

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Especialização em Psicologia do Trabalho

UMA ANÁLISE DO TRABALHO NO CAMPO DOMICILIAR AUTÔNOMO EM
FISIOTERAPIA: VICISSITUDES E DESAFIOS DA ATIVIDADE

Valéria Teresa Moreira de Almeida
Belo Horizonte, Junho de 2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Especialização em Psicologia do Trabalho

UMA ANÁLISE DO TRABALHO NO CAMPO DOMICILIAR AUTÔNOMO EM
FISIOTERAPIA: VICISSITUDES E DESAFIOS DA ATIVIDADE

Monografia apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Psicologia do Trabalho.

Orientadora: Prof^a. Me. Bruno Otávio Arantes

Belo Horizonte
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas UFMG

"Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara."
Livro dos conselhos, in 'Ensaio sobre a cegueira'.
José Saramago

“Dois aspectos essenciais à Psicologia do Trabalho: o homem se produz, ao mesmo tempo em que modifica a natureza e, através dessa ação, consciente e proposital, ele realiza sua subjetividade na materialidade objetiva. Portanto, ao compreender o trabalho podemos efetivamente apreender como se dá o interfluxo subjetividade/objetividade, o que, no nosso entender, é a chave para a compreensão dos processos psicológicos humanos”Lima (2002)

Ao Requim,
por tudo que significa em minha vida.
Aos participantes deste estudo, pela disponibilidade e
confiança.

Agradecimentos

Ao Requirim, por tudo que representa nesta conquista. Nossas discussões teóricas, reflexões, debates que fortaleceram o estudo e solidificaram nossa parceria.

Aos meus familiares, pela confiança e por acreditar e incentivar minhas conquistas.

Aos professores e funcionários do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, pela abertura e disponibilidade em conceder ao aluno a chance de uma conquista.

À Eni Gomes dos Santos, pelo carinho e dedicação à nossa família.

Ao Prof. Bruno Otávio Arantes, pelas orientações assertivas e fundamentais para a construção do meu trabalho.

Aos participantes do estudo, pela disponibilidade com que me receberam em seus lares, confiança e cortesia.

Às professoras Dr^a. Livia de Oliveira Borges e Me. Anizaura Livia Rodrigues de Souza pelo interesse em participar de minha banca.

RESUMO

O presente estudo aborda o atendimento domiciliar em fisioterapia e tem por objetivo compreender a dinâmica da atividade de trabalho deste campo de atuação profissional. Após a realização de observações de atendimentos para apresentação de trabalho sobre os aspectos ergonômicos referentes ao trabalho domiciliar em fisioterapia na disciplina de Ergonomia no curso de Especialização em Psicologia do Trabalho, algumas questões relacionadas à organização da atividade se apresentaram bastante significativas. Para a análise do atendimento domiciliar, foi utilizada a observação do trabalho, onde se buscou identificar as condições específicas ao exercício da atividade do fisioterapeuta, caracteristicamente marcada pela interveniência de fatores peculiares, relacionados ao contexto domiciliar, tais como a relação estabelecida com o paciente, com os familiares e os deslocamentos entre domicílios no decorrer da jornada de trabalho e as interferências e intercorrências deste contexto. Estes fatores são determinantes na execução do trabalho e se constituem em condições que exigem a adequação não somente de equipamentos e recursos instrumentais, mas requerem do profissional uma constante articulação de saberes e condutas. Desenvolveu-se uma análise sobre o atendimento domiciliar autônomo, complementada por breve pesquisa bibliográfica relativa ao modelo adotado no campo público por meio do Programa de Saúde da Família (PSF/NASF) e organizações privadas de saúde suplementar. Desta forma, este estudo permitiu conhecer as características do atendimento domiciliar e suas diferenças em relação ao ambiente de trabalho habitual (hospital, clínica, ambulatório), bem como a reflexão sobre as relações estabelecidas entre o fisioterapeuta e os clientes, além dos incidentes críticos decorrentes da atividade no contexto domiciliar.

Palavras-chave: atendimento domiciliar – observação do trabalho – Fisioterapia

Sumário:

1. INTRODUÇÃO	9
2. METODOLOGIA	11
3. ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO	12
3.1. <i>Histórico</i>	12
3.2. <i>O atendimento fisioterapêutico no segmento público</i>	13
3.3. <i>Atendimento domiciliar no segmento privado</i>	15
3.4. <i>Atendimento fisioterapêutico domiciliar</i>	17
3.4.1. <i>Designações para o cuidado em domicílio</i>	20
3.4.2. <i>O atendimento domiciliar autônomo - implicações legais</i>	22
4. AS OBSERVAÇÕES DO TRABALHO	24
4.1. <i>Apresentação da profissional e de sua atividade</i>	25
4.2. <i>O fluxo de trabalho</i>	26
4.3. <i>A relação com o paciente</i>	27
4.4. <i>A relação com familiares/outros componentes do ambiente doméstico</i>	29
4.5. <i>Os momentos críticos</i>	30
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS	31
5.1. <i>Do paciente</i>	32
5.2. <i>Do ambiente domiciliar</i>	33
5.3. <i>Do deslocamento no traslado entre domicílios</i>	34
5.4. <i>Do aparato físico/instrumental</i>	35
5.5. <i>Dos aspectos econômico-financeiros</i>	35
5.6. <i>Psicológicos/afetivos</i>	36
6. CONCLUSÃO	37

1. INTRODUÇÃO

O campo domiciliar constitui uma esfera de atuação profissional que vem apresentando um crescimento significativo no âmbito da saúde, refletindo o aumento da demanda por atendimentos especializados que possam ser desenvolvidos fora do aparato institucional/hospitalar. Esta nova configuração dos serviços de saúde surge como resposta ao advento de novas tecnologias de assistência e ao próprio envelhecimento da população. Estes dois fatores tem impulsionado a demanda por assistência de maior complexidade. Também se destaca a influência dos altos custos dos serviços hospitalares e a necessidade de uma atuação mais humanizada, em contrapartida ao modelo tecnicista dos serviços de assistência à saúde. Estas ações refletem a busca por "estratégias racionalizadoras, que visam a redução da demanda por atendimento hospitalar ou a redução do período de permanência dos pacientes internados, mas que incluem também, uma preocupação com uma humanização da atenção", sendo a assistência domiciliar "modalidade alternativa de atenção à saúde, já consolidada em alguns países desenvolvidos" (REHEM e TRAD, 2005, p.232).

Os registros e a sistematização dos serviços públicos e privados de atenção domiciliar, mesmo quando ocorrem por iniciativa institucional explícita (de sistemas municipais de saúde, hospitais, operadoras de saúde entre outros), vem a conhecimento apenas quando são consideradas bem-sucedidas ou possuem maior tempo de funcionamento (Martins *et al.*,2009). As iniciativas de atenção domiciliar vinculadas a hospitais quase sempre se orientam para a desospitalização, diminuição de custo, prevenção de riscos e humanização da assistência e são direcionadas a grupos de usuários por patologias (tratamento domiciliar de feridas, portadores de distrofia muscular, paciente portadores de HIV/Aids). Na rede pública, as propostas de atenção domiciliar têm sido construídas como experiências orientadas pela extensão de cobertura ou pela desospitalização precoce. Ainda é limitado o debate e o investimento político na atenção domiciliar como alternativa para os processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado, caracterizando o caráter substitutivo das práticas em saúde.

Ao revisar a literatura, foi possível constatar, por meio de pesquisas nas bases de dados LILACS, PUBMED, SciELO, sites de pesquisa acadêmica e outras

fontes, que a produção teórica sobre o tema é ainda incipiente, sendo encontrados estudos focalizados na assistência domiciliar prestada pelo segmento público ou pelo sistema de saúde suplementar, contudo não foram identificados registros de trabalhos com a abordagem específica do atendimento domiciliar autônomo em fisioterapia ou de outros segmentos profissionais do campo da saúde.

O objetivo deste trabalho é realizar um estudo sobre a atividade de atendimento fisioterápico institucional e domiciliar, visando identificar e compreender a que vicissitudes e desafios estão submetidos este profissional.

Desta forma, estruturamos a apresentação da seguinte maneira: no primeiro capítulo apresentamos a metodologia utilizada, seguido de uma breve apresentação sobre a Fisioterapia, focalizando aspectos históricos e de formação e regulamentação da profissão e produções teóricas a respeito do atendimento domiciliar.

Continuamos a apresentação do texto com as características da assistência domiciliar nos campos público e privado, visando fornecer informações básicas sobre a maneira como são propostas as atividades no PSF/NASF e nos serviços executados pela iniciativa privada da saúde suplementar, com o intuito de demonstrar como se organiza a prática domiciliar sob estes dois domínios, bem como uma breve apresentação a respeito da legislação relativa ao trabalho autônomo no que se refere à seguridade social.

O quarto capítulo traz o relato das observações de campo, por meio da descrição do fluxo da atividade do fisioterapeuta autônomo, a partir do início da jornada de trabalho, do deslocamento até o domicílio, materiais e equipamentos de trabalho até a finalização dos atendimentos, explicitando aspectos relevantes das condições e organização do trabalho.

O quinto capítulo apresenta a análise dos resultados da pesquisa e as diversas interferências e dificuldades enfrentadas na realização da atividade.

O sexto capítulo traz a análise geral dos resultados, apresentando considerações sobre o assunto, com base nos pressupostos teóricos adotados e nas observações de campo.

Finalmente, conclui-se o estudo com algumas observações gerais sobre o tema, abordando aspectos percebidos como caracterizadores da realidade observada, relativa ao campo de atuação domiciliar em fisioterapia.

2. METODOLOGIA

Neste estudo, optou-se pelas observações do trabalho, com o objetivo de compreender o cotidiano da atividade, sua complexidade e peculiaridade, bem como o significado do trabalho, as relações estabelecidas pelos sujeitos participantes e a organização da atividade.

A seleção dos participantes foi definida por conveniência, em que as observações de campo foram realizadas durante duas semanas, realizando-se o acompanhamento de sessões de atendimento domiciliar de dois pacientes. A definição dos pacientes procurou considerar a disponibilidade efetiva dos mesmos em autorizar a observação da atividade e pela possibilidade de realizar o acompanhamento integral da rotina de trabalho, no que se refere à realidade cotidiana e à organização do trabalho do fisioterapeuta. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada com o fisioterapeuta e registro das observações das sessões de atendimento. Devido ao fato de os pacientes não utilizarem roupas em determinadas atividades da fisioterapia, optou-se pela não realização de filmagens, a fim de preservar a privacidade e minimizar constrangimentos. Foi assegurado aos participantes o sigilo das informações, com a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (ANEXO I).

O foco da observação centrou-se na maneira como o fisioterapeuta executa sua prática, utilizando-se do conhecimento técnico para a definição das atividades prescritas para o tratamento das patologias apresentadas pelo paciente (preconizadas pelos preceitos técnicos da profissão), bem como na identificação das dificuldades e vicissitudes do trabalho e nas estratégias de enfrentamento destas condições, tanto técnicas quanto aquelas referentes a equipamentos utilizados na abordagem dos pacientes e à dinâmica externa relativa ao atendimento domiciliar (ambiente doméstico, condições extrínsecas à atividade, conteúdo do trabalho).

3. ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO

3.1. Histórico

O surgimento da Fisioterapia no Brasil ocorre no final do século XIX, contudo, somente em 1959 é criada a Associação Brasileira de Fisioterapeutas que, juntamente com a criação do primeiro curso superior de Fisioterapia em São Paulo e com a regulamentação da profissão sob Decreto-Lei 938/69 de 1969, impulsionou o desenvolvimento da profissão enquanto atividade de saúde (GAVA, 2004, p.27).

No transcorrer da legitimação profissional, através da Lei nº 6.316 de 17 de Dezembro de 1975, foram criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, constituindo, em conjunto, uma autarquia federal vinculada ao Ministério do Trabalho. Nessa mesma lei, nos artigos 5, 6 e 7 são estabelecidas as competências do conselho federal e dos conselhos regionais, como normatizar e exercer o controle ético, científico e social das atividades da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, das profissões de Fisioterapeuta e de Terapeuta Ocupacional e das empresas prestadoras de tais tipicidades assistenciais ao meio social. A criação dos conselhos conferiu maior controle sobre o exercício profissional, elaborando a proposta de seu regimento e funcionando como um Tribunal Superior de Ética Profissional.

As áreas de atuação profissional são estabelecidas da seguinte maneira: a clínica (ambulatórios, consultórios, centros de reabilitação, hospitais e clínicas), a saúde coletiva (ações básicas de saúde, fisioterapia do trabalho, programas institucionais e vigilância sanitária), a educação (direção e coordenação de cursos, docência em níveis secundário e superior, extensão, pesquisa, supervisão técnica e administrativa) e outras (esporte e indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico).

A fim de normatizar o exercício profissional, o Conselho Federal de Fisioterapia dispõe de resoluções para o reconhecimento de determinadas especialidades. São elas: acupuntura, dermatofuncional, esportiva, do trabalho, neurofuncional, oncofuncional, respiratória, traumato-ortopédica, osteopatia e quiropraxia, saúde coletiva e saúde da mulher.

A assistência domiciliar, tanto no setor privado quanto no público, é concebida como uma modalidade de atendimento que tem como objetivo melhorar o

entendimento da realidade do paciente no ambiente em que ele vive; realizar a prevenção de agravos; fornecer cuidados paliativos e a reabilitação do paciente incapaz de locomover-se até a unidade de saúde. (Ragasson, 2006).

O atendimento domiciliar está relacionado ao maior apelo para a justificativa da atuação do fisioterapeuta na atenção básica e que o confronto direto com a realidade vivida pelo usuário permite uma melhor identificação das necessidades da pessoa a ser atendida e melhor formulação das ações a serem propostas pelo profissional. (Freitas, 2006). Este autor afirma que os serviços de saúde privados no Brasil, podem ser subdivididos em clássico e complementar, sendo o setor clássico representado pelos serviços autônomos, em que os profissionais são responsáveis pela captação de clientes, estabelecendo as estratégias de tratamento e remuneração, sob uma perspectiva de informalidade do trabalho, prática antiga e usual no campo da fisioterapia e que a saúde complementar seria a prestação de serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, regulados e fiscalizados pela ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar).

A concepção do atendimento domiciliar apenas como uma alternativa às práticas institucionalizadas de serviços de saúde revela a incipiente análise desta realidade como um campo de trabalho específico, que necessita de estudos mais aprofundados. Também fica evidenciado que a normatização definida pelo COFFITO não abrange a atuação do profissional domiciliar autônomo. Embora o profissional de fisioterapia possa executar as especialidades previstas na normatização profissional (acupuntura, dermatofuncional, neurofuncional, oncofuncional, respiratória, traumatologia, ortopédica, osteopatia e quiropraxia) quando atua em domicílio, a regulamentação do campo autônomo é inexistente, no que se refere à atribuição de responsabilidades, diretrizes e sistematização da atividade. Mais uma vez, aqui, se configura um aspecto de interesse para construção de conhecimento no que se refere ao campo de trabalho domiciliar autônomo.

3.2. O atendimento fisioterapêutico no segmento público

O atendimento domiciliar no campo da Saúde Pública está regulamentado pela Portaria GM N° 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, estabelecendo no Art. 1º seus objetivos de "ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade,

apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica". De acordo com o artigo 2º, os núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF, agindo diretamente no apoio às equipes. Os NASF devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família, buscando instituir a integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF. Como atribuições de responsabilidades destes profissionais são estabelecidas a identificação de atividades, ações e práticas a serem adotadas em conjunto com as ESF e a comunidade, bem como desenvolver a intersetorialidade a outras políticas sociais de educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.

Especificamente em relação ao campo da Fisioterapia, o Art. 4º determina que sejam contratados dois profissionais fisioterapeutas que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um, estando previstas ações de reabilitação, que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde. O processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a inclusão social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território.

No Brasil, conforme descrevem Feuerwerker e Merhy (2008) a transformação dos modos de organizar a atenção à saúde vem sendo considerada indispensável para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) por pelo menos dois grandes motivos: em primeiro lugar, pela necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, da diversificação das tecnologias de saúde e da articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência; em segundo lugar, pela necessidade de adotar modos mais eficientes de utilizar os escassos recursos, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde — centrado em procedimentos — implica custos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz de responder às necessidades de saúde da população. Para os autores, a atenção domiciliar

está presente na formulação das políticas públicas de saúde e de assistência social, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde. Mecanismos legais tais como a Portaria 2416, a Lei 10.424b e a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) N°11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária focalizam a atenção domiciliar como modalidade de oferta na organização da assistência à saúde. No entanto, mesmo com o reconhecimento da assistência domiciliar como uma modalidade de atendimento, por meio da legislação regulamentadora desta prática profissional, sua inserção na composição de serviços prestados pelo SUS tem o caráter de condição complementar.

A incorporação da assistência domiciliar, como afirmam Trad e Bastos (1998) aponta para a:

reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas, assim a família e seu contexto tornam-se alvos estratégicos de investigação para o PSF (p.431).

Este deslocamento reflete o aumento da demanda por atendimentos especializados que possam ser desenvolvidos fora do aparato institucional/hospitalar, mas aponta também para uma estratégia ainda pouco estruturada quanto aos aspectos de definição conceitual, planejamento dos serviços e provedores, financiamento, acompanhamento e avaliação, identificação e controle de riscos, requisitos de capacitação técnica dos profissionais/equipes, uma vez que, de acordo com Rehem e Trad (2005), a proposta de assistência domiciliar em saúde no Brasil faz alusão de maneira genérica no que se refere a aspectos promocionais, assistenciais e gerenciais.

3.3. Atendimento domiciliar no segmento privado

No Brasil, a assistência domiciliar é vista como um conjunto de ações preventivas, conforme dispõe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme regulamentação Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) N°11, de 26 de Janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico contendo as normas de funcionamento de serviços que prestam Assistência Domiciliar, não estando abrangidas as atividades exercidas por profissionais autônomos. No campo privado, a prática de atendimento domiciliar é uma modalidade de serviço prestado principalmente aos usuários de planos de saúde, como alternativa à impossibilidade de deslocamento do paciente ao local de atendimento, oferecido àqueles pacientes que necessitam de

cuidado especializado, acompanhamento de clientes crônicos e/ou idosos com grau avançado de dependência funcional ou limitação física, cuidados paliativos a doentes terminais e atendimento especializado a neonatos. Os programas são direcionados a pacientes oriundos de hospitais e que necessitem de continuidade da assistência no domicílio.

Em estudo de implantação de um serviço de Assistência Domiciliar do setor privado, sob a luz da conformação do Modelo Assistencial, Pereira et al. (2005) demonstram que "os atores sociais do serviço alvo, deste estudo, explicitaram que o projeto da Assistência Domiciliar da empresa precisa contemplar três eixos: a satisfação do usuário, do cooperado e a necessidade de reter custos" (p.1005). Neste trabalho os autores observam que o modelo técnico-assistencial da Atenção Gerenciada é uma possibilidade de reordenação para a prestação dos serviços privados na área da saúde, impondo um processo de reorganização do trabalho e do *modus operandi* dos próprios trabalhadores.

Os resultados de uma pesquisa realizada na cidade do Recife, apresentados por Cunha e Morais (2007) mostram uma nova modalidade de assistência à saúde – a Assistência Domiciliar Privada em Saúde (ADPS) - no período compreendido entre os anos de 2001 e 2003. Partem da premissa de que os serviços privados de saúde, conquanto apresentem especificidades que os distinguem da prestação de serviços nos demais setores produtivos, vêm reproduzindo algumas das transformações às quais esses estão submetidos, sobretudo no que se refere à flexibilização do processo produtivo e à precarização das relações e condições de trabalho na atual fase de reestruturação de mais um ciclo de reprodução do capital" (p.1653).

Também contribuem para a análise do contexto da atenção domiciliar no campo privado ao afirmarem que:

De uma perspectiva conceitual, então, a ADPS corresponde a uma determinada modalidade de cuidados que se desenvolve nos níveis secundário e terciário do subsistema privado de atenção à saúde, sendo prestada por equipe multidisciplinar geralmente constituída por profissionais médicos, de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e serviço social, além de auxiliares de enfermagem (p.1653).

Em um estudo sobre o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) de uma Cooperativa Médica, Martins *et. al.* (2009) constatam que:

Em relação ao processo de trabalho, toda a atividade é disciplinada por protocolos que indicam o número de visitas domiciliares, o uso de

transporte, insumos e os recursos de apoio disponíveis. Se por um lado isto impõe certos limites, como as visitas protocolares, por outro, na sua atividade cotidiana, o trabalhador usa da liberdade que tem, proporcionada pelo seu “trabalho vivo em ato” e faz vínculo com usuário e cuidador, negocia projetos terapêuticos e assim modifica o *modus operandi* convencional. Seu trabalho adquire um perfil próprio, neste caso específico, com potência criadora de autonomia para o cuidador e de resolubilidade (p.469).

Para o autor, o atendimento domiciliar no campo privado, centrado no trabalho com tecnologias leves, permite ao profissional adequar o saber técnico com as possibilidades de abordagem terapêutica no contexto do domicílio e afirma que, “no seu ideário, coloca-se em primeira instância o cuidado aos beneficiários, sua intenção ético-política que configura uma intencionalidade de cuidar e substituir as formas convencionais de atenção hospitalar” (p.470). No caso da fisioterapia esta vinculação ao contexto hospitalar nem sempre acontece, já que os pacientes que necessitam de tratamento fisioterapêutico podem recorrer ao atendimento domiciliar, independente de aparato institucional.

3.4. Atendimento fisioterapêutico domiciliar

A assistência domiciliar, de acordo com Duarte e Diogo (2005) é uma atividade que remonta aos tempos bíblicos, sendo descrita como uma prática inicialmente vinculada à caridade, executada por organizações militares e ordens religiosas por volta do século XV, com maior expressividade das práticas de enfermagem, focadas nos cuidados com a alimentação, higiene e vestuário dos pobres e doentes. O século XIX revela um movimento de sistematização da prática da assistência domiciliar, definindo metodologia para os executores desta modalidade de atendimento. Neste século, se registra a primeira atividade do serviço público domiciliar na Inglaterra e nos Estados Unidos, ainda focados nos serviços de enfermagem. Em 1877 foi fundada a *The New York City Mission*, considerada a precursora do sistema de *home care* americano.

No Brasil, o desenvolvimento da assistência domiciliar também está associado diretamente ao trabalho de enfermeiras no estado do Rio de Janeiro, em função de epidemias. Carlos Chagas desenvolve um projeto de intercâmbio com enfermeiras americanas para capacitação dos profissionais brasileiros. Esta iniciativa deu origem à Escola de Enfermagem Ana Neri e, posteriormente, contribuiu para a

criação do serviço Especial de Saúde Pública (SESP), estabelecendo a assistência domiciliária como estratégia de atendimento à população (CUNHA, 2007).

O atendimento domiciliar nos Estados Unidos, de acordo com Duarte e Diogo, (2005), citando Marrelli (1997), é visto como um:

Continuum do cuidado á saúde, por meio do qual os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e à sua família em seus locais de residência como objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades os doenças, incluindo as sem perspectivas terapêuticas de cura (p.06).

Segundo Carletti e Rejani (1996), a atenção domiciliar é definida como um:

Serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por uma equipe interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções, de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia (p.419).

A adoção da assistência e a internação domiciliar cresceram significativamente nos diversos serviços de saúde, pautadas em justificativas de diferentes ordens – mais vagas nos hospitais, redução dos riscos de infecção hospitalar, humanização do atendimento e sensível redução dos custos (PEREIRA *et. al*, 2005). Por outro lado, existe a defesa da implantação de serviços de assistência domiciliar pela necessidade de promover maior integração e colaboração entre os serviços hospitalares e os extra hospitalares, com vistas à construção de um novo modelo de atenção que possibilite a assistência contínua e a perspectiva da integralidade.

De uma perspectiva conceitual, afirmam Cunha e Morais (2003) a Assistência Domiciliar Privada em Saúde (ADPS) corresponde a uma determinada modalidade de cuidados que se desenvolve nos níveis secundário e terciário do subsistema privado de atenção à saúde, sendo prestada por equipe multidisciplinar geralmente constituída por profissionais médicos, de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e serviço social, além de auxiliares de enfermagem. No Brasil, é ofertada majoritariamente à população adstrita aos planos e seguros de saúde, mediante a provisão de serviços de saúde prestados ao indivíduo em qualquer idade, acometido por enfermidade crônica ou aguda, em seu domicílio. Também afirmam que:

É nesse cenário que as empresas privadas de assistência domiciliar surgem e se expandem, provavelmente a partir de meados da década

de 1990, apresentando-se como decorrência de um processo crescente de empresariamento e tecnificação da assistência em saúde (p.1653).

Em um estudo sobre a atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde, Freitas et al (2011) afirmam que:

A partir da década de 90, instituições representativas e formadoras ligadas à fisioterapia começaram a estimular a participação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde, com o propósito de acompanhar as tendências de novas políticas públicas de investimento e assegurar um espaço neste nível de atenção, além de propiciar a adaptação das diretrizes curriculares e à participação em residências multiprofissionais”, mas já alertam para o fato de ainda se constituir em uma atividade pouco divulgada no nível primário da de atenção a saúde (p. 112).

O atendimento no domicílio estaria relacionado ao maior apelo para a justificativa da atuação do fisioterapeuta na atenção básica e o confronto direto com a realidade vivida pelo usuário, o que permitiria uma melhor identificação das necessidades da pessoa a ser atendida e melhor formulação das ações a serem propostas pelo profissional.

Cabe considerar que o espaço dos serviços de saúde é de domínio do trabalhador e o domicílio é o espaço do usuário, o que aumenta a necessidade de revisão de formas de trabalho, abordagens e configurações da atividade, tendo em vista a especificidade das relações que se estabelecem entre os diferentes sujeitos. Por se constituir em um espaço de domínio do paciente, a fisioterapeuta se depara, no domicílio, com uma realidade diferente do contexto institucional, realidade que impacta, sobremaneira, a organização de sua atividade de trabalho. As interferências típicas do contexto domiciliar exigem do profissional a articulação de saberes e recursos não somente técnico-instrumentais, mas a habilidade para lidar com os fatores de relacionamento, afetivos, econômico-financeiros.

Os argumentos que justificam a proposta de assistência domiciliar no que se refere à possibilidade de estreitamento de relações entre o paciente e os profissionais de saúde requerem a discussão teórica a respeito de questões que lhe são subjacentes, tais como a capacidade emocional da família para participar ativamente do processo de trabalho característico do atendimento domiciliar, bem como da capacidade das famílias em arcar com os custos materiais acarretados pelo tratamento em domicílio. Neste sentido, o domicílio passa a se constituir em um espaço onde pode se agravar as tensões

e inseguranças decorrentes da situação de gravidade dos quadros clínicos ou óbitos (CUNHA E MORAIS, 2005).

No campo privado, geralmente as empresas prestadoras de serviços em domicílio, contratam profissionais generalistas, que possam desenvolver uma maior variedade de tarefas e que são recrutados de acordo com a variação das demandas. Este aspecto mostra uma dimensão de cuidado domiciliar que não permite a vinculação exclusiva do profissional ao paciente, já que os atendimentos podem ser realizados por profissionais em caráter de "plantão". Essa modalidade assistencial se baseia em relações e condições de trabalho muitas vezes precárias, em que são transferidos aos trabalhadores os custos referentes aos direitos trabalhistas e previdenciários. Cunha e Morais (2005) consideram trabalho precário aquele em que a atividade é exercida sem regulamentação para a prestação dos serviços e não possui qualquer modalidade de fiscalização pelas instituições sanitárias.

O atendimento domiciliar, conforme enfatizam Floriani e Schramm (2006) tem se tornado um importante instrumento de assistência, mas que diante da complexidade de fatores relacionados ao campo (éticos, sociais e operacionais), e a escassa literatura sobre o tema, torna-se necessário um maior direcionamento na implantação do atendimento domiciliar, por meio de políticas de proteção ao paciente, à família e ao profissional, visando aperfeiçoar e sistematizar esta prática de prestação de serviços.

3.4.1. Designações para o cuidado em domicílio

A modalidade de assistência domiciliar apresenta significativo crescimento nos programas de atenção à saúde, sendo considerada uma alternativa de atendimento aos usuários dos sistemas de saúde público e privado, bem como estratégia para a redução dos custos com as internações e tratamentos prestados nas instituições hospitalares.

Em um estudo comparativo sobre os modelos de atenção domiciliar no Brasil e Canadá, Rehem e Trad (2005) afirmam existir uma “variedade de termos para designar este campo de atuação, polissemia derivada das dificuldades históricas de expressar claramente as características dessa modalidade assistencial, diferenciando-a das outras formas de assistência (p.223)”. Estes termos são a atenção domiciliar, a assistência domiciliaria, internação domiciliar e a hospitalização domiciliar.

Carletti e Rejani (1996) conceituam as diversas modalidades de assistência, caracterizando a atenção domiciliar como:

O serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por uma equipe interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia (p.419).

Duarte e Diogo (2005), citando Yamaguchi (1997) conceituam a assistência domiciliária como “aquela que compreende as atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interprofissional no local de residência do cliente. Engloba visitas programadas em que determinados procedimentos, geralmente de maior complexidade, são realizados pelos elementos da equipe (p.09)”. No caso da fisioterapia, os procedimentos seguem a terapêutica definida a partir do diagnóstico de acordo com as diretrizes definidas pelos preceitos e métodos de tratamento. Este aspecto, no domicílio, requer do profissional a percepção e apreensão da realidade do paciente, bem como em relação à estrutura do domicílio e as condições adequadas para aplicação de técnicas e procedimentos. No caso do fisioterapeuta autônomo, não há composição de equipes, porém quando há demanda por outros atendimentos complementares (fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição, enfermagem, odontologia, dentre outros) é solicitado à família que busque estes serviços, a fim de promover o atendimento integral ao paciente.

A conceituação da internação domiciliar implica no “atendimento a determinados tipos de pacientes que, mesmo após a estabilização do quadro clínico, continuam a requerer cuidados especializados de um profissional de saúde no seu dia-a-dia” (id. p.09), diferindo da hospitalização domiciliar, que se conceitua como modelo organizativo capaz de prover um conjunto de atenções e cuidados médicos e de enfermagem aos pacientes em sua residência, com as mesmas características da assistência hospitalar, tanto em qualidade como em quantidade, quando aqueles já não precisam da infraestrutura do hospital, mas ainda necessitam de vigilância ativa e assistência completa.

A diferenciação entre as diferentes abordagens da assistência domiciliar, também são consideradas por Schutz, Leite e Figueiredo (2004), que acrescentam o

conceito de visita domiciliar, que é definida como sendo o “contato do profissional da saúde com a população de risco, com o indivíduo ou seus familiares no intuito de coletar informações ou de realizar algumas orientações visando à prevenção de doenças e promoção da saúde” (p. 359).

Em uma pesquisa realizada junto a profissionais de Enfermagem que prestam atendimento domiciliar, conforme Puschel *et. al*, (2002) fica evidenciada a adoção do modelo de assistência baseado no modelo clínico e hospitalar, com a abordagem ainda pautada em:

Privilegiar o atendimento do corpo doente, fracionado pelos diferentes profissionais que prestam um atendimento pontual e procedimental, o que aparentemente limita a construção de uma prática que tem no enfoque multiprofissional, no reconhecimento do contexto domiciliar e na compreensão da dinâmica familiar, a complexidade de uma nova abordagem teórico-instrumental capaz de atribuir um novo sentido a um modelo assistencial em validação. (p.466)

Os autores afirmam que, de modo geral, a formação dos profissionais que atuam no campo domiciliar sempre privilegiou as bases do modelo clínico, dificultando a identificação e a intervenção em situações que requeiram uma visão mais abrangente do paciente e do tratamento de sua patologia, considerando este novo modo de abordagem como um desafio ao profissional do campo domiciliar.

3.4.2. O atendimento domiciliar autônomo - implicações legais

O atendimento domiciliar autônomo não possui nenhum tipo de vínculo trabalhista, possuindo regulamentação referente às contribuições sociais e impostos devidos, mas não apresenta legislação específica sobre as condições de trabalho.

A Lei Federal Nº 8.212/91 que dispõe sobre a organização da Seguridade Social, em seu capítulo I, seção I, Artigo 12, item V, alínea H, onde estabelece como segurado obrigatório da Previdência Social, como contribuinte individual, toda pessoa física que exerce, por conta própria, atividade econômica de natureza urbana, com fins lucrativos ou não.

Na Seção II, que trata da Contribuição dos Segurados Trabalhador Autônomo, Empresário e Facultativo, a lei estabelece no Art. 21 que:

A alíquota de contribuição dos segurados contribuinte individual e facultativo será de 11% (onze por cento), no caso do segurado contribuinte individual, ressalvado o disposto no inciso II, que trabalhe por conta própria, sem relação de trabalho com empresa ou

equiparado e do segurado facultativo, observado o disposto na alínea b do inciso II deste parágrafo.

O Contribuinte Individual é um segurado obrigatório da Previdência Social, devendo, deste modo, inscrever-se no INSS, para fins de cadastramento no Regime Geral de Previdência Social. A inscrição está condicionada à inscrição no Cadastro Mobiliário de Contribuintes do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) em nível municipal, na condição de Profissional Autônomo, sendo definido como aquele que exerce, com ou sem estabelecimento fixo, habitual ou temporariamente, quaisquer das atividades constantes da Lista de Serviços de incidência do imposto. A obrigatoriedade da inscrição estende-se mesmo para aqueles que estão imunes ou isentos do pagamento do imposto.

No âmbito municipal, a legislação específica sobre o ISSQN, no Art. 3º, item IV, estabelece que o imposto é devido no município “quando o prestador do serviço, ainda que autônomo, mesmo nele não domiciliado, venha a exercer atividade no seu território, em caráter habitual ou permanente”. Na Seção V, Art. 9º, § 1º, que, em se tratando de profissional autônomo “o imposto será lançado trimestralmente pela autoridade fazendária, com base nos dados constantes do Cadastro de Contribuintes de Tributos Mobiliários – CMC”.

Após revisão da legislação específica, não foi encontrada uma regulamentação específica a respeito do trabalhador autônomo sem vinculação a aparatos institucionais, no que se refere à sistematização efetiva de condições de trabalho, direitos e deveres na realização da prestação de serviços. Ribeiro de Vilhena (2005) definem o trabalhador autônomo como aquele que desenvolve sua atividade com organização própria, iniciativa e discricionariedade, além da escolha do lugar, do modo, do tempo e da forma de execução.

Para o autor, o trabalho autônomo possui duas dimensões características, que são o vínculo baseado na prestação de serviços, que não possui intervenção do empregador e o poder jurídico reservado ao prestador de serviços de organizar o trabalho de maneira individualizada e de acordo com sua capacitação técnica e prerrogativas profissionais. Diferentemente do trabalho assalariado ou subordinado, no trabalho autônomo o profissional se relaciona diretamente com o cliente ou usuário, atividade estabelecida por meio de contrato de atividade de caráter civil ou mercantil, em que o trabalhador não se encontra submetido ao gerenciamento do empregador.

O trabalho autônomo está sustentado então na individualidade, que

caracteriza a liberdade de organização e de execução do próprio trabalho, de disposição do resultado do trabalho, da livre base do contrato de troca, bem como na autonomia em relação ao vínculo de subordinação técnica, na medida em que a atividade domiciliar é prestada por trabalhador que assume o risco do próprio trabalho, assumindo as eventuais perdas. O profissional autônomo não se encontra sujeito a um dever de obediência ao beneficiário da atividade, mas deve fornecer informações sobre o resultado a ser obtido com o seu trabalho. Sendo assim, também não está submetido a um poder disciplinar, estando sujeito, em caso de descumprimento das cláusulas contratuais, à cobrança de indenização com base na responsabilidade civil.

Geralmente os trabalhadores em domicílio exercem sua atividade em seus próprios veículos sem a proteção das normas tutelares do trabalho subordinado. Por realizar seu trabalho sem subordinação às ordens e instruções de outrem, o trabalhador autônomo, em princípio, encontra-se excluído da proteção das normas tutelares do Direito do Trabalho, embora a partir da Emenda Constitucional 45/2004, as questões referentes ao trabalho autônomo foram incluídas na competência da Justiça do Trabalho (art. 114, inciso I, da Carta de 1988), o que demonstra que, pelo menos sob o aspecto instrumental, o trabalho autônomo mereça a tutela da jurisdição laboral.

4. AS OBSERVAÇÕES DO TRABALHO

A análise psicológica do trabalho, conforme afirma Clot (2007), é sempre análise de um sujeito, de um grupo ou de vários, numa situação ou num meio e que o analista do trabalho é precedido no campo por aqueles que nele vivem. Esta análise foi efetuada por meio do acompanhamento dos atendimentos realizados pelo fisioterapeuta, na tentativa de identificar as questões relacionadas ao campo domiciliar, utilizando-se da observação do cotidiano do trabalho, de relatos do profissional e dos pacientes, buscando através do conhecimento empírico a compreensão deste contexto. Clot (op. cit) fornece base teórica quando diz que a singularidade da situação é o próprio objeto da análise psicológica e também que a pesquisa incide sobre o desenvolvimento da atividade e não apenas sobre seu funcionamento.

A observação do trabalho requer uma posição crítica do pesquisador, uma percepção ampliada da realidade observada como condição necessária ao entendimento de que sua presença no encontro entre fisioterapeuta e paciente estabelece uma situação específica, diferente do usual, sendo necessário considerar que este fato é inerente ao

processo de construção do conhecimento por parte do pesquisador e também por parte do profissional sujeito do estudo. Ciente desta condição, o fato de um terceiro elemento estar presente na situação do atendimento modifica a relação que se estabelece entre paciente e fisioterapeuta, contudo, não impede que a observação permita a aproximação com a atividade e, fundamentalmente, contribua para uma reflexão acerca das peculiaridades e características inerentes ao universo do trabalho.

A pesquisa estruturada em observações do trabalho encontra ressonância no empirismo de Politzer (1998) ao considerar a importância dos fatos como inerentes aos sujeitos em uma determinada realidade, neste caso, a realidade do trabalho de um fisioterapeuta domiciliar autônoma e sua relação com os pacientes, ou seja, sua experiência e ação concreta no exercício profissional.

Aqui se toma como suporte teórico Lhullier (2007), quando analisa que as observações do trabalho fornecem a oportunidade de transformar os relatos em narrativa, obtendo material capaz de dar forma à experiência vivida e de permitir o acesso a dimensões despercebidas e novos significados. Para a autora, a análise do material obtido, como um retorno à experiência, favorece a construção de uma compreensão mais abrangente dos significados, condutas e atitudes, fazendo emergir novos saberes a partir dos envolvidos, sujeitos e objeto da pesquisa.

4.1. Apresentação da profissional e de sua atividade

A fisioterapeuta graduou-se em Fisioterapia em 1998, realizando pós-graduação em Fisioterapia Geriátrica em 2008. Exerce sua atividade na área de neurologia e ortopedia, focada prioritariamente no atendimento de idosos, embora possua pacientes adultos jovens. Sua atuação se dá exclusivamente em domicílio, não possuindo vinculação institucional. Como área de atuação, atende os casos relacionados à neurologia e/ou ortopedia, representados pelos diagnósticos de artrose, lombalgias, processos pós-operatórios, Distúrbio Funcional Global (DFG), AVC, dentre outros.

Usualmente a demanda por atendimento fisioterapêutico ocorre por prescrição médica decorrente de quadro de patologia funcional do paciente. Antes de definir o tratamento a ser realizado, se efetua uma abordagem – o primeiro contato – e, em seguida, são avaliadas as demandas/queixas apresentadas pelo paciente. A fisioterapeuta observa e avalia questões relacionadas à aptidão do paciente para realizar funções. Ao avaliar a mobilidade do paciente, observam-se também questões

relacionadas ao equilíbrio, à marcha e às capacidades funcionais, ou seja, realiza-se uma avaliação físico-funcional. Existem diferentes instrumentos para que o profissional realize a avaliação necessária à definição do tratamento a ser proposto a cada paciente de acordo com a patologia apresentada.

Para executar sua proposta de tratamento, a fisioterapeuta se utiliza de alguns recursos e equipamentos, tais como: Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS), Estimulação Elétrica Funcional (FES), ultrassom, bola suíça, theraband/elásticos, bolas de diversos tamanhos, colchonete, maca, bastão/rolos, pesos/halteres e material de apoio (cremes, óleos, gel, álcool, papel toalha, fita crepe).

O número de sessões é definido a partir do diagnóstico e prognóstico de tratamento, podendo ser estabelecidas sessões em uma, duas ou três vezes por semana. Por se tratar de atendimento domiciliar a fisioterapeuta organiza sua agenda semanal levando em consideração a proximidade geográfica entre os pacientes na cidade de Belo Horizonte, visando assegurar maior agilidade de deslocamento entre os atendimentos.

A partir da demanda do paciente, solicitada por meio de contato telefônico, é agendada a primeira consulta para realização do diagnóstico, que não é cobrada. A não cobrança está relacionada ao fato de que, a partir do diagnóstico é que será avaliada a possibilidade de atendimento, levando em consideração: quadro de patologia do paciente e perspectivas de tratamento, área de atuação da fisioterapeuta e estrutura física do espaço domiciliar. Caso as duas primeiras condições sejam atendidas, a questão relacionada ao espaço domiciliar pode estar sujeita a necessidades de adequação frente às demandas do tratamento. Se não existe possibilidade neste sentido, a fisioterapeuta orienta o paciente/família a buscar outras perspectivas de tratamento. Caso haja prognóstico e condições adequadas, são estabelecidas as condições do atendimento (número de sessões, horários, honorários). Com relação aos honorários, a fisioterapeuta segue a tabela estabelecida pelo CREFITO, porém pode haver redução de valores de acordo com condições específicas de cada paciente.

4.2. O fluxo de trabalho

Para executar seu trabalho a fisioterapeuta estabelece uma escala semanal dos atendimentos, definida pela proximidade geográfica dos domicílios e pelo número de sessões estabelecido a partir da proposta terapêutica, adequada à demanda de cada paciente, que permita fazer um deslocamento mais rápido entre os atendimentos, já que

em relação ao trabalho terapêutico e ao número de sessões dos pacientes, segue uma proposta de tratamento definida na avaliação diagnóstica.

Considera a possibilidade de organizar a rotina diária para poder atender os pacientes que moram em uma mesma região de Belo Horizonte, levando em conta o tempo necessário para sair de casa, chegar à casa do paciente, preparar o material, montar a maca, quando ela é necessária e também calculando um tempo médio a ser dispendido no trânsito entre sua residência, a residência do paciente e depois a residência do paciente seguinte.

Os equipamentos de trabalho estão organizados em uma mochila: gel, creme, papel toalha, elásticos, dentre outros. No veículo ficam acondicionados os materiais para reposição e a maca portátil, quando necessária sua utilização para o atendimento.

A rotina diária se estabelece da seguinte forma: ao chegar ao domicílio a fisioterapeuta carrega a mochila nas costas e nas mãos leva a pasta com os aparelhos e equipamentos e, caso seja necessário, a maca portátil.

A fisioterapeuta registra o atendimento em formulário próprio (ANEXO II), constando a evolução do paciente, a terapêutica utilizada na sessão e observações, colhendo a assinatura do paciente e/ou responsável.

A prática fisioterapêutica é executada de acordo com a proposta de tratamento definida a partir da patologia apresentada pelo paciente e os resultados esperados.

Minha rotina é um pouco cansativa porque tenho que carregar todos os equipamentos na mochila, a maca que pesa 13 kg e ainda os aparelhos, mas sei que tudo que posso precisar para usar com o paciente está ali. O que desgasta um pouco é ter que montar e desmontar tudo a cada paciente. A gente se acostuma mas no final do dia o corpo sente e quando chego em casa preciso fazer alguns alongamentos e exercícios para corrigir e compensar o estresse físico que sinto, afinal meu corpo é o meu instrumento de trabalho.

4.3. A relação com o paciente

A relação com o paciente é formalmente estabelecida no início do tratamento, no que se refere ao número de sessões, horários e a fisioterapeuta procura observar as características de cada um deles, quando se define também a conduta terapêutica. Os pacientes observados mostraram-se familiarizados com a atividade desenvolvida pela fisioterapeuta, pois estão há mais de oito meses em atendimento. As

sessões de atendimento parecem já ter sido incorporadas à rotina semanal dos mesmos, conforme relatos:

Minha semana tem uma programação já montada de acordo com as sessões de fisioterapia e procuro não fazer nenhum compromisso nestes dias, mas às vezes preciso ir ao médico ou outra coisa e a gente combina como vamos compensar a sessão que não fizemos. Gosto de estar pronta para a sessão para não atrasar o trabalho com os outros pacientes dela. A gente se entende bem nisso. (A.L.F, 64 anos)

O bom do atendimento em casa é que não preciso sair para fazer fisioterapia e por ser atendida de forma individual. Já fiz fisioterapia em clínica, mas nelas a gente é colocada em cabines ou camas e atendidas ao mesmo tempo em que outras pessoas. O pessoal liga os aparelhinhos e sai para atender os outros. Em casa, a atenção fica só na gente. Gosto também de sentir que estou melhorando e já consigo fazer coisas que antes não estava dando conta e que gosto de fazer como ir à missa, na casa dos filhos, ler meus livros sentada sem sentir dores. (MCAM, 86 anos)

Percebe-se uma relação franca e direta entre a fisioterapeuta e o paciente, no sentido de incentivar o mesmo a dedicar-se ao tratamento e às atividades prescritas, sendo esclarecidas questões relativas ao diagnóstico e os resultados a serem obtidos no tratamento. A fisioterapeuta observa que

O atendimento em domicílio tem um componente que é diferente do tratamento realizado em clínicas e consultórios, pois a gente está em contato com a realidade do paciente em sua residência, pode observar as questões ligadas ao ambiente doméstico, a estruturação dos espaços para deslocamento, as condições dos móveis que ele utiliza e as dificuldades que o paciente enfrenta para realizar tarefas no dia-a-dia decorrentes de sua patologia funcional. Procuro orientar o paciente a utilizar melhor a postura corporal ao sentar, levantar, dormir, que têm uma relação direta com a possibilidade de melhora do seu quadro clínico.

Quanto aos aspectos relacionais, observa-se uma ligação cordial e afetiva entre o fisioterapeuta e os pacientes, que gera confiança entre os mesmos. Os pacientes relatam que o relacionamento com a fisioterapeuta se baseia na cordialidade, valorizando o atendimento individualizado e ressaltando que a fisioterapeuta sempre orienta e esclarece as questões relacionadas ao andamento e desenvolvimento das atividades previstas, alcance de resultados, melhora clínica e perspectivas de alta do tratamento. A fisioterapeuta esclarece que mantém a relação com o paciente dentro de um padrão de profissionalismo e ética e acredita que a forma como se relaciona com o paciente faz com que o trabalho se torne mais efetivo, pois favorece a aderência do mesmo ao tratamento e facilita o diálogo, permitindo a expressão de ideias e pontos de vista.

Questionada sobre a afetividade que se estabelece na relação com o paciente e os fatores relacionados aos casos de óbito e/ou encerramento do tratamento, a fisioterapeuta diz que

Ao trabalhar com pessoas, o profissional da área da saúde precisa estar preparado para enfrentar situações de óbito do paciente ou o encerramento do tratamento, por alta ou por outro motivo. Sei que o óbito de um paciente pode ser mais frequente quando se trabalha com idosos, mas procuro conduzir de uma maneira profissional, sem deixar de ser calorosa com a família, num momento como este. Acho que isso é uma condição específica do profissional da área da saúde e aprendemos a lidar com isso, mas não dá para dizer que não sentimos um pouco de tristeza, até porque muitas vezes passamos muitos meses em contato com o paciente e aprendemos a gostar da pessoa. Procuro lidar de forma natural e, de uma maneira geral, ao longo de minha experiência já passei por estas situações sem problemas.

4.4. A relação com familiares/outros componentes do ambiente doméstico

A relação com os familiares e com outros componentes do ambiente doméstico (cuidadores, empregados, etc) é outro ponto relevante no atendimento domiciliar, pois geralmente são pessoas que têm a função do cuidado diário com os idosos.

Nas questões relacionadas aos familiares, as informações foram baseadas no relato da fisioterapeuta, já que os dois pacientes participantes não possuem familiares residindo no domicílio. Quanto aos cuidadores e/ou empregados pode-se observar que procuram manter-se menos presentes durante a sessão de fisioterapia, embora façam perguntas para informar aos familiares quando há alguma situação específica ou repassam recados dos mesmos sobre qualquer alteração que possa interferir no atendimento ao paciente.

De acordo com a fisioterapeuta, os familiares são fundamentais para o alcance dos objetivos do tratamento no caso de pacientes idosos, pois são eles que vão acompanhar o paciente ao longo da semana e a forma como isto é conduzido pode favorecer ou dificultar as conquistas obtidas na fisioterapia. Quando os familiares possibilitam ao idoso utilizar o que ele conseguiu de melhora em relação à sua patologia, como por exemplo, ter autonomia para atividades cotidianas como tomar banho, usar o banheiro, pentear-se, etc, o tratamento acontece de maneira mais adequada isto favorece e consolida sua autoconfiança e autoestima. Os cuidadores e empregados domésticos, em alguns casos, são responsáveis por repassar as informações

sobre o tratamento, em outros somente se limitam a atender à porta e liberar a saída da residência. Percebe-se, nestes casos, que os cuidadores passaram a ter uma função importante nas famílias onde os idosos residem sozinhos, funcionando como elo entre a fisioterapeuta e a família. Quando o assunto diz respeito a decisões ou aspectos mais específicos, a fisioterapeuta convoca algum familiar a estar presente na sessão de atendimento, para que possa definir aspectos e condições relativas ao idoso e ao tratamento.

4.5. Os momentos críticos

Durante as observações foram evidentes alguns momentos que demandaram uma alteração na organização do trabalho da fisioterapeuta. Aspectos relacionados ao trânsito, que dificultam o cumprimento integral da programação dos horários de atendimento foram os de maior destaque, até mesmo ocorrendo uma colisão leve no veículo da fisioterapeuta, a caminho de um atendimento. Este incidente determinou o cancelamento do atendimento estabelecido e das sessões de outros pacientes, já que foi necessária a realização de boletim de ocorrência em um posto policial.

O desgaste sentido pela fisioterapeuta com estas situações fica evidente em seu relato:

Quando acontece algo deste tipo é que sinto mais a pressão e fico um pouco irritada, pois tenho que cancelar os atendimentos e pensar na maneira de reorganizar minha agenda semanal, além do desgaste com a possibilidade de ficar sem o carro para trabalhar. Como o trânsito é algo que independe de meu controle e as condições das ruas e do tráfego de Belo Horizonte não são boas, fico sujeita a possíveis acidentes durante todo o dia, a semana inteira. Por isso também procuro marcar pacientes que residam próximos. Posso dizer que este é meu principal fator de estresse, porque significa alterar toda uma programação que leva em conta os resultados a alcançar com o paciente e a agenda semanal, mas também esbarra nas questões financeiras, pois se fico sem o carro e não atendo, também não recebo e as contas continuam chegando em casa...(risos).

Outro aspecto significativo nas observações diz respeito ao atraso dos pacientes e/ou cancelamentos inesperados e a forma como a fisioterapeuta lida com estas situações. Ao chegar à residência do paciente e verificar que ele ainda não está disponível para o atendimento, é necessário aguardar, o que pode acarretar o atraso nos pacientes seguintes. A estratégia adotada é manter o intervalo entre um paciente e outro com um espaço de tempo mais amplo. Quando extrapola em demasia o tempo previsto,

a fisioterapeuta precisa comunicar o atraso aos demais pacientes ou até mesmo desmarcar a sessão. Outro fator significativo é o cancelamento do atendimento por parte do paciente, sem tempo hábil para a organização da agenda, situação em que precisa também se comunicar com os demais pacientes para verificar se há a possibilidade de adiantamento do horário da sessão. Quando não há esta possibilidade, a fisioterapeuta procura utilizar o tempo, atualizando o prontuário dos pacientes, controle de sessões, fazer um lanche ou simplesmente aguardar.

No decorrer do acompanhamento da rotina dos atendimentos foram realizadas conversas informais a respeito da atividade desenvolvida pela fisioterapeuta, relacionadas às dificuldades que podem levar à inexecução do trabalho.

Como profissional autônoma, a fisioterapeuta precisa organizar sua atividade de forma a garantir o mínimo desejável de atendimentos para dar conta de suas despesas financeiras, o que sofre interferência direta das situações vivenciadas ao longo da jornada de trabalho. Foi citado pela fisioterapeuta um acontecimento em que o veículo utilizado para o trabalho foi atingido por uma árvore, o que impossibilitou o exercício da atividade ao longo de um período significativo.

A fala da fisioterapeuta mostra que as condições do trabalho autônomo requerem do profissional uma articulação de comportamentos, capacidades e habilidades de ordem técnica, afetiva, econômica, dentre outras, para que possa exercer sua atividade. Os relatos da fisioterapeuta denotam que o campo domiciliar é um segmento de atuação profissional que exige flexibilidade e capacidade de administrar fatores que não estão relacionados diretamente à atividade terapêutica, ao exercício efetivo das técnicas e diretrizes da fisioterapia para o tratamento de patologias funcionais. Estes fatores pertencem ao campo da organização do trabalho que não estão diretamente sob o controle do profissional, tais como cancelamentos, trânsito e suas intercorrências possíveis e imprevisíveis, aspectos econômico-financeiros, assim como aspectos que dizem respeito às subjetividades que nele constituem uma relação de trabalho e que se configuram em inúmeras possibilidades.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

As contingências do campo domiciliar exigem a adoção de condutas diversas daquelas exercidas nos espaços usuais de atendimento como nas clínicas e consultórios. Percebe-se que os aspectos extrínsecos atuam de maneira mais

contundente do que a atividade em si, ou seja, a fisioterapeuta mostra claramente sua satisfação com a profissão que exerce e com as perspectivas de resultados obtidos com os pacientes, no entanto, está sujeita às condições exteriores, do trânsito, da dinâmica familiar, dos aspectos econômicos financeiros, para pontuar os fatores mais observáveis no estudo realizado.

O atendimento domiciliar se constitui em um contexto de trabalho que permite uma ampliação da observação do paciente pelo fisioterapeuta, avaliando e acompanhando os resultados obtidos no tratamento e estabelecendo um modo operatório particular a cada atividade com o paciente, a cada momento da abordagem fisioterapêutica.

A experiência vivenciada neste estudo, por meio do acompanhamento da rotina de atendimento domiciliar da fisioterapeuta mostra outros aspectos não menos importantes para o conhecimento deste campo de trabalho. Foi possível perceber que vários pequenos acontecimentos no dia-a-dia atenuam as dificuldades inerentes ao trabalho, estando relacionados à maneira como os pacientes se relacionam com o profissional: oferecem cafezinho, biscoitos, convidam para lanche, gostam de contar suas histórias, suas atividades nos finais de semana, suas vivências cotidianas e conquistas após melhora em seu quadro clínico. Esta observação é corroborada pela afirmação da fisioterapeuta

Mesmo com todas as dificuldades que enfrento no trabalho, considero-me uma profissional realizada, pois tenho acesso às conquistas dos pacientes de modo concreto, ao longo do tratamento, o que é resultado do trabalho que eu realizo. Poder dar ao paciente novamente a possibilidade de autonomia para pequenas e simples atividades que ele estava impedido de realizar.

A atividade domiciliar apresenta aspectos específicos decorrentes do ambiente onde é exercida e alguns fatores impactam direta ou indiretamente no trabalho da fisioterapeuta. Estes aspectos podem ser categorizados de acordo com a natureza das interferências:

5.1. Do paciente

O atraso ou cancelamento das sessões pode ocorrer devido a vários motivos, sendo os mais comuns, o agendamento de outras atividades no horário do atendimento (consultas médicas, compromissos sociais, etc.), como também observa a fisioterapeuta,

pela indisponibilidade e/ou desinteresse pela atividade e fatores imprevistos. O atraso ou cancelamento das sessões impõem ao fisioterapeuta a adoção de medidas de adequação de horários dos pacientes seguintes durante a jornada de trabalho, sendo necessário articular estratégias para que o horário que seria utilizado com o paciente que cancela a sessão seja ocupado por outro paciente, a fim de não ficar com o tempo ocioso entre os atendimentos previstos.

Esta medida, de acordo com a fisioterapeuta, tem como objetivo:

Organizar a agenda do dia e da semana, para não prejudicar o tratamento e os resultados que se quer atingir na reabilitação do paciente, manter a agenda do dia completa, evitar o não recebimento dos valores financeiros previstos para que eu tenha um rendimento mensal compatível com os gastos mensais.

Percebe-se que é necessário ao fisioterapeuta equilibrar os atendimentos realizados em função de fatores econômicos que garantam sua renda mensal. Este aspecto é um fator preponderante ao profissional do campo domiciliar que não possua outra fonte de rendimentos financeiros.

5.2. Do ambiente domiciliar

A presença de terceiros e/ou conversas paralelas durante a realização do atendimento, o espaço físico pouco estruturado ao tratamento e uso de equipamentos convencionados para aparatos institucionais, o espaço de movimentação interna possível ao paciente em sua residência, a interferência de situações não previstas, a suspensão do atendimento nos períodos de férias e festividades são alguns dos aspectos observados e relatados pela fisioterapeuta como fatores que demandam uma adequação constante e sistemática das atividades previstas no atendimento domiciliar.

A observação do trabalho da fisioterapeuta, permitiu a percepção de que no domicílio o espaço pertence ao paciente e à família, diferentemente do consultório, clínica ou hospital. No domicílio, o fisioterapeuta deve administrar situações das mais diversas ordens e deve acatar as condições do paciente ou da família, bem como diferentes e múltiplas demandas, muitas vezes imprevisíveis e/ou inevitáveis. Quando estabelece o plano de tratamento, com número de sessões e proposta de abordagem, estas condições não são passíveis de apreensão prévia, uma vez que sua ocorrência é espontânea, não planejada e, com certeza, geram impacto no trabalho, nos resultados esperados a alcançar com o paciente, bem como na dinâmica particular do

fisioterapeuta, relativa aos aspectos econômico-financeiros, de organização do trabalho e demais aspectos. O planejamento de uma determinada abordagem de tratamento, com base na avaliação diagnóstica do paciente, na observação das condições oferecidas pela estrutura do domicílio e demais avaliações iniciais pode sofrer alterações diárias e constantes, o que pode ser observado quando a família, por exemplo, decide viajar, mesmo que por curtos períodos de tempo.

A atividade do fisioterapeuta na clínica ou consultório também deve ser repensada a cada ocorrência que acarreta alterações na programação de atendimento, contudo, observa-se que o contexto domiciliar impõe ao profissional lidar com situações específicas que, usualmente, podem não se constituir como um impacto mais significativo sobre a atividade realizada em outros contextos de trabalho.

5.3. Do deslocamento no traslado entre domicílios

O trânsito se configura como um fator significativo no que diz respeito ao trabalho domiciliar. As condições de trânsito intenso, impedimentos no tráfego em vias públicas, dificuldades de estacionamento próximo à residência do paciente, problemas mecânicos do veículo/acidentes de trânsito são fatores que impactam diretamente na organização do trabalho domiciliar. As pessoas sofrem o desgaste do trânsito ao ir e voltar do trabalho, porém no atendimento domiciliar esta exposição se faz constante e em maior frequência, já que o fisioterapeuta circula pela cidade ao longo do dia de trabalho, enfrentando as situações e estando sujeito a colisões, engarrafamentos, que impedem muitas vezes de chegar à casa do paciente no horário previsto. Quando algo acontece, precisa se organizar no sentido de manter a escala de atendimento do dia e programar alterações nos demais atendimentos ao longo da semana para fazer todas as sessões previstas. Um desgaste decorrente disto é administrar com o paciente e a família a reposição das sessões, elaborar novamente a programação dos atendimentos. Se não realiza o atendimento, não há recebimento dos honorários, ou seja, a previsão de recebimentos mensais pode não ser alcançada devido a estes fatores, sobre os quais não tem condições de controlar ou prever.

Caso haja demanda de reparos no veículo e a fisioterapeuta não possua um veículo de reserva, se configura uma situação que impossibilita a fisioterapeuta de exercer suas atividades durante o período em que o veículo se encontra em manutenção. Este aspecto causa impacto na questão econômico-financeira, pois além de não efetuar o

atendimento, já que o trânsito pode impedir a realização das sessões previstas e, sem o atendimento realizado, não há recebimento dos honorários.

5.4. Do aparato físico/instrumental

No que se refere aos aspectos de esforço físico, podemos observar que a fisioterapeuta submete-se aos efeitos de peso e transporte dos equipamentos de trabalho no carregamento e descarregamento no veículo e durante a entrada e saída da residência do paciente, assim como também precisa utilizar o corpo como instrumento de trabalho ao efetuar posturas e manobras necessárias à execução das técnicas fisioterapêuticas.

De acordo com a fisioterapeuta, já aconteceram situações em que teve que recusar pacientes, pois o domicílio se localiza em prédios sem elevador, o que impossibilita o carregamento da maca portátil e demais equipamentos ao longo das escadas de acesso à residência. Para efetivar o tratamento pode solicitar a adequação de mobiliário às necessidades dos exercícios e técnicas a serem utilizadas na abordagem da patologia do paciente, de forma a possibilitar o tratamento, mas nem sempre as condições da família e do local permitem a concretização do atendimento.

Para lidar com as exigências da atividade relacionadas ao esforço físico, a fisioterapeuta utiliza de exercícios de alongamento, correção postural, para aliviar as dores e tensões decorrentes da atividade ao longo do dia de trabalho. Este aspecto se mostra significativo no contexto do atendimento domiciliar em fisioterapia no segmento público ou privado, já que as condições físicas do profissional são afetadas diretamente pelas condições de trabalho, já que o trabalho do fisioterapeuta passa pela utilização do próprio corpo como instrumento de aplicação das técnicas e procedimentos fisioterapêuticos.

Foi possível observar que a fisioterapeuta, assim como os demais trabalhadores, está sujeito à sobrecarga física decorrente da modalidade de trabalho que exerce, mas no caso do trabalhador autônomo domiciliar, a dependência dos aspectos de saúde física impacta diretamente sobre sua atividade, tanto no sentido de que seu adoecimento impossibilita o exercício da atividade, quanto ao fato de estar incapacitado para o deslocamento ao longo do dia na direção do veículo, carregamento dos equipamentos e instrumentos de trabalho.

5.5. Dos aspectos econômico-financeiros

Sobre os aspectos econômicos financeiros, pode-se observar uma dependência do volume de atendimentos para assegurar a remuneração mensal frente à sua capacidade de atendimento. Esta capacidade se refere tanto aos aspectos relacionados aos horários possíveis de atendimento, quanto à capacidade física da fisioterapeuta para efetuar as sessões ao longo de sua rotina diária, semanal e mensal, considerando as particularidades já citadas anteriormente, sobre a forma como a fisioterapeuta organiza sua agenda de trabalho.

Fica evidente que a instabilidade decorrente de cancelamento de tratamento e/ou de sessões por parte dos pacientes ou devido aos impedimentos já citados requer que o fisioterapeuta organize sua atividade de forma a manter um padrão mínimo de atendimentos mensais, para que possa suprir suas necessidades financeiras. Ou então, precisará ampliar sua agenda de horários para compensar tais situações. Aqui se percebe que, esta alternativa também está intimamente relacionada ao desgaste físico que dela pode ser decorrente.

Por se tratar de um trabalho autônomo, deve organizar sua atividade, administrando os aspectos relacionados ao número de sessões mensais de todo o grupo de pacientes para conseguir alcançar um rendimento que possibilite o pagamento dos impostos e taxas estabelecidos pelos órgãos governamentais e também para fazer frente aos seguros sociais e coberturas de planos de saúde suplementar. As questões referentes ao universo financeiro e de perspectivas futuras se mostram presentes na preocupação que a fisioterapeuta relata sobre o tempo de trabalho e perspectivas de aposentadoria.

5.6. Psicológicos/afetivos

As questões relacionadas aos aspectos psicológicos e afetivos com os quais a fisioterapeuta se depara ao longo da jornada de trabalho podem ser observadas na abordagem de pacientes resistentes ao tratamento, na proximidade com a situação de óbito de pacientes, na necessidade de adequação/ajuste constante das abordagens de tratamento para atendimento à diversidade de quadros dos pacientes ao longo do dia, na inexistência de aparato institucional que permita a manutenção e retenção do vínculo profissional com o paciente e na dinâmica de relacionamento profissional quanto às demandas dos pacientes e indiretamente dos familiares. Estas questões estão relacionadas ao encontro de subjetividades, exigindo do fisioterapeuta uma abordagem e

uma organização do trabalho que permita e se pautem em uma concepção global sobre o paciente, a família, as condições de trabalho, as relações que se estabelecem no contexto domiciliar, que não estão no domínio técnico, mas que se configuram em uma dimensão psicológico-afetiva.

Os resultados mostram que o trabalho possui características distintas das prescrições, mesmo que, tecnicamente, a abordagem do paciente seja pautada em procedimentos metodológicos e protocolos estabelecidos para o tratamento fisioterapêutico, a partir da patologia apresentada pelo paciente. Em função de o trabalho ser executado em ambiente domiciliar, está sujeito a incidentes críticos relacionados a fatores de ordem diversa, tais como: presença e interferência de familiares durante o atendimento, estrutura física da residência, aspectos individuais relativos à condição geral do paciente, deslocamento do profissional no tempo-espço para cumprimento de rotina do trabalho, dentre outros. Neste contexto, a fisioterapeuta desempenha um papel que ultrapassa o atendimento tradicionalmente estabelecido pelos preceitos da profissão, construindo sets de trabalho individualizados a cada paciente para garantir os resultados esperados na reabilitação fisioterapêutica.

6. CONCLUSÃO

O atendimento domiciliar autônomo se configura como um campo de trabalho com características específicas, decorrentes de vários aspectos, relacionados à maneira pela qual este segmento foi estruturado ao longo da história dos serviços de saúde, tendo sido relegado ao plano de "campo alternativo" àqueles que não optam ou não conseguem inserção no mercado de trabalho formal, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, submetidos aos métodos e procedimentos de trabalho institucionalizados, seja no segmento público como na saúde suplementar. Outro aspecto diz respeito à concepção do trabalho domiciliar como alternativa àqueles que não podem ou não têm condições de se deslocar até o consultório, hospital ou clínica e que possuem condições financeiras para arcar com os custos dos planos de saúde ou pelo atendimento em caráter particular.

O estudo realizado mostra que o campo domiciliar vem recebendo maior atenção das instituições de saúde pública e privada a partir dos anos 1990, por se constituir em uma possibilidade de oferta de serviços que permitem a ampliação do número de vagas, desospitalização e, principalmente, a redução de custos institucionais.

Outros defendem o atendimento domiciliar sob a perspectiva de ampliação do mercado de trabalho a diferentes categorias profissionais, uma vez que, historicamente, a medicina e a enfermagem se constituíram como campos primeiros de prestação de serviços domiciliares. Para estes, o atendimento domiciliar permite uma integração mais efetiva entre o paciente e o profissional de saúde, a participação e envolvimento da família, favorecedor à recuperação do paciente.

Parece evidente a particularidade do atendimento domiciliar realizado de maneira autônoma, sem vinculação institucional. Apesar do crescimento e investimento neste campo de trabalho por parte dos segmentos público e privado, percebe-se que não há ainda estudos sistematizados sobre a dinâmica do trabalho exercido pelos fisioterapeutas e outras categorias profissionais. A aproximação com este universo profissional por meio do estudo mostra a necessidade de aprofundamento das questões do trabalho realizado de forma autônoma, especificamente no campo domiciliar, não somente na Fisioterapia como nas demais áreas da saúde. Também não se encontra na legislação trabalhista a regulamentação desta prática profissional, estando sujeitos, fisioterapeuta e paciente, a uma relação de trabalho carente de normatização quanto aos seus aspectos operacionais, legais e relacionais.

A busca por referenciais teóricos sobre o campo domiciliar foi realizada com algum sucesso, ainda que incipiente em relação ao campo da fisioterapia. A concepção do atendimento fisioterapêutico domiciliar como uma alternativa de atendimento para quem apresenta limitações de locomoção, não é capaz de explicar a opção por este tipo de atendimento, pois a maioria dos pacientes possui capacidade para locomover-se aos consultórios/clínicas de fisioterapia, mas prefere o atendimento domiciliar por considerar que os atendimentos realizados hoje no sistema de saúde suplementar, operacionalizado pelo segmento privado não oferecem resultados alcançados no atendimento em domicílio. Dentre os aspectos citados como desfavoráveis aos pacientes de convênios médicos estão a mecanização e a coletivização do atendimento, realizado por um profissional que atende a diversos pacientes nos boxes e em etapas de aplicação de técnicas fisioterapêuticas, conforme relata o paciente: “eu tenho plano de saúde, mas prefiro o atendimento domiciliar, porque fico em casa, não preciso sair para ir ao consultório e o atendimento é individual, não tem outros pacientes ao mesmo tempo que eu” (MCA, 86 anos).

Sobre a relevância do estudo aqui realizado cabe destacar que o atendimento domiciliar autônomo se configura como um campo de trabalho ainda pouco investigado

no âmbito da Fisioterapia, sendo encontrados estudos mais consistentes nas áreas de Medicina e Enfermagem. Além deste fator, nota-se uma crescente demanda por este tipo de serviço tanto no serviço público, por meio das ações do PSF/NASF, quanto no segmento de saúde suplementar, como alternativa para a redução dos custos com internações e tratamentos hospitalares convencionalmente exercidos em instituições de saúde.

Neste estudo foi possível identificar que o trabalho domiciliar foi se constituindo de maneira pouco sistematizada, em uma construção reativa às necessidades e dificuldades dos sistemas de saúde em cumprir sua missão de atendimento à população, não havendo uma concepção estruturada deste campo de atividade que permita a análise de fatores potencialmente impactantes sobre a saúde física e mental do trabalhador. A falta de referenciais teóricos sobre o campo domiciliar em fisioterapia e outros domínios profissionais aponta para uma demanda de estudos mais aprofundados, principalmente para que sejam esclarecidos os aspectos inerentes ao campo público, privado e autônomo, quanto aos seus aspectos de integralidade do cuidado, articulação e organização política da assistência domiciliar, atribuições dos profissionais, regulamentações e normatizações sobre o trabalho.

Este estudo suscitou outros questionamentos relacionados ao profissional que atua no campo domiciliar, especificamente no segmento da saúde, no sentido de se conhecer quais as principais pressões e vicissitudes a que está submetido e os impactos da atividade sobre a saúde mental nos diferentes segmentos público, privado e autônomo. Qual seria a contribuição da Psicologia do Trabalho aos profissionais de saúde que atuam no campo domiciliar?

Torna-se fundamental considerar que o campo domiciliar, enquanto estratégia de assistência à saúde seja um espaço de trabalho diferenciado, em que dimensões técnicas, econômicas, sociais e afetivas se relacionam e determinam a organização da atividade, ou seja, um campo de trabalho que exige a articulação de competências psicossociais aos requisitos de capacitação técnica para a execução da atividade. Cabe ressaltar a necessidade de preparação e qualificação profissional para este novo cenário, ou seja, de pesquisar se a formação acadêmica dos profissionais do campo da saúde habilita para o exercício da atividade, na aquisição de subsídios teórico-metodológicos, capacidades e competências que fundamentem a concepção e a construção do trabalho no campo domiciliar.

ANEXOS

ANEXO I: TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este documento visa solicitar sua participação no estudo *Uma análise do trabalho no campo domiciliar autônomo em fisioterapia: vicissitudes e desafios da atividade*”, que tem como objetivo investigar e analisar a situação de trabalho do fisioterapeuta domiciliar autônomo para a construção de conhecimento deste campo de trabalho.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa serão os seguintes: observação do trabalho e a escuta do atendimento. Alguns destes procedimentos serão realizados durante a sessão de fisioterapia, sem nenhum ônus, custo ou desconto em folha salarial, para os participantes.

Por intermédio deste Termo são-lhes garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos e datas de nascimento, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial ou publicações de qualquer natureza, o que será prontamente atendido; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar do estudo.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação no estudo. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre este estudo; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar do estudo. Fico ciente também que não haverá nenhum tipo de remuneração ou vencimento, e que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o Pesquisador do programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) responsável por este estudo, pelo tempo que determina a legislação específica.”

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2012.

Participante: _____

Idade: _____ CI: _____ Tel: () _____

E-mail: _____

Endereço: _____

BIBLIOGRAFIA

- CARLETTI, S. M. M.; REJANI, M. I. *Atenção domiciliária ao paciente idoso*. In: Papaléo Netto M. Gerontologia, São Paulo: Atheneu, 1996.
- CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Tradução de Adail Sobral. 2. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- CUNHA, M. A. O; MORAIS, H. M. M. Assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6):1651-1660, 2007.
- DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- 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. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 24(3), 2008.
- FREITAS, M.S. *et. al.* Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Rev. APS*, 2011; jan-mar, 14(1), 111-119.
- GAVA, M. V. *Fisioterapia: História, reflexões e perspectivas*. São Bernardo do Campo, SP: Universidade Metodista de São Paulo: UMESP, 2004.
- MARRELLI, T. M. *Welcome to home care: the health setting of the future*. In: Marrelli, T. M. Handbook of Home Health Orientation Mosby, St. Louis, 1997.
- MARTINS *et. al.* A produção do cuidado no programa de atenção domiciliar de uma cooperativa médica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 19(2):457-474, 2009.
- PEREIRA, M. J. B; MISHIMA, S. M; FORTUNA, C. M; MATUMOTO, S. A Assistência Domiciliar – conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, novembro-dezembro, 13(6): 1001-1C, disponível em www.eerp.usp.br/rlae
- POLITZER, G. *Critica dos fundamentos da psicologia: a psicologia e a psicanálise*. Tradução Marcos Marcionilo e Yvone Maria de Campos Teixeira da Silva. Piracicaba, SP: UNIMEP, 1998. 194p. Título original: Critique des fondements de la psychologie: la psychologie et la psychanalyse.
- RAGASSON, C. A. P. *et. al.* *Atribuições do fisioterapeuta no programa saúde da família: reflexões a partir da prática profissional*. Disponível em http://www.crefito5.com.br/web/downs/psf_ado_fisio.pdf. Acessado em 08 de Janeiro de 2012.
- REHEM, T.C.M.S. B; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (sup): 231-242, 2005.
- TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C. S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro,

v.14, n.12, abr/jun., 1998.