinante das relações apresentadas e do discurso empregado para indicar a produção ou a interdição do cuidado. Isso porque o discurso está relacionado à forma de vínculo existente entre família/cuidador, paciente e equipe.

Nas cenas, é possível perceber o vínculo de dependência para com a equipe: nos momentos de intercorrências e dúvidas, a equipe é acionada por ligações e indagações. Nessa posição, os profissionais são detentores do poder-saber e os cuidadores se voltam a eles para decidirem sobre as ações de cuidado. Essa relação é sustentada em cooperação e compartilhamento entre os profissionais e cuidadores que detêm o conhecimento sobre a evolução e condições do paciente. Contudo, as disputas também existem na AD e interferem na produção do cuidado. Esse achado se deve ao fato de que o cuidador detém o saber-poder sobre o paciente, o que o fundamenta a realizar as ações que considera mais adequadas.

No entanto, na AD têm demonstrado que nem sempre o comprometimento é pela produção do cuidado, que inclui a plena aplicação do significado de cuidado, que perpassa pelo tratar, curar, cuidar do outro em toda sua dimensão humana, subjetiva e objetiva. Em alguns momentos, parece revelar a interdição do cuidado com o olhar dos profissionais da saúde que ainda remete para a doença com o aprisionamento das lógicas de poderes políticos, técnicos e administrativos (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

A análise realizada neste estudo indica que há casos em que as situações se direcionaram para a produção do cuidado, já em outras transitam mais para a interdição do cuidado, em função das relações estabelecidas entre os personagens das cenas – pacientes, cuidadores, familiares e equipe do SAD.

Os casos, nos quais as situações eram previsíveis, desejáveis e controláveis tensionavam para a produção do cuidado. Nestes casos, as resistências aos comandos da equipe foram menos expressivas e sobressaía o diálogo, a compreensão da realidade e da necessidade da família e do paciente. Existia a aceitação das condutas estabelecidas e orientadas pela equipe, e prevalecia o apoio e envolvimento da equipe com o caso do paciente e com a família.

Por outro lado, nos casos onde a interdição se mostrou mais evidente, foram visíveis os enfrentamentos das condutas e das ordens estabelecidas pela equipe, principalmente no que se referia a presença do cuidador, prestação do cuidado pelo cuidador e diferenças nos projetos terapêuticos com limites da atuação profissional.

Ao atuarem na AD, os profissionais consideram as condições, econômicas, culturais e sociais da família e do cuidador, mas exigem ordem e respeito aos comandos orientados durante a assistência. Para tal, utilizam mecanismos de estímulo, amparo, envolvimento, vigilância e monitoramento, por meio de táticas focadas no controle dos corpos, das ações e na internalização das normas.

A norma foi utilizada como principal mecanismo para manter o poder e o assujeitamento da família/cuidador e usuário. Os profissionais fizeram uso da disciplina através do monitoramento e vigilância, como forma de controle das ordens determinadas. Aqueles que tentaram burlar esta normalização e os comandos disciplinares, por vezes, eram penalizados. No entanto, a família/cuidador e usuário fizeram uso de táticas através de rotas de fuga e subterfúgios para manterem o poder, ou seja, continuarem com o atendimento pela equipe de AD.

**FIGURA 3: Ciclo das estratégias da relação de poder.**



Fonte: Elaborado pela autora.

A relação entre família-cuidador-profissional-paciente é estruturada de forma a moldar os comportamentos, para que os cuidados sejam realizados. Assim, mais do que o conhecimento, os profissionais transmitem as regras de conduta para a realização das atividades. Frente as resistências, são aplicadas ações disciplinares e, se necessário, o castigo, e a punição que se apresenta na exclusão ou na inclusão no programa. No entanto, quando a equipe supera os enfrentamentos das ordens, ou seja, quando se desvincula das normas e regras, é possível estabelecer a produção do cuidado. Frente a esta situação, deve realizar intervenções que visem um olhar para o sujeito cuidador, pois o mesmo possui anseios, desejos e medo, agregando o cuidador como parte do cuidado.

A prática de cuidado no domicílio é atravessada por diferentes discursos e interdiscursos, marcados por distintas relações de poder. As relações de poder captadas apresentam, por vezes, uma forma que leva ao cuidado mais integral e equânime e, por outras vezes, têm como marcas mecanimos e táticas punitivas e cerceadoras.

As relações de poder que estabelecem o cuidado integral foram evidentes na relação entre a equipe, família e paciente, através do esforço na realização das práticas para atender

paciente e cuidador nas suas necessidades e desejos. Mesmo com variações entre os casos e reconhecendo a saturação e o cansaço do cuidador, a equipe procura ser suporte e o apoio para os cuidadores/famílias. Foi considerado cuidado integral quando os cuidadores e profissionais realizavam os cuidados com o foco no paciente. Ao longo da assistência, as ações na produção do cuidado foram para além do atender o biológico, buscando-se olhar o paciente enquanto um sujeito de anseios, desejos e necessidades.

A produção do cuidado integral se revelou sustentada na comunicação horizontal, amigável e criativa, com interação e compartilhamentos de dúvidas, questionamentos e compreensão sobre o caso do paciente. A equipe expressou, em diversos momentos, compaixão ao sofrimento do outro.

Essas atitudes da equipe contribuem para a valorização das atitudes do cuidador e ações de estímulo à evolução do paciente, condição para a produção do cuidado. O agir democrático, com saber-fazer integrado, em um processo de cuidar alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança (PINHEIRO, 2009) é um dos aspectos que definem a produção do cuidado na AD. Nesse sentido, as relações de poder são horizontais, sem centro único e com capacidade de acionar o caráter produtivo das relações que se estabelecem nas cenas de cuidado.

Como parte dessa produção, a equipe constrói as ações baseadas no contexto, na história e no estilo de vida das famílias e pacientes, o que contribui para a inter-relação dos saberes técnico-científico dos profissionais com o saber da base conceitual de vida da família, do paciente e do cuidador. Dessa forma, os cuidadores e usuários são aliados da equipe no processo do cuidado. A aliança implica em cooperação e corresponsabilidade e, nesse contexto, emerge o discurso do convencimento que tem o poder de explicar a importância da sequência das ações, dos procedimentos corretos, das normas e regras do programa. Esse processo, por vezes, é sutil, com informações simples, aproximativas e respeitadas, mas culminam no efeito dócil e útil do poder.

A análise indica que a obediência aos comandos das relações de poder que atravessam essa finalidade está presente na produção do cuidado na AD. Por ser uma relação, pode pender mais para um lado do que para o outro. Quanto maior o desequilíbrio, maior a resistência e luta; quanto maior a estabilidade, maior tendência de relações harmoniosas, igualitárias (MADUREIRA; TRENTINI; RENTINI, 2008).

É importante destacar que não foi evidenciada a polaridade entre relações democráticas e o discurso de obediência. Ambos se entrelaçam e conformam uma relação de

poder que se apresenta com ênfase em sua forma produtiva, com a produção do sujeito como um de seus principais resultados (MADUREIRA; TRENTINI; RENTINI, 2008).

Entremeada nas cenas de cuidado na AD, há uma relação de poder disciplinadora. Existem diversos mecanismos de monitoramento, de rastreamento das ações e condutas que revelam essa lógica. De maneira geral, a aplicação dessas técnicas tem como objetivo a produção de corpos dóceis e úteis. (FOUCAULT, 2005). “Adestrando” as multidões confusas e docilizando os corpos [...]. “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2005, p.143 e 118).

Foucault salienta que a disciplina se faz necessária, devido à liberdades de escolhas e de comportamento. Para isso, a disciplina possui vários intentos e atua de diversas formas, para conseguir superar, restringir estas regalias e opções por regular, moldar em estritas regras para que haja a sobrevivência. (FOUCAULT, 2005). Isso significa adestrar as pessoas para que essas se adequem às normas estabelecidas nas instituições permitindo operar, por meio da vigilância, do estímulo ou da punição (FOUCAULT, 2005).

A análise dos dados indica que as técnicas de controle estão presentes na produção do cuidado na AD e se revelam no constante monitoramento do desempenho/resultado das condições do paciente, no estabelecimento de horários rígidos quanto as medicações, mudança de decúbito, alimentação ou tarefas a serem executadas.

Ao aceitar serem atendidos pelo programa, os pacientes e cuidadores devem cumprir os comandos dos profissionais. Os cuidadores precisam seguir as orientações, transmitir os eventos, eventualidades e receber as informações quanto à forma de conduzir os cuidados.

Assim, o cotidiano das relações, na atenção domiciliar, é marcado pela normalização, para o controle dos corpos individuais e coletivos. As práticas estão centradas na dependência das regras, das ações embasadas nos protocolos, nas diretrizes e na política do programa.

Os profissionais também se rendem às normas, principalmente, no que se refere à exigência de um cuidador em tempo integral e no cumprimento dos fluxos da rede e das divisões das funções e competência de cada categoria profissional. Esses mesmos profissionais são vigiados e punidos quando burlam ou não seguem as normas.

A análise permitiu compreender que a AD apresenta um terreno de dualidades que, por vezes, enfatiza ações de autonomia e, ao mesmo tempo, exige a responsabilização de quem cuida ou de quem recebe o cuidado, punindo-os e culpabilizando-os pelo não cumprimento das orientações e normas. Dessa forma, esta normatização impede ou dificulta a autonomia do modo de vida dos sujeitos. Para Foucault, (2008), a normalização impede a diferenciação dos

indivíduos, atuando, portanto, como um processo que impõe a homogeneidade e estabelece tensão pelo discurso que esta produz.

Outro aspecto que revela a normalização refere-se às categorias profissionais. Existe o ordenamento das condutas, por meio do código de ética, de regimentos, das competências de cada classe profissional, conformando, assim, o que é de responsabilidade de cada ocupação profissional. Nesse sentido, uma categoria não interfere nas ações e competência de outras categorias.

Por vezes, acredita-se ou almeja-se o estabelecimento de prática mais compartilhada, em especial proporcionada pelos dispositivos das reuniões, discussão de caso, atendimento compartilhado, troca de mensagens entre os profissionais. Entretanto, tende-se a verificar a permanência e a prevalência de relações com assimetrias de poder (WENDHAUSEN, 2006), nutrindo relações de desigualdade e discriminatórias (ALMUTAIRI; RONDNEY, 2013)

O fluxo da rede de atendimento do serviço de saúde expressa também a normalização. Os profissionais seguem estritamente o determinado pela rede de atenção para receber, encaminhar ou orientar os usuários. Esta conformação apresenta a normatização de todo o processo de trabalho: para atendimento do SAMU, para entrada em um serviço, para solicitar um pedido de produto, medicamento ou serviço. Isso representa a dependência e a subordinação da ordem do serviço.

No entanto, é possível captar cenas nas quais as barreiras normativas são ultrapassadas. Os indivíduos têm a faculdade de fazerem escolhas e criarem normas para suas vidas, formas de lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos, que sejam mais criativas solidárias e produtoras de movimentos (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004). Assim, são utilizadas técnicas para superar a subjugação dos corpos e o controle da família, bem como táticas para burlar a normalização. Essa possibilidade é expressa pela liberdade própria dos sujeitos que, estando livres, podem afrontar ou não quererem executar os comandos.

Diversos fatores podem estar associados ao movimento de resistência, seja por meio da (in)disciplina (querer ser conduzido de outro modo), conflito movido pela não aceitação de imposições arbitrárias e/ou homogeneizadoras (ser conduzidos por outros condutores, com outras formas e outros métodos) (GUIRADO, 1996).

Essa resistência foi analisada quase na totalidade dos casos. A escolha não ocorre sem implicações, pelo contrário, ela é procedida de sanções, punições ou rupturas das relações estabelecidas. Nesse sentido, a exclusão/alta do programa é um dos aspectos que se destacou como instrumento de punição.

Desta forma, no SAD o cuidador encontra-se sujeito a obrigações e o seu não cumprimento resulta em punição. Na visão foucaultiana, o corpo se apresenta acorrentado no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações (FOUCAULT, 2005). Para a equipe, o cuidador representa o principal elo, se ele é rompido ocorre o comprometimento da qualidade do atendimento e, conseqüentemente, mantém o profissional de saúde refém das condições inadequadas. Por isso, os profissionais visam manter esta ligação, para que não ocorra a piora do paciente ou a desvinculação do paciente do programa. Isso ocorre pelo poder disciplinar e seu mecanismo de vigilância que institui ações de coerção e manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos (SOUSA; MENESES, 2010).

No entanto, o cuidador pode burlar aos comandos, pois os micropoderes perpassam todo o corpo social e podem acarretar transformações, modificações nas condutas dos indivíduos (FOUCAULT, 2005), uma vez que as relações humanas envolvem sempre disputas e jogos de poder (PASSOS, 2008). Nesses processos, se faz necessário considerar que o poder é constituído de ações e reações dos sujeitos ao poder, tendo, assim, a força de alterar essas relações que, por vezes, se sustentam e, às vezes, se contradizem em estruturas múltiplas e complexas (VELOSO; ARAUJO; ALVES, 2012). Assim, o modelo para pensar o poder é o da batalha perpétua, em que todos os adversários podem executar manobras, estratégias, mecanismos dos diferentes pontos em que estão situados (FRANCO; LEMOS, 2013).

Nesse embate, todo e qualquer usuário que se desvia do padrão considerado “normal” acaba pode ser visto pela equipe como problemático. Caso isso aconteça, a equipe pode optar pela sanção do atendimento pelo programa, ainda que procurem assegurar o encaminhamento do paciente para outro ponto da rede. O paciente fica vulnerável a esta situação, sendo, por vezes, penalizado. Para Foucault, os métodos e mecanismos de punição e de coerção têm como objetivo bloquear a intensidade das forças contrárias (FOUCAULT, 2005).

Entrelaçado às praticas de cuidado, verifica-se a expressão de relações de poder sustentadas na religião com discursos que revelam que Deus é quem detém o saber, o conhecimento, as alternativas. Dessa forma, não existem escolhas ou possibilidades de troca dos sujeitos humanos. Nesse caso, o ser humano é efêmero, falível e de poder relativo (TORRESAN, 2007).

A religião, para Foucault, também é capaz de produzir sujeitos, com técnicas que instauram regimes de verdade e nos quais há sujeição dos indivíduos. O exercício relacional do saber/poder também se encontra presente nos discursos religiosos (VALÉRIO, 2004).

A paciente que quer morrer não tem a escolha, quem decide é Deus. Para a cuidadora é graças a este ser supremo que ela conseguiu o que precisava. Não se questiona Deus, ele sabe o que faz, ele tem a salvação e é ele quem determina o castigo. Nesse discurso, o plano espiritual é superior ao plano mortal. E, dessa forma, algumas manifestações religiosas se constituem como verdadeiras, contradiscursos que visam escapar ou resistir à outra ordem científico-discursiva hegemônica que se impõe socialmente (VALÉRIO, 2004).

Apesar de não existir escolhas, existe a confiança no ser espiritual, pois ele guia. Quem acredita aceita, entende. Isso possibilita a continuidade de ações da prática de cuidado, pois as relações de poder são mais humanizadas com práticas de estímulo por se caracterizarem como pressuposto para sua própria existência. Representa o controle da população, em alguns casos apresenta uma possibilidade de resistência.

A relação de poder sustentada no conhecimento técnico-científico carrega consigo um discurso que tem a pretensão da verdade; entretanto, como Foucault explica, verdade que não se dissocia do desejo e do poder. Dessa forma, verifica-se que o uso do discurso técnico-científico se apresenta tanto para confirmar a posição de poder da equipe quanto para oportunizar as rotas de fuga de cuidadores e paciente, quando estes fazem uso para mostrar que também possuem o saber e, por isso, estariam aptos a utilizá-lo. Nesse sentido, Foucault (1996) aponta que os discursos representam o poder e, por isso, muitas vezes, necessitam ser controlados.

No cuidado domiciliar, o cuidador, muitas vezes, não possui formação técnica e científica para realizar os cuidados, mas assume-o, tendo como pilar as orientações e acompanhamento da equipe. No exercício da liberdade e autonomia, a análise permitiu verificar que a família e os cuidadores tomam atitudes por considerarem-nas corretas na satisfação dos desejos e necessidades dos pacientes, como se o ato de ser cuidador proporcionasse uma posição de privilégio, de conhecimento científico. De fato, os achados indicam que há uma transferência da posição de detentor da aptidão de fazer e, por consequência, da centralidade que os cuidadores assumem nas relações de poder. Dessa forma, têm a “liberação”, a “qualificação” para realizarem alterações das práticas do cuidado determinadas pelos profissionais do SAD.

Foucault (1996) contribui para essa análise quando afirma que as mutações científicas advêm de uma descoberta, mas podem também, aparecer de novas vontades da verdade. Dessa forma, a verdade do saber dos profissionais pode não ser a verdade para o responsável pelo cuidado.

O discurso técnico-científico impregna e atravessa as relações de poder, atuando como um instrumento que legitima a verdade. Na saúde, existe a delimitação da competência profissional de cada formação, que define o que pode ser feito, quem pode realizar as ações e como elas devem ser executadas. Para os cuidadores, essa é uma brecha sobre a qual se constroem as rotas de fuga, seja por não concordarem com esta separação ou por não entendê-las, permitindo-se questioná-las no exercício do cuidado. Isso, por vezes, estabelece o confronto.

Esse descompasso dos conhecimentos, se não for bem administrado, gera conflitos e disputas. O poder, em Foucault, reprime, mas também produz efeitos de saber e verdade (FOUCAULT, 1979), por meio da busca pelo conhecimento, por novas alternativas e na possibilidade do indivíduo inventar para si novos modos de lidar com a situação. (FOUCAULT, 2005).

Para que o poder se mantenha e que seja aceito, é necessário não pesá-lo só como uma força que diz não. Assim, a existência de disputa não pressupõe que exista necessariamente conflito. Ao contrário, as contestações podem propiciar produção do cuidado quando a modelagem tecnológica do processo de trabalho encontra-se permeado pelo encontro que possibilita entender e buscar alternativas que visem a melhor assistência do paciente (CARVALHO, 2009).

A partir dos entendimentos da perspectiva foucaultiana, foi possível captar nos casos situações onde profissionais conseguiram estabelecer a produção, quando optaram pela flexibilidade, criando maneiras de não se limitar às normas, disciplina ou ao determinado e previsível pelo programa. Isso aconteceu mesmo quando as situações assistenciais estavam permeadas de resistências e rotas de fuga por parte da família, cuidador ou usuário.

Quando a equipe opta pela produção do cuidado, ocorre o acontecimento, pela ruptura do previsível e da descontinuidade entre o passado e o futuro (VILELA; BÁRCENA ORBE, 2010), com possibilidade da quebra de paradigmas estabelecidos em prol da plena produção do cuidado.

Para que essa produção ocorra em plenitude, tornam-se necessárias novas formas pedagógicas, regras ou normas disciplinares para superar a punição e o cessar da assistência, e operar num agir em que a busca pela autonomia e a valorização da liberdade sejam os princípios que orientam o cuidado na atenção domiciliar.

## 6 CONCLUSÃO

Ao concluir este trabalho, compreende-se que a sua realização possibilitou ao pesquisador adentrar no cotidiano da AD, captando aquele que há de mais singular, com seus conflitos, tensões e inovações.

As atividades no SAD podem parecer rotineiras, mas decorrem da intensidade e complexidade das relações estabelecidas, o que desencadeia a produção ou a interdição do cuidado. É importante, nessa conclusão, destacar que produção e interdição conformam os efeitos das relações de poder que podem estar presentes numa mesma cena, com os mesmos atores/sujeitos. Esses processos são menos dependentes do lugar, dos espaços, dos profissionais em si ou de ser aquela ou esta família/cuidador/paciente. Estes processos se conformam pelas experiências subjetivas e subjetivantes dos sujeitos em cena, que ora expressam sua capacidade de agir com abertura, movendo-se para o novo, capilarizando escutas, atendendo anseios e desejos. Esses mesmos sujeitos também cerceam, punem, são violentos e bloqueiam os atos construtivos de cuidado, sejam profissionais, cuidadores ou usuários.

Captar essa realidade é também perceber o seu subjetivismo, sem juízos morais ou de valores, uma vez que foi realizada procurando atender para a imensa riqueza de detalhes que cercam esse modo de produzir cuidado.

A possibilidade de realizar observação participante e a disponibilidade para a permanência e produção do campo foram elementos que facilitaram o trabalho. Foram de fundamental importância também os movimentos de aproximação e distanciamento durante a produção e análise dos dados. Ao mesmo tempo, a imersão no trabalho, junto com as equipes, inviabilizou a capacidade de problematizar muitas questões que poderiam contribuir para a qualidade do cuidado ou, por outro lado, para a ruptura da assistência ao paciente e famílias. Ali, com as equipes, pensava-se como eles, defendendo sua posição de trabalhadores/profissionais.

Cabe reconhecer, como limite da pesquisa, a possibilidade de possuírem outros usuários acompanhados neste estudo que poderiam fazer parte da análise, mas, sob essa ótica, os casos selecionados apresentavam, de distintas formas, o almejado. Reconhece-se, assim, que podem existir tantos outros pontos de vista quantos a escolha de outros casos.

Acredita-se que a pesquisa possibilitou responder as perguntas iniciais, mas também abre para novos questionamentos que possam contribuir para o desenvolvimento de novos

olhares para a formação profissional em saúde para atuação no SAD, para aprofundar na compreensão dos mecanismos adotados pela equipe para confrontar as normas nos diferentes espaços institucionais e investigar as inúmeros dispositivos e estratégias sociais que atravessam as práticas de cuidado no domicílio. Em especial, destacam-se dois aspectos: a necessidade de investimento numa lacuna identificada no estudo quanto à ausência ou insuficiência de redes sociais de apoio à AD e a compreensão dos processos de subjetivação do cuidador.

Conclui-se este trabalho afirmando que as relações de poder são flutuantes e sempre carregam em si estratégias de resistência. Os modos pelos quais se pretende captá-las, decifrá-las e inclui-las nas práticas de saúde determinam a intensidade da produção singular do cuidado. Assim, “[...] nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso, o que não significa exatamente o mesmo que ruim. Se tudo é perigoso, então, temos sempre algo a fazer. Portanto, minha posição não conduz à apatia, mas ao hiperativismo pessimista” (FOUCAULT, 1995, p.256, sobre a genealogia da ética).

## REFERÊNCIAS

ADELMAN, R. D. *et al* Caregiver Burden: A Clinical Review. **JAMA**. v.311, n.10, march, 2014. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1840211>>. Acesso em: 01 de nov. 2015.

AGAMBEN G. O que é dispositivo? **Ilha de Santa Catarina**, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/download/12576/11743.1>>. Acesso em: 21 set. 2014.

ALBUQUERQUE, R. A. *et al*. Production of comprehensive prenatal care: a pregnant woman's route at a primary family healthcare unit. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.38, p.677-86, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000041>>. Acesso em: 01 abr. 2014.

ALEXANDRE, A. M. C.; LABRONICI L. M.; MAFTUM, M. A., *et al*. Map of the family social support network for the promotion of child development. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. N. 46, v. 2 p. 272-279, Nov, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 01 set. 2014.

ALMEIDA, J. R. de. Experiência, acontecimento e educação a partir de Foucault. **Ciências Sociais**, FFC – UNESP/Marília. v. 6, n. 2, 2013. Disponível em: <<https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/jonasrangel.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014.

ALMUTAIRI, A. F.; RONDNEY, P. Critical cultural competence for culturally diverse workforces: toward equitable and peaceful health care. **ANS Adv Nurs Sci**; v.36, n.3, p.200-12, 2013 jul-sep. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23907302>>. Acesso em: 03 nov.. 2015.

AMARAL, N. N. *et al*. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual, **Revista de Neurociências**. v.9, n. 3, p. 111-117, 2001. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/pforum/ad.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. D. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Rev. Texto e Contexto**, Florianópolis, v.17, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/07.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2009.

ANDRADE, A. M. *et al*. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** (Online), Jan-mar v. 15, p. 3383-93, 2013.

BENJAMIN, A. E. An historical perspective on home care policy. **The Milbank Quartely**, (New York), v. 71, n. 1, p. 129-166, 1993. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/3350277>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

BRASIL. **Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internacao Domiciliar no Ambito do SUS. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://ftp.rgesus.com.br/legislacoes/gm/1364-2529.html?q=>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

BRASIL. **Organização Pan-americana da Saúde**. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e Saúde: contribuições para análise da situação e tendências. Brasília. Organização Pan-americana da Saúde. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). (Série Informe de Situação e Tendências). 2010 (a). Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/get.php?id=276>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. 2010 (b). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>>. Acesso em: 22 mai. 2015.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.959 de 14 dezembro de 2011**. Habilita estabelecimentos de Saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011 (a). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2959\\_14\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2959_14_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 15 jun. 2014.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2012 (a). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 20 jul. 2014

BRASIL. **Caderno de atenção domiciliar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, ISBN 978-85-334-1966-7, v. 2, 2012 (b). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 963 de 27 de maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 maio. 2013. (a). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em: 26 mai. 2015.

BRASIL. **Caderno de atenção domiciliar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, il, 2013. (b) Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad\\_vol2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf)>. Acesso em: 26 mai. 2015.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. DATASUS. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Habilitacoes.asp?VEstado=31&VTipo=HRelatorioHabilitacao](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes.asp?VEstado=31&VTipo=HRelatorioHabilitacao)>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BRAZ, E.; CIOSAK, S. I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n.2, p. 372-77, abr-jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a19.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRITO, M. J. M.; *et al.* Home care in the structuring of the healthcare network: following the paths of comprehensiveness. **Esc Anna Nery** (impr.), v.17 n.4, p.603 – 610, 2013 out – dez 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130002>>. Acesso em: 22 out. 2015.

BRONDANI, C.M. *et al.* Caregivers and strategies for home care patients. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 504-510, 2010.

CAMARGO JR., Kennet Rochel. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOLINA, A. G., *et al.* A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública** [online]. v.29, n.6, p. 1217-1229, 2013. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600018>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. DE; CASTRO, A. M. de . Avaliação de política nacional de promoção da saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.745-749, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3>>. Acesso em: 15 out. 2015.

CANGA A, VIVAR CG, NAVAL C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. **Anales Sis San Navarra** [Internet]. p. 34 v. 3, 2011 Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n3/revision3.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2011.

CARCAMO QUEZADA, C. Verdad científica, poder y obediencia. **Acta bioeth.** [online], ISSN 1726-569X. v.17, n.2, p. 165-169, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200002>>. Acesso em: 22 out. 2015.

CARDOSO, I. de A. R. Foucault e a noção de acontecimento. **Tempo Social; Rev. Sociol. USP**, São Paulo, v.7(1-2), p. 53-66, out. 1995. Disponível em: <[file:///D:/Users/Usuario/Downloads/85206-119710-1-SM%20\(2\).pdf](file:///D:/Users/Usuario/Downloads/85206-119710-1-SM%20(2).pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2014.

CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. 2009. 111. f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) –Faculdade de Medicina UFRJ -Programa de pós-graduação em Clínica Médica. Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista **Revista de Ciências e Saúde Coletiva**, v.13, sup.2, p. 2029-2040. ISSN 1678-4561, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>>. Acesso em: 29 set. 2014.

CASTELO BRANCO, G. **Michel Foucault: filosofia e biopolítica**. Belo Horizonte: Autentica Editora, (coleção Estudos foucaultianos), p. 45-46, 2015.

CASTRO, E. **Vocabulário Michel Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CECILIO, L. C. de O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface** (Botucatu) [online]. 2007, vol.11, n.22, pp. 345-351. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>> Acesso em: 02 dez. 2015.

COLOMBO, M. E.; BUR, F. R. De estafadores y estafados: estratégias de negociación discursiva, relaciones de poder y dominación simbólica. **Perspect. Psicol.** (Mar del Plata); v.1(1), p. 69-79, 2004. Disponível em: <<http://www.ricardobur.com.ar/publicac/De%20Estafadores%20y%20Estafados.doc>>. Acesso em: 05 set. 2015.

DANNER, F. A Genealogia do poder em Michel Foucault. **IV Mostra de pesquisa da Pós-graduação PUCRS**. 2009. Disponível em: <[http://www.pucrs.br/edipucrs/IVmostra/IV\\_MOSTRA\\_PDF/Filosofia/71464-FERNANDO\\_DANNER.pdf](http://www.pucrs.br/edipucrs/IVmostra/IV_MOSTRA_PDF/Filosofia/71464-FERNANDO_DANNER.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2014.

DAY, C. B.; PASKULIN, L. Benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico: revisão sistemática da literatura. **Revista da Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.21 n. 3 p. 384-90, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7548>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2005.

DIOGO, M. J. D., *et al.* Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 39, n. 1, p. 97-102, marco de 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100013>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

DUARTE, E. C; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Revisita e atualiza o tema. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.4, 2012. ISSN 1679-4974. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>>. Acessado em: 24 mar. 2014.

FAVERO L.; MAZZA V. A.; LACERDA M. R. Home care nurse's experiencing transpersonal care to a family of a neonate discharged from an intensive care unit: case study. **Online braz. j. nurs.** v. 9, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2707/597>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D. Which empowerment, which Health Promotion?: conceptual convergences and divergences in preventive health practices. **Caderno de Saúde Pública**, vol.25 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100007>>. Acesso em: 04 out. 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.18, p.498-506, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio (Orgs.). **Educação, saúde e gestão**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 99-113.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana da Salud Publica**, v. 23, n. 3, p.180–8, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a Análise Do Discurso em Educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, novembro/ 2001. ISSN 0100-1574. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742001000300009>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

FLORES, W.; GÓMEZ-SÁNCHEZ, I. La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: análisis de actores y relaciones de poder. **Revista de Salud Publica (Bogotá)**, v. 12 (1) p. 138-150, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12s1/v12s1a10.pdf>>. Acesso em: 05 de set. 2014.

FONSECA, A. M. **O cuidado domiciliário ao idoso com doença de Alzheimer**: um enfoque ao cuidador. Dissertação. [Mestrado em Ciências Biológicas]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

FOUCAULT, Michel. **A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. Que es la Ilustración? (Was ist Aufklärung?). In: Sociologica. Mexico. Universidad Autonoma Metropolitana. Ano 3, nº 7-8, mayo-diciembre. Originalmente publicado como What is Enlightenment? In: RABINOW, Paul. **The Foucault Reader**. New York: Pantheon Books, 1984.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1988.

FOUCAULT, M. **Saber e poder em Foucault**: por uma insurreição dos saberes jurídicos sujeitados, 1989, p. 183-184.

FOUCAULT, M. O sujeito e poder In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**: (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Universitária, 1995. p. 231-239.

FOUCAULT, M. **A Ordem do discurso**: aula inaugural no College de France. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo. Ed. Loyola: 1996, p.10.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no College de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 32.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2005.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Petrópolis: Vozes Centro do Livro Brasileiro, 2008.

FOUCAULT, M. 1926-1984. **Ditos e escritos volume IV**: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FRANCO, A. C. F.; LEMOS, F. C. S. Algumas interrogações sobre o sistema de comunicação no Brasil: mídia e relações de poder, saber e subjetivação. **Barbaroi** [online]. 2013, n.38, pp. 60-78. ISSN 0104-6578. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782013000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782013000100005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 jun. 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, G. D.; CAMPOS, D. R.; BOEMER, M. R. Compreendendo o paciente gravemente enfermo e sua família na realidade domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm**, v.25, n.3, p. 346-56, 2004. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4528/2458>>. Acesso em: 18 out. 2015.

FREITAS, I. B. *et al.* A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em porto alegre, (RS, Brasil). **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n 1, p 301-310, janeiro 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100032>>. Acesso em: 04 de nov. 2015.

FUJINAMI, R. *et al.* Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. **Psycho-Oncology** **Psycho-Oncology**, DOI:10.1002/pon.3562, v.24, p. 54-62, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3562/epdf>> Acesso em: 22 de out. 2015.

GADELHA, C. A. G; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Saúde Pública** [online].v. 46, n.1, p. 13-20, 2012. Disponível em :<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000062>>. Acesso em: 23 de mar. 2014.

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GIR, E; REIS, K. K. Alterações no estilo de vida, necessidades e dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de portadores de AIDS, no âmbito do domicílio. **Rev Esc Enferm USP** v. 35, n.4, p. 328-35, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000400004>>. Acesso em: 29 out. 2015.

GOMES, I. M., *et al.* Aspectos éticos nas redes sociais de apoio no cuidado domiciliar à luz do pensamento complexo. **Enfermagem em Foco**, v. 3, p. 110-113, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/292>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

GOMES, I. M.; LACERDA, M. R.; MERCÊS, N. N. A. das. The network social support experience of people involved in home care. . **Rev. esc. enferm. USP**. ISSN 0080-6234. v.48, n.3, São Paulo, June 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300014>>. Acesso em: 05 maio 2015.

GUIRADO, M. Poder indisciplina: os surpreendentes rumos da relação de poder. In: AQUINO, Júlio Groppa (org.). **Indisciplina na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1996. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=HmoRkcRLzqIC&pg=PA57&lpg=PA57&dq=Poder+indisciplina:+os+surpreendentes+rumos+da+rela%C3%A7%C3%A3o+de+poder.&source=bl&ots=IomJ5QK9fI&sig=3wauI0sTQCRtbzASgbZdjrj-pHk&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiQg6WB6cLJAhWBfCYKHTh3DdYQ6AEIGzAA#v=onepage&q=Poder%20indisciplina%3A%20os%20surpreendentes%20rumos%20da%20rela%C3%A7%C3%A3o%20de%20poder.&f=false>>. Acesso em: 18 de ago. 2015.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC; 2007. p. 199-212.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2004, vol.38, n.1, pp. 13-20. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000100002>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

KOCH, I. G. V. Interferências da oralidade na aquisição da escrita. **Trab.Ling.Apl.**, Campinas, v.30, p.31-38, Jul/Dez. 1997 Disponível em: <[file:///D:/Users/Usuario/Downloads/8639269-9632-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/Usuario/Downloads/8639269-9632-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2015.

LAGANA, M. T. C., *et al.* Estratégia de inovação no ensino de enfermagem na atenção domiciliar a idosas. **Journal of Research fundamental care** [online]. . jul./set. v. 5 n.3 p.293-30, 2013. ISSN 2175-5361. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2045/pdf\\_870](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2045/pdf_870)>. Acesso em: 24 jul. 2014.

LAPASSADE, G. L. L'observation participante. **Revista Européia de Etnografia da Educação**, Funchal, n.1, p.9-26, 2001. Disponível em: <<http://vadeker.net/corpus/lapassade/ethngr1.htm>>. Acesso em: 24 set. 2014.

LISBOA, M. T. L., *et al.* Riscos ocupacionais em um serviço de visita domiciliar. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17., 2013, Natal. **Anais do 17 Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem** (Natal), v. 1, n.1, p. 1120-1122, 2013. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/0726po.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0726po.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M.; RENTINI, M. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 5, p.637-42, set. out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a17v61n5.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

MAIA, A. C. Sobre a analítica do poder de Foucault. *Tempo Social. Revista Sociologia da USP*, São Paulo, v. 7, p. 83-103, outubro de 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v7n1-2/0103-2070-ts-07-02-0083.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, p.40, 1975.

MALINOWSKI, B. Introdução: tema, método e objetivo desta pesquisa. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo, 1978, p. 17-34.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma Vida Decente. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO, 2004, p. 119-132.

MENDES, G. D.; MIRANDA, S. M.; BORGES, M. M. M. de C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. **Revista Enfermagem Integrada** (Ipatinga: Unilest), v. 3, n. 1, jul.-ago, 2010. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/04-saude-cuidador-idosos-desafio.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

MENDES, W. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; UnATI; 2001.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de estratégias gerenciais. **Ciênc Saúde Coletiva**.v. 4, n. 2, p.305-14, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

MERHY, E. E. **A reestruturação produtiva na saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **VER – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-37, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: **Seminário Nacional de Divulgação dos Resultados da Pesquisa: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS**. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro n. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M.; CERQUEIRA, M. P. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-21.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2012.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MIRANDA, Sheila Ferreira; SILVA, Marcos Vieira. Configurações/contradições do processo identitário de afro-descendentes: um estudo de caso. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**; v.4(1), p. 26-36, dez. 2009. Disponível em: <[http://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/volume4\\_n1/miranda\\_e\\_silva.doc](http://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/volume4_n1/miranda_e_silva.doc)>. Acesso em: 07 out. 2014.

NARDI, H.C. *et al.* Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21 n.4, p. 1045-1054, jul-ago, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400007>>. Acesso em: 07 ago. 2014.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública** [online], v.25, n.9, p. 2012-2020, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>>. Acesso em: 25 de out. 2015.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**, ISSN 1983-1447, v.33, n.3, p. 104-110, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300014>>. Acesso em: 15 set. 2015.

PAGNI, Pedro Angelo. Um ensaio sobre a experiência, a infância do pensamento e a ética do cuidado: pensar a diferença e a alteridade na práxis educativa. In: KOHAN, Walter Omar. **Devir-criança da filosofia: infância e educação**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2010.

PAIVA, F.F.S. ; ROCHA. A.M.; CARDOSO, L. D. F. Satisfação profissional entre enfermeiros que atuam na assistência domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p.1452-8, 2011. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)>. Acesso em: 18 jul. 2014.

PASSOS, I. F. **Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

PBH. **Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/>>. Acesso em 16 de mai, 2014.

PEREIRA, L. L.; DIAS, A. C. G. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **PSICO** (Porto Alegre), PUCRS, v. 38, n. 1, p. 55-65, jan./abr. 2007. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1924/1430>>. Acesso 08 set. 2015.

PEREIRA, M. J. B., *et al.* A assistência domiciliar: conformando o modelo e assistência e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem** (Ribeirão Preto), v. 13, n. 6, p. 1001 – 1010, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600013>>. Acesso em: 25 out. 2015.

PINAFO, E; *et al.* Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trabalho de Educação em Saúde** (Online).v. 9, n.2, p. 201-221, 2011. ISSN 1981-7746. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200003>>. Acesso em: 15 de abr. 2014.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde, Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV**, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 16 set. 2015.

PIRES, M. R.G.M; DUARTE, E.C; GÖTTEMS, L. B. D; FIGUEIREDO, N.V.F, SPAGNOL, C. A. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 648-56, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300018>>.

PLATEL, I. C. dos S., *et al.* Serviço de atenção domiciliar: desafios enfrentados por profissionais ao compartilhar o cuidado. **Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF)**. Conselho Nacional de Enfermagem. 2015. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I66351.E13.T12350.D9 AP.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

QUEIROZ, A. H. A. B., *et al.* Perception of family members and health professionals on end of life care within the scope of primary health care. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciências de Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro), v. 10, [s.n.], p. 231-242, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 de jun. 2014.

REVEL, J. **Foucault**: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005, p.20-50.

ROCHA, M. P. E.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.6, p.801-8, nov-dez, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600002>>. Acesso em: 12 out. 2015.

RODRIGUES, S. L. A; WATANABE, H. A. W; DERNTL A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.4, p.493-500, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a06.pdf>>. Acesso em: 25 de ago 2015.

SAMPAIO, S. S. **Foucault e a resistência**. Goiânia: UFG, 2006. 144p. ISBN: 85-7274-220-4.

SANTOS, E. M. dos; KIRSCHBAUM, D. I. R. A. Trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica1. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1. p. 220-227. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>>. Acesso em: 23 mai. 2014.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; NERY, Adriana Alves and MATUMOTO, Silvia. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online], 2013, vol.47, n.1, p.107-114. ISSN 0080-6234. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100014>>.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. **Grupos de estudo em Saúde da Família**: módulo visita domiciliar. 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2014.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M. D. G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Rev. Texto e Contexto** (Florianópolis), v.17, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/09.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015

SILVA, K. L., *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** (São Paulo), v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300009>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

SILVA, K. L., *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 1 p. 166-76, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

SILVEIRA, R. A. **Michel Foucault**: poder e análise das organizações. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

SIQUEIRA, J. E. de. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? O Mundo da Saúde. São Paulo. **Artigo de Revisão**. v. 37 n.1 p. 56-64, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

SOUSA, N. C.; MENESES, A.B.N.T. O poder disciplinar uma leitura em vigiar e punir. **Saberes**, v.1, n.4, p.18-35, 2010. Disponível em:<<http://www.cchla.ufrn.br/saberes>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

SOUZA, G. C. de A; COSTA, I. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Sociedade**. [online], v.19, n.3, p. 509-517, 2010. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

TAVOLARI, C. E. L; FERNANDES, F; MEDINA, P. O desenvolvimento do home healthcare no brasil. **Revista de Administração em Saúde**, v. 9, n.3, 2000. Disponível em: <<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

TORRESAN, Jorge Luis. **A manipulação no discurso religioso**. São Paulo: Dialogia, 2007, p. 94-98.

VALÉRIO, M. E. Foucault pensando a religião. **Revista Virtual de Humanidades**, v.5, n. 10, abr./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.seol.com.br/mneme>>. Acesso em: 30 out. 2015.

VELOSO, I. S. C.; ARAUJO, M. T.; ALVES, M.. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.33, n.4 (Porto Alegre), dez., 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400016>>. Acesso em: 25 set. 2014.

VIEIRA, C. P. B., *et al.* Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso. Brasil 1979 a 2007. **Texto contexto Enfermagem** (Florianópolis), v. 20, n 1, p. 160-166, mar. de 2011. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100019>>. Acesso em: 17 out. 2015.

VILELA, M. E. M; BÁRCENA ORBE, F. Acontecimento. In: CARVALHO, A. D. (coord.). **Dicionário de filosofia da educação**. Porto: Porto Editora, 2007, p.14-19.

VILELA, M. E. M; BÁRCENA ORBE, F. **Silêncios tangíveis**: corpo, resistência e testemunho nos espaços contemporâneos de abandono. Porto: Editora Afrontamento, 2010.

WELLAUSEN, S. da S. Os dispositivos de poder e o corpo em Vigiar e Punir. **Revistas Aulas**. Dossiê Foucault N. 3 – dez./2006-mar./2007. Organização: Margareth Rago & Adilton Luís Martins. Disponível em: <[www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/download/1936/1397](http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/download/1936/1397)>. Acesso em: 22 set. 2014.

WENDHAUSEN, A. L. Power relations and democracy in health councils in Brazil: a case study. **Rev Esp Salud Publica**; v.80, n.6, p. 697-704, nov-dez., 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17147308>>. Acesso em: 28 out. 2015.

WILBY F. Depression and social networks in community dwelling elders: a descriptive study. **J Gerontol Soc Work**. 2011;54(3):246-59.

## ANEXO

**Anexo 1: TABELA: Número de instituições das modalidades de serviços de atenção domiciliar no Estado de Minas Gerais – CNES.**

UF	Estabelecimento	Tipo de Estabelecimento	Município
	CAP Centro Ambul. Dr Agostinho		
MG	Paollucci	Policlínica	Barbacena
MG	Casa de Caridade de São Lourenço	Hospital Geral	São Lourenço
MG	Centro de Saúde Carlos Chagas	Centro de Saúde/Unidade Básica	Belo Horizonte
MG	Centro De Saúde De São João do Paraíso	Centro de Saúde/Unidade Básica	São João Paraíso
MG	Centro de Saúde Horto	Centro de Saúde/Unidade Básica	Belo Horizonte
MG	Centro de Saúde Major Prates	Centro de Saúde/Unidade Básica	Montes Claros
MG	Centro de Saúde Santa Monica	Centro de Saúde/Unidade Básica	Belo Horizonte
MG	Centro de Saúde Tirol	Centro de Saúde/Unidade Básica	Belo Horizonte
MG	ESF Vera Cruz	Centro de Saúde/Unidade Básica	Montes Claros
MG	ESFSB M1 Santo Antônio I	Centro de Saúde/Unidade Básica	Montes Claros
MG	ESFSB M2 Santos Reis	Centro de Saúde/Unidade Básica	Montes Claros
MG	Especialidades Médicas Núcleo Centro	Centro de Saúde/Unidade Básica	Poços De Caldas
MG	Hospital Bom Pastor	Hospital Geral	Varginha
MG	Hospital De Clinicas De Uberlândia	Hospital Geral	Uberlândia
MG	Hospital Municipal De Contagem	Hospital Especializado	Contagem
MG	Hospital Municipal De Ibirité Maternidade	Hospital Geral	Ibirité
MG	Hospital Municipal De Ipatinga	Hospital Geral	Ipatinga
MG	Hospital Municipal De Jaíba	Pronto Socorro Geral	Jaíba
MG	Hospital Municipal Odilon Bherens	Hospital Geral	Belo Horizonte
MG	Hospital Santa Casa De Bom Despacho	Hospital Geral	Bom Despacho
MG	HpsDr Mozart Geraldo Teixeira	Hospital Geral	Juiz De Fora
MG	Nova Lima Cemads	Clinica/Centro De Especialidade	Nova Lima
MG	PAM Lagoa Santa	Pronto Atendimento	Lagoa Santa
MG	Policlínica Municipal de Francisco Sá	Clinica/Centro De Especialidade	Francisco Sa
MG	Policlínica Para Minas	Policlínica	Para De Minas
MG	PSF Dr Jose Pereira De Resende	Centro de Saúde/Unidade Básica	Monte Carmelo
MG	UPAIII 24 Hrs Padre Lazaro P.Crispim	Pronto Atendimento	Sabará
MG	Sarzedo UBS Antonio Afonso Magalhaes	Centro de Saúde/Unidade Básica	Sarzedo
MG	UAI Teresopolis	Pronto Atendimento	Betim
MG	UAI TiberyAnice Dib Jatene	Pronto Atendimento	Uberlândia
MG	UAPS João De Deus Simões	Centro de Saúde/Unidade Básica	Taiobeiras
MG	Unidade Alexandre Silva A Diniz Alterosas	Pronto Atendimento	Betim
MG	Unidade Nilda Moreira Andrade Guanabara	Pronto Atendimento	Betim
MG	Unidade Sete De Setembro	Pronto Atendimento	Betim
MG	UPSF* Flavia De Melo Pereira	Centro de Saúde/Unidade Básica	Caratinga
MG	UPA Barreiro	Pronto Atendimento	Belo Horizonte
MG	UPA Centro Sul	Pronto Atendimento	Belo Horizonte
MG	UPA Joânico Cirilo De Abreu	Pronto Atendimento	ibeirão das Neves
MG	UPA Leste	Pronto Atendimento	Belo Horizonte
MG	UPA Nordeste	Pronto Atendimento	Belo Horizonte
MG	UPA Norte	Pronto Atendimento	Belo Horizonte
MG	UPA Oeste	Pronto Atendimento	Belo Horizonte
MG	UPA Pampulha	Pronto Atendimento	Belo Horizonte
MG	UPA Venda Nova	Pronto Atendimento	Belo Horizonte
MG	UPA 24 H Dr Humberto Ferreira	Pronto Atendimento	Uberaba
MG	Unidade de Saúde São Cristovão	Centro de Saúde/Unidade Básica	Itaobim
MG	UPA Acrizio Menezes	Pronto Atendimento	ibeirão das Neves
MG	UPA Norte	Pronto Atendimento	Juiz De Fora
MG	UPA Santa Luzia	Pronto Atendimento	Juiz De Fora
MG	UPA São Benedito	Pronto Atendimento	Uberaba
MG	Vespasiano Centro de Atend. Especializado	Centro de Saúde/Unidade Básica	Vespasiano

\*Unidade de apoio a saúde da família [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Habilitacoes.asp?VEstado=31&VTipo=HRelatorio\\_Habilitacao](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes.asp?VEstado=31&VTipo=HRelatorio_Habilitacao)

## **APÊNDICE**

### **APÊNDICE 1: Roteiro de Observação**

- Os movimentos do ambiente, daquilo que desperta a atenção, pela familiaridade, pelo estranhamento, por ser marcante;
- Intermediação das relações;
- As estratégias estabelecidas entre a equipe, familiares e paciente;
- As relações estabelecidas entre os profissionais, familiares frente a desospitalização e admissão do paciente na AD e produção do cuidado no domicílio.

## APÊNDICE 2 - Roteiro de Entrevista

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. DADOS GERAIS		
Nº da entrevista:	Local de realização da entrevista:	
Data: ___ / ___ / _____	Horário de início:	Horário de término:
Entrevistado: ( ) 1. paciente ( ) 2. profissional ( ) 3. cuidador formal ( ) 4. cuidador informal/familiar		

### CUIDADOR

1. Fale sobre o relacionamento e experiências vivenciadas com o usuário e os profissionais que prestam assistência ao seu cuidado?
2. Fale sobre os aspectos que facilitam/favorecem ou dificultam a relação da atenção domiciliar com os outros profissionais, familiares e usuários envolvidos no cuidado.

### APÊNDICE 3: Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: EFEITOS E MOVIMENTOS NA OFERTA E DEMANDA NO SUS

**Pesquisador:** Kênia Lara Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 8

**CAAE:** 07698212.7.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.096.736

**Data da Relatoria:** 10/06/2015

##### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa apresentado é desdobramento de pesquisas desenvolvidas pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática em Enfermagem da Escola de Enfermagem - NUPEPE/UFMG. Em 2007 a 2010, realizamos a pesquisa Atenção Domiciliar: Cartografias de Gestão e de cuidado no município de Belo Horizonte e posteriormente incluiu os municípios de Betim e Contagem, considerando a importância e destaque desses municípios na assistência à saúde frente à regionalização. Os resultados do estudo revelaram a diversidade na organização da atenção domiciliar com serviços ofertados segundo a lógica da territorialização, por demanda dos usuários segundo a condição clínica/patologia ou por idade/ciclo vital. Entre os serviços organizados por território prevaleciam aqueles ligados a instituições de administração pública estatal ou municipal em parte atribuído aos princípios do Sistema Único de Saúde no Brasil. Entre os serviços organizados para atender as demandas de condições clínicas/patologia identificaram programas que atendem egressos de instituições hospitalares como forma de diminuir custos principalmente por meio da abreviação ou substituição da internação hospitalar. Nestes, a atenção domiciliar é oferecida na seqüência da internação e de acordo com o perfil/competência da equipe que oferece o atendimento prevalecendo cuidados focais a portadores de lesões, a agravos crônicos e incapacitantes. Entre os serviços organizados por idade/ciclo vital prevaleciam aqueles que

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 8627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-001

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.096.736

atendem crianças em condições clínicas ou sociais vulneráveis. A existência de diversos serviços organizados com lógicas distintas, segundo a Instituição de quem parte a Iniciativa, revela o desafio de uma gestão compartilhada, capaz de integrar os diferentes serviços na construção de uma rede de cuidados, pensando-se na territorialidade e na construção da lógica da substitutividade. Concluiu-se que a Atenção Domiciliar é uma opção na organização dos serviços tanto como orientação racionalizadora, buscando a diminuição de custos, quanto com vistas à reordenação tecnoassistencial das redes de cuidados em saúde. De modo muito particular o estudo permitiu revelar um descompasso entre oferta e demanda da atenção domiciliar e a baixa oferta de serviços frente às necessidades dos usuários. A análise dos cenários nos municípios de Belo Horizonte, Betim e Contagem revelou que modalidade de atenção domiciliar ainda não era reconhecida pelos gestores como alternativa efetiva para organização do cuidado para determinados grupos populacionais. Assim o número de vagas disponíveis nos serviços não parecia ser suficiente para atender aos acometidos por doenças crônico-degenerativas, sequelados de AVC, pacientes em reabilitação, em cuidados paliativos, bem como aqueles que precisam de cuidados pontuais como terapia medicamentosa ou troca de curativos. Então, embora os programas atendessem a um público que faz parte das demandas emergentes considerando o quadro epidemiológico e demográfico do país, tais como crianças portadoras de doenças crônicas, sequelados de acidente vascular cerebral, incapacitados por algum tipo de acidente, eles não estavam sendo desenvolvidos em escala suficiente para efetivamente impactar os serviços. Contudo, um fato novo pode ter alterado esse achado. Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Ministerial no 2.029/2011, que institui a Política Nacional de Atenção Domiciliar e a participação do gestor federal no financiamento dos serviços. Acredita-se que essa possa ser uma ação indutora importante para abertura e/ou ampliação dos serviços em de atenção domiciliar para que estes se organizem em resposta a uma demanda existente e atualmente negligenciada nas políticas públicas de saúde.

Metodologia: Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quanti-qualitativa ancorada no referencial teórico-metodológico da dialética. A opção por este referencial revela uma crença no processo de movimento que existe permanentemente na sociedade, bem como na construção histórica e na capacidade de transformação e superação das contradições através da práxis. Compreende-se, assim, que as atividades do homem, frente à realidade e a si próprio, determinam suas ações como indivíduo e são frutos de um conflito de princípios, convicções e conceitos nos quais se baseiam as visões de mundo que resultam em ações conscientes, capazes de transformar a realidade social e permitem que o homem se transforme.

O objeto do estudo não

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4502

**E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.096.736

é único, sendo construído a partir de múltiplos olhares, interpretações e reinterpretações. A dinamicidade da realidade e sua complexidade não permitem explicações únicas e só permitem que os achados sejam apresentados na sua transitoriedade. O percurso metodológico do estudo deverá ser organizado em 4 fases: - Fase 1: Exploratória: consiste em dois momentos. No Momento 1, será realizado o levantamento de dados sobre os serviços de atenção domiciliar existentes no Estado de Minas Gerais por meio da Investigação no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), contato com Informantes-chaves da gestão estadual e do Ministério da Saúde e contatos com os gestores dos municípios com critérios para Implantação das equipes de atenção domiciliar (municípios com mais de 100.000 habitantes ou municípios com mais de 40.000 habitantes em regiões metropolitanas). Ainda nesta fase, no Momento 2, proceder-se-á ao levantamento das demandas por atenção domiciliar nos hospitais públicos e filantrópicos localizados nos municípios que afirmarem a existência dos serviços de AD Implantados. Para tanto, será criado um modelo de análise de demandas a partir de certas condições de elegibilidade para serviços de atenção domiciliar a saber: condições crônico-degenerativas, sequelas de AVC, cuidados paliativos, transtornos mentais e demandas de reabilitação. Os dados para esta fase serão obtidos das estatísticas hospitalares e de análise de prontuários procurando-se identificar número e perfil dos pacientes internados nos grupos elegíveis para a AD; tempo de permanência, condições de alta, local de residência e grau de dependência de cuidados; Fase 2: Trabalho de campo: consiste na identificação e análise das características organizacionais e logísticas dos serviços existentes no Estado de Minas Gerais. Para tanto, será aplicado um roteiro estruturado ao gestor municipal e/ou coordenador da atenção domiciliar nos municípios para o levantamento das informações sobre vinculação institucional e na rede dos serviços de atenção domiciliar; número, composição e perfil de equipes habilitadas; modalidade de atenção prestada; perfil dos usuários atendidos; protocolos utilizados pelo serviço; fluxos de encaminhamentos e relação com os outros serviços da rede.- Fase 3: Análise em profundidade: consiste na realização de entrevistas com os profissionais e usuários da atenção do procurando-se analisar os arranjos de gestão e de cuidado operantes e cotejando a oferta com as demandas e necessidades de saúde. Para esta fase serão selecionados serviços em diferentes regiões do Estado com características diversificadas. A análise das necessidades de saúde será realizada a partir de instrumentos existentes e validados para tal função.

Critério de inclusão: Serão incluídos no estudo municípios com população acima de 100.000 habitantes e/ou acima de 40.000 habitantes situados na Região Metropolitana e que tenha implantado ou expandido os serviços de atenção domiciliar a partir de 2011 com a indução da

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4532

**E-mail:** coop@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.096.736

Política Nacional de Atenção domiciliar. Em pesquisa realizada no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há 13 municípios na RMBH que atendem ao critério de população acima de 40.000 habitantes, a saber: Belo Horizonte, Betim, Caeté, Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Lagoa Santa, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia e Vespasiano. Já para os municípios mineiros não pertencentes à RMBH o critério de inclusão é a população acima de 100.000 habitantes segundo estimativa o IBGE. Estes contabilizam 21 municípios para a amostra, a saber: Araguaçu, Barbacena, Conselheiro Lafaiete, Coronel Fabriciano, Divinópolis, Governador Valadares, Ipatinga, Itabira, Juiz de Fora, Montes Claros, Muriaé, Passos, Patos de Minas, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Varginha. Será realizado contato telefônico com as secretarias de saúde dos municípios que atendem aos critérios para investigar a existência de serviços de atenção domiciliar na rede pública de saúde, implantados ou expandidos a partir de 2011.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: analisar serviços de atenção domiciliar em saúde em Minas Gerais.

Objetivos Secundários:

- Mapear os serviços de atenção domiciliar, públicos e filantrópicos, criados ou ampliados após o ano de 2011;
- Identificar a demanda por atenção domiciliar a partir de hospitais públicos nos municípios que apresentem serviços de atenção domiciliar criados ou ampliados após o ano de 2011;
- Identificar e analisar as características dos serviços existentes (número de equipes; modalidades de atenção domiciliar, público-alvo, capacidade de atendimento; articulação em rede, etc);
- Analisar os arranjos de gestão e de cuidado operantes em serviços selecionados.
- Analisar as relações de poder estabelecidas entre os sujeitos envolvidos na atenção domiciliar.
- Analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos profissionais de saúde, do usuário e sua família.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Reconhece-se a possibilidade da ocorrência dos eventuais riscos de constrangimentos gerados na execução do trabalho de campo. Para minimizá-los faz-se necessária a aproximação dos pesquisadores com os sujeitos para criar um "ambiente" favorável à realização do estudo e assim reduzir as possibilidades de constrangimento. A realização do estudo prevê a observância sistemática dos preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, segundo as normas e diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Desta forma, todos os procedimentos para a coleta dos dados neste estudo não serão invasivos sob o aspecto físico e

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coop@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.096.736

se fará respeitando a dignidade da pessoa humana. Da mesma forma, cuidará para que o anonimato, a confidencialidade, a redução de quaisquer desconfortos ou riscos com a realização da pesquisa sejam premissas do estudo. Para a aplicação dos questionários e realização das entrevistas será assegurado o cumprimento das exigências da Resolução 466/12, no que se refere ao Consentimento Livre e Esclarecido. Os sujeitos serão informados sobre objetivos e finalidades do estudo e será solicitada autorização para uso do gravador das entrevistas. Se houver o consentimento, as conversas serão áudio-gravadas.

**Benefícios:** Não haverá compensação financeira para os participantes e pesquisadores. Assim, os benefícios da pesquisa refere-se à possibilidade de avançar na produção do conhecimento sobre o tema, a partir dos resultados do estudo.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto conta com pesquisadores de instituições parceiras em Minas Gerais, a saber:

- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
- Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
- Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) – Campus Divinópolis
- Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)
- Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
- Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)

Os termos de parceria das ECTs encontram-se anexos à proposta.

A proposta conta ainda com pesquisadores das Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública e Universidade Federal do Rio de Janeiro/Faculdade de Medicina/Departamento de Clínica Médica.

Prevê-se ainda o estabelecimento de outras parcerias o que será operacionalizado com o desenvolvimento da proposta.

Justificativa da Emenda: Inclusão de Instituição coparticipante Hospital Regional de Barbacena/ Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentação anterior adequada e novo projeto AD Fapemig.

#### **Recomendações:**

Recomenda-se a aprovação da emenda ao projeto de pesquisa.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos favoráveis à aprovação da emenda ao projeto "ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: EFEITOS E

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coop@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.096.735

MOVIMENTOS NA OFERTA E DEMANDA NO SUS\* da Pesquisadora Profa. Dra. Kênia Lara Silva, com Inclusão de Instituição coparticipante Hospital Regional de Barbacena/ Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovada a emenda ao projeto conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 08 de Junho de 2015

---

Assinado por:

**Telma Campos Medeiros Lorentz**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** [ceop@ppq.ufmg.br](mailto:ceop@ppq.ufmg.br)

## APÊNDICE 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – usuário

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaria de convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa intitulada, **A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: Relação de Poder e Estratégias de Resistência**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Yara Cardoso Silva, orientada pela Dra. Kênia Lara Silva, professora dessa escola. Este termo de consentimento tem como finalidade fornecer informações sobre este estudo.

Trata-se de um Estudo de Caso Qualitativo que consiste em dois momentos, a observação e a entrevista. A observação será participante e objetivará observar as relações que se estabelecem, para conhecer o cotidiano referente a desospitalização e inclusão na atenção domiciliar e o acompanhamento das visitas no domicílio juntamente com a equipe de Atenção Domiciliar. A entrevista conterà perguntas para analisar as relações de poder que se estabelecem nas práticas de cuidado da Atenção Domiciliar entre profissionais, usuários e cuidadores. As respostas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fiel possível a elas, estando à sua disposição de ouvi-la, se assim o desejar. As informações fornecidas na gravação não serão identificadas pelo seu nome.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para melhorar compreensão sobre as práticas do cuidado na atenção domiciliar, para que possa auxiliar melhor e vivenciar de maneira tranquila o cuidado a e relação entre a equipe, familiares, usuários e cuidadores.

Sua colaboração é voluntária e a observação assim como a entrevista não será identificada, garantindo seu anonimato. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins dessa pesquisa e veículos de divulgação científica. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, ou mesmo recusar a participar da pesquisa sem nenhum ônus ou prejuízo a assistência.

Além disso, não haverá custos adicionais para sua participação considerando que você será entrevistado no período em que estiver no programa.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador e a outra será fornecida a você.

Consentimento: Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para fins científicos. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contatos: \_\_\_\_\_

**Yara Cardoso Silva**

Rua Ipomeia, 87, Santo André  
Belo Horizonte/MG - CEP: 31230-160  
Tel: (0xx31) 9338-3493.

**Kênia Lara Silva**

Escola de Enfermagem da UFMG  
Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia,  
Belo Horizonte/MG - CEP: 30130-100  
Tel: (0xx31) 3409-9181

## APÊNDICE 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – profissionais

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaria de convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa intitulada, **A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: Relação de Poder e Estratégias de Resistência**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Yara Cardoso Silva, orientada pela Dra. Kênia Lara Silva, professora dessa escola. Este termo de consentimento tem como finalidade fornecer informações sobre este estudo.

Trata-se de um Estudo de Caso Qualitativo que consiste em dois momentos, a observação e a entrevista. A observação será participante e objetivará observar as relações que se estabelecem, para conhecer o cotidiano referente a desospitalização e inclusão na atenção domiciliar e o acompanhamento das visitas no domicílio juntamente com a equipe de Atenção Domiciliar. Esta momento contará com a participação de reuniões, conversas e interações com os membros da equipe. A entrevista conterà perguntas para analisar as relações de poder que se estabelecem nas práticas de cuidado da Atenção Domiciliar entre profissionais, usuários e cuidadores. As respostas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fiel possível a elas, estando à sua disposição de ouvi-la, se assim o desejar. As informações fornecidas na gravação não serão identificadas pelo seu nome.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para melhorar compreensão sobre as práticas do cuidado na atenção domiciliar, para que possa auxiliar melhor e vivenciar de maneira tranquila o cuidado a e relação entre a equipe, familiares, usuários e cuidadores.

Sua colaboração é voluntária e a observação assim como a entrevista não será identificada, garantindo seu anonimato. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins dessa pesquisa e veículos de divulgação científica. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, ou mesmo recusar a participar da pesquisa sem nenhum ônus ou prejuízo a assistência.

Além disso, não haverá custos adicionais para sua participação considerando que você será entrevistado no período em que estiver no programa.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador e a outra será fornecida a você.

Consentimento: Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para fins científicos. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contatos: \_\_\_\_\_

#### Yara Cardoso Silva

Rua Ipomeia, 87, Santo André  
Belo Horizonte/MG - CEP: 31230-160  
Tel: (0xx31) 9338-3493.

#### Kênia Lara Silva

Escola de Enfermagem da UFMG  
Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia,  
Belo Horizonte/MG - CEP: 30130-100  
Tel: (0xx31) 3409-9181

## APÊNDICE 6: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – cuidador

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaria de convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa intitulada, **A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: Relação de Poder e Estratégias de Resistência**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Yara Cardoso Silva, orientada pela Dra. Kênia Lara Silva, professora dessa escola. Este termo de consentimento tem como finalidade fornecer informações sobre este estudo.

Trata-se de um Estudo de Caso Qualitativo que consiste em dois momentos, a observação e a entrevista. A observação será participante e objetivará observar as relações que se estabelecem, para conhecer o cotidiano referente a desospitalização e inclusão na atenção domiciliar e o acompanhamento das visitas no domicílio juntamente com a equipe de Atenção Domiciliar. A entrevista conterà perguntas para analisar as relações de poder que se estabelecem nas práticas de cuidado da Atenção Domiciliar entre profissionais, usuários e cuidadores. As respostas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fiel possível a elas, estando à sua disposição de ouvi-la, se assim o desejar. As informações fornecidas na gravação não serão identificadas pelo seu nome.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para melhorar compreensão sobre as práticas do cuidado na atenção domiciliar, para que possa auxiliar melhor e vivenciar de maneira tranquila o cuidado a e relação entre a equipe, familiares, usuários e cuidadores.

Sua colaboração é voluntária e a observação assim como a entrevista não será identificada, garantindo seu anonimato. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins dessa pesquisa e veículos de divulgação científica. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, ou mesmo recusar a participar da pesquisa sem nenhum ônus ou prejuízo a assistência.

Além disso, não haverá custos adicionais para sua participação considerando que você será entrevistado no período em que estiver no programa.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador e a outra será fornecida a você.

Consentimento: Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para fins científicos. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contatos: \_\_\_\_\_

#### **Yara Cardoso Silva**

Rua Ipomeia, 87, Santo André  
Belo Horizonte/MG - CEP: 31230-160  
Tel: (0xx31) 9338-3493.

#### **Kênia Lara Silva**

Escola de Enfermagem da UFMG  
Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia,  
Belo Horizonte/MG - CEP: 30130-100  
Tel: (0xx31) 3409-9