

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Pós-Graduação em Enfermagem

Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta

**TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NA MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO
NA ATENÇÃO DOMICILIAR**

Belo Horizonte - MG

2017

Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta

**TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NA MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO
NA ATENÇÃO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Roseni Rosângela de Sena (*in memoriam*)

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elysângela Dittz Duarte

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Pinto Braga

Belo Horizonte - MG

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Gonçalves Neta, Francisca das Chagas Cunha

Tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo na
atenção domiciliar [manuscrito] / Francisca das Chagas Cunha
Gonçalves Neta. - 2017.

133 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elysângela Dittz Duarte.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Pinto Braga.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Assistência Domiciliar. 2.Serviços de Assistência Domiciliar.
3.Tecnologia educacional. 4.Enfermagem. I.Duarte, Elysângela
Dittz. II.Braga, Patrícia Pinto. III.Universidade Federal de Minas
Gerais. Escola de Enfermagem. IV.Título.

ATA DE NÚMERO 535 (QUINHENTOS E TRINTA E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA FRANCISCA DAS CHAGAS CUNHA GONÇALVES NETA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 23 (vinte e três) dias do mês de março de dois mil e dezessete, às 14 horas, realizou-se na Sala de Videoconferência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NA MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO NA ATENÇÃO DOMICILIAR", da aluna *Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Elysângela Ditz Duarte (orientadora), Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Kênia Lara Silva, sob a presidência da primeira. A Professora Laura Camargo Macruz Feuerwerker participou da sessão por videoconferência. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;

() APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

() REPROVADA.

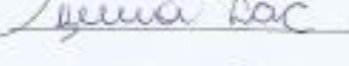
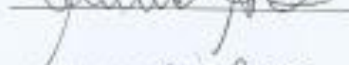
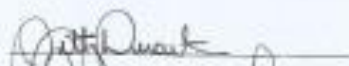
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lvi a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 23 de março de 2017.

Prof.ª Dr.ª Elysângela Ditz Duarte
Orientadora (EEUFMG)

Prof.ª Dr.ª Laura Camargo Macruz Feuerwerker
(USP)

Prof.ª Dr.ª Kênia Lara Silva
(Esc. Enf/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ATA Nº 535 - 23/03/2017

Prof.ª Dr.ª Kênia Lara Silva
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

Dedico esta pesquisa à minha eterna orientadora Roseni pela confiança e pelo incentivo de sempre. “Se fosse fácil, estava pronto”.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pelo dom da vida e por sua presença diária. Por me permitir todos os encontros que aqui conquistei. Hoje sou mais forte, Senhor, por teus ensinamentos em todos os momentos, principalmente, nos momentos mais difíceis que me fizeram crescer com humildade e valorizar cada vez mais o simples da vida cotidiana.

Aos meus pais, Miguel e Conceição, minha essência de vida e inspiração de luta. Eu sei o quanto foi difícil para vocês estarem longe de sua filha nesses dois anos, mas mesmo assim nunca deixaram de acreditar que eu seria capaz de vencer mais esta etapa da minha vida. Tudo o que sou e o que conquistei é devido aos seus esforços e as suas fortes orações. Amo vocês incondicionalmente!

Ao meu parceiro, Héliido, essencial nesta caminhada por vivenciar todos os momentos mesmo longe fisicamente. Você foi a minha base nesses dois anos, além de namorado, amigo, também foi meu professor e psicólogo. Obrigada pelas discussões que contribuíram para a minha pesquisa, pela confiança, pela escuta, por acolher as minhas angústias e tentar amenizar todo o sofrimento, principalmente a saudade de estar longe de casa. A sua sabedoria também é parte desta dissertação.

Aos familiares e amigos em geral que direta ou indiretamente torceram pela minha vitória e lembraram-se de mim em suas orações. Agradeço, especialmente, à Malu, minha amiga de vida, que se mostrou presente principalmente nos momentos mais difíceis. Obrigada pelo apoio, pela confiança e por trazer a minha felicidade de volta quando ela caía no esquecimento.

A partir daqui, meus agradecimentos vão aos encontros que Belo Horizonte e a academia me proporcionaram!

A minha orientadora Roseni (*in memoriam*) que me possibilitou o encontro com o novo, sou imensamente grata a Deus por ainda ter conhecido, em vida, o seu potencial. Semanalmente nos encontrávamos na Escola de Enfermagem, onde ela anotava tudo em seu caderninho para saber a hora certa de puxar a minha orelha, mas também de elogiar. Depois que partiu deste mundo, bateu o desamparo, mas o seu espírito de luz continuou me guiando para que eu pudesse concluir mais uma etapa. Seus ensinamentos serão onipresentes em minha vida: minha grande e eterna Mestre!

A professora Elysângela, que se dedicou à minha orientação nos últimos meses, quanto tenho para lhe agradecer! Recebeu-me no meio do caminho e não mediu esforços para me proporcionar novos conhecimentos e reflexão no processo de construção dessa dissertação.

Dedicou sua calma e sua paciência para me ouvir, apoiar, discutir e por fazer emergir a luz no fim do túnel quando eu mais precisava e, acima de tudo, soube respeitar um processo que já vinha caminhando atentando para os toques finais do já estava dado como “pronto”. Meu muito obrigada!

A minha coorientadora Patrícia, a quem sempre se fez presente desde o início desta caminhada e, hoje, chegou até o final. Obrigada por me ajudar aflorar o meu espírito de pesquisadora, por me ensinar a questionar e ter um olhar generoso sobre o ato de pesquisar. Muita gratidão pelos seus ensinamentos, pela leitura cuidadosa e por sempre estar ali quando eu precisasse.

A professora Kênia, obrigada pela inspiração de luta e produção coletiva do conhecimento intermediada pelo NUPEPE e por me possibilitar encontros fundamentais na academia que derem força a minha construção profissional e de vida. Ter você como membro da banca examinadora, é antes de tudo um grande presente.

As minhas amigas Teti e Ana Renata que me acolheram desde o início. Com vocês compartilhei todos os meus sentimentos, serei eternamente grata por tudo que vivenciei ao lado de vocês e pela nossa amizade que vai além da academia.

Aos meus amigos queridos Bruninha, Jocelly, João, Alexandre, Bárbara, Yara, Juliana e todos os meus amigos do NUPEPE, agradeço imensamente pela força, pelo amparo, pela confiança e pela linda amizade que construímos nessa trajetória. Agradeço também ao João e ao Abelardo principalmente na reta final desta dissertação.

A todos os meus colegas que o Mestrado me proporcionou, agradeço por me acolheram na cidade, alegrando os meus dias longe de casa e tornando este processo menos doloroso. Agradeço também ao Marconi, pelas prosas que me ajudaram a compreender o referencial teórico-metodológico denso desse estudo.

Às minhas amiguinhas, Tamires e Fernanda, que dividiram o espaço da casa comigo e que presenciavam diariamente a minha construção, fornecendo apoio quando eu precisava.

Ao Sr. Reginaldo e seu Dário, porteiro e zelador do prédio que residi, obrigada por me acolherem tão bem e por facilitarem a minha instalação neste território não habitando anteriormente por mim. Agradeço também ao Felipe da copiadora pelo cuidado, pela paciência ao atentar e alertar para os detalhes, sem deixar que este trabalho perdesse o brilho quando impresso.

À minha família de Betim Aline, Adriana, Gutemberg, Noranei, Lusimar, Nícia e Maguinho por me mostrarem como funciona um trabalho em equipe e por acreditarem na atenção domiciliar. Obrigada também por me permitirem fazer parte da história de vocês e de

vivenciar praticamente todos os dias o trabalho belíssimo que executam no cuidado domiciliar e, além disso, pela aprendizagem que adquiri durante a minha “coleta de dados”. Vocês são exemplos de profissionais!

Obrigada também a todas as pessoas que se fizeram presente durante a minha passagem por Betim. Agradeço também aos usuários e cuidadores que me receberam com carinho em seus domicílios, me considerando como parte da equipe. Aprendi muito com vocês!

À Banca Examinadora, agradeço por terem aceitado o convite em contribuir com este trabalho e por me ajudarem a tornar mais próximo o sonho de me tornar “Mestre”.

Gostaria de frisar que os meus agradecimentos não se resumem e não terminam aqui, pois serei eternamente grata por tudo que me aconteceu nesse período de dois anos. Obrigada a todos que me permitiram ver quão Belo é o Horizonte!

*“Quero conhecer todos outros de mim, posso melhorar, penso que será eternamente assim,
experimental, antes de querer incluir o tempo, nada passará em vão, nem tampouco,
desaparecerá” (TEATRO MÁGICO)*

RESUMO

Esta pesquisa parte da premissa que a potencialidade da atenção domiciliar favorece a centralidade no trabalho vivo em ato por aumentar a capacidade inventiva e criativa dos profissionais. Estes, ao criarem linhas de fuga, têm a possibilidade de causar rupturas na lógica normativa do modelo hegemônico, fugir do pragmático e operar na heterogeneidade utilizando as tecnologias educacionais. O objetivo geral dessa investigação foi analisar o uso das tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo em ato na atenção domiciliar. Teve como objetivos específicos identificar como as tecnologias educacionais são utilizadas na produção do cuidado domiciliar e descrever como essas tecnologias subsidiam os processos educativos no território da atenção domiciliar. Optou-se por uma pesquisa qualitativa com abordagem cartográfica por permitir capturar movimentos, aproximar e observar fenômenos que expressam intencionalidades, disputas e desejos investigados de modo intensivo. Essa investigação cartográfica está ancorada na perspectiva Pós-Estruturalista dos guias cartográficos Deleuze e Guattari, os quais permitiram a pesquisadora projetar um novo olhar sobre o trabalho em saúde, a interseção do uso das tecnologias educacionais e a produção do cuidado na atenção domiciliar em sua subjetividade. O território dessa investigação foi um Serviço de Atenção Domiciliar, Programa Melhor em Casa, do município de Betim - Minas Gerais. Para capturar os movimentos de produção e utilização das tecnologias educacionais foi escolhido uma equipe de atenção domiciliar, definida nessa investigação, como equipe-guia. Os efeitos da viagem cartográfica foram apresentados por meio de narrativas que expressam a micropolítica do trabalho vivo de cada participante da equipe-guia. A partir dessa processualidade analítica inicial, foram construídas duas categorias empíricas, sendo a primeira com duas subcategorias. A análise dos dados revelou que os movimentos de criação/produção e utilização das tecnologias educacionais acontecem na micropolítica do trabalho vivo em ato da atenção domiciliar e essas tecnologias ao (des) territorializar os campos duros e normativos do saber podem (re) territorializar em diferentes velocidades e intensidades, em um traçado de linhas de fuga, desencadeando agenciamentos do saber/fazer, os quais em conexão com outros agenciamentos podem engendrar as multiplicidades dos processos educativos no plano molecular da gestão do cuidado domiciliar. Esses movimentos de linhas de fuga dos profissionais, reinventam o processo educativo a partir da singularidade vivenciada no território da atenção domiciliar buscando, na repetição, a diferença do fazer criativo em domicílio. Com isso, os novos modos de ensinar e aprender, por meio das tecnologias educacionais, fazem emergir fissuras na dualidade educador-educando, revelando processos educativos que não fecham em si mesmo e abre-se para o novo ressignificando a aprendizagem no território da atenção domiciliar. As tecnologias educacionais são incorporadas na atenção domiciliar e se apresentam nas modalidades impressas, dialogais e expositivas. Assim, apesar da tecnologia educacional ser um meio para disparar e potencializar a produção do cuidado, ainda concretiza-se como um desafio pensar rizomaticamente a realidade educacional no plano micropolítico da atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Serviços de Assistência Domiciliar. Tecnologia Educacional.

ABSTRACT

This research starts from the premise that the potentiality of home care favors the centrality in the living work in act by increasing the inventive and creative capacity of the professionals. These, in creating escape lines, have the possibility of causing ruptures in the normative logic of the hegemonic model, escaping from the pragmatic and operating in heterogeneity using educational technologies. The general objective of this research was to analyze the use of educational technologies in the micropolitics of live work at home care act. Complementary to this, we also sought to identify how educational technologies are used in the production of home care and describe how these technologies subsidize the educational processes in the territory of home care. We chose a qualitative research with a cartographic approach because it allows us to capture movements, to approach and observe phenomena that express intentions, disputes and desires intensively investigated. This cartographic investigation is anchored in the Post-Structuralist perspective of the cartographic guides Deleuze and Guattari, which allowed the researcher to project a new look on health work, the intersection of the use of educational technologies and the production of care in home care in their subjectivity. The territory of this investigation was a Home Care Service, Better at Home Program, in the city of Betim - Minas Gerais. To capture the movements of production and use of educational technologies, a home care team was chosen, defined in this research, as a guide team. The effects of the cartographic trip were presented through narratives that express the micropolitics of the living work of each participant of the guide team. From this initial analytical process, two empirical categories were constructed, being first with two subcategories. Data analysis revealed that the creation/production and utilization movements of educational technologies take place in the micropolitics of living labor in the home care act, and these technologies to (de) territorialize the hard and normative fields of knowledge can (re) territorialize in different Velocities and intensities in a trajectory of escape routes, triggering know-how, which in connection with other agencies can engender the multiplicities of educational processes in the molecular level of home care management. These movements of escape lines of professionals, reinvent the educational process from the singularity experienced in the territory of home care seeking, in repetition, the difference of creative doing at home. With this, the new ways of teaching and learning, through educational technologies, emerge cracks in the educator-educating duality, revealing educational processes that do not close in on itself and thus open itself to the new, re-meaning learning in the territory of home care. Educational technologies are incorporated into home-based care, although printed, dialogic and expository modalities are still restricted. Thus, although educational technology is a means of triggering and enhancing the production of care, it is still a challenge to think rhythmically about the educational reality in the micropolitical plan of home care under the Unified Health System.

Key-words: Home Nursing. Home Care Services. Educational Technology.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - (Des) (re) encontros da viagem.....	15
FIGURA 2 - Regionais de Betim - Minas Gerais.....	42
FIGURA 3 - Rede rizomática dos (des) (re) encontros produzidos	53
FIGURA 4 - Suporte improvisado em domicílio para a administração da dieta.....	60
FIGURA 5 - Relógio sinalizador de mudança de decúbito.....	63
FIGURA 6 - Formulários de cuidados básicos.....	64
FIGURA 7 - Caixas e porta-medicamentos.....	81
FIGURA 8 - Rizoma do uso/produção das tecnologias educacionais.....	104
FIGURA 9 - Rede rizomática da criatividade em ato.....	111

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Tecnologias educacionais na atenção domiciliar.....	34
QUADRO 2 - Resumo das simbologias utilizados para a transcrição das entrevistas.....	55
QUADRO 3 - Categorias e subcategorias empíricas.....	58
QUADRO 4 - Orientações para os cuidados domiciliares.....	93
QUADRO 5 - Treinamentos realizados pelo Serviço de Atenção Domiciliar aos cuidadores e/ou familiares.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD -	Atenção domiciliar
AD1 -	Atenção domiciliar do tipo I
AD2 -	Atenção domiciliar do tipo II
AD3 -	Atenção domiciliar do tipo III
ADT-AIDS -	Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS
AECT -	Association for Educational Communications and Technology
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC-	Acidente Vascular Cerebral
CTT -	Composição Técnica do Trabalho
COEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
DVD -	Digital Video Disc
DIOP -	Diretoria Operacional
DESA -	Diretoria de Educação em Saúde
EMI -	Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
EEUFMG -	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EMAD - tipo 1 -	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar - tipo 1
EMAD - tipo 2 -	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar - tipo 2
EMAP -	Equipes Multiprofissionais de Apoio
GEPEETEC -	Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Estomaterapia e Tecnologia
GM -	Gabinete do Ministro
GPS -	Global Positioning System
HSPE -	Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IASMPE -	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
ITU -	Infecção do Trato Urinário
MG -	Minas Gerais
MS -	Ministério da Saúde
<i>Moodle</i> -	Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment
NUPEPE -	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática em Enfermagem
PTB -	Posto Telegráfico de Betim
PSF -	Programa de Saúde da Família

PAD -	Programa de Atenção Domiciliar
PID -	Programa de Internação Domiciliar
PID NEO -	Programa de Internação Domiciliar em Neonatologia
PAVD -	Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar
RAS -	Rede de Atenção à Saúde
RDC -	Resolução da Diretoria Colegiada
RNI -	Relação Normalizada Internacional
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMDU -	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAD -	Serviços de Atenção Domiciliar
SAS -	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
SIGSS -	Sistema Integrado e Gestão em Saúde e Social
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEP -	Technology-Enhanced Practice
TVP -	Trombose Venosa Profunda
UFPI -	Universidade Federal do Piauí
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
UAI -	Unidade de Atendimento Imediato
UBS -	Unidades Básicas de Saúde
UAPS -	Unidade de Atenção Primária a Saúde
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento

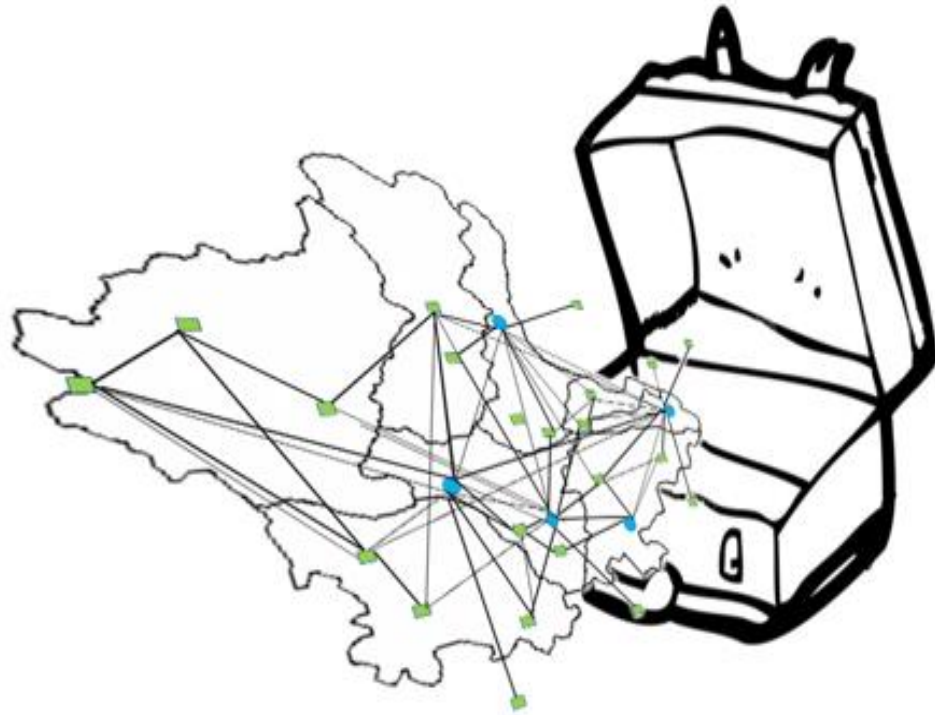
SUMÁRIO

1 MOVIMENTOS INICIAIS DE (DES) (RE) TERRITORIALIZAÇÃO.....	17
2 ITINENÁRIOS TEÓRICOS	24
2.1 Cuidado domiciliar	24
2.2 Histórico da atenção domiciliar no Brasil: uma breve revisão a partir das políticas ..	27
2.3 Tecnologias educacionais na atenção domiciliar.....	31
3 OBJETIVOS DA VIAGEM CARTOGRÁFICA	38
3.1 Objetivo geral	38
3.2 Objetivos específicos	38
4 HÓDOS-METÁ: movimentações acêntricas	39
4.1 Trilhas qualitativa e cartográfica	39
4.2 Guias cartográficos	40
4.3 Território da investigação cartográfica.....	42
4.4 Equipe-guia de caixeiros-viajantes: participantes da investigação cartográfica	44
4.5 Trilhas éticas.....	45
4.6 Fabricando encontros e possibilidades em uma realidade dada em si mesma	46
4.6.1 Passagem pela Diretoria Operacional (DIOP) de Betim	46
4.6.2 Encontro com as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD)	47
4.6.3 Encontro com a equipe-guia: uma aproximação com os caixeiros-viajantes	50
4.6.3.1 Roda de conversa: tecendo rede de experiências e disparando afetos.....	51
4.7 “Dados” cartográficos: um olhar implicado	53
4.8 Em busca de uma análise cartográfica: um exercício micropolítico.....	56
5 EFEITOS DA VIAGEM CARTOGRÁFICA	59
5.1 Narrativas.....	59
5.1.1 <i>90% dos cuidados quem faz é a família e:: a equipe treina a família pra isso.....</i>	59
5.1.2 <i>Dependendo de cada paciente existe as formas diferentes, né"/ tem que ter muita criatividade, eu acho assim</i>	65
5.1.3 <i>A gente tem olhar desde::/do micro ao macro</i>	69
5.1.4 <i>Acho que a primeira ferramenta é gostar</i>	74

5.1.5 “ <i>Eu gosto de dar orientações</i> ” <i>daquilo que eu conheço</i>	77
5.1.6 <i>A xícara pro horário do medicamento da manhã, um prato de comida pro almoço e uma lua pra noite</i>	80
5.2 Categorias empíricas	83
5.2.1 Tecnologias educacionais como intercessoras da produção do cuidado domiciliar.....	83
5.2.1.1 Tecnologias educacionais impressas: dispositivos para um processo de ensino-aprendizagem.....	84
5.2.1.2 Tecnologias educacionais dialogais e expositivas: agenciamentos do cuidar em domicílio.....	91
5.2.2 O território tecnológico da criatividade em ato: devir saber/fazer na produção do cuidado domiciliar	105
6 ENTRE PARTIDAS E CHEGADAS: UMA PARADA OBRIGATÓRIA	112
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	124
APÊNDICE B - Plano de trabalho de campo	126
APÊNDICE C - Exemplo de nota de campo com imagens do cartunista Quino	127
APÊNDICE D - Roteiro de entrevista da pesquisa	129
ANEXO A - Parecer do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (EMI) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG)	130
ANEXO B - Carta de anuência dos serviços de Betim	131
ANEXO C - Carta de autorização da Pesquisa	132

A viagem...

FIGURA 1 – (Des) (re) encontros da viagem



Fonte: elaborada pela autora

Baseada no conto popular do caixeiro-viajante optei por escrever esta dissertação, como uma viagem cartográfica de caixeiros-viajantes. **Por que caixeiro-viajante?** Esse personagem surgiu em uma das entrevistas realizadas com os participantes desta investigação apresentada nesta dissertação. Partindo-se do entendimento que caixeiro-viajante, todos somos um¹, fez-se uma metáfora com esse personagem, como um disparador dessa viagem.

No município cenário desta investigação, todos os dias os profissionais saem para trabalhar com suas “mercadorias” em suas caixas de ferramentas, sendo que as tecnologias educacionais podem ser uma das ferramentas utilizadas no trabalho vivo. Os trabalhadores viajam na força macro instituída, mas em seus caminhos provocam desvios e fazem acontecer suas histórias de singularidades e de forma criativa.

Essa viagem está mapeada por encontros, rupturas, atravessamentos, tensões, afetos, ruídos e agenciamentos estabelecidos no plano micropolítico na atenção domiciliar. A investigação vai se produzindo pelas intencionalidades presentes nesse plano, ao mesmo tempo

¹ Maiores detalhes em O Caixeiro-Viajante/ Todo Somos Um. Disponível em: <<http://somostodosum.ig.com.br/artigos/espiritualidade/o-caixeiro-viajante-3078.html>>.

em que a pesquisadora cartógrafa com os atores sociais, imersos no cotidiano, entram em cena com propósitos distintos, mas que se encontram no atuar *junto com* traçando territórios existenciais.

Nessa dinâmica da micropolítica emergiu e submergiu o enraizamento das relações no tecido social em uma concentração sem foco no objeto investigado. Assim, essa viagem possibilitou um olhar diferenciado sobre o objeto por meio de uma atenção que rastreia, que toca e que pousa sobre o território por uma concentração movente.

Tudo acontece na viagem, orientada por guias cartográficos! Faço-lhe um convite a entrar nessa viagem afluída por itinerários, trilhas, travessias e passagens que me levaram ao *ser/ saber/ fazer* e conhecer no âmbito da atenção domiciliar os processos em curso, pulsantes, em um território até então não habitável por mim.

1 MOVIMENTOS INICIAIS DE (DES) (RE) TERRITORIALIZAÇÃO

Entre partidas e chegadas trago aqui uma escrita de uma pesquisa revelada em uma viagem, um ‘ensaio cartográfico’, inspirada teoricamente e filosoficamente nos guias cartográficos Gilles Deleuze e Félix Guattari que impulsionaram os movimentos de mim, dando luz aos ruídos, tensionamentos e desejos de uma devir-pesquisadora em uma potência de afirmação de vida.

Os movimentos iniciais se deram no território do Piauí, em 2009, quando ingressei na Universidade Federal do Piauí (UFPI) no curso de graduação em Enfermagem. Em 2012, iniciei a minha participação no Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Estomaterapia e Tecnologia (GEPEETEC) por meio de um projeto maior do núcleo, intitulado “*Objetos Virtuais de Aprendizagem*”, coordenado por uma pesquisadora da UFPI.

Nesse período, desenvolvi atividades voltadas para o processo de ensino-aprendizagem na área da Enfermagem, especialmente no campo do cuidado a pacientes estomizados, em interfaces com as tecnologias educacionais e as Tecnologias de Informação e Comunicação. As discussões mensais nesse núcleo possibilitaram-me um avanço na produção do conhecimento e a consolidação do interesse pelo estudo das tecnologias educacionais no âmbito do cuidado em saúde.

Durante a passagem pela graduação sempre estive mais voltada à clínica em instituições de grande complexidade de cuidado, mas que infelizmente me permitiam conhecer com muitas limitações o contexto social, no qual o usuário estava inserido. Então, em 2014, tive a oportunidade de experimentar um dos territórios do Sistema Único de Saúde (SUS) ao ter o primeiro contato com a atenção domiciliar (AD), como enfermeira assistencial do Programa Melhor em Casa, por um período de seis meses. Nessa experimentação na prática do cuidado domiciliar, fui instigada pelo entusiasmo de uma aprendiz em território considerado novo, o da atenção domiciliar.

Entranhada nesse território de cuidado, emergiu o desejo em pesquisar sobre a modelagem da atenção domiciliar associada às tecnologias educacionais. Esse desejo teve como um ponto de partida, a realização de um curso na plataforma *Moodle*, pela Universidade Aberta do SUS sobre a assistência domiciliar. Esse curso despertou-me curiosidades e questionamentos a respeito da problematização do cuidado prestado no ambiente domiciliar, especialmente sobre o gerenciamento das situações clínicas e/ou sociais e os modos de organização das equipes multiprofissionais dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).

Ainda nesse Estado, preparei minhas bagagens existenciais e em busca de novos conhecimentos, parti para o território de Belo Horizonte no início de 2015. Nesse período, ingressei no Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) e iniciei minha participação na linha de pesquisa Educação em Saúde e Enfermagem, especialmente na sublinha do cuidado domiciliar, organizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática em Enfermagem (NUPEPE). Nesse núcleo de pesquisa, atuei como pesquisadora e bolsista de apoio técnico da pesquisa intitulada “Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos da oferta e demanda no SUS” e concomitante a inserção nessa pesquisa, passei a ser bolsista pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem dessa Escola.

Com essa pesquisa, tive a oportunidade de vivenciar o trabalho em saúde e a produção do cuidado em alguns Serviços de Atenção Domiciliar no Estado de Minas Gerais (MG). Moviada por tentar conhecer mais sobre essa modalidade de atenção à saúde, iniciei uma especialização em atenção domiciliar pela Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade semipresencial. A cada módulo do curso me (re) descobria nesse território.

Todo esse processo de transformação voltava-se para um olhar desperto de curiosidades em entender dinâmica do trabalho em saúde no cotidiano em distintos territórios físicos e existenciais do cuidado. Esses movimentos des (re) territorialização e participação no NUPEPE possibilitaram-me uma aproximação com a pesquisa qualitativa e os escritos filosóficos de Deleuze e Guattari, os quais impulsionaram a ousadia de olhar o território da atenção domiciliar sob outros ângulos.

A leitura foi um meio de encontros, na qual percorri itinerários imaginários que emitiam linhas que se emaranhavam e estabeleciam conexões em meu pensamento, resultando em agenciamentos que me permitiam ir alcançando diferentes graus de abertura na produção do conhecimento. Um autêntico ensaio rizomático!

Na natureza dessa experimentação entrecruzavam linhas, signos, ritmos e formas que foram (re) desenhando o plano de imanência, até então condizente com o lugar de enfermeira, agora pesquisadora. Tudo tão fugaz e intenso em meio a tantas transformações de si e com o mundo, tracei linhas imanentes no plano da leitura, dando abertura as intencionalidades do devir-pesquisadora, no desejo de reconstruir-me no lugar de enfermeira e configurar um devir enfermeira-pesquisadora.

Quanto mais rastreava soluções em minhas leituras, mais questionamentos e indagações surgiam acerca da temática. Nesse movimento, fui percebendo o meu afeto com a leitura e como ela me afetava. Busquei entender o que entrecruzava as condições formais entre

o pesquisador e o objeto, mas não obtinha mais respostas no confronto dos meus pensamentos. Então, já não procurava mais soluções, mas sim um saber realmente útil, daquilo que me causava espanto e entusiasmo e, compreender o que se passa e o que eu poderia conhecer nos (des) (re) encontros no território da atenção domiciliar.

Nesses movimentos e intencionalidades com leitura e (re) leitura, descobri que sempre são possíveis múltiplas entradas e múltiplas saídas. Sob essa direcionalidade, tive a primeira aproximação com o termo micropolítica e as tecnologias do trabalho em saúde, na concepção de vários autores que desenvolveram trabalhos envolvendo a micropolítica, o cuidado domiciliar em saúde e as práticas cartográficas. Ao deparar-me com distintos temas na produção do meu conhecimento ancorada na produção científica desse conceito-ferramenta (micro) política, procurei elucidar significados e sentidos até então desconhecidos.

O plano micropolítico envolve um jogo de forças e linhas que movem o processo produtivo na atenção domiciliar (CECILIO, 2011) seja ele educacional ou não. Nesse sentido, a micropolítica é compreendida pelo agir cotidiano dos sujeitos, os processos de produção de subjetividades, bem como os agenciamentos que ocorrem a partir das relações que se constroem, (des) constroem ou (re) constroem no tecido social (ROLNIK; GUATTARI, 2005; FEUERWERKER, 2014).

Esses agenciamentos são entendidos pelas interações realizadas entre as pessoas, suas conexões e múltiplas dimensões que vão crescendo no plano micropolítico, no qual se fabricam os territórios existenciais, as novas relações sociais, os seus limites e as suas possibilidades. Nesses movimentos, os agenciamentos no cotidiano operam por diversas linhas, com diferentes intensidades, sentidos, fluxos e velocidades que vão dando conformação às relações nesse espaço molecular (DELEUZE; GUATTARI, 1995; ROLNIK; GUATTARI, 2005).

Para compreender a complexidade da produção do cuidado no âmbito do SUS, tendo como referência a micropolítica do trabalho em saúde, é preciso perceber que a dimensão do núcleo tecnológico que impera na lógica dos serviços, configura uma conformação tecnológica que pode ocasionar grandes implicações na integralidade do cuidado. Essa integralidade, constituída como ato em saúde possibilita inovações nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, considerando a singularidade do usuário e respeitando suas demandas e necessidades (MERHY, 2002; LUZ; PINHEIRO, 2006; PINHEIRO, 2009).

Nesse sentido, o ato do cuidar em saúde na micropolítica do processo de trabalho compreende um núcleo tecnológico composto por trabalho vivo e trabalho morto, os quais definem a Composição Técnica do Trabalho (CTT). O trabalho vivo compreende o trabalho em

ato, o qual é realizado no momento do ato produtivo em saúde. O trabalho morto tem um caráter instrumental, refere-se aos produtos que foram construídos anteriormente, apresentados em equipamentos, maquinaria, dentre outros (FRANCO; MERHY, 2012).

Esses núcleos são atravessados por diferentes tipos de tecnologias. Merhy, Onocko, (1997) classificam essas tecnologias em três categorias: leves, leve-duras e duras. As tecnologias duras representadas pelo material concreto, como equipamentos e máquinas, consomem o trabalho morto e capturam o trabalho vivo em ato. As tecnologias leves expressam-se como o processo de produção da comunicação, das relações e de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidade de ações de saúde, estando centrada na relação trabalhador-usuário. As tecnologias leve-duras representam os saberes bem definidos que operam em saúde, os pensamentos estruturados dos trabalhadores e simultaneamente o pensamento sensível com a leveza exigida pelo usuário.

Essas tecnologias se fazem presentes no cotidiano do trabalho em saúde, porém as práticas assistenciais e a direção tecnológica dos profissionais são diferenciadas pela sua subjetividade e isso se revela em seus atos produtivos (MERHY; FRANCO, 2012; MERHY, 2014). Ao lançar um olhar sobre o processo produtivo no campo educacional, entrecruzado por todos os lados pelas tecnologias educacionais, acredita-se que essas tecnologias se aproximam das tecnologias relacionais abordadas pelos autores e conseqüentemente interferem na produção do cuidado domiciliar.

Ao analisar a complexidade do trabalho em saúde em sua subjetividade, Merhy (1997) traz a importância do trabalho vivo em ato na micropolítica, por acontecer no momento do encontro entre o trabalhador, o usuário e a família com atos que envolvem a criatividade, a autonomia e a inovação no modo de produzir cuidado mediado pelas tecnologias. Nessa perspectiva, essa capacidade do trabalho vivo implicado no processo produtivo educacional no território da atenção domiciliar ainda é pouco explorado, ao considerar a densidade tecnológica relacional que opera no plano micropolítico.

Buscando adentrar nesse campo, ao reunir evidências sobre temática abordada, realizou-se uma busca eletrônica em bases de dados e identificou-se lacunas do conhecimento na produção científica. Foram encontrados apenas dois estudos desenvolvidos no Brasil que abordavam o tema, um manual para o autocuidado de mulheres mastectomizadas (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008) e uma cartilha educativa para pacientes idosos ostomizados (BARROS *et al.*, 2012). Entretanto, identifica-se que as tecnologias educacionais no cenário nacional ainda estão reduzidas a modalidade impressa. No cenário internacional, foi possível

identificar outras modalidades de tecnologias educacionais, bem como a sua incorporação e utilização no cuidado domiciliar.

Para Fonseca *et al.* (2011) o uso e a inserção da tecnologia educacional como meio de ensino na saúde traz benefícios consideráveis a população, pois essa tecnologia possibilita a disseminação, conhecimentos e informações em um contexto educativo, tornando-se um recurso facilitador para o ensino, a assistência, a gestão e para o controle social.

Considerando esses movimentos de reconstrução da temática em estudo, os domínios sensoriais que movem o cartógrafo com um olhar atento à micropolítica e a identificação da lacuna na literatura nacional que abordavam a utilização das tecnologias educacionais na atenção domiciliar, viu-se como possibilidade e a necessidade de trabalhar essas tecnologias no contexto da atenção à saúde. Com isso, foi formulado o seguinte questionamento para esse estudo: Como acontece o uso das tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo na atenção domiciliar?

As tecnologias são consideradas essenciais e fundamentais na produção do cuidado e, por esse motivo são utilizadas como ferramentas e/ou estratégias que auxiliam na produção do cuidado (KOERICH *et al.*, 2006). Ao considerar a mundialização marcada pela diversidade e complexidade de informações com o advento da era tecnológica, discute-se ainda o desafio em contextualizar e inter-relacionar o conhecimento científico, as pessoas e a utilização das tecnologias como ferramenta viável ao modo de produzir e garantir a integralidade do cuidado (BARRA *et al.*, 2006; BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010).

Apesar dessas circunstâncias, é possível reconhecer que o avanço tecnológico tem contribuído potencialmente para a resolução de problemas no setor saúde possibilitando melhores condições de vida e de saúde a população (BARRA *et al.*, 2006; BAGGIO, ERDMANN; DAL SASSO, 2010). Entretanto, o cuidado em saúde do modelo médico hegemônico ainda revela uma assistência prescritiva tecnologicamente orientado pelo trabalho morto a luz de “regras” que tendem a diminuir a potencialidade inventiva e criativa do trabalho vivo em ato (FRANCO; MERHY, 2012).

A estrutura desse modelo assistencial que opera na micropolítica do processo de trabalho em saúde é marcada por uma forte lógica normativa que captura os atos produtivos dos trabalhadores. Em consequência, há uma perda da capacidade do trabalho vivo, ou seja, da criatividade e da autonomia do trabalhador que configura o aprisionamento do uso das tecnologias educacionais, desencadeando grandes implicações nos processos educativos e na produção do cuidado domiciliar. Desse modo, entende-se que os profissionais de saúde não

operam um cuidado centrado na singularidade dos indivíduos, bem como nas suas reais necessidades.

Diante dessa problematização, pressupõe-se que a configuração da atenção domiciliar tem a potencialidade de contribuir para a mudança no modo de operar em saúde, fundamentalmente no que se refere ao uso das tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho domiciliar. Entretanto, isso requer uma predominância do trabalho vivo em ato pela sua capacidade de estabelecer agenciamentos nas multiplicidades das relações sociais, fugindo do pragmático e operando heterogeneidade com sua capacidade produtiva.

Nesse sentido, quando os sistemas produtivos não atenderem as suas expectativas, os trabalhadores podem causar rupturas nesses sistemas e, estimulados por linhas de fuga, poderão munir-se de graus de liberdade, autonomia para criar, inventar, inovar, subsidiar e fortalecer as práticas educacionais na atenção domiciliar, produzindo, assim, uma alternativa de transformação do modo de produzir cuidado.

Esse estudo traz a possibilidade de mergulhar no mundo, no plano micropolítico da atenção domiciliar subsidiada pela força cartográfica, na busca de mapear e desenhar as práticas dos menores no cotidiano do trabalho em saúde. Assim, ao trazer a interface entre tecnologia, educação, saúde, mais precisamente a atenção domiciliar, permite tecer um pensamento crítico em relação a realidade educacional ao saber como ela se poduz pela potência criativa dos trabalhadores, considerando suas singularidades no modo de produzir os atos de cuidados educacionais no território da atenção domiciliar.

Essa viagem cartográfica está organizada sob uma espécie de roteiro. Esse primeiro item, descrito acima, refere-se a trajetória da pesquisadora e a contextualização do objeto de estudo. O item dois refere-se aos itinerários teóricos percorridos em relação ao contexto macropolítico da atenção domiciliar no âmbito do SUS, o cuidado domiciliar e a interseção das tecnologias educacionais nesse território de cuidados. Esse item foi construído no intuito de trazer o contexto maior das políticas, como plano de fundo, um espelho das forças macro instituídas que determinam mudança na perspectiva micropolítica. Além disso, trouxe o contexto do cuidado domiciliar e as interfaces exploradas e inexploradas no campo do cuidado em saúde no que se refere às tecnologias educacionais no âmbito da atenção domiciliar que dão relevância e reforçam a necessidade da construção dessa pesquisa.

O item três refere-se aos objetivos propostos para essa viagem que sejam passíveis de “respostas” ao questionamento que norteia essa pesquisa. O item quatro revela as trilhas percorridas, o território de investigação, os encontros (des) (re) encontros no município cenário, os caixeiros-viajantes e os guias cartográficos que orientaram a condução dessa viagem. Nesse

item, também apresentam-se diferentes fontes e estratégias que permitiram lançar luz sobre “dados cartográficos” de uma realidade em curso.

No item cinco são apresentados os efeitos dessa viagem por meio de narrativas que expressam a micropolítica do trabalho vivo de cada participante da pesquisa, como uma história contada pela pesquisadora e, além disso, as categorias e subcategorias empíricas construídas a partir da processualidade dessa investigação.

O item seis, não se teve a pretensão de apresentar uma conclusão da pesquisa, mas sim uma síntese do encontrado em uma realidade já dada em si mesmo, entre partidas e chegadas, pois a viagem dos caixeiros-viajantes continua.

2 ITINENÁRIOS TÉORICOS

Para iniciar a viagem cartográfica, é necessário compreender antes de tudo que, o cuidado domiciliar surgiu como uma prática informal, mas com o passar dos anos impulsionou a política que configurou a modalidade de atenção domiciliar, sendo essa modelagem permeada por uma incorporação tecnológica necessária ao cuidado. Assim, buscou-se com esses itinerários percorridos, trazer a conjuntura macropolítica da atenção domiciliar, o cuidado domiciliar e como as tecnologias educacionais se apresentam nesse território de cuidados.

2.1 Cuidado domiciliar

As práticas de cuidados domiciliares durante muitos anos estiveram associadas à prestação de assistência caridosa e, nestas atividades não havia nenhuma normatização. No domicílio, o atendimento aos enfermos era executado por pessoas e/ou religiosos que prestavam solidariedade ao sofrimento dos doentes. Posteriormente, com o passar dos séculos, esse perfil de atendimento foi modificando mediante as mudanças sociais, econômicas e políticas (CUNHA, 1991).

Foucault (1979) afirma que em meados do século XVIII, em função das epidemias que dizimavam a população, surgiu a necessidade de adoção de medidas que controlassem as doenças. Nessa época, foram desenvolvidas as práticas assistenciais que se restringiam apenas à visita domiciliar, a qual visava controlar e isolar a população. Mais tarde isso culminou com o surgimento dos hospitais (instrumento terapêutico) que, sobretudo objetivava a proteção da elite e a exclusão dos pobres.

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento (FOUCAULT, 1979, p.101-103).

Em função disso, os cuidados que até então eram realizados nos espaços privados do domicílio passaram a ser assistidos aos hospitais. Essa prestação de cuidado era direcionada ao enfermo e aos fatores de risco de determinados agravos que acometiam a população. Assim, as práticas do cuidado foram desenvolvendo-se e exigiram cada vez mais a necessidade de formação de profissionais para atuarem no cuidado. Com o passar dos anos, as atividades executadas pelos profissionais favoreceram a sistematização das práticas domiciliares (CUNHA, 1991; ARAUJO *et al.*, 2000).

Embora a origem dos hospitais tenha sido considerada importante, o cuidado com as pessoas doentes ainda estava muito associado ao domicílio, tido como local de tratamento. Nos Estados-Unidos, os cuidados necessários aos doentes eram realizados por “profissionais de Enfermagem” leigos, os quais muitas vezes estavam submetidos às péssimas condições de trabalho, devido ao nível de pobreza existente (PORTAL ROME CARE, 2015).

Assim, a modalidade da atenção domiciliar somente surge de maneira sistematizada nos Estados-Unidos em 1796, na Inglaterra em 1848 e na Austrália em 1885. No Brasil, essa modelagem foi estabelecida em 1920 com a instalação da primeira Escola de Enfermagem na cidade do Rio de Janeiro (PORTAL ROME CARE, 2015).

Ao considerar o cuidado domiciliar no Brasil, Duarte e Diogo (2005) afirmam que a mesma lógica era seguida com o enfoque à assistência caridosa e posteriormente com o emprego dos cuidados de enfermagem no domicílio, os quais também tinham influência da ordem religiosa. Cunha (1991) salienta que umas das primeiras atividades domiciliares brasileiras se deram com as Enfermeiras visitadoras ao Rio de Janeiro que atuavam no combate as epidemias do início do século XX.

O Brasil perpassou por mudanças econômicas e sociais que buscavam a organização dos serviços de saúde. Dentre essas mudanças, mais tarde ocorreu à institucionalização do SUS mediante a Lei Federal nº 8.080/1990 como política de reorganização da atenção à saúde. Foram desenvolvidas várias estratégias, dentre a elas, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) que objetivava organizar as práticas de saúde com a atenção direcionada à família. Sob essa concepção, o Ministério da Saúde incluiu entre as atividades da saúde da família, a visita domiciliar, como uma tentativa de superação do modelo biomédico (BRASIL, 2009; ARAUJO *et al.*, 2000).

No que se refere ao contexto das transformações políticas, sociais e culturais, a assistência domiciliar situou-se como modalidade significativa e substitutiva de atendimento à saúde no país. Logo, em 2003, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) definiu a Resolução nº. 81, de 10 outubro de 2003 que dispõe sobre as normas de funcionamento de serviços que oferecem a assistência domiciliar (BRASIL, 2003). Isso posto, essa modelagem de atenção à saúde foi classificada em algumas modalidades assistenciais, tais como a visita, o atendimento e a internação domiciliar, cujas dimensões estão intrinsecamente relacionadas ao cuidado desenvolvido no âmbito do domicílio.

Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para garantir suas necessidades vitais (COLLIÈRE, 1999, p. 235-236).

A natureza da palavra cuidado tem duas origens. A filologia indica que deriva do latim *cura* empregada “... num contexto de relação do amor e de amizade, para expressar uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação”. E a outra se origina da palavra *cogitare-cogitatus* que significa “cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação” (ZOBOLI, 2004, p. 22).

Em correspondência às necessidades de saúde da população brasileira, o domicílio é retomado como o *locus* de prática destinada ao cuidado. Com isso, reconfiguram-se novas possibilidades de atenção ao cuidado de pessoas acometidas por doenças crônico-degenerativas, distúrbios mentais, neoplasias, portadores de sequelas de doenças neurológicas, genéticas, dentre outras (SENA *et al.*, 2006).

Os cuidados realizados no domicílio são vistos como complexos, estressantes, exaustivos e com uma grande diversidade que requer tempo, investimentos financeiros, habilidade e capacitação para os profissionais de saúde, a família e os usuários (BRASIL, 2012).

Esse ambiente de cuidado envolve inúmeras situações delicadas que exigem comunicação, confiança e interação da equipe com a família para que possam estabelecer vínculos que possibilitem um avanço na integralidade do cuidado. Em consideração a esse aspecto é importante mencionar que os profissionais devem realizar orientações básicas à família e/ou cuidadores acerca do cuidado prestado, como: alimentação, medicação, banho, entre outros (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Nesse sentido, Feuerwerker e Merhy (2008) afirmam que o cuidado domiciliar remete algumas situações que evidenciam disputas entre profissionais, família e/ou cuidador referente à pactuação do projeto terapêutico destinado ao usuário. Essa transferência de responsabilidades de parte dos cuidados à família requer uma maior interação entre as equipes e as famílias, bem como a articulação destes com os serviços, buscando a construção de novas relações de trabalho e projetos terapêuticos combinados.

O domicílio é considerado um *locus* de cuidado privilegiado que ultrapassa o conceito de ambiente físico centrado nas relações de cuidado. Compreende-se como estratégia assistencial que contribui para a melhora da qualidade de vida da população, diminuição dos custos hospitalares, redução de complicações, humanização do cuidado e a autonomia do usuário (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005; SENA *et al.*, 2006).

Lacerda (2010) analisa que o espaço do domicílio permite que se estabeleçam relações sociais entre usuário, família e profissionais, sendo que o profissional de saúde configura um importante ator que perpassa a integração de quem necessita e os que vão realizar

o cuidado. Sob essa concepção, a família torna-se parte integrante na definição e padrão dos cuidados em saúde.

Nesse sentido, ressalta-se que os mecanismos de cuidados da realidade brasileira exigem a presença de uma pessoa que se responsabilize diretamente por prestar cuidados de maneira contínua e regular, o cuidador (LACERDA, 2010). Sob essa concepção, o contexto do cuidado domiciliar requer cuidadores que prestem cuidados junto ao usuário, os quais podem ser considerados formais ou informais. Os cuidadores formais representam o indivíduo com formação específica e com remuneração. Os cuidadores informais são pessoas que possivelmente não detêm uma formação específica e prestam cuidados que foram perpassados na prática por outras pessoas (KARSCH, 2003). Por fim, salienta-se que essa assistência prestada ao usuário é fundamental para a integralidade e a continuidade do cuidado domiciliar.

2.2 Histórico da atenção domiciliar no Brasil: uma breve revisão a partir das políticas

A atenção domiciliar é uma modalidade singular e inovadora de assistência à saúde que se encontra em processo de expansão no Brasil. Alguns fatores estão relacionados ao aumento dessa modelagem em decorrência das alterações no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, altos custos da assistência hospitalar, avanço do aparato tecnológico, bem como o interesse e a aceitação dessa modelagem por parte dos profissionais, das instituições e da sociedade, em especial das famílias (DAL BEM; GAIDZINSKI, 2007). Para atender à crescente demanda, a atenção domiciliar renasce como estratégia substitutiva do modelo hospitalar frente às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012; MARTINS *et al.*, 2009).

As primeiras formas de assistência domiciliar foram desenvolvidas no Brasil no século XX, mais precisamente em 1919, com criação dos Serviços de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro. Em 1949, os trabalhadores dos sindicatos, insatisfeitos com o atendimento de urgência vigente, foram responsáveis pela criação da primeira experiência de atendimento domiciliar organizado, denominado Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Segundo Silva *et al.* (2010) nas décadas de 50 e 60, as primeiras experiências de atenção domiciliar estavam vinculadas aos hospitais. Nesse ínterim, a década de 60 merece destaque, uma vez que foi marcada pelo primeiro movimento de expansão dos serviços de atenção domiciliar no país. Em 1967, a atenção domiciliar foi implantada como atividade planejada do Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de

São Paulo (HSPE) ligado ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IASMPE), como extensão da cobertura da assistência hospitalar (REHEM; TRAD, 2005).

A partir da década de 1990, emergiram outras implantações desses serviços que foram se intensificando cada vez mais no âmbito público e na saúde suplementar (REHEM; TRAD, 2005). A partir de então, evidenciou-se carências e necessidades de mudanças no que se refere à organização, a regulamentação, bem como o funcionamento e o financiamento da atenção domiciliar.

Em 1998 foi publicada a Portaria nº 2.416, do Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre os requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Essa Portaria estabelece que a atenção domiciliar como parte da atenção à saúde, proporciona um atendimento humanizado, diminuição do risco de infecção, redução dos custos, racionalização dos leitos e dos recursos hospitalares (BRASIL, 1998).

Para Carvalho (2009), a década de 2000 foi assinalada por inúmeras experiências e projetos voltados para a atenção no domicílio com diversas características e modelagens de atenção à saúde. Pode-se salientar como exemplo, o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS (ADT-AIDS) e o programa direcionado à atenção dos idosos, os quais dispõem de Portarias específicas. Acredita-se que esse Programa tenha surgido em decorrência do envelhecimento populacional, como um dos fatores que impulsionaram essa modalidade de cuidado.

Em setembro de 2001, foi instituída a Portaria nº 1.531/GM (Gabinete do Ministro) para propiciar aos pacientes portadores de distrofia muscular o uso de ventilação mecânica não invasiva em domicílio, sob os cuidados de equipes específicas financiadas pelo SUS (BRASIL, 2001). Essa Portaria, apesar de ter avançado em aspectos relacionados à ventilação no domicílio, ainda era restrito a essas patologias.

Essa proposta foi ampliada com Lei nº 10.424, estabelecida em abril de 2002, que “acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS” (BRASIL, 2002). Ainda, em abril de 2002, foi publicada a Portaria nº 249, pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS (BRASIL, 2002), firmando a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (REHEM; TRAD, 2005).

Com isso, a regulamentação técnica do funcionamento dos serviços que contemplam a atenção domiciliar, foi estabelecida em janeiro de 2006, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) nº 11. Nesse sentido, essa Resolução avança nos aspectos de estruturação e regulamentação de requisitos mínimos de segurança para funcionamento desses serviços (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006).

Ainda, nesse ano, o Ministério da Saúde publicou em outubro, a Portaria nº 2.529/GM, a qual institui a internação domiciliar no âmbito do SUS, definida como “um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam uma continuidade de cuidados que deve garantir a integralidade acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas no domicílio recebendo cuidado de equipe exclusiva para esse fim” (BRASIL, 2006). A posteriori, apesar de ter se constituído como avanço, a Portaria foi revogada em agosto de 2011.

Em junho de 2008, houve alguns avanços em relação à Portaria nº 1.531/GM, que priorizava apenas os portadores de atrofia muscular. O Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 1.370/GM, regulamentada pela Portaria nº 370 SAS/MS, que ampliou o elenco das patologias elegíveis para o cadastramento no programa, porém ainda de forma insuficiente para a demanda, já que persistiram restritas as doenças neuromusculares (BRASIL, 2008).

No período compreendido entre 2006 a 2011, identifica-se um vazio na regulamentação da atenção domiciliar. Nos municípios e estados com Serviços de Atenção Domiciliar em processo de implantação ou serviços já implantados, os gestores e os trabalhadores aguardavam um parecer do MS sobre a regulamentação da Portaria nº 2.529 ou sua supressão (BRASIL, 2012).

Entretanto, as discussões sobre a atenção domiciliar são retomadas no Ministério da Saúde, em julho de 2011, período no qual foi publicada a Portaria nº 1.600/GM/MS, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, tendo como base diretrizes e organizações que buscam a ampliação do acesso e do acolhimento de casos agudos, melhoria da gestão dos leitos hospitalares, garantia dos princípios do SUS nas urgências, articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, dentre outras atribuições (BRASIL, 2011).

Em agosto de 2011, o Ministério da Saúde estabelece a Portaria GM/MS nº 2.029, que institui a atenção domiciliar no SUS, a fim de ampliar e melhorar a assistência no âmbito do domicílio, contudo, foi substituída pela Portaria nº 2.527, em outubro de 2011. Essa última define o processo de negociação e de pactuação entre gestores, os quais realizaram uma reflexão

crítica a respeito das necessidades de saúde dos usuários, especialmente o cuidado no domicílio. Nesse sentido, traz avanços por permitir que os municípios com menor porte populacional também pudessem implantar em seu território serviços de atenção domiciliar subsidiado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Posteriormente, considerou-se a necessidade de reformulação da Portaria nº 2.527/GM/MS, de outubro de 2011. Em maio de 2013 o MS, por meio da Portaria GM/MS nº 963, redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS como uma nova modalidade de atenção à saúde, possibilitando uma organização estruturada dos Serviços de Atenção Domiciliar, descrevendo os requisitos para implantação e implementação do SAD e, além disso, a constituição das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) nos municípios (BRASIL, 2013).

Dentre outras definições, essa Portaria dispõe sobre a organização das modalidades de atenção domiciliar em três categorias: Atenção Domiciliar do tipo I (AD1), Atenção Domiciliar do tipo II (AD2) e Atenção Domiciliar do tipo III (AD3) perfazendo os critérios de inclusão de cuidado, considerando a complexidade e as características do estado de saúde do usuário, a responsabilidade das equipes e a frequência de atendimento domiciliar (BRASIL, 2013).

Por meio da Portaria, aprova-se, também, a habilitação dos estabelecimentos de saúde que serão contemplados com o SAD, buscando orientar os gestores de saúde municipais, principalmente no que se refere ao Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar, o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, o financiamento e o custeio mensal para a manutenção desses serviços (BRASIL, 2013). Essa Portaria representa grandes avanços nos arranjos de cuidado domiciliar.

A Portaria ministerial nº 1.505 GM/MS, em julho de 2013, fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar. Essa Portaria considera a necessidade de dispor sobre o incentivo financeiro referente às Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar - tipo 1 (EMAD - tipo 1), Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar - tipo 2 (EMAD tipo 2) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2013).

Sob essa perspectiva, a Portaria nº 1505 GM/MS fixa o custeio mensal em cinquenta mil reais para a EMAD - tipo 1, trinta e quatro mil reais à EMAD tipo 2 e seis mil reais para EMAP (BRASIL, 2013). Considerando esses requisitos, em abril de 2014, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 617 GM/MS, que estabelece os recursos a serem disponibilizados aos municípios com Serviço de Atenção Domiciliar implantado (BRASIL, 2014). É importante

que esses repasses do Ministério não excluam a possibilidade de custeio local para o funcionamento do Programa.

Apesar dos avanços da normativa em 2013, foi lançada a Portaria nº 825, de 27 abril de 2016, que vem reforçar a Portaria nº 963, de maio de 2013, ao destacar a atualização das equipes cadastradas no Programa Melhor em Casa, para o cuidado a pacientes ventilados e a autorização da ventilação mecânica no domicílio desde que as equipes estejam habilitadas para tal (BRASIL, 2016).

Essa construção política da atenção domiciliar, nesse estudo, foi realizada com o intuito de conhecer um pouco o que se passou e que se passa nesse território da atenção domiciliar, expresso por meio das políticas de saúde, ao vislumbrar sua expansão marcada por vários desafios ao se fortalecer como política pública de saúde. Assim, entende-se que esse contexto macro político, subsidia as forças que determinam a mudança na perspectiva micropolítica nesse território de cuidados da atenção domiciliar, essencial nessa investigação.

2.3 Tecnologias educacionais na atenção domiciliar

O termo tecnologia apresenta várias concepções por estar associado à história da humanidade, das técnicas desenvolvidas pelo homem e o seu esforço em produzir ferramentas simples que foram se modificando ao longo do tempo até a produção e o uso de ferramentas mais complexas. Sob esta perspectiva, essa terminologia expressa muitas particularidades em distintos momentos da história e, portanto, requer uma reflexão crítica acerca do seu conceito (VERASZTO *et al.*, 2008; KOERICH *et al.*, 2006).

Tecnologia é um termo que tem origem grega, tendo como definição etimológica “tecnó” que vem de “*techné*”, que significa o saber fazer, e “logia” que vem de “*logos*” que significa estudo, razão; sendo assim, tecnologia é o estudo do saber fazer, ou seja, o estudo da técnica (RODRIGUES, 2001; ROCHA *et al.*, 2008).

Os seres humanos por meio das suas vivências possuem diferentes formas de conhecimento e, conseqüentemente, constroem diferentes representações e concepções da realidade. Quando se pensa no termo tecnologia, essas concepções que as pessoas acumulam durante o processo de vida remetem a uma imagem de máquinas, equipamentos, dentre outros conceitos prévios, levando a um reducionismo deste termo (MERHY, 2014; KOERICH *et al.*, 2006).

O desenvolvimento do conhecimento técnico permitiu avanços da tecnologia e sua inserção na sociedade, a qual foi modicando relações sociais, devido sua incorporação em

diferentes áreas, como a informática, a educação, a engenharia, a saúde, dentre outras. Assim, as inovações tecnológicas possibilitaram novos modos de ensinar e aprender com grande impacto na área da educação ao subsidiar os processos de aprendizagem nos diferentes níveis de ensino (HLYNKA; JACOBSEN, 2009; VERASZTO *et al.*, 2008).

A tecnologia no âmbito da educação apresenta grande interferência no meio educacional, especialmente com a inserção dos computadores e da internet. Entretanto, faz-se necessário entender que a expressão “tecnologia na educação” ou “tecnologia educacional” abrange a informática, porém não se limita a esse aspecto simplista (NIETSCHE *et al.*, 2005; PRADO *et al.*, 2009).

A integração tecnológica, a imersão tecnológica e a aprendizagem tecnológica são expressões cada vez mais frequentes ao trazer uma dimensão de ensino e aprendizagem (HLYNKA; JACOBSEN, 2009). Apesar desses avanços, ainda se trabalha com as questões conceituais referentes à terminologia da tecnologia educacional, a qual apresenta várias concepções ao longo dos anos. Uma das tentativas de elucidar um conceito foi realizada pela *Association for Educational Communications and Technology* (AECT), a qual define a tecnologia educacional como “o estudo e a prática ética da facilitação do aprendizado e a melhoria do desempenho através da criação, do uso e da organização de processos e recursos tecnológicos”. A tecnologia educacional não é vista como uma ferramenta, mas sim como o estudo de uma prática ética.

Nietzsche *et al.* (2005, p. 345) por meio de um estudo centrado nas concepções das diferentes tipologias abordadas por docentes no Brasil, afirmam que a tecnologia educacional consiste em “um conjunto sistemático de conhecimentos científicos que tornem possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo todo o processo educacional formal e informal”. Ressalta-se que essa concepção é voltada para perspectiva de formação e não do contexto de saúde, a qual esse estudo se propõe.

Diante dos conceitos apresentados anteriormente, busca-se uma aproximação do conceito de tecnologia educacional ao contexto da atenção à saúde e para isso, embasou-se nos pressupostos teóricos de Merhy (1997, 2002), um dos autores que nos últimos anos vem discutindo as tecnologias no campo saúde, categorizando-as em tecnologias leves, leve-duras e duras.

Tomando como base a abordagem teórica proposta por esse autor, entende-se que a tecnologia educacional aproxima-se do conceito de tecnologias leve-duras. Apesar de as tecnologias leve-duras não se resumirem a um contexto educacional como as tecnologias educacionais, há dimensões que as aproximam, como: o saber e o fazer mediados pela relação

trabalhador-usuário (educadores e educandos) nas práticas cotidianas do trabalho em saúde baseado nas demandas e necessidades do usuário/cuidador e/ou familiar.

No processo de trabalho, a configuração tecnológica, ao operar os atos em saúde, contribuem para a dimensão cuidadora no domicílio (MERHY, 1998). Nesta dimensão, as tecnologias educacionais, como ferramentas de ensino-aprendizagem, podem subsidiar o agir em saúde com reflexos na produção do cuidado, mas para que isso aconteça necessita-se de uma interseção entre educador e educando, ao fazer emergir a produção, a criatividade na construção e a reconstrução do conhecimento (NIETSCHE *et al.*, 2005).

Monteiro e Vargas (2006) afirmam que as tecnologias educacionais são mediadoras das práticas educativas e relevantes para o processo de ensino-aprendizagem na comunidade. Além disso, essas tecnologias em um contexto de educação em saúde podem ser classificadas em táteis e auditivas, expositivas e dialogais, impressas e audiovisuais (TEIXEIRA, 2010).

Assim, a partir da produção existente acerca de tecnologias no campo da saúde e tecnologias educacionais no campo da educação, utiliza-se para este estudo do entendimento de que a tecnologia educacional é um meio (rizoma) e não um fim de um processo educativo que pode compor tanto o campo da educação quanto da saúde, além de permitir uma produção do conhecimento e não uma reprodução (decalque), fundamentalmente, na modalidade de atenção domiciliar.

Essas tecnologias ao (des) territorializar os campos duros e normativos do saber podem (re) territorializar em diferentes velocidades e intensidades, em um traçado de linhas de fuga, que desencadeiam agenciamentos do saber/fazer, os quais em conexão com outros agenciamentos podem engendrar as multiplicidades dos processos educativos no plano molecular da gestão do cuidado domiciliar.

Diante da lacuna existente em relação à incorporação das tecnologias educacionais e suas modalidades no trabalho em saúde no âmbito da atenção domiciliar, fez-se uma busca em bases de dados para vislumbrar no cenário nacional e internacional os tipos de tecnologias educacionais usadas no cuidado domiciliar e suas contribuições, as quais estão descritas no quadro a seguir.

QUADRO 1 - Tecnologias educacionais na atenção domiciliar

Tecnologia educacional/ para quem?	Contribuição (es) das tecnologias educacionais
Boletim informativo para adesão ao Protocolo de espirometria	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora a adesão aos testes de função pulmonar e o regime terapêutico para pacientes após transplante de pulmão - Ajuda a incentivar o uso regular do espirômetro em pacientes após transplante.
Simulação de um treinamento para os pais de crianças criticamente doentes dependentes de ventiladores	<ul style="list-style-type: none"> - O uso dos simuladores pediátricos ajuda os pais a praticarem suas habilidades antes do momento da alta hospitalar e manipularem os ventiladores em casa - Melhora a confiança dos pais em situações de emergência, identificação de sinais de dificuldade respiratória, responder a alarmes e mudança de traqueostomia.
Protocolo de treinamento com velocidade de processamento gravada em vídeo para idosos	<ul style="list-style-type: none"> - Permite aos idosos praticar habilidades de atenção, cognitivas e velocidade de processamento visual em casa necessária para funcionar de forma independente na vida cotidiana. - Melhora a autogestão do cuidado em casa.
Sistema de estimulação cognitiva em uma Televisão interativa para pacientes com Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> - Permite monitorar pacientes com Parkinson e a gestão de exercícios em casa com o uso dos dispositivos, da televisão e do controle remoto. - Auxilia pacientes com Parkinson na redução de fraturas em casa.
Sistema remoto de conversação por reminiscência via videofone para pacientes com demência	<ul style="list-style-type: none"> - Auxilia as pessoas com demência no cotidiano a executar as tarefas diárias e melhorar a estabilidade psicológica.
Guia da família para sobre doença falciforme para crianças com essa doença e cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> - Estes materiais podem ajudar a capacitar crianças e cuidadores para gerir a doença em longo prazo. - Os materiais de ensino são úteis na educação das crianças e seus pais sobre o processo da doença e sua gestão.
Folheto informativo para pais com crianças com convulsão febril	<ul style="list-style-type: none"> - Os folhetos contêm informações que aumentam o conhecimento e a confiança dos pais na gestão da convulsão febril para gerenciar uma convulsão febril.
Programa de Exercício para Paralisia do plexo braquial em DVD para cuidadores de crianças com essa patologia	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora a rotina dos cuidadores e auxilia na manutenção correta da execução dos exercícios em casa. - Pode beneficiar pacientes com paralisia do plexo braquial e seus cuidadores.

Tecnologia educacional/ para quem?	Contribuição (es) das tecnologias educacionais
Programa de exercícios individualizado em DVD para pessoas com a doença de Huntington	<ul style="list-style-type: none"> - Permite ajudar pacientes com a doença de Huntington a gerir sua condição e garantir a execução correta dos exercícios em casa - Permite o apoio a pessoas com doença para se envolver com exercício em casa, fora das sessões ou após a conclusão de um programa de terapia. - Oferece estratégias de gestão que ajudam a promover a adesão ao programa de exercícios.
Programa em DVD “Mover com segurança em casa” para cuidadores e/ou familiares de pacientes com câncer	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilita treinar e preparar os cuidadores para o desenvolvimento de habilidades de técnicas seguras, necessárias para reduzir a ocorrência de quedas dos pacientes com câncer no ambiente doméstico. - Melhora o conhecimento dos cuidadores.
Diretriz em formato de desenho animado para o tratamento de malária na infância para mães e cuidadores de crianças com malária no âmbito domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> - Contribui com o conhecimento em relação à compreensão da causa, o diagnóstico e o tratamento da malária. - Melhora adesão do tratamento da malária não complicada em casa.
Intervenção educacional sobre a gestão da febre na infância	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora as orientações verbais e/ou escritas sobre o manejo da febre em casa, fornecidas aos pais de crianças febris. - Redução da ansiedade dos pais relacionada à febre pediátrica. - Melhora o envolvimento dos pais e da família na gestão da febre em casa.
Sistema eletrônico de saúde (<i>software</i> com código aberto) baseado em casa para pessoas com doenças crônicas	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuda os indivíduos na gestão de suas doenças crônicas e inclui-os nos processos de cuidado em saúde por meio do acesso as informações educacionais e vídeos, disponibilizados a esses pacientes.
Intervenção TEP (<i>Technology-enhanced Practice</i>) para pacientes com doença cardíaca crônica	<ul style="list-style-type: none"> - Permite o monitoramento dos pacientes com doença cardíaca crônica no ambiente domiciliar. - Melhora a autogestão das condições cardíacas crônicas em casa.
Plano educacional integrado para pacientes com insuficiência cardíaca, cuidadores e/ou familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta as estratégias de autogestão de insuficiência cardíaca em casa: automonitorização dos sintomas da insuficiência cardíaca, resolução de problemas e utilização proativa de recursos.

Tecnologia educacional/ para quem?	Contribuição (es) das tecnologias educacionais
Programa de telesaúde para pacientes com insuficiência cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> - Permite uma detecção mais precoce dos sintomas clínicos importantes, provocando a intervenção precoce e reduzindo a necessidade de hospitalização. - Possibilita a redução do uso de recursos em pacientes com exacerbação de insuficiência cardíaca após a alta hospitalar - Efeitos positivos sobre as taxas de readmissão hospitalar e mortalidade.
<i>Telehomecare</i> - monitoramento dos cuidados domiciliares via <i>web</i> para pacientes com insuficiência cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora a qualidade do atendimento, a assistência de enfermagem, a detecção e uma intervenção quando necessário. - Permite que médicos e enfermeiros utilizem os dados para monitorar a saúde dos pacientes e ensinar os cuidadores nos comportamentos de autogestão do cuidado.
Intervenção psicoeducativa projetada para cuidadores de pessoas com Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuda os cuidadores a gerenciar o cuidado e os problemas de saúde em casa - Melhora a saúde em geral dos cuidadores e sua qualidade de vida.
Telenovela ENCASA - para idosos, cuidadores e/ou familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta a consciência e a confiança dos idosos mexicanos, americanos e dos cuidadores no uso dos serviços de atenção domiciliar. - Auxilia a manter os idosos em casa e evitar reinternações desnecessárias. - Melhora a autogestão e a compreensão do cuidado após a alta hospitalar. - Diminuição da carga de cuidado e de depressão.
Intervenção multi-modal pacientes com osteoporose com alto risco de osteoporose	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora o atendimento domiciliar em pacientes com osteoporose com alto risco de desenvolver fraturas, facilita a comunicação profissional-paciente e uma terapêutica apropriada. - Pode aumentar as taxas de tratamento de osteoporose e prevenir fraturas em pacientes com essas condições.
Sistema baseado em <i>iPod</i> para indivíduos com hipofunção vestibular	<ul style="list-style-type: none"> - Permite a monitoração das atividades em casa. - Favorece a reabilitação vestibular. - Permite otimizar a prescrição de exercícios de estabilização do olhar para que os indivíduos com disfunção vestibular possam progredir e recuperar mais rapidamente.
Sistema misto de realidade adaptativa em casa (<i>HAMRR - Home based adaptive mixed reality rehabilitation</i>) para sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral (AVC)	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuda a restaurar a função motora para sobrevivente de AVC crônicos. - Fornece uma aprendizagem ativa e um envolvimento em tarefas ao longo prazo no ambiente domiciliar.

Tecnologia educacional/ para quem?	Contribuição (es) das tecnologias educacionais
<i>Telenursing</i> - monitoramento domiciliar de Enfermagem para pacientes com ferimentos na perna e seus cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> - Permite uma aprendizagem contínua entre pacientes, cuidadores e enfermeiros em relação ao cuidado em saúde dentro do domicílio. - É útil no acompanhamento das situações de saúde do paciente e intervenções de planejamento de cuidados, bem como o treinamento de pacientes e seus cuidadores. - Essa assistência interativa gera uma sensação de segurança no cuidado em casa pelos pacientes.
Reabilitação vestibular domiciliar guiada assistida por meios audiovisuais	<ul style="list-style-type: none"> - Útil no manejo de pacientes com transtorno de equilíbrio. - Melhora a adesão ao tratamento e os parâmetros clínicos dos pacientes com patologias vestibulares.
Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade	<ul style="list-style-type: none"> - Capaz de facilitar a compreensão da pessoa idosa estomizada e seu familiar sobre os direitos dos estomizados, conceitos e tipos de estomas, cuidados com a estomia e importância da família e do grupo de apoio para o cuidado.
Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuir para a promoção da saúde, prevenção das complicações e o desenvolvimento de habilidades dos usuários. - Favorecer a autonomia e a motivação da enfermagem para inventar novas tecnologias extraídas da práxis.

Fonte: elaborado pela autora com dados extraídos da revisão sistemática integrativa construída para esse estudo

Há uma necessidade de incorporação dessas tecnologias para construir um novo modo de produzir saúde fornecendo resolutividade aos diversos problemas que imperam nos serviços de saúde. Desse modo, essas tecnologias como ferramenta de cuidado possibilitam aos atos em saúde sensibilizar o cotidiano dos usuários, das equipes e dos serviços, buscando um arranjo tecnológico para gerir melhor o cuidado (MERHY, 1998; MONTEIRO; VARGAS, 2006; FEUERWERKER; MERHY, 2008; MARTINS *et al.*, 2009).

3 OBJETIVOS DA VIAGEM CARTOGRÁFICA

Analisar é abrir as formas da realidade, aumentando seu *quantum* de transversalidade, sintonizando seu plano genético, colocando lado a lado, em relação de contiguidade, a forma do fenômeno e as linhas de sua composição, fazendo ver que as linhas penetram as formas e que as formas são apenas arranjos de linhas de força (PASSOS, EIRADO, 2009, p. 110).

3.1 Objetivo geral

Analisar o uso das tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo em ato na atenção domiciliar.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar como as tecnologias educacionais são utilizadas na produção do cuidado na atenção domiciliar.
- Descrever como as tecnologias educacionais subsidiam os processos educativos na atenção domiciliar.

4 HÓDOS-METÁ²: movimentações acêntricas

4.1 Trilhas qualitativa e cartográfica

Adotou-se nessa investigação, uma construção baseada nos pressupostos da pesquisa qualitativa por permitir compreender os aspectos dinâmicos das relações na sociedade. A pesquisa qualitativa possibilita adentrar nos processos sociais para captar significados, crenças, opiniões, percepções, valores, entre outros aspectos. Com isso, buscou-se um aprofundamento dos fenômenos da vida social, por intermédio do envolvimento emocional do pesquisador e da subjetividade na interpretação das questões sociais (MINAYO, 2007).

Por desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos ao longo da investigação, Minayo (2007) afirma que a natureza do fenômeno pesquisado influencia diretamente na escolha da abordagem. Neste estudo, optou-se pelo referencial da cartografia por mapear as produções sem a pretensão de apresentar uma receita ou uma delimitação do fenômeno estudado.

A investigação cartográfica é um método possível à trilha qualitativa, na qual objetiva mergulhar intensamente no cotidiano das práticas da produção do cuidado em saúde, estabelecendo um mapa aberto de múltiplas conexões e fluxos em distintas direções (FRANCO; MERHY, 2012).

A escolha pela trilha qualitativa com abordagem cartográfica fundamenta-se na flexibilidade metodológica, por permitir ao pesquisador aproximar-se das subjetividades e dos processos de subjetivação presentes no território de investigação, bem como capturar movimentos, aproximar e observar fenômenos que expressam intencionalidades, disputas e desejos a serem investigados de modo intensivo no dinamismo individual e coletivo (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Nessa perspectiva, ao investigar o território de produção de saúde, o campo da construção do conhecimento foi pautado em uma dimensão ético-política, visando à criatividade e o comprometimento do pesquisador em explorar as dimensões subjetivas que atravessam o cotidiano das pessoas e simultaneamente atravessa o pesquisador (PIRES, 2010).

²*HÓDOS-METÁ* é utilizada nesta dissertação em relação a proposta da cartografia em reverter o sentido do método tradicional das pesquisas científicas. Maiores detalhes estão no texto de Passos, E. e Barros, R.B. “A cartografia como método de pesquisa-intervenção” no livro *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividades*, publicado pela editora Sulina.

4.2 Guias cartográficos

Esta investigação cartográfica foi permeada pelos guias conceituais do campo da filosofia, os teóricos Deleuze e Guattari, que me ajudaram em um processo de reflexão na construção dos movimentos acêntricos, ao trazer os processos de subjetivação, os dispositivos e os agenciamentos constituintes das relações sociais dos profissionais de saúde no território da atenção domiciliar em uma perspectiva micropolítica. Esses aspectos permitiram um grau de abertura, que possibilitou um novo olhar sobre o trabalho em saúde, a interseção do uso das tecnologias educacionais e a produção do cuidado na atenção domiciliar em sua subjetividade.

Apostou-se, neste estudo, que esses aspectos pudessem emergir na utilização do modelo rizomático, proposto por Deleuze e Guattari, os quais se apoiam na botânica, utilizando o conceito de rizoma como uma metáfora, para entender a realidade e explicar a noção de complexidade da sociedade contemporânea. Consideram que o rizoma é um sistema acêntrico “não começa nem conclui, ele se encontra no meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezo*” (DELEUZE, 1995, p.4). Nessa perspectiva, o rizoma é contra as regras instituídas e a hierarquização, segue várias direções onde encontra possibilidades de espalhar-se e quebrar estruturas que o delimitam ou aprisoam (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

A partir deste referencial, esta viagem foi orientada pelo ‘pensamento rizomático’ que opera no heterogêneo e funciona como uma rede onde existem linhas que se conectam em múltiplas dimensões, nas quais não há pontos fixos. O que há são dispositivos, agenciamentos que permeiam os movimentos e a dinâmica de propagação de forças instituintes na multiplicidade (PASSOS; BARROS, 2009).

Em Mil platôs, Deleuze e Guattari, em uma perspectiva esquizoanalítica de ver a realidade sob um plano micropolítico, abordam os princípios básicos do rizoma: princípios de conexão e de heterogeneidade, princípio de multiplicidade, princípio de ruptura a-significante, princípio de cartografia e decalcomania.

O princípio da cartografia, como um princípio do rizoma, foge do pragmático, do arborescente e implica em processos de produção com múltiplas entradas que geram conexões em rede. Nesse sentido, no plano de investigação cartográfica do cenário dessa viagem, me deixei levar pelo campo coletivo de forças, ao acompanhar percursos e linhas que compuseram o plano experimental ancorado no real e que permitiram desenhar essa rede na construção de mapas (DELEUZE; GUATTARRI, 1995).

Fazer um mapa e não um decalque... Um mapa tem múltiplas entradas contrariamente ao decalque que volta sempre 'ao mesmo'. Um mapa é uma questão de performance, enquanto que o decalque remete sempre a uma presumida 'competência' (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 21).

Essa possibilidade cartográfica permitiu-me enquanto uma pesquisadora cartógrafa, estar aberta aos (des) encontros, (re) encontros e aos desdobramentos no contexto macro e micropolítico do uso das tecnologias educacionais no território da atenção domiciliar. Apostei em devires por meio de um mergulho intenso nos territórios de cuidado, no intuito de capturar as tecnologias educacionais, as diferenças, as disputas e os conflitos nos processos dos atos produtivos dos trabalhadores em saúde que configurassem o plano micropolítico na produção do cuidado. Essas capturas, os diferentes graus de abertura e os atravessamentos nesse plano possibilitaram a pesquisadora colocar em análise uma realidade em construção, móvel, sem começo, meio e fim, mas com várias entradas.

Rolnik (2006) ao vislumbrar a proposta da cartografia, afirma que o pesquisador deve “dar língua para os afetos que pedem passagem”. Sob essa concepção, nessa viagem, sustentada por esse referencial teórico-metodológico, foi possível deter-me nos encontros, buscar o novo, o inusitado, as singularidades, os signos e os sentidos do fazer o cuidado em saúde no trabalho vivo em ato e nos processos produtivos educacionais. Adicionado esses elementos, desbordar-me na possibilidade de pensar sobre e agir com os profissionais, ao construir novas relações, sentir afecções e tentar conectar-me a dinâmica no território de cuidados da atenção domiciliar, buscou-se o desenho, a cartografia do que não era visto e nem dizível no território existencial.

Assim, ao apostar nos devires e nas linhas de fuga em processos de desterritorialização, adotou-se esse referencial 'acêntrico', por permitir um olhar atento e generoso em relação à potência inventiva dos trabalhadores em saúde e a criatividade imanente, destes, no uso das tecnologias educacionais e na predominância do trabalho vivo em ato pela sua capacidade de estabelecer agenciamentos nas multiplicidades das relações sociais, fugindo do pragmático e operando heterogeneidade em suas capacidades produtivas.

E, quando os sistemas produtivos da rede de atenção à saúde não atenderem às suas expectativas, os trabalhadores movidos por seus desejos, podem causar rupturas, fissuras nesses sistemas fazendo aflorar os seus diferentes graus de liberdade e sua autonomia nas múltiplas entradas dos atos produtivos no território da atenção domiciliar.

Assim, ao olhar de outra forma, as linhas, as conexões e os agenciamentos que atravessam essa realidade, acreditou-se em maiores possibilidades de capturar esses movimentos dos trabalhadores em processo de (des) (re) territorialização e em interseção com

as tecnologias educacionais mediadoras do processo de ensino-aprendizagem na produção do cuidado domiciliar.

4.3 Território da investigação cartográfica

Em meio aos desdobramentos teóricos, decidiu-se iniciar uma viagem para o município de Betim, por apresentar uma longa trajetória de atenção domiciliar no Estado de Minas Gerais. Betim é considerado o quinto maior município desse Estado e faz parte da região metropolitana da capital, Belo Horizonte. Possui uma área de aproximadamente 343, 856 Km², população estimada em 2016 em 422.354 mil habitantes, compreendendo nove regionais (**FIGURA 2**): Alterosas, Vianópolis, Norte, Teresópolis, Imbiruçu, Posto Telegráfico de Betim (PTB) e Citrolândia (BETIM, 2016; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2016).

FIGURA 2 - Regionais de Betim - Minas Gerais



Fonte: adaptado de mapa disponível em <<http://www.mapasparacolorir.com.br/mapa-municipio-mg-betim.php>>.

Esse município conta com 210 estabelecimentos de saúde, sendo seis estaduais, 48 municipais e 66 privados. Dentre esses estabelecimentos, salientam-se, nessa investigação, os Serviços de Atenção Domiciliar, composto por quatro Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e uma Equipe Multiprofissional de Apoio. Cada uma dessas equipes, EMAD, estão sediados em quatro Unidades de Atendimento Imediato (UAI) distintas, ou seja, em UPA. A

EMAP, também está localizada em uma das UAI, e fornece suporte para todas as EMAD (BETIM, 2016). Atualmente, os SAD estão localizados nas regiões: Teresópolis, Guanabara, Centro e Alterosa.

O Serviço de Atenção Domiciliar, nesse município, foi criado em 1987, entretanto, somente em maio de 2009, com a implantação da Portaria municipal de atenção domiciliar, pela Secretaria Municipal de Saúde, emergiram dois Programas com nomenclaturas distintas que caracterizaram a modalidade de atenção domiciliar: Programa de Internação Domiciliar (PID) e o Programa de Atenção Domiciliar (PAD), representados, atualmente, pelo Programa Melhor em Casa e pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), respectivamente (BETIM, 2016).

Esse programa de “internação domiciliar” foi se tornando referência nacional e, assim, foi utilizado como exemplo para a implantação do Programa Melhor em Casa pelo Ministério da Saúde (BETIM, 2016), subsidiando a definição da Portaria Ministerial nº 2.029 de 2011, a qual estabeleceu essa nomenclatura, Programa Melhor em Casa, para denominar os Serviços de Atenção Domiciliar em todo o Brasil (BRASIL, 2011).

Ressalta-se, que a modalidade de atenção domiciliar no município de Betim é anterior a essa Portaria, por isso o serviço de atenção domiciliar foi denominado inicialmente Programa de Internação Domiciliar. Apesar do SUS não ofertar internação domiciliar, essa nomenclatura, PID, ainda é forte tanto para os elementos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como para a comunidade do município.

Buscando dar visibilidade aos processos cotidianos em curso, definiu-se como cenário dessa viagem cartográfica, um dos Serviços de Atenção Domiciliar, representado pelo Programa Melhor em Casa, do município de Betim-MG. Ao cartografar percursos dos participantes dessa investigação, na captura das tecnologias educacionais, outros cenários iam se tornando visíveis ao atravessarem a viagem cartográfica em algum momento.

4.4 Equipe-guia de caixeiros-viajantes³: participantes da investigação cartográfica

A definição dos participantes dessa investigação baseou-se em uma ferramenta analisadora⁴ denominada usuário-guia. Essa ferramenta é entendida como “o relato da produção do cuidado com um usuário que acompanhamos no serviço de saúde”, a qual permite uma narrativa do(s) encontro(s), tendo como parâmetro o usuário e os seus movimentos. A finalidade é fazer emergir as intencionalidades e as conexões existenciais dos usuários em seus “modos de produzir saúde e caminhar a vida” (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

Sob essa perspectiva, optou-se nessa investigação, por uma adequação dessa noção de usuário-guia, para equipe-guia, ou seja, ao invés de cartografar o usuário e os seus movimentos, acompanhei os profissionais de uma equipe de atenção domiciliar e compus uma cartografia dos seus movimentos no trabalho vivo em ato, na captura das tecnologias educacionais. Movida por essa possibilidade de construção, acredita-se que a equipe-guia é uma ferramenta possível à cartografia, por permitir dar visibilidade e dizibilidade ao trabalho vivo em ato, as relações que atravessam os encontros e à rede viva dos modos de existência dos caixeiros-viajantes no plano micropolítico no território da atenção domiciliar.

Por se tratar de uma investigação cartográfica, ao capturar os (des) encontros e (re) encontros no plano micropolítico sempre apareciam novos atores em cena. Nesse sentido, os participantes dessa investigação, definidos em ato, foram os caixeiros-viajantes da equipe de um dos Serviços de Atenção Domiciliar existentes no município de Betim. Essa equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um assistente social e dois técnicos em enfermagem. Ressalta-se que um técnico em enfermagem que faz hora extra nesse SAD, sempre se fazia presente no trabalho, nesse sentido, também se considerou esse técnico como um dos participantes desta pesquisa, totalizando três técnicos em enfermagem.

³ Por que caixeiro-viajante? Nesta dissertação, entendida como uma viagem cartográfica, fez-se uma alusão ao conto popular do caixeiro-viajante, quando esse personagem surgiu em uma das entrevistas realizadas. Partindo do princípio que caixeiro-viajante todos somos um, os profissionais da equipe de atenção domiciliar, são tomados como caixeiros-viajantes, pois saem todos os dias para trabalharem com suas caixas de ferramentas, as quais contêm as “mercadorias” essenciais para que aconteça o trabalho vivo na atenção domiciliar e facilite o uso das tecnologias educacionais nos atos produtivos desses trabalhadores.

⁴ Os textos EPS em movimento – refletindo sobre ferramentas analisadoras (<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/refletindo-sobre-ferramentas-analisadoras>) trazem uma reflexão sobre o que são e quais as ferramentas utilizadas para se analisar o trabalho em saúde. As ferramentas descritas são: fluxograma analisador, rede de petição e compromissos, mapas analíticos e usuário-guia, sendo esta última ferramenta, o ponto de partida para se pensar uma adequação dessa ferramenta para equipe-guia, já que nessa investigação se propõe investigar uma Equipe de atenção domiciliar e seus movimentos, nos quais aparecem os usuários, os trabalhadores da rede de atenção à saúde, os vizinhos, os amigos que auxiliam no cuidado, a gestão e a coordenação de atenção domiciliar e outros atores que surgiram no período em campo. Essa ferramenta possibilita colocar em análise o encontro da equipe-usuário, encontro da equipe-cuidador, encontro entre as equipes, encontro com a gestão, entre outros encontros.

Esses participantes, enquanto caixeiros-viajantes, deram passagem aos encontros com os outros três SAD do município, com o(s) gestor(es), com o(s) coordenador(es) e os profissionais de saúde e também aos encontros que atravessaram essa relação: usuários, cuidadores, familiares, amigos, entre outros atores que estiveram envolvidos de alguma forma no plano de investigação. Assim, a processualidade desses movimentos possibilitou a cartografia dos encontros.

4.5 Trilhas éticas

O projeto da investigação foi apreciado pelo Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (EMI) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), após a obtenção desse parecer (ANEXO A) foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa - COEP da Instituição Proponente, UFMG, obtendo parecer de número CAAE: 52595715.4.0000.5149.

Com a autorização dessas instâncias, a Diretoria de Educação em Saúde (DESA)/Secretaria Municipal de Saúde de Betim emitiu a carta de anuência dos serviços de Betim (ANEXO B), a qual foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do município cenário. Após atender a essas recomendações, foi liberado o Parecer Consubstanciado final do COEP-UFMG, sob número 1.564.372 e emitida a carta de autorização da viagem cartográfica pelo COEP da UFMG (ANEXO C).

Todas as etapas desse projeto de investigação cartográfica estão em consonância com todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), sendo o sigilo e o anonimato das informações obtidas em campo, garantido pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Esse processo de tramitação para apreciação dos aspectos éticos da pesquisa durou seis meses e, a partir de então, toda a documentação estava pronta para dar início à viagem ao município cenário.

4.6 Fabricando encontros e possibilidades em uma realidade dada em si mesma ⁵

4.6.1 Passagem pela Diretoria Operacional (DIOP) de Betim

A construção cartográfica pode ser compreendida como uma possibilidade de produção de visibilidades e dizibilidades para os acontecimentos e afecções que se estabelecem na produção da vida, dos afetos e das práticas (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

A primeira aproximação com o município se deu a partir das trilhas éticas, ligações e conversas, as quais possibilitaram algumas idas e passagens ao município cenário. O primeiro encontro aconteceu com o coordenador de atenção domiciliar, na Diretoria Operacional (DIOP) na Prefeitura Municipal de Betim.

Foi apresentada a proposta de pesquisa refletida em uma viagem cartográfica e entregue o kit da pesquisa (documentação referente à submissão, apreciação e aprovação do projeto e uma cópia do projeto de investigação) a coordenação. Esse encontro possibilitou aberturas à medida que o coordenador ao compartilhar o cenário atual de saúde do município, trouxe atrelado a isso, o território da atenção domiciliar, os desafios e a dificuldade do *fazer o cuidado* no âmbito do domicílio no cotidiano do trabalho em saúde pelas equipes dos Serviços de Atenção Domiciliar.

Ao vislumbrar graus de liberdade no diálogo junto com o coordenador de AD, foi apresentado um plano de trabalho de campo (APÊNDICE B), com o objetivo inicial de discutir sobre a construção/trabalho de campo da viagem cartográfica. Nesse plano, havia a proposta da realização de uma oficina com todos os profissionais das equipes dos SAD existentes no município e a coparticipação da gestão. Essa oficina teria a finalidade de apresentar a proposta dessa investigação cartográfica, buscar a adesão/implicação das equipes com a temática, discutir sobre a atenção domiciliar no município e por fim, definir, de forma coletiva, uma equipe-guia.

Para orientar a conversa e auxiliar na escolha coletiva da equipe-guia, definiu-se anteriormente pela pesquisadora cartógrafa em suas orientações, um roteiro que abordava a

⁵ No texto sobre o problema da análise em cartografia, Letícia Maria Renault de Barros e Maria Elizabeth Barros de Barros, alertam que “o processo de pesquisa faz emergir realidades que não estavam “dadas”, à espera de uma observação. Além disso, há uma temporalidade na emergência dessas realidades, isto é, há um processo cujo término não coincide necessariamente com a conclusão do cronograma da pesquisa. Por fim, o processo de pesquisa implica em um rearranjo das fronteiras inicialmente estabelecidas entre sujeito e objeto: a direção da cartografia é a de dissolver o ponto de vista para o qual surge de maneira correlata, uma realidade supostamente dada em si mesma e dotada de substancialidade”.

trajetória de implantação de AD no município; a organização da oferta de serviços de AD em cada uma das equipes; as diferentes formas de cuidar no domicílio; situações que chamaram a atenção das equipes relacionada à assistência, bem como o desfecho dessas situações ou de casos vivenciados por eles. Esse roteiro serviria apenas como um guia para orientar a conversa, pois a finalidade era deixar os profissionais falarem livremente.

Antes de realizar a oficina, o coordenador, ao pensar sobre uma possibilidade de encontro com as equipes, sugeriu uma visita às quatro equipes de atenção domiciliar do Programa Melhor em Casa do município, como uma forma de aproximação e conhecimento prévio do “campo de pesquisa”. Ressaltou a importância de começar por esse caminho, conhecendo um pouco de cada EMAD e depois desse ato de conhecer, concederia um momento em uma das reuniões mensais com essas equipes, um espaço para a apresentação do projeto de investigação e a realização da oficina, culminando com a escolha da equipe-guia.

4.6.2 Encontro com as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD)

Partindo do pressuposto de que é preciso estar para conhecer, realizou-se a aproximação com os Serviços de Atenção Domiciliar, após o contato da coordenação com as equipes e a definição de um cronograma semanal. Cada dia da semana foi realizado uma visita a cada EMAD, localizadas nas regiões Teresópolis, Alterosas, Guanabara e Centro, no intuito de conhecer e dar os passos iniciais para essa viagem.

Nos últimos meses, houve uma reorganização da pediatria na atenção domiciliar, em decorrência de uma crise financeira recente no município. Antes, havia um setor de pediatria nas quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA), porém atualmente somente duas UPA contam com esse setor, UAI Teresópolis e UAI 7. Com essas modificações, há uma captação de crianças pelo pediatra em todo o município de Betim, posteriormente a criança é encaminhada para a EMAD de referência sediada nas UAI.

Todas as equipes atendem desde crianças até idosos e os atendimentos domiciliares são realizados conforme a área de abrangência definida para cada equipe. O atendimento domiciliar é realizado conforme as modalidades de cuidado AD2 e AD3, sendo esta última referente aos pacientes ventilados que foram admitidos antes da Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Apenas uma das EMAD não atende a modalidade AD3, além de possuir uma baixa captação de pacientes. As equipes apesar de trabalharem no território da atenção domiciliar, AD2 e AD3, possuem uma lógica de atendimento distinta, com perfis de pacientes

diferenciados conforme cada região. A média de atendimento varia entre as equipes, bem como o perfil de pacientes atendidos.

A dinâmica de trabalho depende muito da região e da composição da equipe, sendo que algumas equipes disponibilizam mais de um profissional da mesma categoria e alguns turnos ficam sem cobertura de alguns profissionais. Os trabalhadores em sua maioria são concursados, alguns diaristas e outros plantonistas.

Os SAD são representados por uma EMAD, as quais possuem salas próprias localizadas dentro ou como anexos das UPA. O horário de funcionamento é de 07h às 19h, sendo que nos finais de semana e feriados a cobertura assistencial é realizada somente pelos técnicos em enfermagem, os quais, em caso de necessidade, entram em contato com os outros profissionais via ligação telefônica ou por meio do *whatsapp*. Durante a semana, os técnicos são os primeiros a chegarem ao serviço, fazem a leitura de livros ATA (relatório das equipes) referentes às ações realizadas no dia anterior. Esse relatório funciona como passagem de plantão por escrito.

As demandas espontâneas são raras e normalmente os profissionais tentam vincular o usuário na UBS, a qual envia a solicitação de admissão por meio de um impresso obrigatório padronizado pela gestão de atenção domiciliar do município. Esse impresso é preenchido em duas vias, uma permanece no SAD e a outra é encaminhada para a coordenação, visto como uma medida de controle dos pacientes admitidos. Alguns impressos foram padronizados em uma reunião com a coordenação, mas nem todas as equipes utilizam.

A maioria apresenta uma boa articulação com a atenção básica e com os outros pontos da RAS. Em relação à retaguarda de exames e diagnósticos, há uma cota de vagas para o SAD em relação a exames e consultas especializadas, as quais são disponibilizadas pela central de regulação do município. Essa é considerada uma via mais rápida do que a UBS e a solicitação é realizada por *e-mail* pelos profissionais das equipes. Foi criado um *gmail* para que cada equipe tivesse um contato mais ágil com a Rede de Atenção à Saúde.

As solicitações de avaliação de usuários elegíveis para atenção domiciliar, não são restritas somente ao município de Betim, outros elementos da RAS fora do município também solicitam avaliação das EMAD conforme o endereço dos usuários pertencente à área de abrangência das equipes. A maior demanda de usuários advém da UAI de referência, sendo que geralmente, essas solicitações são realizadas pelos médicos horizontais das UPA ou por médicos específicos do Programa Melhor em Casa. Essas solicitações devem efetuadas por um formulário padronizado para todas as equipes e isso, às vezes, gera alguns conflitos no que se refere aos fluxos assistenciais entre os SAD e outros componentes da RAS.

Em relação ao transporte, há um carro exclusivo para cada equipe. As dinâmicas das visitas domiciliares variam em cada EMAD, as quais se organizam por meio de murais fixados nas salas dos SAD com informações referentes aos pacientes atendidos, diagnósticos, cuidados e a frequência de visitas. Outras equipes possuem escalas de controle de visitas ou caixas pequenas construídas pelos próprios profissionais. Assim, o atendimento domiciliar e a frequências das visitas são realizadas conforme a demanda de cuidados descritos pelos profissionais. Uns são visitados todos os dias, outros uma vez por semana ou conforme a necessidade.

No que se refere à dispensação de materiais, a liberação é realizada pelo almoxarifado central e os usuários atendidos por esses serviços, adquirem os materiais por meio de um cadastro realizado na UBS. Geralmente, os cuidados são realizados com o auxílio de fitoterápicos, disponibilizados pela farmácia viva do município. A maioria dos profissionais enfermeiros dos SAD possui um curso em fitoterapia, o qual permite a prescrição de fitoterápicos, conferindo uma maior autonomia para essa categoria profissional.

Nessas passagens, presenciou-se o lançamento da produtividade da equipe realizado pelos próprios profissionais no Sistema Integrado de Gestão em Saúde e Social (SIGSS), o qual contém o sistema e-SUS. Após o preenchimento *online*, os dados são enviados diretamente para o Ministério da Saúde, pois não há um funcionário responsável pelas funções administrativas.

Em uma tentativa de facilitar a comunicação e a articulação entre gestão e ponta, tentou-se a criação de um *e-mail* e o uso do telefone fixo, já que as equipes não dispõem de celular móvel institucional. Em decorrência da dificuldade enorme de gerir as quatro equipes de AD que estão distribuídas pelo município, criou-se um grupo no *whatsapp* referente ao Programa Melhor em Casa, o qual permite a comunicação entre a gestão de urgência de emergência, a coordenação de atenção domiciliar e os profissionais das EMAD e da EMAP. Nesse grupo, há a circulação de solicitações de avaliação e admissão de usuários pelas equipes, discussão de casos, resultados de exames, entre outros.

Salienta-se que o *whatsapp* é visto como um documento e uma ferramenta de gestão, ao revelar quem pediu, quem solicitou e quem negou alguma coisa. Algumas equipes desenvolveram grupos internos para a comunicação entre os profissionais da própria equipe. Ressalta-se que, nessas visitas domiciliares identificou-se que os usuários também fazem uso do *whatsapp*, por meio de mensagens, áudios, fotos e vídeos como uma forma de quebra de barreiras e acesso a esse serviço de saúde, revelando uma maior aproximação com os profissionais.

Essa passagem pelos serviços possibilitou conhecer um pouco da trajetória de atenção domiciliar em Betim, bem como o envolvimento de alguns atores sociais das EMAD na construção dessa modalidade de cuidado no município que surgiu como um projeto piloto criado por um grupo de médicos em 1987, especialmente, por iniciativa da médica e atual coordenadora de atenção domiciliar no Ministério da Saúde.

Nesse sentido, esses encontros possibilitaram uma espécie de varredura campo e um olhar implicado ao conhecer a composição das equipes, como trabalham, o que fazem, como se organizam no trabalho em saúde e como se dá a processualidade do trabalho na atenção domiciliar a partir do lugar que ocupam.

4.6.3 **Encontro com a equipe-guia:** uma aproximação com os caixeiros-viajantes

Após as passagens pelas quatro equipes dos Serviços de Atenção Domiciliar, conversas por *whatsapp* e ligações foram realizadas para a coordenação de AD na tentativa de agendar uma reunião mensal com os profissionais das EMAD e a organização da oficina proposta. Entretanto, em virtude de alguns acontecimentos no município, não esclarecidos pela coordenação, não foi possível a realização da reunião e conseqüentemente da oficina.

Nesse sentido, a escolha de uma equipe-guia, não foi realizada coletivamente como estava inicialmente proposto nessa investigação. A decisão foi tomada unilateralmente pelo coordenador de atenção domiciliar, que estabeleceu alguns critérios, como: equipe com uma área de abrangência muito extensa e de grande vulnerabilidade social; equipe coesa com profissionais integrados; perfil de pacientes crônicos predominantemente com patologias degenerativas graves e por último, a EMAD da região Boa Esperança⁶, é a equipe mais antiga credenciada como Melhor em Casa do município de Betim, portanto, tem uma vasta experiência em AD.

A partir dessa definição da equipe-guia, realizou-se um contato telefônico com um dos profissionais da EMAD Boa Esperança, para um agendar novo encontro que aconteceu no mês de junho de 2016.

⁶ Boa Esperança é um nome fictício utilizado nesse estudo para conferir anonimato a região do município de Betim, onde está sediada a EMAD escolhida para ser a equipe-guia que foi acompanhada pela pesquisadora.

4.6.3.1 **Roda de conversa:** tecendo rede de experiências e disparando afetos

O (re) encontro com a EMAD Boa Esperança foi expresso por uma grande receptividade à pesquisadora por parte dos profissionais. Esse (re) encontro foi mobilizado por uma roda de conversa, depois de uma manhã intensa de visitas domiciliares com os caixeiros-viajantes. Participaram dessa roda os profissionais que estavam no plantão: um médico, um enfermeiro, um assistente social e um técnico em enfermagem.

Gaskel (2002) afirma que em uma roda de conversa, as vozes que ali se manifestam, constituem-se um instrumento de processo de construção de uma dada realidade por um grupo específico. Sob esta perspectiva, abriu-se um espaço de experiência e vozes, que configurou a roda, a qual teve como tema a definição da equipe-guia e o objetivo de discutir os critérios instituídos pela coordenação de atenção domiciliar ao escolher a equipe-guia.

Essa roda também foi vista como uma possibilidade de aproximação com os caixeiros-viajantes e compreendeu dois momentos consecutivos, com duração média de duas horas. Os momentos aconteceram simultaneamente, à medida que o diálogo ia ganhando força no grupo.

No primeiro momento, houve a discussão dos critérios instituídos pela coordenação. Como iniciar uma viagem com uma equipe sem saber se os profissionais concordam ou não com os critérios que os define como equipe-guia? Buscando dar visibilidade a esse momento e saber mais sobre o território a ser habitado, foi sugerido aos profissionais que eles relatassem alguma situação ou casos vivenciados no trabalho em saúde que chamaram atenção da equipe e como ocorreu o desfecho do caso, que de uma certa forma, os afetou em suas experiências na atenção domiciliar.

Abriu-se um espaço de experiências que configurou o segundo momento dessa conversa. O diálogo foi ganhando força e espaço na construção das narrativas, que teve como disparador o enfermeiro. As conexões iam se estabelecendo entre a equipe por meio do resgate na memória dos próprios profissionais durante a narração dos casos.

A construção dessa rede de experiência ia permitindo uma ressonância dos afetos e um rastreio na memória às narrativas de encontros passados, os quais iam revelando a caracterização dos profissionais como caixeiros-viajantes. Com as experiências cotidianas, os profissionais foram apontando dificuldades e o seus modos de fazer em saúde por meio de relatos de casos que afetaram ou mobilizaram equipe de alguma maneira, por serem considerados casos de difícil resolução ou casos simples que os surpreenderam.

Esses casos foram dispositivos para a constante construção do serviço de atenção domiciliar, como a adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Programa, desenvolvimento de planos de enfrentamento junto aos processos de judicialização vivenciados pela equipe, flexibilidade no ato de cuidar e as relações com o cuidador no momento da admissão. Nessas redes de experiência, afluíram atravessamentos no ato de conhecer e atuar com eles a partir dos saberes e dos sentidos do fazer em atenção domiciliar.

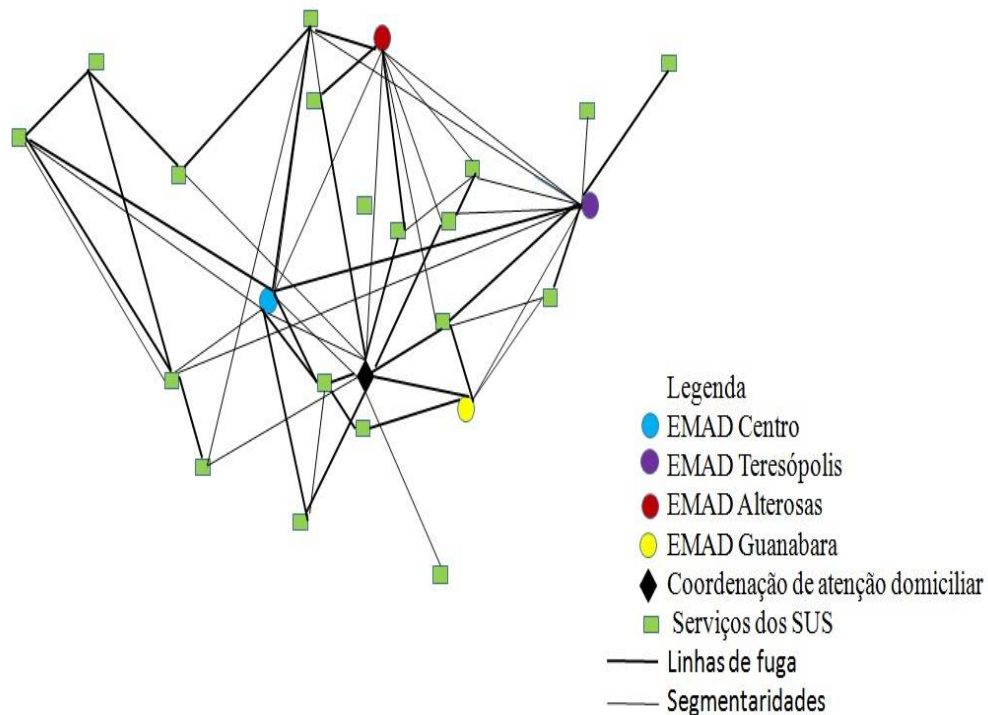
A roda de conversa possibilitou um espaço de encontro, de escuta, de informações, de troca e complemento de experiências, além de desconstruir a noção de pesquisador e pesquisado, ao criar um espaço de diálogo, onde os caixeiros-viajantes buscaram expressar, concordâncias ou discordâncias sobre o que se estava sendo discutido (GASKEL, 2002).

Após essas discussões, foi definido um cronograma de acompanhamento da equipe-guia. Durante o período em campo, os afetos permitiram à conformação e a representação de um rizoma, uma figura representativa que sinalizam os encontros realizados, as conexões dos caixeiros viajantes na produção do cuidado ao capturar o trabalho vivo em ato e a utilização e/ou produção das tecnologias educacionais no âmbito micropolítico, de forças instituídas, resistências, interesses que se fazem presente no cotidiano do serviço de atenção domiciliar e dos outros elementos que compunham a Rede de Atenção à Saúde.

Desse modo, em um processo de (des) (re) territorialização os profissionais vão estabelecendo conexões e agenciamentos engendrando os movimentos das segmentaridades de linhas duras, linhas flexíveis e das linhas de linhas de fuga, fabricando uma dinamicidade nos atos produtivos educacionais imanentes a criatividade, a potencialidade nos modos de fazer e pensar dos caixeiros-viajantes na produção de subjetividade no território da atenção domiciliar.

“A linha de fuga é uma desterritorialização [...] fugir é traçar uma linha, linhas, toda uma cartografia” (DELEUZE; PARNET, 1998, p.49).

FIGURA 3 - Rede rizomática dos (des) (re) encontros produzidos



Fonte: elaborada pela autora

Essa investigação permitiu um mergulho intenso permeado por encontros, (des) encontros e (re) encontros, em diferentes espaços do cotidiano do trabalho. A produção dos dados iniciou em maio 2016, por meio do encontro com a coordenação de atenção domiciliar e a aproximação com o campo de investigação, mediante as visitas diárias realizadas durante uma semana com as quatro equipes dos Serviços de Atenção Domiciliar. Na última semana de junho, iniciou-se a viagem com os caixeiros-viajantes da EMAD Boa Esperança, até a primeira semana do mês de setembro de 2016, quando foi concluída a realização das entrevistas com todos os profissionais dessa equipe.

4.7 “Dados” cartográficos: um olhar implicado

Nesta cartografia, por permitir uma mistura do pesquisador com o campo em um processo de experimentação, utilizaram-se diferentes estratégias que tornaram possível o mapeamento do território investigado, como a roda de conversa, observação, conversas do cotidiano, memória, entrevistas, fotos e gravação de áudio quando autorizadas, diário de campo, além de busca em fontes secundárias referente aos relatórios, prontuários institucionais e

domiciliares na captura de informações que sinalizassem o trabalho vivo e o uso das tecnologias educacionais pela equipe-guia.

A observação, em diferentes turnos e horários, ia se fazendo presente no acompanhamento das atividades realizadas pelos profissionais de saúde, como as visitas domiciliares, avaliação/captação de usuários em UPA, Instituição de Longa Permanência para Idoso (ILPI), domicílios e hospitais da Rede de Atenção à Saúde do município de Betim e de municípios vizinhos, discussão de casos entre os profissionais da própria EMAD, EMAD-EMAP e EMAD-UBS, reuniões com a EMAP e com a gestão de AD.

Essas observações ocorrem durante as intensas vivências em campo, as quais revelaram múltiplas entradas no cotidiano pulsante do território da atenção domiciliar em aproximadamente 40 dias, compreendidos no período entre maio a setembro de 2016. Tudo o que foi vivenciado durante a viagem cartográfica, foi anotado no diário de campo, totalizando 221 páginas. O diário é uma ferramenta essencial nessa construção cartográfica, por registrar os movimentos e as intencionalidades que atravessavam o campo de investigação.

O diário construído contém o registro de cenas sobre o território da atenção domiciliar do município cenário, informações sobre o dia, atividades realizadas, como aconteceram, quem estava presente, além de impressões da pesquisadora. Buscando um tom de criatividade, optou-se por uma escrita mais livre e a utilização de imagens do cartunista Quino (APÊNDICE C) não como uma forma de reproduzir uma ‘imagem-decalque’ da realidade vivenciada, mas como uma forma de dar expressão aos momentos registrados.

No intuito de fortalecer e capturar em profundidade o que foi vivenciando nessa investigação foram realizadas entrevistas abertas no final da viagem cartográfica, em dias alternados, conforme a disponibilidade dos profissionais. Minayo (2010) afirma que as entrevistas abertas podem ser definidas como uma conversa com finalidade e, que permite ao pesquisador uma abertura e uma conversa em profundidade sem obedecer a uma condução rígida.

Sob esta concepção, a conversa foi conduzida por um roteiro aberto (APÊNDICE D), com os seis profissionais da equipe-guia e um pediatra que faz atendimento nas quatro equipes de AD do município, totalizando sete entrevistas. O pediatra não faz parte da equipe-guia, entretanto, a entrevista com ele foi realizada para obter mais informações sobre a assistência domiciliar às crianças da área de abrangência da equipe escolhida para essa investigação.

Para a condução das entrevistas, inicialmente, foi reforçada a investigação cartográfica por meio do TCLE em seguida, os participantes foram convidados a falar um pouco sobre sua trajetória profissional na atenção domiciliar, como uma forma de “quebrar o gelo”,

pois, apesar da afetação e da reciprocidade mútua do campo, entre a pesquisadora e os participantes, a maioria demonstrou-se tímida ao ter suas falas gravadas. Após desligar os gravadores, as conversas revelaram informações consideradas importantes pela pesquisadora cartógrafa e foram registradas no diário de campo.

As entrevistas abertas iam ganhando espaço nessa construção ao passo que as vozes, os olhares, os gostos e os ruídos dos caixeiros viajantes iam revelando agenciamentos em relação às diferentes formas de realizar cuidado no domicílio, as estratégias e/ou ferramentas utilizadas por eles na produção do cuidado domiciliar. Todas as entrevistas foram gravadas, com duração média de vinte e um minutos e trinta e três segundos e, em seguida, transcritas na íntegra pela própria pesquisadora.

Mansini (2006) afirma que a transcrição é o terceiro momento da entrevista e um segundo momento que possibilita uma abertura para a escuta, impressões e anotações importantes para a interpretação dos dados. Dessa forma, as transcrições também foram enriquecidas pelas anotações no diário de campo, registradas logo após a realização de cada entrevista. Além disso, seguiu-se os cuidados metodológicos propostos Marcuschi (1986), o qual organizou alguns sinais considerados úteis em uma transcrição.

QUADRO 2 - Resumo das simbologias utilizados para a transcrição das entrevistas

Símbolo	Significado
/	Truncamentos bruscos
MAIÚSCULA	Ênfase ou acento forte
::	Alongamento de vogal. Os dois pontos podem ser estendidos conforme a duração da fala
(())	Comentários do analista
“ ‘	Sinais de entonação. As aspas duplas (“) são utilizadas quando há uma subida rápida nas falas e as aspas simples (‘) são utilizadas quando há uma subida leve.
Repetições. Exemplo: e e, do do	Reduplicação da letra ou símbolo
Pausa preenchida, hesitação ou sinais de atenção. Exemplo: eh	Reprodução de sons
/.../ ou ...	As reticências representam a transcrição de apenas um trecho e as reticências entre barras, indica um corte na produção de alguém

Símbolo	Significado
+	Pausas e silêncios. O sinal(+) refere-se as pausas pequenas para cada 0.5 segundo. Acima de 1.5 segundo, recomenda-se cronometrar o tempo.

Fonte: dados extraídos das normas de transcrição elaboradas por Marcuschi (1986, p.10-13).

Após a realização das transcrições, as entrevistas foram codificadas para conferir o anonimato aos entrevistados. Os profissionais caixeiros-viajantes foram codificados com o nome de aves, partindo de um entendimento rizomático que vôos e pousos fazem parte desse processo de investigação em distintos territórios físicos e existenciais, os quais vão dando conformação ao rizoma. E, nesse território de trilhas e passagens dos caixeiros-viajantes emergiram os usuários, os cuidadores e/ou familiares, os quais foram codificados como pedras preciosas.

Durante a escrita dessa viagem, os nomes dos profissionais e da pessoa responsável pela coordenação de atenção domiciliar foram escritos no sexo masculino, como uma forma de não revelar a identidade dessas pessoas. Sob esta concepção, também se utilizou o codinome Boa Esperança para caracterizar a região sede da EMAD definida para esse estudo.

Ressalta-se que a discussão dos dados e a leitura aprofundada do material pela orientadora e a coorientadora, foi uma maneira de favorecer consistência a este estudo qualitativo e cartográfico.

4.8 Em busca de uma análise cartográfica: um exercício micropolítico

“Não é possível analisar o mundo sem que essa análise envolva também quem o analisa” (BARROS, BARROS, 2013, p.384).

A noção de equipe-guia, adotada nessa investigação como uma ferramenta analisadora, traz em seus movimentos uma produção de redes de conexões existenciais e linhas de fuga vislumbradas nos (des) (re) encontros de um território que até então não tinha sido habitado pela pesquisadora. Para encontrar um fio ordenador desses movimentos de criação, produção e/ou utilização das tecnologias educacionais, buscou-se (re) acessar as experiências da viagem e seus efeitos por meio do reconhecimento das diferentes fontes e estratégias reveladas durante a investigação cartográfica, as quais foram norteadoras/disparadoras da produção dos “dados” cartográficos.

Barros e Barros (2013) afirmam que a cartografia, por ser um método diferente das pesquisas tradicionais, não trabalha com a noção de dado convencional e, entendem assim que,

a análise cartográfica não se faz por meio dados que informam sobre algo trazendo uma noção decalcada de representação de uma realidade investigada.

Nesse sentido, buscou-se uma tecedura dos dados cartográficos que já estavam dados em si mesmo, em um cotidiano pulsante de processos em cursos, a qual culminou em narrativas, descritas no item 5.1, como uma forma de organização e apresentação da realidade vivenciada sustentada no referencial da própria cartografia.

A narrativa não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação ou relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso (BENJAMIN, 1987, p. 205).

Primeiramente, fez-se uma leitura repetida e implicada do material produzido na busca de singularizações, multiplicidade de sentidos, intencionalidades e heterogeneidades que pudessem mover uma análise cartográfica. Na leitura buscou-se identificar as tecnologias educacionais, como elas subsidiam os processos educativos, como são criadas/produzidas e utilizadas no plano micropolítico da atenção domiciliar em consonância com os objetivos do estudo, questão norteadora e a pergunta contida no roteiro de entrevista com os caixeiros-viajantes.

A partir dos dados encontrados, foram elaboradas narrativas que expressam a micropolítica do trabalho vivo de cada participante da equipe-guia: Arara, Andorinha, Beija-flor, Coruja, João-de-barro e Tucano. Sob esta perspectiva, produziram-se narrativas que permitissem colocar em análise as relações, os encontros, os conflitos, as disputas, as forças, as estratégias e as ferramentas que revelassem os movimentos de produção, criação e utilização das tecnologias educacionais na produção do cuidado domiciliar por cada participante em diferentes territórios e em diferentes dias de vivência da pesquisadora em campo.

Em cada narrativa foi realizada uma apresentação do caixeiro-viajante a que referia a narrativa e uma descrição inicial de onde aconteceram situações. As narrativas tiveram como ponto de partida as estratégias e as ferramentas utilizadas a partir da micropolítica do trabalho vivo de cada caixeiro-viajante, que configura o uso das tecnologias educacionais. Com isso, buscou-se trazer o contexto educacional, revelando: onde a tecnologia estava inserida, o que foi disparador do seu uso por cada participante, bem como o que resultou na sua aplicabilidade. Algumas narrativas, além do emprego das tecnologias, trouxeram atrelados os movimentos de produção/criação das tecnologias educacionais.

Ressalta-se que, em decorrência da diversidade do trabalho de campo, as narrativas produzidas apresentam uma dinamicidade de acontecimentos do cotidiano do trabalho em saúde, em que os caixeiros-viajantes vão experienciando as tecnologias educacionais em diferentes cenários (sala do SAD, enfermaria da UPA, UBS e domicílios) e encontros com os cuidadores/ usuários, profissionais da EMAP, com a coordenação de atenção domiciliar e entre a própria equipe. A narrativa se utilizou de múltiplos momentos e diferentes variações do tempo, na qual se buscou o encadeamento de distintos acontecimentos nesses diferentes territórios de cuidado.

Os títulos das narrativas estão apresentados em itálico e foram extraídos dos discursos contemplados dos registros do diário de campo e das entrevistas de cada participante. Paralelamente à construção das narrativas foi construída uma matriz de análise com informações sintetizadas dos dados cartográficos que facilitasse um olhar para as especificidades de cada um dos participantes bem como um olhar transversal sobre o conjunto dos dados produzidos. A partir de um processo analítico, as narrativas e o reagrupamento de dados da matriz cartográfica possibilitaram a criação de categorias e subcategorias empíricas conforme o **QUADRO 3**.

QUADRO 3 - Categorias e subcategorias empíricas

Categorias	Subcategorias
Tecnologias educacionais como intercessoras da produção do cuidado domiciliar	Tecnologias educacionais impressas: dispositivos para um processo de ensino-aprendizagem
	Tecnologias educacionais dialogais e expositivas: agenciamentos do cuidar em domicílio

Criatividade: agenciamentos do saber/fazer no trabalho vivo em ato

Fonte: elaborada pela autora com dados extraídos da pesquisa.

5 EFEITOS DA VIAGEM CARTOGRÁFICA

5.1 Narrativas

A partir de um processo analítico inicial, as narrativas, trazem os efeitos da viagem cartográfica, ao possibilitar, por meio de uma história contada pela pesquisadora, uma aproximação com a micropolítica dos caixeiros-viajantes em seu trabalho vivo em ato no uso das tecnologias educacionais. Imanentes a esse processo, revela-se a potência inventiva dos profissionais e a capacidade criativa movida por uma centralidade no trabalho vivo.

5.1.1 90% dos cuidados quem faz é a família e:: a equipe treina a família pra isso

Arara, é um caixeiro-viajante que foi convocado há alguns anos por um concurso da prefeitura de Betim e assumiu como plantonista de urgência e emergência na UPA Boa Esperança. Um dia, em um final de semana, um profissional do SAD estava realizando uma visita domiciliar e teve um problema com uma sonda vesical de demora que precisava ser repassada. Então, esse profissional ligou para Arara, que estava de plantão na UPA, solicitando ajuda. Arara pediu autorização para o gerente e foi até o domicílio repassar a sonda. Como, na época, já havia alguns dias que não tinha um funcionário da categoria profissional de Arara, ele foi convidado para ir para o PID da EMAD Boa esperança. Arara entrou no SAD como uma experiência para saber se realmente iria se adaptar e, está no Programa desde o ano de 2012.

Um dia pela manhã, na sede do PID, compreendida por uma sala de recepção e uma copa, localizada na UPA da região Boa Esperança estava Arara programando as visitas domiciliares do dia. Arara organizou uns materiais para entregar a alguns pacientes, pois o PAD ainda havia liberado material e depois seguiu para as visitas domiciliares no carro do Programa juntamente com o motorista e o caixeiro-viajante Coruja.

A caminho das visitas domiciliares, Arara traçou uma rota inicial e informou a Coruja que ficaria em um domicílio que demandava uma visita mais complexa e, enquanto isso, Coruja iria se dedicando a outras visitas para agilizar o serviço. Por volta de 09h partiram em direção ao domicílio da cuidadora Pérola, localizado em uma comunidade no município de Betim para realizar a primeira visita domiciliar à usuária, Ametista, após a sua desospitalização realizada no dia anterior pela equipe do SAD em um hospital do município de Belo Horizonte.

Ametista, é uma usuária do PID, tem 59 anos de idade, sequelada de AVC hemorrágico, acamada. Consciente, entretanto não verbaliza. Gastrostomizada e está sob

cuidados paliativos. Tem seis filhos que inicialmente assumiram os cuidados com sua mãe, porém, a partir dessa internação, Ametista passou a ser cuidada por sua irmã, Pérola, uma senhora de aproximadamente 60 anos e sua cuidadora principal.

Ao entrar na comunidade, os caixeiros-viajantes seguiram por ruas e vielas até onde o carro conseguia passar. Ao circular por dentro da comunidade reinventavam caminhos para achar o beco onde estava localizado o domicílio de Pérola. Então, o motorista resolveu pedir informação a uma pessoa que se aproximava do carro da equipe. Era um homem alto, com os olhos avermelhados que informou o caminho. Como o acesso já estava restrito para a passagem do carro, seguiu a pé pelo morro da comunidade, desceram várias escadas em busca do beco e reencontraram aquele mesmo homem subindo uma rampa com um carro de mão cheio de areia a puxar por uma corda que, ao perceber que estavam perdidos, sinalizou a entrada do beco.

Os caixeiros voltaram pelas escadas e entram no beco estreito e de curvas acentuadas até que encontraram o domicílio. Arara bateu na porta e chamou por Pérola, informando que era a equipe do PID. Pérola abriu o portão e os convidou a entrar. Ametista estava em um quarto pequeno, porém organizado. Havia um guarda-roupas de madeira e uma mesinha ao lado com os insumos necessários ao cuidado. Pérola informou que estavam aguardando uma cama hospitalar e que durante a madrugada após a chegada do hospital ela e os filhos de Ametista, tentaram improvisar um suporte para facilitar a administração da dieta.

FIGURA 4 - Suporte improvisado em domicílio para a administração da dieta



Fonte: fotografia da autora

Arara afirma que a criação faz parte do cuidado e que o cuidar em domicílio exige criatividade e às vezes é preciso improvisar para que consigam realizar o cuidado em casa.

Ah:: a gambiarra que faz dentro de casa, né" ((risos)) eu faço umas gambiarras de vez em quando/ quando tem que fazer curativo, eu sugiro colocar um gancho no teto, passo um/ uma corda ou passo uma faixa, faço um calço pra poder apoiar a perna do paciente quando a perna::/ o curativo é difícil de fazer/ o paciente tem uma mobilidade ruim aí eu faço esse tipo de gambiarra/ Ah tem que eh: administrar uma die::ta, na cama do paciente, não tem hospitalar e não tem suporte de soro aí eu oriento fazer, eh:: colocar o suporte, usar um suporte pode colocar na pare::de ou na janela, não tem jeito, né? (Arara, entrevista, página 38).

O paciente ao ser admitido vai precisar da visita do enfermeiro, do médico, do fonoaudiólogo, do fisioterapeuta, do nutricionista, do assistente social "... e, isso vai gerando tantas informações e dúvidas" para os cuidadores e/ou familiares que vai dificultando o cuidado no domicílio, afirma Arara.

Pérola informou a Arara que teve muitas dúvidas diante de tantos medicamentos que havia recebido ontem no hospital. As dúvidas se referiam ao horário e a administração dos medicamentos. O horário que estava escrito nas cartelas não coincidia com o horário que estava na receita liberada pela médica conforme o entendimento da cuidadora.

Esse remédio ((mostra um comprimido para Arara)) a mulher do hospital escreveu 10 e 22, mas na receita aqui do mé::dico tem de 12 em 12 (+) aí não dei o remédio porque fiquei com medo/ queria que o doutor me explicasse (Pérola, diário de campo, página 87, 01/07/2016).

Arara pegou a prescrição médica e todos os comprimidos que havia em uma caixa e espalhou os comprimidos em uma mesa. Pediu a Pérola que se aproximasse e começou a explicar medicamento por medicamento para cuidadora, o ensinando o nome do medicamento, para que servia e o(s) horário(s) da sua administração. Depois das orientações, Pérola relatou que estava mais confiante em relação à medicação.

Como já estava no horário de um medicamento das dez horas da manhã, Arara sugeriu a Pérola que fossem até a cozinha para que ele explicasse para ela a preparação de um medicamento para ser administrado pela gastrostomia, um equipamento que Pérola afirmou que ainda não sabia manipular muito bem. Então, seguiram para a cozinha. Arara pediu um "socador de alho" limpo, retirou um comprimido do lacre e demonstrou como triturar. Feito isso, pediu a cuidadora que desse continuidade a trituração conforme havia demonstrado para ela.

Ao terminarem a trituração, retornaram para o quarto onde estava Ametista. O próximo passo, agora, seria demonstrar como diluir e administrar um medicamento pela

gastrostomia, afirmou Arara. Pegou o socador de alho com o comprimido já triturado e entregou a Pérola para que colocasse um pouco de água necessária a diluição do comprimido, então a cuidadora pegou a “água ungida pela igreja” que estava em cima da mesa e diluiu. Pérola era muito religiosa.

Em seguida, Arara informou à cuidadora que aspirasse a medicação com o auxílio de uma seringa e assim Pérola fez. Arara aproximou-se da cama onde estava Ametista, chamou a cuidadora para perto de si e demonstrou-lhe como manipular a gastrostomia. Em seguida, deu lugar à Pérola para que repetisse o procedimento. Quando Pérola afirmou sentir-se segura, Arara lhe entregou a seringa e ensinou a cuidadora como administrar o medicamento. Arara dizia sempre estar preocupado com a linguagem usada com o paciente para que conseguisse repassar as informações de maneira que o cuidador compreendesse.

Você tem que falar a mesma linguagem que ele ((paciente)) fala, porque quando assim/ você tem que chegar mais perto do paciente e tentar ensinar ele dentro daquela condição que ele também tem, né" (+) as vezes é uma pessoa que não entende muita coisa, então você tem que explicar direito, eh::: fazer com que ele:::/ dar esse cuidado pro pro familiar dele, da forma dele", né', lógico que a gente vai adequando, vai até chegar numa / num cuidado ideal, mas da forma que o cuidador consegue é é/ fazer"/ fazer do jeito que eu quero ele não vai conseguir, mas as vezes ele consegue prestar esse cuidado do jeito dele e de forma correta/ de uma outra forma (+) (+) (+) (Arara, entrevista, página 39).

Além da linguagem desprovida de termos técnicos, Arara afirmou para Pérola que utiliza outra estratégia para facilitar a compressão dos cuidados pela família. Nas primeiras visitas domiciliares após a desospitalização, usa “formulários” com orientações específicas de cuidados básicos, principalmente, para pacientes dependentes de cuidados. Após, essa conversa com Pérola, pediu licença e fixou na parede do quarto ao lado da cama de Ametista, dois “formulários”, um com orientações referentes aos cuidados com paciente acamados e em uso de gastrostomia e o outro referente ao relógio sinalizador da mudança de decúbito. Depois fixou também um “formulário” de nutrição enteral artesanal na parede da cozinha para facilitar para a pessoa que iria preparar as dietas.

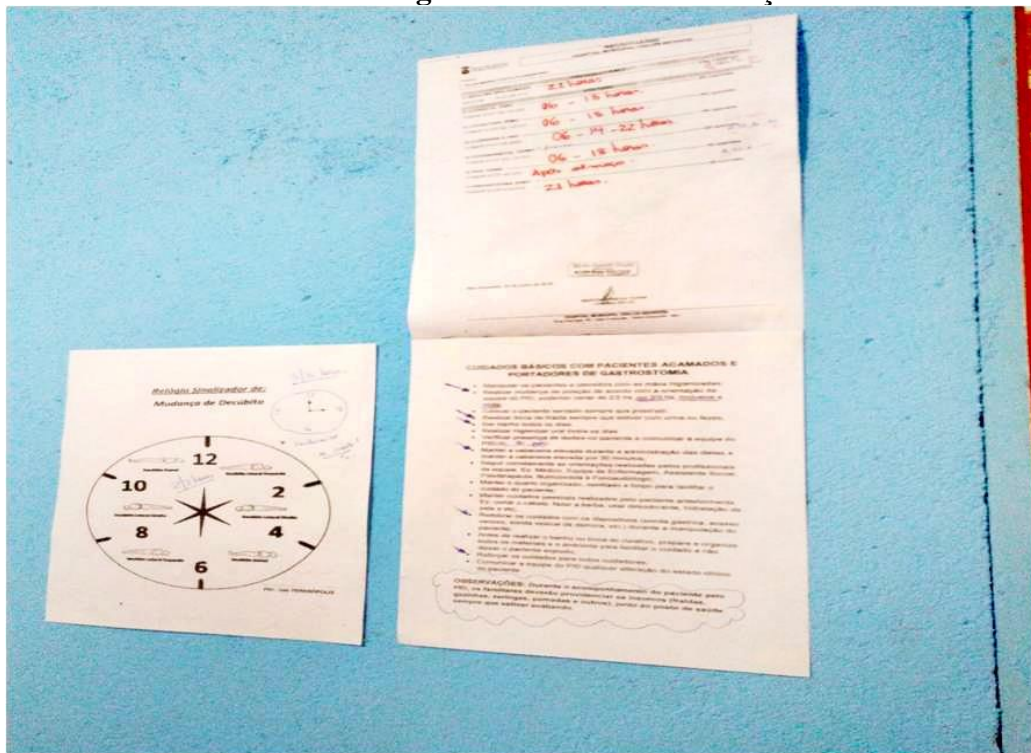
Arara perguntou à cuidadora se havia mais alguma pessoa em casa envolvida no cuidado e Pérola afirmou que tinha a filha de Ametista, mas não estava em casa no momento. Arara informou que iria fornecer as orientações e, em seguida, pediu a Pérola que fosse uma multiplicadora dos cuidados repassando as informações para outras pessoas que ajudariam nos cuidados com a usuária.

Arara chamou a cuidadora para perto de si e por meio dos “formulários” fixados na parede do quarto, começou a explicar cada item dos “formulários” escritos, sinalizando com

uma caneta esferográfica os cuidados essenciais a serem realizados pela família em relação a pacientes acamados, com gastrostomia, além da importância da mudança de decúbito de duas em horas de acordo com o relógio ilustrado em um dos formulários.

Às vezes você pega uma família que é leiga' e que acha que uma úlcera de pressão é uma doença" e a gente::/ depois com o tempo a família entende que a úlcera é uma falta de cuidado', né'/ então (+) eh::/ tem essas situações que a gente convive no dia a dia (+) (+) (Entrevista, Arara, página 36).

FIGURA 5 - Relógio sinalizador de mudança de decúbito



Fonte: fotografia da autora

Para explicar sobre a dieta, Arara utilizou o formulário de nutrição enteral artesanal e orientou o uso de alguns alimentos (frutas, sucos, sopas, mingau), o modo de preparo de cada um deles, horários da dieta, bem como a hidratação nos intervalos e por fim a higienização da gastrostomia e dos materiais e/ou insumos utilizados. Para reforçar essas orientações, fez uma demonstração de como administrar uma dieta e a hidratação pela gastrostomia usando um frasco de dieta e um equipo. Em seguida, pediu à cuidadora que repetisse o procedimento para facilitar o entendimento e o aprendizado. Assim, Pérola foi realizando uma simulação desses procedimentos com a ajuda de Arara.

Arara informou que criou vários “formulários” com um passo a passo de cuidados básicos dependendo do quadro de saúde de cada paciente. Essa criação ocorreu quando ele

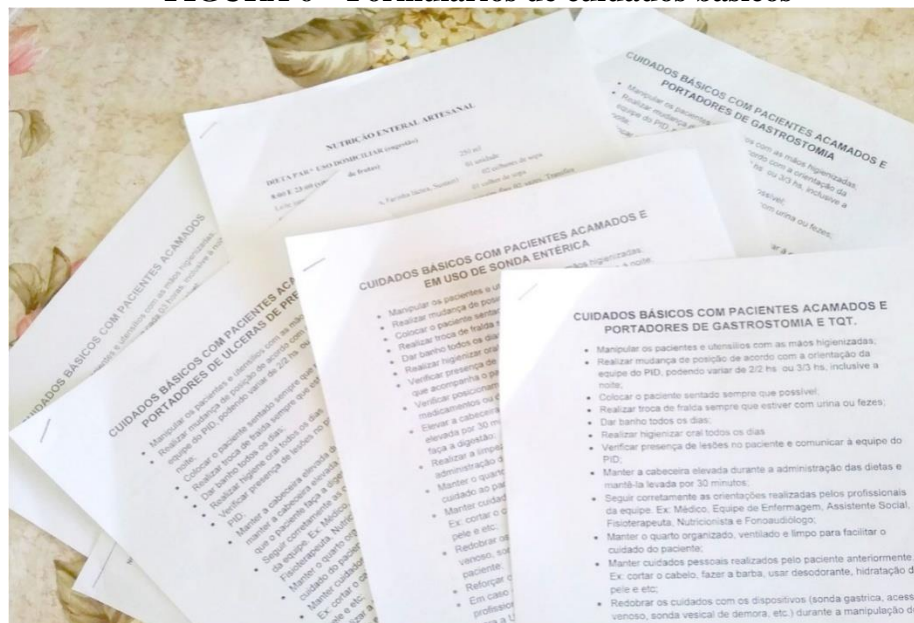
identificou algumas dificuldades das famílias em realizar os cuidados em casa e, a partir de então, sentiu necessidade de facilitar as informações para os cuidadores/ e ou familiares de pacientes atendidos no SAD.

Criou formulários de cuidados com pacientes acamados, cuidados com pacientes acamados e em uso de sonda nasoentérica, cuidados com pacientes acamados e em uso de gastrostomia, cuidados com pacientes acamados com gastrostomia e traqueostomia, cuidados com pacientes acamados e com úlcera por pressão, cuidados com pacientes com bexiga neurogênica, relógio sinalizador de mudança de decúbito e o formulário de nutrição enteral artesanal.

Eu elaborei vários eh: formulários escritos", né" de como lidar com o paciente acamado e em uso de sonda nasoentérica e com úlcera, nesse formulário eu descrevi: o passo a passo do cuidado desse paciente, de: de manter cabeça elevada, de fazer higiene da boca, de dar banho todos os dias, trocar fraldas toda vez que tiver com fezes, urina (+) pacientes que tá com a sonda sempre explico pra poder administrar a dieta, como eh: triturar o medicamento, diluir, administrar, lavar a sonda pra poder evitar a obstrução da sonda pra poder não precisar de retirar nem passar de novo (+) (Arara, entrevista, página 37).

A gente eh: eu utilizo muito eh: / tem os formulários que a gente eh: padronizou, né" (+) que é sobre: / depende muito do quadro do paciente, então por exemplo, eu recebo é / admito um paciente que é um paciente acama: do/ ele teve um AVE (+) é um paciente que está acamado, em uso de sonda nasoentérica, já tem uma úlcera, né' então é um paciente que (+) ele: (+) possivelmente ele vai precisar de uma visita do enfermeiro, vai precisar do médico, de um fisioterapeuta, de um fonoaudiólogo, de uma nutricionista e (+) eu sempre tento eh (+) facilitar as informações, né', então eu elaborei vários é formulários escrito" (Arara, entrevista, página 37).

FIGURA 6 – Formulários de cuidados básicos



Fonte: fotografia da autora

No dia seguinte, Arara retornou ao domicílio para saber se Pérola estava conseguindo realizar os cuidados básicos. A cuidadora parecia estar mais tranquila e informou que estava começando a entender os cuidados em casa. Enquanto tudo estava aparentemente calmo, Ametista começou a tossir bastante e apresentar sinais de engasgamento. Imediatamente Arara elevou a cabeceira da cama. Pérola afirmou estar preocupada, pois não era a primeira vez que Ametista se engasgava e informou que tinha um aparelho de aspiração que a filha de Ametista havia comprado, mas que ela não sabia usar.

Arara pediu para Pérola pegar o aspirador que iria lhe ensinar como fazer uma aspiração. Ao abrir a maleta de materiais da equipe, Arara procurou uma sonda de aspiração, mas não havia nenhuma. Como não havia a sonda específica, Arara pegou uma sonda de alívio na maleta apenas para fazer uma simulação do procedimento e relatou a cuidadora que quando tivessem uma sonda de aspiração em mãos, iria treiná-la. Então, Arara separou os materiais e foi ensinado o passo a passo a Pérola, desde como ligar o equipamento à aspiração de vias aéreas e boca. Ametista foi apresentada uma melhora e Arara aproveitou para reforçar as orientações em relação dieta que havia repassado no dia anterior.

5.1.2 Dependendo de cada paciente existe as formas diferentes, né"/ tem que ter muita criatividade, eu acho assim

Andorinha é um caixeiro-viajante que entrou no PID há apenas três meses. Quando surgiu a “internação domiciliar”, em 1998, participou das primeiras experiências de atenção domiciliar no município de Betim. Depois trabalhou em uma Unidade Básica de Saúde do município e atualmente está no Programa de Internação Domiciliar.

Iniciava-se mais um dia de trabalho. Ao chegar à sala do PID, Andorinha lembrou aos caixeiros-viajantes Arara e Beija-flor que hoje teriam que repassar o caso da usuária Jade para a UBS de referência. Jade tem 36 anos de idade, há um mês, sofreu um acidente automobilístico e fraturou uma das pernas. Durante a internação domiciliar foi diagnosticada com Trombose Venosa Profunda (TVP) e por isso foi admitida no PID para fazer controle da Relação Normalizada Internacional (RNI).

Beija-flor pegou o telefone e tentou contato com algum profissional da UBS, mas ninguém atendeu. Andorinha relatou que Jade precisava restabelecer um contato com sua UBS de referência porque nos próximos dias teria alta do Programa e precisava retomar o vínculo com a atenção primária. Então, Andorinha, Arara, Beija-flor e Coruja seguiram até a UBS para discutir o caso dessa paciente. Para agilizar as visitas domiciliares, Coruja foi realizar uma visita

em um domicílio enquanto os outros caixeiros-viajantes conversavam com o enfermeiro da UBS.

Ao chegarem à UBS, Andorinha e Arara passaram o caso da Jade ao enfermeiro desde a sua admissão no Programa e começaram a discutir sobre o caso. Durante a conversa, os caixeiros-viajantes sugeriram ao enfermeiro a possibilidade de agendar uma consulta compartilhada, inclusive com a presença do médico da UBS no domicílio de Jade para conversarem sobre a possibilidade de compartilharem o cuidado dessa usuária. O enfermeiro informou sobre a dificuldade de médico na Unidade, mas mesmo assim agendou uma consulta com a equipe do PID para o dia seguinte. Após pactuarem com a UBS, os caixeiros-viajantes aguardaram na porta da UBS a chegada do motorista com o caixeiro-viajante Coruja.

O motorista e Coruja não demoraram muito a chegar à UBS. Quando chegaram, todos seguiram para a casa da Jade para realizarem uma visita domiciliar. Ao chegar ao domicílio, os caixeiros-viajantes subiram uma escada até um quarto onde estava Jade, deitada em uma cama. Ao ver os profissionais do PID, Jade informou que estava com uma “dor em nó” muito forte na perna esquerda. Andorinha aproximou-se da usuária e conversou com ela informando que a dor era decorrente da obstrução relacionada à TVP e em seguida, começou a examiná-la.

Durante a avaliação, Andorinha relatou que ontem havia suspenso o uso do anticoagulante porque Jade estava em controle de RNI, mas hoje precisava de um novo exame para reajustar a dose desse medicamento como uma forma de avaliar melhor a sua evolução clínica. Então, pediu a Coruja que coletasse uma amostra de sangue e enquanto isso se sentou no sofá com Arara e Beija-flor para discutirem o resultado do hemograma coletado no dia anterior.

Andorinha relatava que o RNI estava alterado, mas iria aguardar o resultado do exame coletado hoje. Os familiares que estavam presentes durante o atendimento domiciliar ficaram atentos às informações e aproveitaram o momento para tirarem algumas dúvidas em relação à doença, a dor que Jade vinha sentindo há alguns dias e se ela podia caminhar. Andorinha esclareceu as dúvidas, orientou Jade e seus familiares em relação aos cuidados com a TVP: não massagear a perna, aquecer o membro com uma meia e continuar tomando a medicação anticoagulante. Em seguida, pediu para Jade que fizesse um esforço para se movimentar.

Arara comentou sobre a consulta compartilhada com a UBS e Beija-flor informou sobre a consulta com um angiologista agendada pelo PID a pedido de Andorinha. Depois dessa visita, os caixeiros-viajantes voltaram para a sede do PID para resolverem algumas pendências.

Coruja e Arara, entregaram a amostra de sangue no laboratório e seguiram para outras visitas domiciliares com o motorista da equipe.

Andorinha e Beija-flor sentaram-se em frente ao computador na sala do PID para construir um relatório referente à solicitação de uma perícia domiciliar e a liberação do auxílio cuidador que corresponde a 25% de acréscimo no salário dos cuidadores. Esse relatório foi construído para a cuidadora Pérola para que ela consiga o benefício previdenciário após a perícia que deveria ser realizada em seu domicílio, pois Amestista é uma usuária totalmente dependente de cuidados.

Ao terminarem o relatório, Andorinha ligou para o motorista da equipe para irem até o domicílio de Pérola. Ao chegarem ao domicílio, Andorinha e Beija-flor informaram à cuidadora que já haviam construído o relatório de que ela precisava. Pérola foi orientada por Andorinha e Beija-flor sobre todo conteúdo do relatório, como deveria proceder na previdência social e quais os documentos seriam necessários. Pérola agradeceu as informações e os caixeiros-viajantes seguiram com o motorista para pegar Arara e Coruja que estavam fazendo algumas visitas domiciliares e depois retornaram para a sala do PID.

No dia seguinte, Andorinha e Coruja foram realizar uma visita domiciliar a Alexandrita, uma criança de 8 meses que apresentou Infecção do Trato Urinário (ITU) e foi admitida no PID para término de antibioticoterapia domiciliar. Por volta de 09h esses caixeiros-viajantes se aproximavam do domicílio. Na frente havia um córrego com esgoto a céu aberto e uma ponte estreita que dava acesso à casa de Alexandrita.

Quando os caixeiros-viajantes chegaram, a criança estava no colo de sua mãe. Alexandrita estava desidratada e apresentando episódios de diarreia. Andorinha pediu para olhar o coletor de urina que haviam deixado ontem com a mãe para ver se ela tinha conseguido coletar alguma urina necessária para a realização de sumário de urina, mas mesmo com 24h havia pouquíssima urina no coletor. Andorinha pediu à mãe que sentasse em uma cadeira para poder avaliar a criança.

Coruja ajudou Andorinha ao aferir os sinais vitais e teve que puncionar um novo acesso para realizar antibioticoterapia. O ambiente estava escuro e Andorinha pegou uma lanterna para iluminar. Então, Coruja sentou-se em uma cadeira próximo a mesa, pegou uma luva de procedimento e cortou um pedaço, uma pequena tira fina, que funcionou como um garrote infantil para não machucar o braço da Alexandrita. Em seguida Coruja fez uma pequena tala para apoio. Na terceira tentativa, Coruja conseguiu puncionar o acesso com a ajuda de Andorinha, da mãe e da avó da criança. Andorinha que afirmou que a criatividade no domicílio faz parte do cuidado e às vezes é necessária.

Dependendo de cada paciente existe as formas diferentes, né"/ tem que ter muita criatividade, eu acho assim né',por exemplo, aquela vez que Arara com o:: Topázio (+) pra tentar salvar a vida do Topázio teve que pegar uma serra de::/ uma faca" de cortar pão, de serrar a a/ cânula, né' (+) enfiar na traqueo dele pra ver se conseguia entrar com o aspirador, se não fosse aquilo e se não tivesse dado de uma de MacGyver, o Topázio não estava aqui hoje vivo, né"/.../ tem também aquela Doninha, Ametista,né" que a irmã coloca eh:: a luva cheia de agulha em algumas partes pra ajudar/ pra mudar, né" (Andorinha, entrevista, página 19).

Depois da punção venosa e da avaliação física da criança, Andorinha sentou-se em uma cadeira e começou a conversar com a mãe, informando que Alexandrita não estava bem e que teriam que retornar com a criança para a UPA Boa Esperança. A mãe começou a chorar. Andorinha conversou com a família em relação aos cuidados com a criança e reavaliou a situação.

Em seguida orientou aos familiares, principalmente, a avó que ficava mais tempo com Alexandrita, para aumentar a hidratação da criança com soro oral que poderia ser adquirido na UBS de referência e que fornecesse a medicação nos horários corretos para cessar a diarreia. Além disso, orientou que em casos de intercorrências a família deveriam ligar para equipe se estiverem em horário de funcionamento e/ou acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Depois da conversa, Andorinha informou no dia seguinte retornaria ao domicílio e se Alexandrita não apresentasse uma melhora teriam que reinterná-la na UPA. A família concordou.

No dia seguinte pela manhã Andorinha retornou à casa de Alexandrita. Lá estava ela sentada em um tapete tomando um sol e brincando com sua irmã. Andorinha relatou estar muito feliz com a melhora clínica da criança e orientou a mãe e a avó sobre manutenção da hidratação oral e da medicação.

Cinco dias depois, Andorinha realizou a alta de Alexandrita. Preencheu um sumário de alta, um artefato tecnológico usado pela equipe de caixeiros-viajantes e explicou para a mãe e para a avó que o objetivo da admissão da criança no SAD havia sido cumprido e que agora a família teria que dar continuidade aos cuidados na UBS de referência.

Depois de uma manhã intensa de visitas, Andorinha, Arara e Beija-flor retornaram para a sala do PID e discutiram os casos dos pacientes atendidos. Havia muitos pacientes admitidos no Programa sendo em sua maioria com visitas diárias e isso estava sobrecarregando a equipe. Então, começaram a discutir individualmente os casos dos pacientes para auxiliar nas tomadas de decisão.

Lá foram definidos os pedidos de exames solicitados, antibioticoterapia dos usuários, alta domiciliar, alta com pendência relacionada, apoio e diagnóstico dos pacientes,

coleta sanguínea para exames laboratoriais, agendamentos e orientações às famílias sobre a realização de exames de imagem, consulta/encaminhamentos para especialidades, espaçamento de visitas e comunicação com as famílias. Depois da discussão, organizaram as pendências e atualizaram as informações do mural fixado na sala PID.

5.1.3 *A gente tem que olhar desde:// do micro ao macro*

Beija-Flor é um caixeiro-viajante que atuava como plantonista na UPA Boa Esperança e, desde 2011, entrou no Programa de Internação Domiciliar antes de incluírem nas Portarias ministeriais a sua categoria profissional. As demandas sociais eram muito fortes na região Boa Esperança e precisava de um profissional para intervir nessas questões. Como as funções da categoria profissional de Beija-Flor não eram estabelecidas em Portaria relacionada a atenção domiciliar, fez uma especialização que pudesse lhe ajudar a resolver as demandas da comunidade. Mas muita coisa aprende no dia a dia, afirmou Beija-Flor.

Beija-flor, em um dos seus plantões, no PID iniciou suas atividades realizando um *tour* pelas enfermarias masculinas e femininas da UPA Boa Esperança. Lá identificou que havia duas solicitações de admissão. Antes de comunicar os outros caixeiros-viajantes sobre as solicitações, Beija-flor pegou os prontuários para olhar o endereço dos usuários e percebeu que um deles não pertencia à área de abrangência da EMAD Boa Esperança. Então, Beija-flor entrou em contato com a equipe do outro PID por meio do grupo do Melhor em casa, via *whatsapp*, para que fossem até a UPA realizar a avaliação *in loco* do paciente.

Em seguida, Beija-flor comunicou aos caixeiros-viajantes Arara e Andorinha que havia uma solicitação de admissão na enfermaria feminina, e Andorinha foi ajudá-la enquanto Arara terminava de lançar a produtividade da equipe no sistema e-SUS. A admissão referia-se à usuária Hematite, uma idosa de 79 anos de idade, hipertensa, diagnosticada com um quadro de pneumonia e que estava em antibioticoterapia endovenosa para término em ambiente domiciliar.

Enquanto Andorinha ia preenchendo as fichas para a admissão no Programa, Beija-flor aproveitou para orientar a usuária e a cuidadora sobre o funcionamento do Programa, com o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em seguida fez a anamnese social. Após as orientações, a cuidadora assinou o termo de consentimento assumindo as responsabilidades como cuidador principal.

Eh:: a anamnese que a gente faz, inicial, eh: relatório eu faço muito também, sabe? (+) eh:: a anamnese que a gente faz inicialmente pra entender um pouco da questão da família, visitas" que as vezes a gente faz antes de::/ alguns pacientes tem que fazer a visita antes da admissão, eh:: a questão da visita pré-admissão (Beija-flor, entrevista, página 28).

A questão da ferramenta do Beija-flor ((ri)) é muito a questão do olhar, da escuta, da fala, né' dessa identificação me::smo/ (+) (+) a gente funciona meio como uma antena, olha questões práticas como material, medicação, equipamento até questões sociais mais amplas (Beija-flor, entrevista, página 30).

Depois da admissão, retornaram para a sala do PID. Enquanto o motorista não chegava das visitas domiciliares com outros caixeiros-viajantes, Beija-flor e Andorinha sentaram na frente do computador para construir um relatório para uma paciente que estava aguardando um cateterismo cardíaco que seria realizado em outro município, Belo Horizonte. Andorinha se dedicou à parte clínica que era essencial para o relatório e Beija-flor foi completando as informações adicionais necessárias para a realização da cirurgia.

Beija-flor afirmou que o relatório é uma demanda frequente para equipe e que as demandas vão surgindo no cotidiano do trabalho. A partir da identificação de problemas durante as visitas domiciliares, Beija-flor afirmou que é importante a equipe articular com a família após a desospitalização para auxiliar na organização familiar, orientar sobre questões previdenciárias, fornecer orientação pós-óbito e informações diversas sobre exames, consultas, acesso na rede e auxílio-doença.

Muitas vezes eles pedem/ eu tenho que entrar também com os pedidos de:: auxílio doença, o benefício pra:::, né' pra pessoas com deficiência, a gente tenta, né' (+) a gente tenta, assim, faz o relatório e a perícia vai avaliar (+) eu vejo as questões de renda per capita, a:: a maioria das vezes a pessoa tem mesmo perfil, então eu agendo também as perícias/.../ (Beija-flor, entrevista, página 28).

No dia seguinte, antes de saírem para as visitas domiciliares, Pavão e os profissionais da EMAP chegaram à sala do PID para tomar o café e discutir o caso de Ágata com os caixeiros-viajantes sobre a cirurgia de fenda palatina. Ágata é uma criança de dois anos de idade, que possui uma deformidade crânio facial, cromossomopatia, fissura palatina e em uso de gastrostomia. Foi admitida no PID em setembro de 2014 devido a uma desnutrição crônica e está sob os cuidados na modalidade AD3 pela equipe de caixeiros-viajantes e pela EMAP.

Pavão é um profissional concursado em Betim há 18 anos e aproximadamente há cinco anos foi convidado para fazer parte do Programa de Internação Domiciliar. Atualmente,

fornece um suporte a todas as EMAD do município de Betim no atendimento domiciliar a crianças.

Durante o café, Pavão, afirmou que essa cirurgia não é feita dentro da rede de atenção a saúde de Betim e por esse motivo teriam que conseguir de alguma alternativa para a realização da cirurgia. Por volta de 08h30 os outros caixeiros-viajantes seguiram para as visitas domiciliares e Beija-flor foi até a central de regulação, avaliação e controle do município para tentar articular a realização da cirurgia da Ágata em um município vizinho.

Eu tive que: ir à avaliação e contro::le, conversar com o pessoal, pedir para marcar porque aqui ((Betim)) a rede não suportava/ não tinha essa cirurgia dela aqui (+) é feita no ((Hospital citado)) então a gente foi, conversou, expôs o caso dela, conversou com o médico e eles conseguiram agendar pra ela lá' (Beija-flor, entrevista, página 23).

“A questão do olhar que a gente tem” eh:: porque a gente tem que olhar desde::/ do micro ao macro, né? A gente olha questões pequenas e questões grandes ao mesmo tempo, a gente:: vai ampliando o olhar, eu iníci::o com as coisas as vezes pequenas, como se diz? práticas ((rápido)) sabe? (Beija-flor, entrevista, página 32).

O dia da cirurgia estava se aproximando e Ágata começou a apresentar alteração do quadro clínico, vários exames foram realizados e a única suspeita estava relacionada a um mau posicionamento da gastrostomia. Pavão “mexeu seus pauzinhos” e conseguiu uma consulta especializada com um cirurgião pediátrico no hospital regional do município. Então, Beija-flor agendou essa consulta por telefone. Arara construiu um relatório, com um breve resumo do caso da criança e seguiu para o domicílio de Ágata. Lá orientou a família como proceder na consulta com o cirurgião pediátrico, em seguida, entregou e explicou cada item do relatório que deveria ser entregue pelos pais ao cirurgião no dia da consulta.

As vezes você:: entra, eh:::/ nessa questão de:: de articulação mesmo (+) porque não é só ah::: ela precisa de uma cirurgia, tá", mas aí:: qual o caminho pra conseguir, entendeu? (+) o médico faz lá uma referência e contra-referência e agora como é que a família vai proceder? os documentos que ele precisa, onde ele va::i pra conseguir' (Beija-flor, entrevista, página 28).

Mas, você tem que ter cuidado porque você está entrando dentro da casa do paciente (+) (+) então, é um ambiente que já tá formado, que já tá ali há muito tempo pra gente chegar e impor alguma coisa (+) e muitas vezes a gente consegue isso com o tempo, sabe? a gente indo aos po::ucos, criando um certo ví::nculo, confia::nça eles vão mudando, entendeu? mas, tem que ter esse olhar de chegar e não impor, você vai informar (+) (+) (Beija-flor, entrevista, página 32).

Depois de resolver as pendências do caso de Ágata, Beija-flor se dirigiu até a sala da EMAP localizada na UPA Boa Esperança, pois havia sido convocada para uma reunião com

os profissionais da EMAP a pedido do coordenador de atenção domiciliar e do coordenador de urgência e emergência. Essa reunião era para discutirem sobre a possibilidade de construção de um protocolo sobre assistência ventilatória para os pacientes ventilados em internação hospitalar no município de Betim, devido à nova Portaria ministerial nº 825, de 25 de abril de 2016, que aborda a questão da ventilação mecânica no ambiente domiciliar, desde que a equipe esteja treinada para esse cuidado.

No final do dia após as visitas domiciliares, Arara chegou à sala no PID e Beija-flor já estava a sua espera para contar-lhe como havia sido a reunião. Beija-flor informou que havia discutido algumas coisas, mas que amanhã terá a continuidade da reunião para discutir alguns pontos que necessitavam da presença de Arara.

No dia seguinte, antes de irem para a reunião, Arara e Beija-flor estavam, ainda na sala do PID, discutindo um material referente a um Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar (PAVD) do Hospital Infantil Albert Sabin no Estado do Ceará e uma Portaria nº 1990/2007 que habilita o Programa no município. Arara e Beija-flor utilizaram esse material como apoio e referência na construção do protocolo adaptando-o à realidade do município de Betim.

Chegou a hora da reunião com a EMAP e os caixeiros-viajantes já estavam com as anotações em mãos do material que haviam discutido. Ao chegarem à sala da EMAP já estavam o nutricionista, o fonoaudiólogo e o fisioterapeuta sentados em frente a um computador, construindo um esboço do protocolo. Arara e Beija-flor sentaram-se ao lado deles e iniciaram-se as discussões.

Para situar os caixeiros-viajantes sobre o que estava sendo produzido, o fisioterapeuta, leu o que já haviam escrito. A proposta inicial com a implantação desse protocolo era realizar a desospitalização de pacientes ventilados internados no hospital regional, só nesse hospital são oito crianças nessa condição, afirma Beija-flor, posteriormente, a proposta irá ser estendida para a desospitalização de pacientes ventilados em outras faixas etárias.

Foi uma manhã intensa de discussão. Surgiam relatos de experiências e em alguns momentos houve conflitos. Cada um contava um pouco de suas experiências e as possíveis dificuldades que poderão encontrar com definição desse protocolo, ao mesmo tempo em que relataram entender e reconhecer a necessidade dessa construção.

Os profissionais da EMAP informavam estar preocupados com a construção desse protocolo por já terem vivenciado situações difíceis com pacientes ventilados durante o Programa de Internação Domiciliar de Neonatologia (PID NEO), uma das primeiras experiências de atenção domiciliar no município de Betim. Quando esse Programa se

desestruturou, as crianças admitidas e em assistência ventilatória foram redistribuídas entre as EMAD existentes naquele período de acordo com a região de referência.

Foi um período considerado difícil e delicado para prestar assistência a essas crianças, afirmava Beija-flor. Dizia entender o lado das profissionais da EMAP pela experiência que já tiveram com o PID NEO e que esse protocolo precisa-se estar todo “amarradinho” para não dá problemas futuros. Então, a discussão foi aflorando e seguiram na elaboração com base nos materiais de apoio, mencionados por Beija-flor e Arara.

Era uma construção gradativa, a cada novo elemento discutido iam escrevendo tópicos. Falava-se em perfil de pacientes, transporte, retaguarda, consultas e especialidades, fluxos, responsabilidade da rede (gestão, coordenação, equipes e UBS), atribuições das equipes, admissão, critérios de elegibilidade e desligamento, bem como o treinamento de pelo menos dois cuidadores.

Arara, afirmava que precisavam de um respaldo legal e sugeriu ao grupo a definição de uma Portaria municipal específica para pacientes ventilados que resguardasse as equipes de atenção domiciliar mesmo com a mudança no governo no período eleitoral que estava próximo. Além disso, é importante ter a retaguarda do Hospital Regional afirma Arara.

Tem que pactuar com o hospital para fornecer insumos, materiais, equipamentos/ (+) a equipe de AD será responsável pela assistência no domicílio com a coparticipação das UBS (Arara, diário de campo, página 115, data 12/07/2016).

Arara aproveitou o momento para ler alguns tópicos que escreveu após a leitura do material sobre PAVD e Beija-flor pegou um gancho da conversa para esclarecer a importância de se discutir sobre as questões judiciais, pois poderá haver muita questão judicial envolvida. O nutricionista afirmou que poderá contribuir em relação à dieta e todos foram confrontando ideias conforme suas experiências e competências profissionais. Sempre estavam a discutir entre si, algumas opiniões eram aceitas e outras não.

Em seguida, discutiram sobre plano de cuidados, a importância do treinamento dos cuidadores ainda no hospital, o acompanhamento da equipe de AD no domicílio, quais as parceiras serão pactuadas no protocolo e os critérios de elegibilidade e desligamento do Programa. Toda essa discussão foi dando margem aos questionamentos. Beija-flor afirmou que era importante discutir sobre o desconto que o paciente poderá adquirir com o consumo de energia em casa devido ao uso de equipamentos, como o ventilador.

E o cuidador vai aceitar a desospitalização? cuidar de usuário 24 horas? /.../ Mas, todos pacientes terão condições de ter um quarto somente para ele? E se o paciente

morar em condições precárias? E se casa tiver apenas um cômodo? E as parcerias? (Beija-flor, diário de campo, página 116, data 12/07/2016).

Havia tantos questionamentos que às vezes pareciam ficar meio perdidos sobre o conteúdo do protocolo, mas o fisioterapeuta ia registrando em um documento em *Word* as ideias que estavam sendo acordadas entre o grupo. No final da manhã já havia algumas páginas escritas em tópicos. O fisioterapeuta informou que no dia seguinte o esboço do protocolo seria apresentado à coordenação de atenção domiciliar e da urgência de emergência e que Beija-flor e Arara deveriam comparecer.

Arara informou que havia a necessidade da presença de todas as equipes, coordenação do hospital e uma pessoa jurídica do município, para uma construção coletiva, já que o protocolo será para todos. O fisioterapeuta informou que no primeiro momento essa reunião aconteceria somente com eles e depois iriam estender para os outros profissionais.

Chegou o dia da reunião com a coordenação, realizada no setor de urgência e emergência localizado na prefeitura de Betim. Os participantes iam chegando e configurando o grupo para a discussão da concepção do protocolo. Estavam presentes: os dois coordenadores, um de AD e o outro de urgência e emergência, os profissionais da EMAP (fonoaudiólogo, nutricionista e o fisioterapeuta), um pediatra que faz atendimento domiciliar em todas as EMAD do município, o caixeiro-viajante Beija-flor e um enfermeiro da EMAD da região de Guanabara.

Para iniciar a reunião, o coordenador de AD mostrou ao grupo um documento que tinha sido elaborado pela coordenação, mas que ainda está em andamento. Leu alguns pontos que considerou importantes para serem discutidos e os profissionais foram contribuindo com o que haviam produzido nos dias anteriores a essa reunião. O coordenador se dispôs a construir uma ATA enquanto o fisioterapeuta ia juntando as informações dos documentos produzidos, juntamente com os outros profissionais da equipe, até chegarem a um documento único, mas que ainda precisava de várias reuniões para conceber o protocolo em si.

5.1.4 Acho que a primeira ferramenta é gostar

Coruja é um caixeiro-viajante que se formou em 2005, mas só começou a exercer sua profissão, sem vínculo empregatício, em 2007 na UPA Boa Esperança. Lá trabalhou seis meses e depois foi trabalhar em hospital do município de Belo Horizonte. Aproximadamente cinco anos, foi convocada em um concurso em Betim como plantonista da UPA Boa Esperança e há dois anos e meio faz parte da equipe.

Em um dia de seu plantão, Coruja chegou à sala do PID para iniciar seus trabalhos. Tomou um café na copa e em seguida leu o relatório da equipe para se informar sobre o plantão anterior e, a partir de então, organizou as maletas de assistência diária, repondo os materiais necessários para as visitas domiciliares. Arara estava lançando uns dados no sistema e-SUS e pediu a Coruja que fosse realizando as visitas enquanto terminava.

A visita foi realizada no domicílio de Rubi, uma criança de seis meses que apresentou ITU e foi admitida no PID para término de antibioticoterapia domiciliar. A mãe de Rubi informou a Coruja que não dormiu durante a noite porque a criança chorava muito com dor no local do acesso venoso fixado no braço esquerdo, apesar de não estar em infusão contínua. O acesso era apenas para a antibioticoterapia que estava prescritas duas vezes ao dia. Coruja pediu a mãe de Rubi que sentasse no sofá para que ela pudesse avaliar.

Em seguida, retirou a atadura que envolvia o acesso no braço da criança e percebeu que a via do acesso havia sido “perdida”. Então, pediu à mãe que colocasse Rubi na cama para puncionar um novo acesso. Preparou todo o material, ajoelhou-se próximo a cama procurando um local mais iluminado e tentou realizar a punção com o auxílio da mãe. Após conseguir punção para administrar a primeira dose do antibiótico, fez uma tala infantil, apoiou o braço da criança para infundir a medicação e depois fixou com fita crepe e micropore. Quando terminou a fixação desenhou um coração e orientou a mãe sobre os cuidados com acesso e como deveria agir em casos de intercorrência.

Às vezes você não tem nem onde sentar/ as vezes tem que puncionar uma veia de joelho, as vezes você não tem/ você vê" que o paciente não tem/ tá com a questão nutricional debilitada/ você tem que achar meios de falar, né, as coisas que você tem que contar (+) então, assim, a primeira coisa é gostar/ e aí:: você vai vence::ndo (Coruja, entrevista, página 13).

Uma das visitas realizada por Coruja aconteceu no domicílio de Ametista. Ao chegar à casa, Coruja bateu na porta e a cuidadora Pérola foi recebê-la e convidou-a para entrar. Pérola relatou que estava preocupada porque havia surgido uma ferida em Ametista e improvisou um curativo até a chegada da equipe para visitá-la. Coruja, informou à cuidadora que a ferida era uma úlcera por pressão e explicou o motivo do seu surgimento. Além disso, reforçou as orientações que Arara havia repassado em relação à mudança de posição por meio do relógio sinalizador de mudança de decúbito que estava fixado na parede do quarto.

Em seguida, preparou o material para o curativo, realizou a limpeza da ferida e ao aplicar a placa de hidrocolóide desenhou um coração e uma flor. Pérola, afirmou ter gostado

bastante do coração e ressaltou que isso reflete um sinal de amor e cuidado. Coruja comentou que para ofertar o cuidado dentro do lar do paciente é preciso, antes de tudo, gostar.

“Acho que a primeira ferramenta é gostar” (+) (+) (+) eu acho/ (+) é um setor que:/ é um trabalho que:/ por exemplo, dentro do ambiente hospitalar tem ali vários setores que, né" você pode lidar/ (+) Aqui é um setor que' se você não gostar do que você faz com certeza você vai ter muitas dificuldades, aí você vai achar tu::::do" difícil, desde o trajeto até:::: chegar dentro da casa do paciente (Coruja, entrevista, página, 12).

Enquanto Coruja realizava o curativo, Pérola preparava o material para dar banho em Ametista e informou a Coruja que tinha muita dificuldade na hora de lavar o cabelo de Ametista. Assim que terminou o curativo, Coruja, pediu a Pérola que se aproximasse da cama onde Ametista estava deitada para ensiná-la uma maneira fácil de lavar os cabelos de qualquer paciente que esteja acamado. Pegou uma bacia com água, um *shampoo*, um pano limpo. Elevou levemente a cabeça de Ametista, colocou a bacia debaixo, molhou o cabelo da paciente, usou um pouco de *shampoo* e por fim enxaguou. Em seguida, comentou sobre a higiene corporal, reforçando os cuidados que Pérola afirmou já estar realizando no domicílio.

Outra visita foi realizada no domicílio de Esmeralda, uma criança de oito meses, diagnosticada com pneumonia, que foi admitida no Programa para término da antibioticoterapia endovenosa no domicílio. Há dois dias havia encerrado o tratamento e a criança estava evoluindo bem. Hoje, Coruja, foi até o domicílio de Esmeralda para entregar o sumário de alta para a mãe da criança.

Então, pegou o impresso referente ao sumário de alta, mostrou para a mãe e explicou item por item, reforçando a importância da continuidade dos cuidados e o acompanhamento pela UBS de referência. A mãe de Esmeralda agradeceu a Coruja e informou que gostou muito do Programa até mesmo porque seu pai e sua mãe já foram cuidados pela equipe de caixeiros-viajantes PID.

No dia seguinte, Coruja foi realizar uma visita ao domicílio de Água-marinha depois da admissão realizada ontem na UPA Boa Esperança pelos caixeiros-viajantes do SAD. Coruja e o motorista acionaram o *Global Positioning System* (GPS), mas mesmo assim tiveram muita dificuldade de encontrar o endereço. Coruja ligou para o número de um telefone que constava no prontuário para pedir informações sobre o endereço, mas só ouvia a voz de uma criança que não sabia informar nada. Subiram e desceram ruas, após rodar bastante no bairro conseguiram encontrar um beco e depois o domicílio de Água-marinha.

Água-marinha é um idoso com 77 anos de idade, em uso de sonda vesical de demora e está em tratamento domiciliar de ITU. Mora com o filho e três netos (quatro, cinco e seis anos

de idade). O filho “cuidador” desse paciente trabalha durante o dia e as crianças cuidam do idoso, preparam o café da manhã, o almoço, o lanche, lavam roupa e ainda fornecem os medicamentos prescritos para o seu avô.

Coruja, ao chegar pela primeira vez no domicílio foi recepcionada por uma das crianças que a levou até o quarto onde estava o usuário. Havia no quarto uma cama de casal e um berço cheio de roupas limpas lavadas por elas. Também havia um sofá adaptado com um colchão onde Água-marinha estava deitado. Eram por volta de 09h e as crianças brincavam no computador durante o atendimento domiciliar. Coruja aferiu os sinais vitais e em seguida punccionou uma veia mais calibrosa no braço direito de Água-marinha para infundir o antibiótico, pois esse paciente fazia antibioticoterapia duas vezes por dia.

Para fixar o frasco do soro com o antibiótico fotossensível, Coruja, pendurou o frasco em um prego na parede da casa, próximo à janela e iniciou a infusão do antibiótico. Enquanto isso, conversava com as crianças para obter mais informações. Perguntou sobre a medicação de Água-marinha e as crianças responderam que os “remédios” estavam guardados. Coruja pediu às crianças que mostrarem os medicamentos, informando quais medicamentos e horários costumavam dar o “remédio” para o seu avô. Uma das crianças foi até a sala e trouxe uma caixa com vários medicamentos, amendoins, canivete, agulhas... Tudo misturado!

As crianças informaram que davam um comprimido branco na hora do café, o ácido acetil salicílico depois do almoço e outro comprimido branco no jantar. Coruja pediu as crianças para que pegassem a receita médica e elas informaram que a receita fica como pai deles. Então, Coruja entregou a caixa com os medicamentos as crianças e informou que no final da tarde voltaria ao domicílio para administrar a outra dose do antibiótico e que iria conversar com o pai das crianças. Após o término da infusão do antibiótico, Coruja seguiu para as próximas visitas.

No final do dia, Coruja retornou para a sala do PID e passou o “plantão” de forma verbal para Arara e em seguida fez suas anotações no relatório da equipe.

5.1.5 “Eu gosto de dar orientações” daquilo que eu conheço

João-de-barro é um dos caixeiros-vianjantes que trabalhava na área de cardiologia na Santa Casa de Misericórdia no município de Belo Horizonte e em um concurso realizado no município de Betim passou a ser plantonista da UPA Boa Esperança até os dias de hoje. João-de-barro entrou no Programa de Internação Domiciliar quando um dos funcionários apresentou problemas psiquiátricos e ele foi treinado por Arara para fazer hora extra PID e cobrir a ausência desse funcionário.

Um dia em seu plantão no PID, João-de-barro estava a organizar os materiais para as visitas domiciliares. Arara informou que já havia lançado no sistema e-SUS todos os pacientes admitidos no Programa e no momento iria a realizar o lançamento das fichas de atendimento domiciliar que estavam atrasadas. Beija-flor abriu o *e-mail* da equipe e se dedicou a realizar alguns agendamentos de consultas com especialidades e exames de alguns pacientes admitidos no PID. Andorinha aproveitou para preencher o sumário de alta de alguns pacientes. Quando o motorista chegou à sede do PID, Arara, Beija-flor e Andorinha ficaram na sala do PID resolvendo as pendências e João-de-barro seguiu para os domicílios para realizar as visitas.

Uma das visitas aconteceu no domicílio do usuário Ônix, 33 anos de idade, com o diagnóstico de traumatismo crânio encefálico grave, úlcera por pressão sacral grau IV e seqüela cognitiva em decorrência de um acidente automobilístico há aproximadamente um mês. Ônix foi internado na Unidade de Terapia Intensiva do hospital regional por nove dias. Nesse período de internação, Ônix desenvolveu úlceras nas regiões calcâneos e sacral, durante o tempo que ficou acamado nesse local. Quando teve alta do hospital, passou a ser acompanhado pela Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) de referência.

A cada dia Ônix estava piorando em relação à evolução das úlceras e por esse motivo a enfermeira da UAPS solicitou aos caixeiros-viajantes do PID que fizessem uma avaliação *in loco* no domicílio desse usuário, para avaliarem a possibilidade de admissão no Programa. Ao ser avaliado pela equipe, Ônix foi admitido no PID para o treinamento da família em relação aos curativos. Há uma semana Arara se dedicou ao treinamento diário da família em relação aos curativos e ao perceber que a família já estava treinada conversou com os familiares sobre o espaçamento das visitas domiciliares para duas vezes na semana.

Quando João-de-barro foi ao domicílio para realizar uma visita, foi atendido pela família que o convidou para ir até o quarto onde estava Ônix. João-de-barro iniciou com a aferição dos sinais vitais e em seguida preparou o material para realização dos curativos. Primeiramente, João-de-barro realizou o curativo na úlcera sacral e quando foi realizar a limpeza na úlcera localizada nos calcâneos, percebeu que a ferida não estava evoluindo bem e surgiu a dúvida sobre qual cobertura usar. Então, João-de-barro pediu autorização a Ônix, fotografou as lesões e enviou via *whatsapp* para Arara para que ele fizesse a avaliação da ferida e indicasse a cobertura adequada. Pouco tempo depois, Arara respondeu e pediu a João-de-barro que mantivesse a cobertura utilizada anteriormente que depois iria ao domicílio realizar uma avaliação minuciosa. Em seguida, João-de-barro separou o material, realizou o curativo e orientou a cuidadora, esposa de Ônix, sobre os cuidados com as lesões e o curativo.

Já estava próximo do horário almoço, mas João-de-barro resolveu fazer uma visita para a usuária Opala, pois o domicílio fica próximo da UPA Boa Esperança. Opala é uma criança de 11 meses que foi admitida no PID para término de antibioticoterapia domiciliar em decorrência de um abscesso na região cervical. Quando chegou ao domicílio, João-de-barro foi atendido por uma vizinha e pediu que ele fosse até a sala onde estava Opala com sua mãe. João-de-barro aproveitou para aferir os sinais vitais enquanto a criança brincava com seus irmãos e depois administrou a dose diária do antibiótico endovenoso. Após o término da medicação, João-de-barro orientou a mãe quanto aos cuidados com a amamentação, fez um balãozinho de luva de procedimento e entregou a Opala que ficou muito feliz e continuou a brincar.

“Eu gosto de dar orientações” daquilo que eu conheço ((rápido)) orientações igual/ mãe das cria::ças, eu gosto de orientar as crianças (+) por ser criança, eu gosto muito de::/ explicar pra mãe, né’ a importância de arrotar::r, de::/ amamentar a criança no tempo certo e não ter hipoglicemi::a (+)(+) e paciente idoso de elevar os me::mbros, deixar a cabeceira deita::da (+) risco de pneumoni::a (João-de-barro, entrevista, página 8).

João-de-barro, em sua entrevista, ao falar de suas ferramentas utilizadas no cuidado domiciliar, menciona sobre orientações que consegue fornecer ao pacientes e cuidadores, principalmente, mãe de crianças, pacientes idosos e paciente graves. João-de-barro afirmou que orienta até mesmo as “coisas bobas” relacionadas ao um procedimento “simples” no domicílio, como a retirada de um acesso venoso periférico pelo cuidador e/ou o familiar.

O que a gente pode passar, a gente passa, né é bom/ até mesmo, até coisas bobas/ tira o acesso e começa a sangrar, a gente fala aperta bem, a gente fala/ a gente faz assim oh ((demonstração)) (+) aconteceu alguma coisa, se tiver alguém sangra::ndo, esse é procedimento, faz uma pressão pra coagular o sangue, aí mesmo em urgência" (+) então/ é o que dá pra gente fazer, né’ (João-de-barro, entrevista, página 8).

Cinco dias depois João-de-barro, retornou ao domicílio de Opala juntamente com os caixeiros-viajantes Arara e Beija-flor, para administrar a última dose do antibiótico da criança e avaliar a possibilidade de alta domiciliar. A criança já havia evoluído bem em relação ao abscesso na região cervical. Então, foi administrada última dose do antibiótico endovenoso por João-de-barro, que em seguida orientou a mãe juntamente com os outros caixeiros-viajantes que a criança havia apresentado uma melhora clínica, mas que ainda precisava ser avaliada por Pavão em relação à alta do Programa. Beija-flor aproveitou o momento, pegou a folha de registro dos sinais vitais e enviou à Pavão via *whatsapp* informando alguns dados vitais sobre a criança, bem como a evolução do caso. Pavão respondeu informando que os dados estavam dentro dos padrões e no dia seguinte iria até o domicílio de Opala realizar a alta.

5.1.6 A xícara pro horário do medicamento da manhã, um prato de comida pro almoço e uma lua pra noite

Tucano é um dos caixeiros-viajantes que se formou aproximadamente treze anos atrás, mas só começou a trabalhar na sua área profissional há oito anos quando passou em um concurso da prefeitura de Betim. Inicialmente, começou seu trabalho como plantonista na UPA Boa Esperança e depois de dois anos iniciou no Programa de Internação Domiciliar, onde está trabalhando há aproximadamente seis anos.

O dia de produção se inicia na sala do PID. Quem irá produzir a caixinha mais bonita? Em meio à produção, encontrava-se Beija-flor e Tucano confeccionando caixinhas para a organização dos medicamentos de uma usuária. Arara, também participava desse processo produtivo, mas afirmava construir algo mais prático.

Hoje, a produção foi motivada pelo caso de Safira, uma idosa diagnosticada na UPA com uma demência ainda a ser explorada que foi admitida no PID para apoio diagnóstico. Mora com um dos seus filhos, mas é cuidada por uma vizinha, que é paga pela família para realizar os cuidados em casa.

Em uma visita ao domicílio de Safira, pelos caixeiros-viajantes, Tucano aferia os sinais vitais da usuária, enquanto Beija-flor orientava a cuidadora sobre o funcionamento do Programa por meio do TCLE. Durante a aferição, Tucano, percebeu que a pressão arterial de Safira estava elevada e foram investigar o caso com a cuidadora.

A cuidadora afirmou que andava muito cansada. Ficavam dia e noite cuidando da idosa e quando ela tinha crises, ficava muito agitada. Quando as crises aconteciam durante a noite o seu sono ficava prejudicado. Beija-flor, Tucano e Andorinha continuaram a conversar com a cuidadora e pediram para ver quais as medicações que Safira estava tomando. Havia muitos medicamentos misturados em uma caixa de sapatos. Na conversa com a cuidadora sobre as medicações, os caixeiros-viajantes descobriram que Safira havia tomado duas vezes um determinado medicamento. A cuidadora estava fazendo uma confusão com a grande quantidade de medicamentos e conseqüentemente não administrava nos horários corretos, afirmou Beija-flor.

Andorinha informou à cuidadora que iriam levar uma caixinha que eles criaram para os usuários do programa com poli farmácia. A caixinha era uma forma de organização dos medicamentos em casa. Tucano comentou ainda, sobre outras formas de guardar os medicamentos da idosa utilizando objetos no próprio domicílio.

Pode guardar em vidros de maionese::, envelopes/ mas com tudo identificado/ A gente ((profissionais do PID))costuma identificar com imagens (+) a xícara pro horário do medicamento da manhã, um prato de comida pro almoço e uma lua pra noite/ para tomar o medicamento depois do jantar (Tucano, diário de campo, página 77, data 28/06/2016).

No dia seguinte na sala do PID, Arara e Beija-flor, antes de saírem para as visitas domiciliares, sentaram à mesa na sala do PID para confeccionar objetos que funcionassem como um “guarda medicamentos” para entregarem à cuidadora da Safira.

Cada um tinha um jeito diferente de confeccionar. Imprimiam, cortavam, colavam e desenhavam. Beija-flor confeccionou caixinhas de papel com informações não verbais (imagens) que caracterizassem da melhor maneira possível o horário correto para a administração de medicamento, Arara ao afirmar ser mais prático conseguiu um objeto de plástico com divisórias na UPA Boa Esperança e em cima de cada divisória do objeto fez desenhos de sol, lua e um prato de comida, similares aos desenhos colados na caixa produzida por Beija-flor.

Tucano, afirmou que as informações não verbais são estratégias que os caixeiros-viajantes encontraram para facilitar o cuidado em casa por meio de imagens lúdicas e auto-representativas para o cuidador administrar a medicação nos diferentes turnos do dia, manhã (sol), almoço (prato de comida) e a noite (lua).

FIGURA 7 - Caixas e porta medicamentos



Fonte: fotografia da autora

No dia seguinte, antes de saírem para as visitas, Arara ligou para o Hospital Regional, informando que a equipe do PID iria ao turno da tarde ao hospital para realizar a avaliação de uma paciente que havia sido socilitada. Em seguida, Arara e Tucano espalharam os prontuários sobre a mesa escolhendo a melhor rota das visitas domiciliares e as possíveis altas a serem realizadas no turno da manhã.

A primeira visita foi realizada no domicílio de Safira. Tucano conversou apenas com a cuidadora, pois Safira ainda estava dormindo. Abriu sua maleta, pegou as caixinhas que haviam sido produzidas, pegou os medicamentos de Safira da caixa de sapato onde estavam armazenados e colocou em cada caixinha conforme os horários prescritos, ensinando medicamento por medicamento à cuidadora. Depois seguiu para as outras visitas domiciliares.

Uma das visitas foi realizada no domicílio do usuário Malaquite, após a desospitalização, que aconteceu ontem na UPA Boa Esperança, pelos caixeros-viajantes. Ao chegar ao domicílio, Tucano, Andorinha e Arara foram atendidos por uma das filhas de Malaquite que os convidou a entrar e aguardar na sala, enquanto chamava seu pai que estava fazendo a barba. Quando terminou, Malaquite sentou-se em um sofá próximo aos caixeiros-viajantes e foi avaliado pelos profissionais.

Ao aferir os dados vitais, Tucano informou que a pressão estava muito elevada (200/100 mmHg). Como não havia anti-hipertensivo na maleta de procedimentos da equipe, o motorista retornou a UPA Boa Esperança para pegar um medicamento com urgência. Quando o motorista retornou ao domicílio entregou a medicação para Tucano que forneceu um comprimido a Malaquite.

Um dia depois, foi realizada outra visita domiciliar a Malaquite para avaliá-lo. A pressão arterial já estava com os valores pressóricos dentro dos padrões, mas Malaquite ainda precisava melhorar sua função renal para realizar um exame de TC de tórax que já havia sido agendado pela equipe do PID há alguns dias. Então, Andorinha prescreveu um soro endovenoso para ajudá-lo, pois segundo sua avaliação ele estava desidratado. Em seguida, Tucano separou o material e punccionou um acesso venoso periférico no braço esquerdo do paciente e em seguida amarrou uma luva de procedimento na janela, fixou o frasco de soro e iniciou a soroterapia.

Enquanto o soro infundia, todos conversavam ao mesmo tempo orientando Malaquite sobre uma mudança nos hábitos de vida. Ele sempre a retrucava, informando que estava bem. Mesmo após as orientações, a soroterapia continuava, pois o gotejamento estava lento já que Malaquite é hipertenso. Como já estava passando do horário de almoço, Tucano orientou aos familiares de Malaquite como retirar o soro quando acabasse e em caso de intercorrências deveriam entrar em contato com a equipe.

5.2 Categorias empíricas

As categorias construídas a partir da processualidade dessa investigação foi uma forma de oferecer uma síntese dos “dados cartográficos” que potencializaram o itinerário narrativo da pesquisadora ao contar o saber/fazer educativo e criativo dos caixeiros-viajantes no plano micropolítico criando um território educativo, com o esforço de fazê-lo sem perder a profundidade necessária ao processo de análise e interpretação dos dados produzidos.

5.2.1 Tecnologias educacionais como intercessoras da produção do cuidado domiciliar

A presente categoria aborda as tecnologias educacionais impressas, dialogais e expositivas e suas implicações nos processos educativos no âmbito da atenção domiciliar. Arelado a isso, revela-se na micropolítica os movimentos de criação/produção e utilização imanentes ao trabalho vivo em ato dos caixeiros-viajantes e os agenciamentos do processo de ensino-aprendizagem que tornam possível a continuidade do cuidado no domicílio.

Nesse sentido, ao entender as tecnologias educacionais como intercessoras da produção do cuidado domiciliar, retoma-se a noção de intercessores utilizado por Deleuze como um conceito fundamental em sua obra, entretando pouco explorado. Esse conceito remete ao exercício do pensamento nos encontros, ou seja, acontece no próprio plano da imanência conforme afirma Vasconcellos (2005, p. 1223) “os intercessores são quaisquer encontros que fazem com que o pensamento saia de sua imobilidade natural, de seu estupor. Sem os intercessores não há criação”.

Sob esta perspectiva, nesse estudo, as intercessões trazem uma noção de movimento não apenas dado em si mesmo, mas fabricada nos (des) (re) encontros, na produção de sentidos dos desdobramentos do saber/ fazer dos caixeiros-viajantes em seus movimentos de produção e utilização das tecnologias educacionais no território da atenção domiciliar.

Essa categoria se subdivide em duas subcategorias: tecnologias educacionais impressas: dispositivos para um processo de ensino-aprendizagem e tecnologias educacionais dialogais e expositivas: agenciamentos do cuidar em domicílio. Após a construção, dessa categoria construí um mapa, figura-rizoma, que graficamente revelassem as conexões dos movimentos de produção e utilização das tecnologias pelos caixeiros-viajantes.

5.2.1.1 Tecnologias educacionais impressas: dispositivos para um processo de ensino-aprendizagem

Essa subcategoria apresenta os artefatos tecnológicos ⁷ educacionais impressos produzidos e utilizados pelos caixeiros-viajantes e como eles podem ser potenciais dispositivos disparadores dos processos educativos no território da atenção domiciliar.

Os artefatos tecnológicos educacionais identificados no SAD são utilizados mediante a relação trabalhador-usuário no trabalho vivo em ato em três momentos do Programa: admissão, visita/atendimento e alta domiciliar. Esses artefatos são utilizados em diferentes situações e de maneira diversificada por cada caixeiro-viajante.

A análise dos dados permite afirmar que os artefatos são identificados como materiais de ensino impressos, sendo eles: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), “formulários” de cuidados básicos, relatórios, sumário de alta, folhetos diversos com informativos sobre os critérios do Programa, exames e óbitos no domicílio, processo de curatela e *anamnese social*.

Durante a admissão dos pacientes em hospitais do município de Betim ou de municípios vizinhos, UPA e domicílios ou ILPI, é usado o TCLE. Esse termo é um artefato tecnológico que contém informações escritas sintetizadas e objetivas sobre: horário de funcionamento, objetivos do Programa, composição da equipe, critérios de admissão, alta clínica e administrativa, frequência das visitas domiciliares, transporte, exames e consultas com especialidades que podem ser agendadas pelo PID e como a família deve agir em casos de intercorrências no domicílio.

Desde quando a gente capta o paciente a gente já tem que deixar claro para a família e pro cuidador como que funciona o Programa, né?/ quando a gente admite um paciente, a gente explica sobre área de abrangência que o Programa atende, que tem que ter o cuidador (+) e quais são os papéis da família, qual que é o papel da equipe, qual que é o papel da Unidade Básica de Saúde e/ tudo isso é bem definido no ato da admissão (Arara).

Grande PARTE das famílias que a gente orienta com o termo de esclarecimento, a gente consegue/ eu vejo assim a gente consegue conduzir o cuidado desse paciente, né? a família consegue entender e: o papel direitinho de cada um (+) (+) (Arara).

A análise dos dados, permite inferir que apenas os profissionais da equipe com nível universitário fazem uso do TCLE, pois o ato da admissão exige uma responsabilidade desses

⁷ Artefatos tecnológicos são recursos didáticos usados para auxiliar os processos educativos de ensino-aprendizagem. Maiores esclarecimentos disponíveis em: < <http://www.utfpr.edu.br/curitiba/estrutura-universitaria/diretorias/dirgrad/coted/faq>>.

profissionais com relação a avaliação da parte clínica, social e das necessidades de cuidados da Enfermagem. Os profissionais com formação técnica não utilizam esse instrumento, pois geralmente não estão presentes no momento da admissão e a sua própria formação dificulta uma avaliação criteriosa e um raciocínio clínico efetivo, pois sua formação é voltada para a parte técnica, o assistencial. Os profissionais de nível universitário assumem essa responsabilidade da admissão representando a equipe como um todo.

Esse instrumento apesar de ser um dispositivo de normalização é eficaz no ato da admissão por conter todas as informações e orientações necessárias aos usuários que serão admitidos no Programa, bem como para os cuidadores e/ou familiares. Ressalta-se que a assinatura desse termo é imprescindível para admissão do paciente no SAD, por ser um artefato que confere, de um certo modo, um respaldo legal para equipe de que os cuidadores irão se corresponsabilizar pelo cuidado em casa.

Inicialmente, o TCLE foi adquirido em um dos anexos dos cadernos de atenção domiciliar, mas os profissionais com o andamento do Programa, constantemente, identificam sua necessidade de reformulação devido à grande quantidade de processos de judicialização, boletins de ocorrência e a forte demanda por questões sociais na área de abrangência de atendimento dessa equipe.

A análise dos dados sinaliza que com a desospitalização dos pacientes, a equipe de atenção domiciliar fornece subsídios para os usuários, fundamentalmente, o(s) cuidador(es) para gerenciar o cuidado em saúde no domicílio, instruindo-os desde aspectos clínicos até questões previdenciárias, como processos de curatela, conselho tutelar, auxílio doença e perícia domiciliar. Para todos esses elementos citados existe um artefato tecnológico específico para auxiliar a família como proceder frente aos processos burocráticos que envolvem as questões sociais. Esses artefatos impressos são utilizados basicamente por um caixeiro-viajante, devido sua formação.

Muitas vezes eles pedem/ eu tento entrar também com os pedidos de:: auxílio doença, o benefício pra:: né' pra pessoas com deficiência, a gente tenta né' (+) a gente tenta assim" faz o relatório e a perícia vai avaliar (+) eu vejo as questões de renda per capita, a:: a maioria das vezes a pessoa tem o mesmo perfil, então eu agendo também as perícias/.../ (Beija-flor).

Os relatórios também são utilizados como um artefato tecnológico impresso que contém informações sucintas referente a história clínica do usuário desde a admissão no Programa e outras informações conforme o seu objetivo. Esses relatórios são construídos como uma forma de apresentar de maneira sintetizada a questão clínica dos usuários em situações que exigem

procedimentos cirúrgicos, exames invasivos, consultas mais complexas com diferentes especialidades, além de questões previdenciárias, como a solicitação de uma perícia domiciliar para pacientes dependentes de cuidados.

Depois a gente foi, inclusive eu fui e pedi pra ((profissional citado)) do posto ir comigo, fomos as duas lá” pra poder fazer um relatório que:: eu fiz um relatório depois pra:: pra ouvidoria, né’/ da ((hospital citado)) (Beija-flor).

Depois de construídos, esses artefatos são entregues e explicados para a família durante o atendimento domiciliar. A análise permite inferir que esses relatórios além de facilitar o acesso do usuário a outros serviços de saúde, também é uma forma de facilitar a comunicação com a Rede Atenção à Saúde do próprio município e de municípios vizinhos.

Além disso, os relatórios são utilizados no momento da alta do Programa e entregues juntamente com o sumário de alta, outro artefato que contém itens que resumem a história clínica do paciente até então atendido pelo Programa. A cada alta realizada, esse impresso é explicado a família pelos profissionais, relatando que os objetivos do Programa foram cumpridos e que a continuidade dos cuidados passará a ser de responsabilidade da atenção primária.

O uso das tecnologias educacionais aplicadas na saúde emprega recursos educativos que objetivam subsidiar as ações desenvolvidas no âmbito das interações cotidianas com os usuários. Um dos recursos utilizados são os materiais educativos, os quais são vistos como elementos facilitadores das práticas em saúde (MONTEIRO; VARGAS, 2006).

Outro artefato tecnológico impresso utilizado são os “formulários” de cuidados básicos que funcionam como uma ferramenta educacional utilizada em diferentes atividades que envolvem um processo de ensinar e aprender no domicílio. "Formulário" assim chamado pelos profissionais, são folhetos de uma a duas páginas com orientações específicas para pacientes dependentes de cuidados no ambiente domiciliar.

Há vários tipos de “formulários”: cuidados com pacientes acamados, cuidados com pacientes acamados e em uso de sonda nasoentérica; cuidados com pacientes acamados e em uso de gastrostomia; cuidados com pacientes acamados com gastrostomia e traqueostomia; cuidados com pacientes acamados e com úlcera por pressão, cuidados com pacientes com bexiga neurogênica, relógio sinalizador de mudança de decúbito e nutrição enteral artesanal.

Os formulários a gente vai eh:/ aparece um paciente e não tem esse formulário aí a gente adequa para poder facilitar pra família, né’ é o meio que eu consegui para poder ajudar o familiar a cuidar desse paciente, seja ele com bexiga neurogênica, com

úlceras, com uma sonda nasoentérica, paciente acamado, pro paciente dependente (Arara).

Os dados permitem inferir que, sob a perspectiva dos profissionais, esses “formulários” podem facilitar a realização dos cuidados em casa. Esse tipo de artefato tecnológico foi um meio encontrado, especialmente por um dos caixeiros-viajantes que está no SAD desde o ano de 2012 que ao vivenciar as dificuldades de cuidar no domicílio, por pessoas leigas, sentiu a necessidade de habilitá-las para o cuidado conforme o entendimento de cada cuidador, adaptando as informações contidas nos “formulários” à realidade de cada um deles.

Os “formulários” também são utilizados por outros caixeiros-viajantes durante as visitas domiciliares, como uma maneira de reforçar as orientações repassadas. Esses folhetos possibilitam o fazer no domicílio, por sintetizar os cuidados básicos “prescritos” pelos diferentes profissionais que compõem o serviço de atenção domiciliar. Com isso, o seu uso é disparado pelas demandas e necessidades dos usuários, dependendo do quadro de saúde que apresentam.

A gente eh::, eu utilizo muito eh::/ tem os formulários que a gente:: eh: padronizou, né" (+) que é sobre::/ depende muito do quadro do paciente, então por exemplo, eu recebo é é / admito um paciente que é um paciente acamado/ ele teve um AVE (+) é um paciente que está acamado, em uso de sonda nasoentérica, já tem uma úlcera, né' então é uma paciente que (+) ele:: (+) possivelmente ele vai precisar de uma visita do enfermeiro, vai precisar do médico, de um fisioterapeuta, de um fonoaudiólogo, de uma nutricionista e (+) eu sempre tento eh (+) facilitar as informações, né' (Arara).

Arelado ao uso desses formulários perpassa os movimentos de criação e produção, especialmente por um dos caixeiros-viajantes. Identifica-se assim que a partir da análise com base o referencial esses movimentos de produção sejam traçados de linhas de fugas. Deleuze e Parnet (1998, p.158) afirmam que “é sempre sobre uma linha de fuga que se cria, não é claro, porque se imagina ou se sonha, mas ao contrário, porque se traça algo real, compõe-se um plano de consistência. Fugir, mais fugindo, procurar uma arma”.

Eu elaborei vários eh: formulários escrito", né" de como lidar com o paciente acamado e em uso de sonda nasoentérica e com úlcera, nesse formulário eu descrevo:: passo a passo do cuidado desse paciente, de:: de manter cabeça elevada, de fazer higiene da boca, de dar banho todos os dias, trocar fraldas toda vez que tiver com fezes, urina (+) pacientes que tá com a sonda sempre explico pra poder administrar a dieta, como eh:: triturar o medicamento, diluir, administrar, lavar a sonda pra poder evitar a obstrução da sonda pra poder não precisar de retirar nem passar de novo (+) (Arara).

Sob esta perspectiva, como uma linha de fuga, identifica-se a criação, a qual vai estabelecendo territórios existenciais de produção que gera agenciamentos pelas interações nos atos produtivos de cuidado. Ao romper com as linhas duras de normatização, o ato de criar

possibilita um devir aos caixeiros-viajantes ao desenvolver dispositivos tecnológicos, como os formulários e protocolos para subsidiar a gestão do cuidado no âmbito do domicílio.

O próprio ato de produção dessas tecnologias impressas é entendido como uma linha de fuga do profissional ao identificar as dificuldades que a família apresenta para realizar o cuidado em casa. Entretanto, as vezes ao inventar rotas de fuga o fazer em atenção domiciliar dos caixeiros-viajantes é capturado pela lógica técnico procedimental.

Nesse sentido, os formulários expressam uma tentativa de fornecer subsídios básicos para o cuidador leigo, entretanto, simultaneamente, desencadeia uma “prescrição” de cuidados que ditam um fazer básico a ser seguido pelos cuidadores durante o tempo em que a equipe não está presente no domicílio, ou seja, a maior parte dos cuidados quem faz é a família, pois a equipe faz atendimentos domiciliares por meio de visitas, conforme a necessidade de cuidados do paciente.

A criação dos “formulários” aconteceu assim que o caixeiro-viajante Arara iniciou no Programa. Sua produção foi motivada pela grande quantidade de pacientes que a equipe admitia na época e apresentavam-se na condição de acamados. Ao surgirem outras condições de saúde com o andamento do Programa, a elaboração desses artefatos tecnológicos passou a ser estimulada por casos considerados novos e que a família apresentava dificuldades para realizar o cuidado em casa. A racionalização do trabalho também aparece como uma motivação, porém capturada pela lógica do trabalho morto.

Porque tinha muito/ tem muito paciente acamado, NA ÉPOCA TINHA MUITO PACIENTE ACAMADO, A GENTE ADMITIA MUITO PACIENTE ACAMADO (+) eh::: sequela de derrame e/ era sempre um paciente acamado, com úlcera e com sonda nasoentérica (+) as vezes o paciente era traqueostomizado, as vezes ele tinha é é traqueostomia e as vezes ele usava uma sonda vesical de demora (+) então, todo dia eu tinha que escrever isso no prontuário do paciente (+) eu escrevia, aí como perdia muito tempo, o que foi que eu fiz?" eu fiz' um formulário pra cada paciente/ eh:: (+) de acordo com a condição do paciente/.../ é um paciente acamado e com úlcera de pressão", ah: é um paciente acama::do ele usa sonda nasoentérica e tem uma úlcera, as vezes ele é um paciente que está acamado e ele tem gastrostomia (+)/ então, eu fui fazendo formulários pra cada tipo de paciente (+) (Arara).

A partir do enunciado é possível evidenciar que os pacientes acamados admitidos no Programa foram o ponto de partida da criação e utilização dos “formulários”, mas ainda hoje destaca-se o uso dos formulários referente a pacientes acamados e com alguma situação associada, por exemplo, com a análise dos dados destacou-se basicamente o uso de três tipos: cuidados com pacientes acamados e em uso de sonda nasoentérica, relógio sinalizador de mudança de decúbito e nutrição enteral artesanal.

Além disso, entende-se que a construção desses artefatos, apesar de acontecer de forma isolada por um profissional, esta ocorre por um movimento de produção dinâmico a partir de uma realidade de cuidados posta como difícil pelas pessoas envolvidas na assistência domiciliar e que necessitam de uma intervenção por parte da equipe.

Teve um caso interessante também de um adolescente que saiu do: do hospital regional' vítima de PAF, ficou paraplégico e saiu do hospital com três úlceras e:: com bexiga neurogênia, aí chegou em casa e ninguém sabia lidar com a situação (+) aí eu tive que fazer um formulário pra paciente com bexiga neurogênia (+) eu fiz o formulário, peguei um documento de um hospital, uma publicação de um hospital né" e fiz um documento/ eu fiz um formulário baseado nesse documento de cuidados com o paciente com bexiga neurogênica (Arara).

Partindo do entendimento que Deleuze afirma que o pensamento não é algo natural, e sim uma produção, a análise dos dados permite inferir que a construção dos formulários é uma elaboração do pensamento, a medida que Arara ao ser capturado por acontecimentos singulares no cotidiano do seu trabalho em saúde, revela um processo de criação. Esse fato de experienciar o pensamento brota um produto tecnológico, no caso os “formulários” configurando um acontecimento.

Deleuze (1987, p. 96) *apud* Vasconcellos afirma que

O que nos força a pensar é o signo. O signo é objeto de um encontro; mas é precisamente a contingência do encontro que garante a necessidade daquilo que ele faz pensar. O ato de pensar não decorre de uma simples possibilidade natural; ele é, ao contrário, a única criação verdadeira. A criação é a gênese do ato de pensar no próprio pensamento.

Entende-se, assim que, há uma produção desejante por meio da criação. Deleuze em Abecedário traz a noção de desejo não como uma falta, como acontece em algumas concepções filosóficas, mas sim como algo que transborda e que acontece em conjunto. Assim, um desejo movente em conjunto, de tecnologia-criação, dar visibilidade a um território que possibilite novas relações que transborde, amplie sua incorporação nas práticas educativas e possibilitando novas aprendizagens.

Esse desejo revela-se na imanência produtiva dos trabalhadores, movidos por suas linhas de fuga desvendam os seus graus de liberdade, a autonomia que configura a capacidade do trabalho vivo em ato, imprimindo assim novos arranjos tecnológicos no plano micropolítico como afirmam Franco, Merhy (2012).

Os achados sinalizam por meio do relato dos participantes que o uso dos "formulários" gera um resultado satisfatório. Por meio deles conseguem uma melhor adesão do usuário ao

tratamento com a ajuda da família na realização dos cuidados. Com isso, acrescenta-se ainda que os formulários atuam como disparadores de um processo educativo.

O resultado é bom/ eu falo assim, tem feridas aí que:: úlcera de região sacral que demora mais de seis meses para poder curar/ a família quando faz essas mudanças a gente orienta com o relógio de mudança de decúbito de duas horas, de três em três horas, a evolução é muito rápido, a gente consegue fechar muito mais rápido (+) (+) (Arara).

Mahat, Scoloveno, Donnelly (2007) desenvolveram um guia sobre a doença falciforme para ajudar os pais a lidarem com a doença e cuidar das crianças no ambiente domiciliar. O uso desse material educativo possibilitou aos cuidadores dessas crianças se sentirem mais confiantes na execução do cuidado e gerir melhor a doença a longo prazo.

Os materiais de ensino inseridos na prática dos serviços de saúde funcionam como estratégia para os processos educativos que facilitam o trabalho da equipe de saúde, bem como a comunicação e a orientação dos usuários e do familiar sobre os cuidados (MONTEIRO; VARGAS, 2006; FONSECA *et al.*, 2011; ASSUNÇÃO *et al.*, 2013).

Apesar de ser difundido na comunidade adstrita do PID, aos pacientes que estão sendo atendidos, os artefatos tecnológicos impressos são produzidos e discutidos informalmente com os cuidadores, mas não foram validados. Teixeira (2010), Assunção *et al.* (2013) corroboram sobre esta concepção, ao discutirem que os profissionais quando produzem tecnologias educacionais impressas não validam. Esse processo de validação, as vezes não acontece por falta de interesse, mas porque desconhecem como funciona esse processo e acabam por executar suas ações educativas subsidiadas por materiais não validados, os quais são entregues assim para a população.

Retomando o processo de produção, o protocolo para Pacientes em Assistência Ventilatória Domiciliar foi outra tecnologia educacional impressa que estava sendo produzida para além dos caixeiros-viajantes, ou seja, essa construção gerou movimentos que implicaram em outras relações com a EMAP e gestão de atenção domiciliar.

Esse protocolo, apesar de ainda estar em construção, é visto como uma (re) tentativa da gestão/ coordenação de AD em desospitalizar pacientes em assistência ventilatória internados no hospital regional do município há muitos anos. As maiores dificuldades encontradas nessa elaboração referem-se à experiência de alguns profissionais dos SAD de Betim com a desospitalização de crianças dependentes de ventilação no primeiro Programa domiciliar, intitulado PID NEO em que enfrentaram grandes desafios no cuidado domiciliar a essas

crianças. Os profissionais reconhecem a necessidade, mas sentem-se inseguros devido as experiências passadas.

Ajayi *et al.* (2009) sinalizam que o uso de protocolos trazem grandes implicações na prática do cuidado em saúde domiciliar. Em um dos seus estudos foi abordado o desenvolvimento de um protocolo em formato de desenho animado para tratamento da malária a fim de auxiliar mãe de crianças e cuidadores na gestão domiciliar dessa doença. Os resultados foram satisfatórios revelando um aprendizado significativo entre os cuidados.

Além dos artefatos tecnológicos utilizados com os usuários, cuidadores e/ou familiares, os caixeiros-viajantes também utilizam a tecnologia educacional impressa com profissionais de alguns serviços de saúde, especialmente a UPA onde está sediada equipe de atenção domiciliar. Essa tecnologia refere-se a uma espécie de folheto com informativos sobre os critérios do Programa que são fixados nas paredes da UPA ou entregues pelos caixeiros-viajantes em outros pontos da RAS no momento da captação/admissão de usuários para o SAD.

A análise dos dados permite afirmar que essa tecnologia, foi um meio encontrado pelos profissionais para melhorar a comunicação com a rede e facilitar o entendimento dos fluxos assistenciais, bem como a solicitação de pacientes com perfil para o serviço de atenção domiciliar. Mesmo com o uso dessa estratégia educativa, ainda se verifica tensionamentos e ruídos no que se refere a concepção do que vem a ser o Programa.

A análise dos dados permite inferir que os caixeiros-viajantes usam as tecnologias educacionais impressas num movimento normativo, haja vista a “reprodução” do estabelecido nos cadernos de atenção domiciliar e de outras normativas. Ao mesmo tempo, visualizam-se linhas de fuga que permitem criar, inventar e (re) inventar em diferentes planos do cuidar.

Sob esta concepção, entende-se que essas tecnologias e seus desdobramentos atuam como dispositivos intercessores de atos de cuidado no domicílio, mediados pelas relações entre trabalhador, usuário e a família. E ao atuarem como dispositivos desencadeiam agenciamentos disparando o uso de outras modalidades de tecnologias educacionais, como as dialogais e expositivas, as quais que serão abordadas na segunda subcategoria dessa categoria.

5.2.1.2 Tecnologias educacionais dialogais e expositivas: agenciamentos do cuidar em domicílio

Essa subcategoria aborda as tecnologias educacionais dialogais e expositivas e como a sua utilização e incorporação subsidiam os processos educativos no território de atenção domiciliar. As tecnologias educacionais na modalidade dialogal são representadas pelas:

orientações, treinamentos e simulações/demonstrações e discussão de caso. As tecnologias educacionais expositivas referem-se aos desenhos e grifos realizados pelos profissionais, mural de exposição com conteúdos referentes às patologias, frequência de visitas e os cuidados a serem realizados pela equipe, como também mural de exames/pendências. Essas tecnologias são usadas com os usuários, cuidadores/família, como também entre a própria equipe.

O cuidar em saúde no domicílio perpassa dimensões e desafios muitas vezes inesperados pela família. A equipe de atenção domiciliar torna-se uma peça fundamental nessa nova fase do cuidar por meio da identificação dos problemas no domicílio, demandas e necessidades dos usuários, cuidadores e/ou familiares, carente de informações básicas e de organização familiar para realizar o cuidado no âmbito do domicílio, principalmente no que se refere aos pacientes dependentes de cuidados.

Às vezes a gente chega a identificar algumas coisas dentro da residência', muitas vezes a gente chega e:/ há uma certa desorganização em questão de informaçõ::es até/ então, as vezes eles mostram pra gente e a gente consegue identificar porque que:: tá acontecendo aquele problema de saúde ali (Beija-flor).

Não são to::dos os pacientes, mas a gente sabe que alguns são mais está::veis, né' são mais assim/ tem alguma infecção, mas tem outros que:: eles se encontram numa situação de dependência que anteriormente ele não tinha (+) então eh:, né' como se caísse uma bomba ali e agora como é que vai ser? o que que se tem lá de equipamento, o que tem de material, como que é a residência, isso tu::do a família não dá conta de:: pensar, a gente tem que ir lá e identificar e muitas vezes a família, ela conse::gue, ela tenta se organizar pra isso, (+) entendeu? mas, a gente tem que:: averiguar" (+) (Beija-flor).

Uma forma de subsidiar os processos cuidativos no território da atenção domiciliar, refere-se ao uso das tecnologias educacionais dialogais e expositivas na produção do cuidado. As tecnologias educacionais dialogais, são utilizadas por todos os caixeiros-viajantes e uma das estratégias educativas dessa modalidade de tecnologia são as orientações realizadas aos usuários, cuidadores e/ou familiares de diferentes naturezas.

Eu gosto de dar orientações", daquilo que eu conheço ((rápido)) orientações igual/ mãe das cria::ças, eu gosto de orientar as crianças (+) por ser criança, eu gosto muito de::/ explicar pra mãe, né' a importância de arrotar:, de::/ amamentar a criança no tempo certo e não ter hipoglicemi::a (+) (+) e paciente idoso de elevar, elevar os me::mbros, deixar a cabeceira deita::da eh (+) tem risco de pneumoni::a (João-de-barro).

O que a gente pode passar, a gente passa, né é bom/ até mesmo coisas bobas/ tira o acesso e começa a sangrar, a gente fala apertada bem, a gente fala/ a gente faz assim oh ((demonstração)) (+) aconteceu alguma coisa, se tiver alguém sangra::ndo, esse é procedimento, faz uma pressão pra coagular o sangue, aí mesmo em urgência" (+) então/ é que dá pra gente fazer, né' (João-de-barro).

Eu falo assim, tem feridas aí que::, úlcera de região sacral que demora mais de seis meses para poder curar'/ a família quando faz essas mudanças a gente orienta com o relógio de mudança de decúbito de duas horas, de três em três horas, a evolução, é muito rápido, a gente consegue fechar muito mais rápido (+) (+) (Arara).

Esses discursos evidenciam que as orientações de diferentes conteúdos são importantes para o direcionamento do cuidado em casa. O **QUADRO 4** representa o resumo das orientações realizadas pelos profissionais durante o período em campo.

QUADRO 4 – Orientações para os cuidados domiciliares

Tema	O que orientam?
Doenças	Definição, possíveis causas e os cuidados necessários em casa para evitar a evolução da doença e complicações do quadro do paciente. As principais doenças orientadas foram: trombose venosa profunda, osteomielite, disfunção renal e hiperplasiaprostática.
Técnicas	Como retirar um frasco de soro e manter o acesso venoso periférico após uma soroterapia no domicílio, uso de supositório, colocação de coletor urinário infantil, bem como os cuidados com a coleta da urina.
Consultas com diferentes especialidades	As orientações dependem de cada especialidade. Geralmente, informam sobre o endereço do setor de regulação, avaliação e controle do município e o local das consultas, documentos necessários, bem como o guia de referência e contra-referência e exames já realizados anteriormente pelo paciente.
Alta domiciliar	Como proceder após a alta, necessidade de acompanhamento e da continuidade de cuidados pela Unidade Básica de Saúde de referência do usuário.
Exames	As orientações versam basicamente em relação ao preparo, coleta e realização do exame. Os usuários também são orientados sobre quais documentos são necessários, local do exame e endereço.
Questões sociais	Aposentadoria, processos de curatela, perícia e aquisição do auxílio cuidador
Intercorrências no domicílio	Como retirar um acesso venoso em casos de urgência, febre, diarreia, vômito principalmente em crianças e condutas gerais a serem tomadas pela cuidadores e/ou familiares. Em casos de urgência e emergência são instruídos à acionar o SAMU e entrar em contato com a equipe se estiver em horário de funcionamento do Programa.
Medicação oral e endovenosa	Pra que serve, horários, como devem usar importância do uso, por quanto tem tempo, sua suspensão ou não em casos de alguns exames e a organização dos medicamentos em casa
Alimentação/amamentação	Alimentação saudável por via oral, as restrições dietéticas, por exemplo, para usuários diabéticos, hipertensos e que apresentaram hemorragia digestiva alta. Os pacientes diabéticos que apresentavam alterações também eram

Tema	O que orientam?
	orientados a monitorar a glicemia por meio do glicosímetro adquirido na UBS. As mães cuidadoras também eram orientadas em relação a amamentação: horários corretos, importância de arrotar, riscos de hipoglicemia e engasgamento
Feridas	Cuidados com ferida operatória e outras lesões, úlceras por pressão de diferentes graus, como acontece o surgimento, possíveis complicações e a importância das mudanças de decúbito em pacientes acamados

Fonte: elaborado pela autora com dados extraídos da pesquisa

A análise dos dados permite afirmar que as orientações são realizadas mediante o uso de artefatos tecnológicos como: sumário de alta, alguns exames que exigem preparo e as questões previdenciárias. Em relação ao sumário de alta, os profissionais orientam item por item e quando os casos são mais complexos, em complementaridade as orientações à família, os profissionais também vão até a UBS fazer a transferência para a modalidade AD1 a fim de não deixar paciente “solto” na rede evitando um nomadismo e uma descontinuidade dos cuidados.

Os exames, em sua maioria são orientados por meio folhetos escritos e impressos com informativos. Alguns exames são realizados pelo SAD e outro são realizados em outros pontos da RAS do município ou de municípios vizinhos. Independe disso, a equipe orienta o paciente, cuidador e ou familiares como se preparar para um exame específico e entregam um impresso com os dados com o nome do paciente, exame agendado, data, o horário e o local da realização do exame e os documentos essenciais: documento com foto, comprovante de endereço e cartão do SUS.

Os exames que precisam de preparo, como a ultrassom abdominal, colonoscopia, ultrassom de vias urinárias e *doppler* de vasos abdominais, o usuário e a família são orientados pela equipe por meio de impressos próprios sobre o que devem fazer na véspera do exame, no dia do exame e algumas recomendações para os exames que foram marcados no turno da tarde, além do preparo obrigatório e depois entregar o resultado para equipe do SAD.

Há um impresso referente ao aviso para coleta de exames, recomendando jejum, entretanto os profissionais não usam esse impresso apenas orientam durante as visitas como deve ser realizado o jejum. Há também alguns exames que não há um impresso próprio e os profissionais orientam no momento da visita domiciliar, caso o exame seja realizado pela própria equipe, como por exemplo a coleta de escaro para a realização de uma baciloscopia e um hemograma. As orientações são realizadas com antecedência e perto da data de realização

do exame durante as visitas domiciliares, caso não haja visita um dos profissionais liga para o paciente reforçando as informações e orientações.

As orientações em relação às questões sociais acontecem a partir das demandas das famílias de pacientes atendidos no Programa e são realizadas basicamente por um dos caixeiros-viajantes devido sua formação. Os artefatos utilizados para auxiliar o profissional nesse tipo de orientação, são: relatórios, folhetos referente a curatela/interdição, informativo para solicitar a concessão de tarifa de energia social de energia elétrica.

Uma das demandas, né' que ocorre, eh:// da organização familiar mesmo pra:: pra ter o cuidado com aquele paciente, entendeu? Eh: questão previdenciária, questão de óbito, cuidados paliativos, relatório diversos, processos de curatela, eh: as vezes conselho tutelar também a gente tem que acionar, né? (Beija-flor).

Muitas vezes eles pedem/ eu tento que entrar também com os pedidos de: auxílio doença, o benefício pra::, né' pra pessoas com deficiência, a gente tenta, né' (+) a gente tenta assim, faz o relatório e a perícia vai avaliar (+) eu vejo as questões de renda per capita, a:: maioria das vezes a pessoa tem mesmo perfil, então eu agendo também as perícias/.../ (Beija-flor).

A análise dos dados permite afirmar que o uso dos artefatos tecnológicos impressos são potenciais dispositivos que subsidiam os processos educativos na atenção domiciliar e disparam o uso dessas tecnologias dialogais e expositivas em um contexto educativo. Isso revela que o processo de ensino-aprendizagem não é um processo isolado e descontínuo.

Com essa análise, infere-se também que os encontros dos caixeiros-viajantes com os usuários e a família, mesmo na repetição dos atendimentos domiciliares vislumbra-se a diferença na produção do cuidado por meio do uso dessas tecnologias que fazem aflorar estratégias educativas em um plano micropolítico movente de desejo, tensões, forças e ruídos entre os caixeiros-viajantes enquanto educadores e os usuários e cuidadores, enquanto educandos que integram um processo educativo.

Evidencia-se que há uma potência nas tecnologias dialogais em si, contudo elas se mostram muito capturadas pela normalização técnico-procedimental, por um certo modo de operar o cuidado centrado nas normas na busca de uma “padronização”. Nesse sentido, a lógica do cuidado no território da atenção domiciliar acaba sendo direcionada ao que interessa aos profissionais desencadeando um escape no sentido do atuar junto com os usuários, cuidadores e familiares.

Os achados permitem evidenciar também que as orientações não eram usadas somente com usuários e cuidadores, mas também foram evidenciadas entre os próprios profissionais da

equipe em relação a feridas e curativos, como realizar algumas técnicas e a utilização da melhor cobertura para as lesões conforme a evolução da ferida.

Outman *et al.* (2012) afirmam que as intervenções realizadas para os profissionais são fundamentais. Em um dos seus estudos, desenvolveram uma intervenção educativa multi-modal para médicos e enfermeiros no intuito de aumentar as taxas de tratamento de osteoporose para prevenir fraturas em pacientes no contexto dos cuidados domiciliares. Essa intervenção trouxe grandes repercussões na saúde dos pacientes e no conhecimento dos cuidadores, melhorou a interação com os pacientes, possibilitou o desenvolvimento de um plano de cuidados e uma terapêutica adequada.

As orientações realizadas no ambiente domiciliar não devem ter um caráter prescritivo e sim informações de fácil compreensão (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Teixeira, Mota (2011) acrescentam que o objetivo das ações educativas é fabricar uma discussão crítica nas pessoas envolvidas sobre uma dada realidade e suas reproduções gerais no âmbito da saúde.

O ensinar e o fazer no ambiente domiciliar também manifestam dificuldades, as quais são reveladas pela equipe ao adentrar na casa, um ambiente antes não conhecido por eles. Assim, contexto familiar e as vivências de cuidado diário junto ao usuário implica em uma construção de relações entre trabalhador-usuário-cuidador ao envolver os desafios, os ruídos e as tensões nas diferentes dimensões do cuidar.

É muito complicado intervir (+) você vai conversando, você vai orientando, você não pode impor, você as vezes tem que:: inspirar confiança pra esse paciente/ a gente não chega como dono da verdade, a gente fala oh, vamos organizar? olha, talvez seja melhor fazer i::sso, vamos eh: conseguir uma cama hospitalar, fazer alguns traçados na ca::ma, né? indica algumas coisas, mas até isso você tem que ter cuidado porque você está entrando dentro da casa do paciente (+) (+) então, é um ambiente que já tá formado, que já tá ali há muito tempo pra gente chegar e impor alguma coisa (+) e muitas vezes a gente consegue isso com o tempo, sabe? a gente indo aos po::ucos, criando um certo ví::nculo, confia::nça eles vão mudando, entendeu? mas, tem que ter esse olhar de chegar e não impor, você vai informar (+) (+) (Beija-flor).

Mas, essa questão de você cuidar do paciente em casa" tem que ter muito::o, tem que ter muito jogo de cintura, né' porque você vai entrar dentro da casa do paciente, né" você vai é/ dependendo do tempo que o paciente permanece no Programa você começa a ser parente da família, né"/ tem paciente que é ventilado que::, você fica com o paciente que é A de eterno, fica no PID até::e falecer/ (+) e você cria vínculo com a família"/ vínculo é/ vínculo de você/ te chamar pra fe::sta, eh (+)/ de você chamar a mãe ou pai, chamar a atenção, né' puxar a orelha, falar alguma coisa que você tem que falar (+) (Arara).

A gente vive mais isso quando é criança/ eu sofro" mas isso quando é criança, por que? as ve::zes, eh::: existe uma dificuldade de lidar com os pais (+) (+) (+) e aí nesse sentido a gente sofre alguns constrangimentos me::smo, tipo assim/ eh::: acesso difícil, ou os pais não estão preparados para lidar com aquele processo de doença da criança, aí:: entra todo aquele processo de sentime::nto e tudo isso aí / nesse sentido, eu tenho dificuldade sim' (+) (+) (Coruja).

Meneguim, Ribeiro (2016) afirmam que as questões sociais e econômicas presentes no contexto domiciliar aliada ao despreparo dos cuidadores manifestam-se como uma das dificuldades das pessoas envolvidas no cuidado, o que faz surgir as necessidades de realizar ações educativas.

O profissional enquanto educador deve assumir um compromisso com a família em minimizar as dificuldades enfrentadas fornecendo apoio aos familiares para lidarem com a ansiedade e as mudanças decorrentes da convivência com o paciente dependente de cuidados, além de promover orientações, as quais poderá impactar na assistência executada pelo cuidador e consequentemente favorecer de modo positivo a saúde dos pacientes que necessitam de cuidados (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Outras tecnologias educacionais dialogais utilizadas nessa investigação, foram os treinamentos. Com a análise dos dados, identifica-se a necessidade de treinamento decorrente de nenhuma ou das escassas orientações durante a internação hospitalar ou no momento da alta. Ao ir para o domicílio a família não está preparada para assumir os cuidados, lidar com equipamentos e materiais muitas vezes desconhecidos, mas que são necessários ao cuidado no ambiente domiciliar.

Quando gente foi na residência e viu as condições que ela tava, o:: filho sem treinamento, sem aspirador, eh: não tinha como entrar com ela ((usuária)) na cadeira de rodas no banheiro, eh: era um barracão com as condições muito ruins, entendeu? e:: aquilo tu::do poderia ter sido resolvi::do antes da alta (Beija-flor).

Vai a equipe inteira porque aí/ olha” tá precisando de um aspirado::r, você tem que tá treina::do, vai saber fazer higiene dessa::, dessa cânula e tal, tira::r e será se vai conseguir colocar? tem uma cadeira de roda? tem uma cadeira de banho? tem eh: cama hospitalar?/ na maioria das vezes eu consigo a cama/ ah:: é importante? É / o paciente pode aspirar, né? na hora da alimentação (+) eh: são muitos detalhes/ de equipame::nto a treinamento, a materia::l, a medicame::nto que a::, a equipe tem que tá a par de tudo' e a gente acaba se envolvendo pra:: pra algumas coisas, pra agilizar (Beija-flor).

A ausência de orientação e de habilitação do cuidador na alta hospitalar, interfere nos cuidados em casa e implica em um desgaste para a família, despreparo para atuar no cuidado, situações de riscos para o usuário e as pessoas envolvidas no cuidado, ansiedade e a ocorrência de reinternações frequentes. Adicionada a isso, destaca a importância de uma orientação clara e compreensível que permita habilitar a família para cuidar de pacientes dependentes em casa (BONELLI *et al.*, 2014).

Um estudo realizado por Paul *et al.* (2007) afirmam que a qualidade de uma informação escrita no momento da alta é importante. Desenvolveram um folheto informativo para pais com crianças com convulsão febril a fim de prepara-los no momento da alta para a gestão desse

cuidado em casa. Os resultados versaram para um aumento do conhecimento e a confiança dos pais na gestão da convulsão febril domiciliar, melhorou o entendimento, a confiança, diminuição do estado de ansiedade, além da satisfação com o folheto.

A equipe, a partir do momento que admite o usuário no Programa, empenha-se em explicitar à família que é essencial sua coparticipação nos cuidados em casa, ao passo que as dificuldades e desafios se fazem presentes. Ao mesmo tempo, reconhecem que há riscos da família não assumir o cuidado, mas buscam identificar os problemas, as necessidades e as demandas para habilitar a família para que ela consiga realizar os cuidados básicos e lidar com a nova fase do cuidar.

Às vezes quando você, vai" na casa do paciente, você conhece a história dela, da família, da dificuldade que ela tem, da doença, você consegue ter uma visão mais ampla do caso, inclusive: do desfecho dele (+) (Beija-flor).

Porque assim tem que: eh/ tem riscos né" que as vezes você capta esse paciente e você sabe que você vai chegar lá e você vai ter problemas e você tem que falar da mesma forma com a família, né' que o paciente tá vindo pra casa, mas ele precisa ser cuidado/ paciente dependente que precisa:: de mudar de posição, né' tem que explicar isso tudo pra família (Arara).

Uma dessas formas de habilitação, é o treinamento pelo qual o profissional assume a função de educador e o cuidador, o educando, ambos envolvidos em processo de ensino aprendizagem. A análise dos dados permite inferir que um dos caixeiros-viajantes destacou-se na realização dos treinamentos devido sua formação e o tempo que vem vivenciando as dificuldades do familiar para cuidar no domicílio.

Wadley *et al.* (2006) desenvolveram um treinamento por vídeo em relação à velocidade de processamento para idosos que repercutiu no aumento das habilidades cognitivas necessárias para funcionar de forma independente na vida cotidiana e com isso melhorou a autogestão no ambiente domiciliar.

Outro estudo evidenciado na literatura internacional sobre os benefícios tecnologia educacional no domicílio refere-se a um treinamento domiciliar por meio programa de DVD instrucional para treinar habilidades dos cuidadores familiares. As características do programa em DVD incluíram o treinamento de cuidadores sobre as técnicas de mobilidade seguras e o uso dessa tecnologia, como ferramenta de ensino, permite melhorar o conhecimento, a preparação e a prevenção do risco de quedas de pacientes (POTTER *et al.*, 2012).

Esses treinamentos são necessários quando envolvem o uso de equipamentos em casa e sua necessidade de manipulação pelas pessoas envolvidas no cuidado que apresentam alguma deficiência para realizar a assistência. Esses treinamentos acontecem, fundamentalmente, para

os cuidadores de pacientes dependentes de cuidados que faz em uso de sonda nasoentérica, gastrostomia, traqueostomia e os que necessitam de curativos simples e complexos. Além disso, é importante ressaltar que os treinamentos em sua maioria são intermediados pela incorporação de artefatos tecnológicos impressos conforme o **QUADRO 5**.

QUADRO 5 - Treinamentos realizados pelo Serviço de Atenção Domiciliar aos cuidadores e/ou familiares

Tipo de treinamento	Aspectos abordados	Tecnologia educacional impressa utilizada
Dieta por sonda nasoentérica (SNE) ou gastrostomia	Preparo da dieta Manipulação dos materiais e equipamentos Administração da dieta Limpeza do equipamento	Cuidados básicos com pacientes acamados e em uso de sonda nasoentérica ou Cuidados com pacientes acamados e portadores de gastrostomia Nutrição enteral artesanal
Curativos simples e complexos	Limpeza da lesão Técnica do curativo Cobertura (fitoterápicos) a ser utilizada Avaliação básica da ferida	Cuidados com pacientes acamados e portadores de úlceras por pressão Relógio sinalizador de mudança de decúbito*
Banho no leito no domicílio	Materiais utilizados Procedimento do banho Técnica de troca de fralda e lençol	-
Medicação, hidratação por sonda nasoentérica e gastrostomia	Preparo Diluição Administração do medicamento	-
Aspiração de vias aéreas superiores: boca e nariz	Manipulação do ventilador portátil Procedimento de aspiração Limpeza dos materiais e do equipamento	Cuidados básicos com pacientes acamados e portadores de gastrostomia e traqueostomia**

Fonte: elaborado pela autora com dados extraídos da pesquisa

Legenda:

- Não há um impresso específico para esse tipo de treinamento.

* Esse “formulário” é usado após o treinamento referente a curativos de úlceras por pressão.

** “Formulário” utilizado somente para pacientes que usam traqueostomia com gastrostomia.

Almeida *et al.* (2006) afirmam que é importante investir em um processo educativo sistematizado que propicie abordar noções básicas de cuidados para que a família consiga executar desde cuidados simples até mais complexos ao paciente com doença crônica e dependente de cuidados.

A análise dos dados permite inferir que os treinamentos, apesar de ser uma ferramenta utilizada nos serviços de saúde é transposto para a atenção domiciliar de modo dinâmico. Hlynka, Jacobsen (2009); Áfio *et al.* (2014) consideram que os avanços da tecnologia trazem possibilidades do uso cada vez mais crescente de recursos e métodos educativos diversos que permitem uma dinamicidade do processo de ensino-aprendizagem.

No ambiente domiciliar, a aprendizagem é possibilitada pelas demonstrações realizadas pelo profissional, bem como pelas simulações do fazer apreendido realizadas pelos cuidadores, ao manipular uma gastrostomia ou uma sonda nasointestinal por meio da administração de uma dieta, de uma medicação, realização de aspiração e de um curativo, todos sob a supervisão do profissional, o qual vai orientando e indicando o que precisa ser melhorando dentro das possibilidades de cada cuidador.

Você consegue desospitalizar o paciente eh:: (+) e e cuidar bem desse paciente, né' (+) então assim/ você cuida, você trata uma doença, você eh:: você consegue habilitar a família para cuidar de um paciente acamado, com uma sonda, com uma ferida (+) (+) (Arara).

Os treinamentos acontecem em diferentes espaços de ensino e aprendizagem, com destaque especial para a UPA e o domicílio. Na UPA, acontece no ato da admissão com uma forma mais superficial por ser um primeiro contato com o usuário e o cuidador. O domicílio é um cenário onde realmente acontecem os treinamentos em sua totalidade, essencialmente na(s) primeira(s) visitas domiciliares aos pacientes parcialmente ou totalmente dependente de cuidados.

Os treinamentos são definidos pelo profissional Arara após a avaliação *in loco* do paciente durante a admissão ou durante a primeira visita domiciliar após a desospitalização. As necessidades dos treinamentos dependem do quadro de saúde do paciente e como ele se apresenta ao ir para o domicílio, se ele faz uso ou não de equipamentos, quais materiais e insumos serão necessários, se há necessidade da realização de curativos simples ou complexos.

Geralmente, esses aspectos são disparadores da necessidade de habilitar a família para o cuidado, pois apresentam despreparo e dificuldades ao lidar com essas situações que não faziam parte do seu cotidiano. A forma como é realizado depende do grau de instrução dos cuidadores, do conhecimento prévio, das dificuldades e das dúvidas que apresentam durante o tempo que o paciente está admitido no SAD.

Os treinamentos nos domicílios duram em média duas horas e geralmente ocorrem com o cuidador principal e com todas as pessoas envolvidas no cuidado quando estão presentes no ato do treinamento. Quando estão ausentes, é exigido do cuidador que ele seja multiplicador

dos cuidados as outras pessoas, até mesmo para evitar uma sobrecarga do cuidador e dividir a responsabilidade do cuidado em casa.

A gente explica antes desse paciente ir pra casa, a gente explica pra esse paciente ainda na enfermaria como ele:: faz a dieta, como ele::/ os horários que tem que dar a dieta, como ele prepara o que tem na dieta, eh explica isso tudo pra ele e/ como ele coloca dentro do frasco, como ele conecta o equipo do frasco, como ele:: conecta o equipo na sonda nasoentérica do paciente, então a gente tem que explicar detalhadamente (+) (Arara).

Essa explicação tem que/ além de ser feita, dentro da Unidade ((UPA)) que a gente admite o paciente” nas vistas tem que ser reforçado com os pacientes (+) a gente reforça e sempre fala, oh se ficou alguma dúvida”, nas visitas vai esclarecendo as dúvidas (+) que:: as dúvidas surgem mesmo, né' (+) (+) mas consigo lidar com essa situação/ quando o paciente sabe ler, dou os formulário escritos, ne' quando o paciente não sabe ler, tem que explicar' é é cada material que ele vai utilizar na residência com o paciente (Arara).

As orientações também fazem parte do ato do treinamento e o profissional como educador vai esclarecendo as dúvidas durante as outras visitas domiciliares. A análise dos dados permite sinalizar que as orientações e os treinamentos têm como disparadores o uso dos artefatos tecnológicos impressos, especialmente os que são relacionados aos cuidados com pacientes acamados e com uso de sonda nasoentérica, nutrição enteral artesanal e o relógio sinalizador da mudança de decúbito.

Os achados permitem afirmar que o profissional reconhece que há limitações do contexto domiciliar, sejam elas estruturais, financeiras, sociais e até mesmo culturais que possam causar resistências na apreensão do ensino em casa. Com isso, identifica que há a necessidade de uma linguagem adequada, desprovida de termos técnicos e um ensino dentro das possibilidades da família, conforme o seu grau de instrução, para que alcance os objetivos propostos do treinamento, aumentando as possibilidades do fazer na obtenção de um cuidado compartilhado com a família.

Chega na casa do paciente, tem que falar a linguagem do paciente, né, você tem que entrar no mundo dele e tentar passar pra ele numa linguagem que ele entenda, né”, as vezes você vai falar em uma linguagem técnica e não vai conseguir alcançar o que você está propondo pra ele, então você em que falar a mesma linguagem que ele fala/ porque quando assim, falar mesmo na linguagem, você tem que chegar mais perto do paciente e tentar ensinar ele dentro daquela condição que ele também tem (Arara).

Gallo (2016) apesar de relatar sobre o ensino no âmbito formal, sinaliza uma ideia interessante que o pensamento para o ensino não deve estar colonizado de dominação, um saber unívoco e que as linhas de fuga se fazem necessárias nos processos de cristalização da educação, do que está instituído além de ser uma possibilidade aos processos educativos.

Acredita-se que nos encontros os profissionais reinventam o processo educativo a partir da singularidade vivenciada no território da atenção domiciliar buscando, na repetição, a diferença do fazer em domicílio. Nesse sentido, entende-se que o uso das tecnologias educacionais dialogais assim, como as tecnologias impressas revelam-se em constante movimento de linhas que ora se aproximam, ora se afastam, mas que também se rompem podendo causar fissuras em uma aprendizagem dura e linear, possibilitando um processo educativo.

A análise dos dados permite afirmar que os treinamentos revelam resultados significativos ao possibilitar novos conhecimentos a família, desenvolvimento de habilidades básicas, segurança, autonomia na realização dos cuidados, melhor adesão a terapêutica no âmbito do domicílio, além de uma maior aproximação com a família e o estabelecimento de vínculos.

Às vezes é uma pessoa que não entende muita coisa, então você tem que explicar direito eh: fazer com que ele: / dar esse cuidado pro familiar dele, da forma dele", né', lógico que a gente vai adequando, vai até chegar numa numa/ num cuidado ideal, mas da forma que o cuidador consegue é é/ fazer"/ fazer do jeito que eu quero ele não vai conseguir, mas as vezes ele consegue prestar esse cuidado do jeito dele e de forma correta/ de uma outra forma (+) (+) (+) (Arara).

Dona ((cuidadora citada)) faz um curativo muito bem, é melhor do eu e muitos enfermeiros por aí /.../ Dificilmente a gente tem problemas com os cuidadores que assumem os cuidados em casa/ geralmente as altas de usuários bem cuidados são mais rápidas (Arara).

Na literatura internacional, estudos revelam que as tecnologias educativas no ambiente domiciliar são ferramentas importantes para preparar os pacientes e os cuidadores ao envolvê-los no cuidado, na adesão aos regimes terapêuticos, autonomia, novos conhecimentos e a confiança em executar os cuidados domiciliares (LAVELLE *et al.*, 2010; POTTER *et al.*, 2012).

Também evidenciou-se treinamentos entre os caixeiros-viajantes em relação ao lançamento da produtividade da equipe no sistema e-SUS e na resolução das questões burocráticas como: agendamento de exames e consultas, resultados de exames via *e-mail* da equipe.

Outra prática educativa utilizada entre a equipe foi a discussão de casos entre os profissionais da EMAD Libélula, especificamente entre Arara, Andorinha e Beija-flor, profissionais da EMAP e algumas vezes com médicos horizontais da UPA. A partir dos dados produzidos, verifica-se que as discussões versavam basicamente sobre a solicitação e admissão de pacientes, perfil dos pacientes admitidos no PID, tempo de permanência e a baixa rotatividade, agendamento de exames e consultas do PAD e orientações às famílias.

Evidencia-se que essas discussões de casos facilitam a tomada de decisões pelos caixeiros-viajantes em relação a terapêutica dos usuários atendidos, possibilitam uma organização do serviço, além da importância de melhorar a comunicação com as famílias.

O uso das tecnologias educacionais dialogais foram mais frequentes do que as tecnologias da modalidade expositiva. Entretanto, como tecnologias educacionais na modalidade expositiva conseguiu-se evidenciar os desenhos e grifos em materiais de ensino impressos e o relógio sinalizador de mudança de decúbito e além disso, os murais fixados na sala do PID referente as patologias, frequência de visitas e os cuidados a serem realizados pela equipe e o mural referente a exames/pendências.

Os pacientes que são acamados e tem que ficar mudando de decúbito, a gente faz os desenhos coloca lá na parede né/ que aquilo que a gente colocou, né / é uma forma também de ficar lembrando o paciente que ele tem que mudar/ nem todos conseguem (Andorinha).

Lacerda *et al.* (2006) afirmam que a visita e o atendimento no domicílio possibilitam conhecer o cenário domiciliar, o fornecimento de dispositivos educativos e o desenvolvimento de ações educativas, como orientações, realização e demonstração de procedimentos pela equipe multiprofissional destinados aos usuários e cuidadores.

A análise dos dados permite afirmar que, em alguma medida, as tecnologias educativas nas modalidades dialogais e expositivas, subsidiam as práticas cuidativas realizadas por todos os caixeiros-viajantes, fundamentalmente durante as visitas e os atendimentos domiciliares, por meio dos (re) encontros dos caixeiros-viajantes com os usuários, cuidadores e/ou familiares e até mesmo entre os profissionais da própria equipe, da EMAP e outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

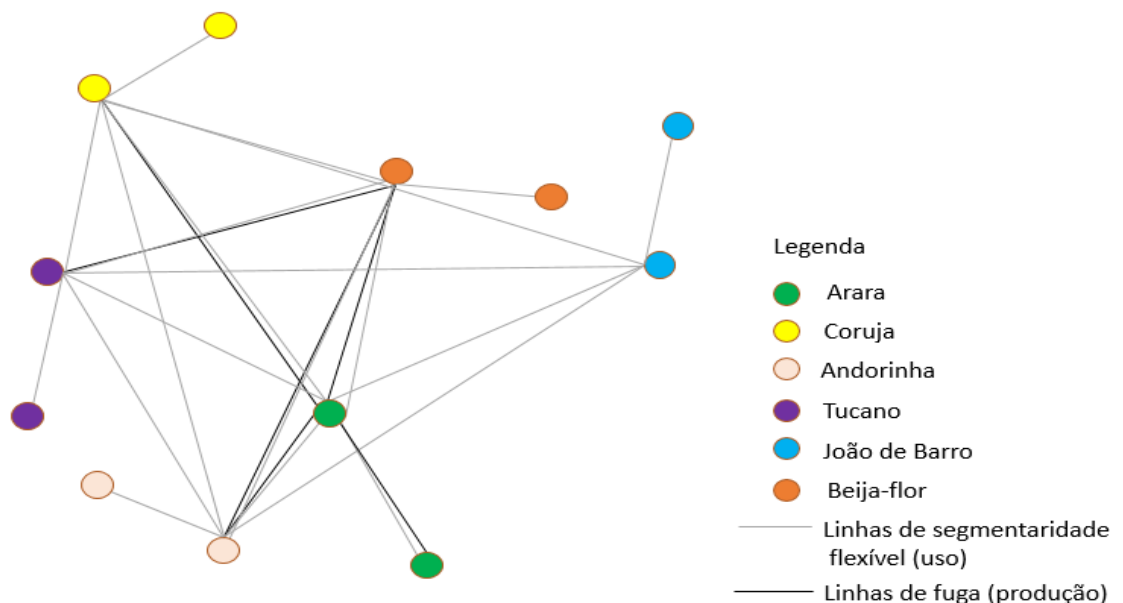
Acredita-se que os novos modos de ensinar e aprender, por meio das tecnologias educacionais fazem emergir fissuras na dualidade educador-educando, revelando processos educativos que não se fecham em si mesmo e desencadeiam agenciamentos criando territórios educativos que podem ressignificar aprendizagem domiciliar.

Como uma forma de dar visibilidade aos movimentos de produção e do uso das tecnologias educacionais impressas, dialogais e expositivas, construiu-se uma figura rizoma que revelasse os agenciamentos do saber e do fazer no território da atenção domiciliar. Em um ambiente de aprendizagem mútua, os próprios caixeiros-viajantes, de forma coletiva ou isolada, estabelecem conexões entre si por meio de linhas de segmentaridade flexível que revelam a utilização e/ou incorporação das tecnologias educacionais ou até mesmo a sua produção movida por fluxos conectivos de linhas de fuga.

Em suma, a elaboração deste rizoma foi uma tentativa de expressar pelo atravessamento e articulação das linhas de segmentaridades flexível e de fuga, a potência dos caixeiros-viajantes de afetar e de serem afetados pelas conexões agenciadas que revelam as multiplicidades e as intensidades na utilização e/ou criação de tecnologias educacionais ao engendram as subjetividades na produção do cuidado domiciliar em um contexto educativo.

Para orientar o olhar para a figura, citam-se como exemplo, as conexões estabelecidas por Arara (círculo verde) com os outros caixeiros-viajantes de forma coletiva ou até mesmo de forma isolada, sem os outros profissionais, que revelam os movimentos de utilização das tecnologias educacionais representadas pelas linhas de segmentaridade flexível. Entretanto, Arara para produzir e/ou criar as tecnologias educacionais, como por exemplo, os formulários desencadeiam movimentos de desterritorizlização representados pelas linhas de fuga, ao identificar as dificuldades dos cuidadores no cuidado domiciliar, como já foi mencionado nessa categoria. Assim, esses fluxos de linhas entre os caixeiros-viajantes vão dando conformação a rede rizomática no cotidiano do trabalho em saúde.

FIGURA 8 - Rizoma do uso/produção das tecnologias educacionais



Fonte: elaborada pela autora

Deleuze e Guattari (1995) afirmam que importa não o sentido das coisas, mas sim as multiplicidades, o seu funcionamento e suas conexões. Sob esta concepção, os fluxos contínuos e descontínuos de produção/uso das tecnologias educacionais nos movimentos de (des) (re)

territorialização dos caixeiros-viajantes faz emergir um território existencial educativo e aberto ao devir.

Em síntese, acredita-se que as tecnologias acontecem nos encontros e oportunizam o processo de ensino-aprendizagem operando no plano micropolítico interferindo nos modos de fazer, ao movimentar as afecções na relação educador-educando. Assim, percebe-se que as tecnologias educacionais são incorporadas pelos profissionais, entretanto ainda permanecem restritas as modalidades impressas, dialogais e expositivas.

5.2.2 O território tecnológico da criatividade em ato: devir saber/fazer na produção do cuidado domiciliar

Esta categoria aborda a criatividade como um território tecnológico com uma dimensão imaterial que envolve um saber e um ensinar por meio das relações “intercessoras” entre caixeiros-viajantes, usuários, cuidadores e/ou familiares que emergem nos diferentes modos de cuidar em domicílio. Sob esta perspectiva, o fenômeno criativo que perpassa o trabalho vivo em ato dos caixeiros-viajantes garante o protagonismo nos encontros, em diferentes intensidades, permeado por forças micropolíticas que movimentam um devir do saber/fazer em atenção domiciliar.

A “criatividade é a expressão de um potencial humano de realização” que se apresenta mediante as atividades do ser humano. Isso, revela que o indivíduo é munido de um potencial criativo, o qual cresce e se exterioriza por meio de estímulos sociais e pessoais (SAKAMOTO, 2000, p. 52). Anna, Hennington (2011) acrescentam que o arranjo do cuidado ao envolver a habilidade intelectual poderá implicar em novas formas de organização do cuidar.

Sob esta perspectiva, o próprio ato de cuidar em domicílio envolve uma certa criatividade que transversaliza o saber dos profissionais a partir do modo como se é realizado o cuidado no domicílio. Esse cuidado exige do profissional um olhar aguçado que não deve se resumir apenas ao que está visível, ele deve ir além do que os olhos lhe permitem ver.

Tem que ter muita criatividade, por exemplo lá no se::u/ naquele paciente que a gente pegou só pra tratar uma pneumonia que foi o ((usuário citado)) e quando a gente chegou lá", não e::ra só isso, ele não tava alimenta::ndo, né', então, os edemas nos membros inferiores, eh:: um cardiopatia meio descompensa::do, então/ você vai ampliando né', porque quando a gente admite a gente pensa que é só uma coisinha e quando você chega no espaço, na casa " você vai ver que tem mais coisas pra serem resolvidas, não é um focar (Andorinha).

Silva *et al.* (2010) afirmam que o território da atenção domiciliar é um cenário potente para criação de novos modos de cuidar. Entende-se que esse potencial de criação acontece nos encontros e nas diferentes formas de cuidar em domicílio. Nesse sentido, o domicílio, ao se apresentar como um espaço de cuidado, apesar de não deter os recursos hospitalares também traz outras possibilidades de cuidado, encorajados por um ‘improvisar’ para que se consiga efetivar um cuidado em casa a partir da realidade que a família apresenta.

Tem que improvisar" porque senão a gente não consegue.../ dentro do hospital tem todo o recurso, né', o suporte de soro pra você colocar a dieta, colocar o soro/ na casa não tem isso, então você tem que eh:./ sugerir para a família (+) (+) (+) (Arara).

A análise dos dados permite afirmar que os caixeiros-viajantes abrem-se para o estranho, o diferente de cuidar no ambiente domiciliar, sem recursos ou ferramentas hospitalares. Isso, de um certo modo, impulsiona um deslocamento dos saberes entre os profissionais e as pessoas envolvidas no cuidado ao usuário para o ato de improvisar diante das condições que estão dadas em diferentes domicílios.

Às vezes não só a ausência de recursos hospitalares, mas as próprias condições domiciliares causam interferências no fazer dos caixeiros-viajantes. Essas forças causam rupturas no aprendizado formal teórico e prático a nível hospitalar, apreendido pelos profissionais no período da faculdade e, simultaneamente essas forças estruturais, sociais, culturais e até mesmo financeiras desencadeiam um fenômeno criativo, individual ou coletivo, que tornem possível a assistência no domicílio.

Quando a gente sai da faculdade é tudo lindo e maravilhoso, mas quando você chega na casa do paciente você ver que a história é outra, você vê que o município ele tá quebrado, né' / tem vezes que você chega na casa do paciente e não tem eh: não tem um frasco pra você administrar uma dieta, não tem um equipo, o paciente não tem dinheiro para poder comprar uma dieta que é orientada pelo nutricionista (+) (Arara).

As redes de relações nos espaços micropolíticos vão dando conformação aos atos da produção do cuidado por meio de fluxos operativos que expandem as conexões nos encontros. Essas conexões de saberes e fazeres dotadas de multiplicidades e subjetividades configuram os atos produtivos que operam na micropolítica do trabalho em saúde (FRANCO, 2006; MERHY, 2014).

Um dos momentos que se percebe estratégias criativas durante o atendimento domiciliar acontece no preparo e na punção de acesso venoso periférico em crianças. Os caixeiros-viajantes fazem uso do travesseiro como apoio para auxiliar no momento da punção, utilizam a lanterna do celular para iluminar o ambiente escuro, além do uso da luva de procedimento

para confeccionar, em ato, um garrote infantil e balões, sendo este último uma estratégia para as crianças ficarem entretidas, brincando com o balão e facilitando a punção venosa.

Com os usuários idosos, também evidenciou-se um fenômeno criativo relacionado ao uso da luva de procedimento, cheia de água, inserida entre as proeminências ósseas para evitar o aparecimento de lesões cutâneas em pacientes acamados. Também existem outras estratégias com pacientes idosos, que são identificadas pelos profissionais como de “luvas de box” construídas com gases, algodão e fita crepe para evitar que os idosos em uso de sonda entérica as retirem. Também evidenciou-se técnicas específicas de contenção no leito, mais confortáveis. Ressalta-se que essas práticas com crianças e idosos apesar de não se restringirem ao contexto domiciliar, revela uma certa criatividade inerente ao processo cuidado que dar força a capacidade do trabalho vivo em ato.

Na narrativa intitulada “a gente usa vários tipos de ferramentas” (item 5.1.6) também é possível visualizar a criatividade dos caixeiros-viajantes com a produção de caixas e porta medicamentos com divisórias e instruções não verbais, ou seja, imagens que representavam os horários corretos da administração dos medicamentos. Esse produto é destinado para pacientes com poli farmácia, principalmente idosos a fim de organizar de uma forma sistemática e lúdica, os medicamentos em casa.

Merhy, Franco (2009) afirmam que “toda atividade humana, é um ato produtivo” e que os processos mais criativos acontecem no trabalho vivo em ato e estão centrados na produção das relações “intercessoras” em um espaço de interação de diferentes tipos de tecnologias que fazem aflorar uma dimensão subjetiva nos atos produtivos do cuidar.

O momento da produção, da criação configura o trabalho vivo em ato que oferece aos trabalhadores uma abertura aos seus graus de liberdade e um autogoverno para as atividades produtivas (FRANCO; MERHY, 2012). Para efetivarem o cuidado em domicílio, os caixeiros-viajantes, movidos por seus graus de liberdade, confeccionam ferramentas ou produzem “gambiarras”⁸: suporte de cabos de vassouras para a administração de dieta, medicação e hidratação por sonda entérica; cabides, luvas de procedimento e ataduras fixadas nas janelas como suporte para soroterapia; ganhos fixados no teto e no armador de rede do domicílio para facilitar alguns procedimentos, como por exemplo, a realização de curativos complexos.

Ah:: a gambiarra que faz dentro de casa, né" ((risos)) eu faço umas gambiarras de vez em quando/ quando tem que fazer curativo, eu sugiro colocar um gancho no teto, passo um/ uma corda ou passo uma faixa, faço um calço pra poder apoiar a perna do paciente quando a perna::/ o curativo é difícil de fazer/ o paciente tem uma mobilidade

⁸Gambiarra é uma expressão utilizada por um dos caixeiros-viajantes em sua entrevista ao relatar sobre do ato de improvisar o trabalho no ambiente domiciliar a partir de ferramentas disponíveis no próprio domicílio como uma tentativa de facilitar para o cuidador a assistência em casa ao paciente dependente de cuidados.

ruim aí eu faço esse tipo de gambiarra/ Ah tem que eh: administrar uma die::ta na cama do paciente (+) não tem cama hospitalar e não tem suporte de soro aí eu oriento fazer eh:: colocar o suporte, usar um suporte pode colocar na pare::de ou na janela, não tem jeito, né? (Arara).

Dependendo de cada paciente existe as formas diferentes, né"/ tem que ter muita criatividade, eu acho assim né', por exemplo, aquela vez que Arara com o:: Topázio (+) pra tentar salvar a vida do Topázio teve que pegar uma serra de::/ uma faca" de cortar pão, de serrar a a/ cânula, né' (+) enfiar na traqueo dele pra ver se conseguia entrar com o aspirador, se não fosse aquilo e se não tivesse dado de uma de MacGyver, o Topázio não estava aqui hoje vivo (Andorinha).

A análise dos dados permite afirmar que não há uma ruptura e uma desmontagem no conhecimento científico, apreendido durante a formação nos espaços de ensino formal dos caixeiros-viajantes, entretanto vislumbra-se uma adaptação que é conhecer o real ao adentrar o domicílio se deparam com o diferente, o estranho espaço para o cuidar.

Nesse sentido, em meio aos encontros há uma experiência de (des) territorialização que permite abrir espaço para os movimentos criativos que se (re) territorializam e perpassam o processo de ensino-aprendizagem movimentando o plano do devir nas conexões agenciadas na vida cotidiana.

Os trabalhadores reinventam no território do trabalho vivo em ato. A constante produção no cotidiano do trabalho vivo repercute na maneira de agir, individual e coletiva, que pode engendrar novos processos de produção da saúde no âmbito do SUS (FEUERWERKER, 2014). Sob esta perspectiva, Merhy (2004) acrescenta que os processos de ensino-aprendizagem e a articulação de saberes disparam as subjetividades nesse território e possibilitam a produção e a invenção de práticas de cuidado nos encontros produzidos.

Nesse sentido, Feuerwerker (2014, p. 96) afirma que

É no espaço do trabalho vivo em ato que os trabalhadores reinventam, dia a dia, sua autonomia na produção dos atos de saúde. É nesse espaço, privado por excelência, que ocorre a relação intersubjetiva entre trabalhador e usuário, que se constrói e se reconstrói a liberdade de fazer as coisas de maneira que produzam sentido pelo menos para o trabalhador.

A análise dos dados permite afirmar que o fazer criativo surge a partir da experiência com o outro e junto com ele. Esse cuidar estimula movimentos criativos que levam a uma singularização e uma problematização do devir saber-fazer em domicílio. Essas formas criativas, estão para além do que é visto como “normal” e naturalizado no modelo de atenção à saúde vigente.

Os procedimentos facilitados no espaço micropolítico, por exemplo, por um suporte com cabo de vassouras e não um suporte de soro hospitalar, escapa da reprodução decalcada do

modelo hegemônico dotado de concepções naturalizadas do cuidar pela repetição e que dita o agir em saúde dos trabalhadores.

O diferente, o estranho tornar-se visível com a “gambiarra”, a criatividade na assistência domiciliar, entretanto não configura um nomadismo da produção do cuidado. Permite assim, inferir que a força micropolítica que leva a um esforço do pensar em estratégias em uma potência criativa, pode ser entendida como uma prática anti-hegemônica que transpõe o “normal” de cuidar que predomina no modelo hospitalar.

O domicílio é um espaço propício a atividade criativa mesmo sem a presença dos profissionais. Os próprios cuidadores desenvolvem adaptações antes da primeira visita domiciliar dos profissionais após a desospitalização. Essas adaptações foram evidenciadas principalmente para a administração da dieta por sonda.

Quando não criam sozinhos, os cuidadores são ensinados pela equipe do SAD a construir ferramentas, como o fixador para dispositivo urinário, usado para fixar o dispositivo no coletor de urina, pois o esparadrapo é agressivo e pode machucar a pele do doente já fragilizada. Esses fixadores são pedaços de elástico branco, em média 10 centímetros, e em suas extremidades há um velcro que permite a fixação. A equipe demonstra para cuidador como construir e ele passa confeccionar os fixadores em casa. Esses artefatos também são utilizados para fixar traqueostomias.

Desde o início Programa de Internação Domiciliar, a criatividade já se fazia presente, quando os recursos para realização do cuidado em casa eram mais escassos, pois cuidava-se com as possibilidades da época. Com isso, percebe-se que as multiplicidades de sentidos de cuidar por meio das relações “intercessoras” também envolve um aprendizado para os caixeiros-viajantes.

O curativo é uma forma também de *é/é* da tecnologia que hoje tá mais *eh/* a cobertura estão muito bem mais preparadas do que antigamente, né */.../* eu lembro que quando o PID começou, eu lembro que eles fizeram uma coisinha de mamão ((demonstrou com gestos))/cortava o mamão *ve:::rde* e jogava em cima dos machucados e com açúcar e depois a gente ia lá mais tarde e tinha que tirar, mas isso era 1998 (Andorinha).

Pra mim todos os casos assim que eu pego, eu levo um pouco de aprendizado, de conhecimento pra mim/ comigo, sabe? (+) *Tu::do* (Andorinha).

A análise permite inferir que há um aprender deleuziano permeado de desprendimentos do saber científico em meio aos problemas no domicílio. O aprender vai além do saber, há invenção de ideias. “Aprender com Deleuze é também aprender Deleuze. O que não quer dizer sabê-lo” (SCHÉRER, 2005, p. 1193).

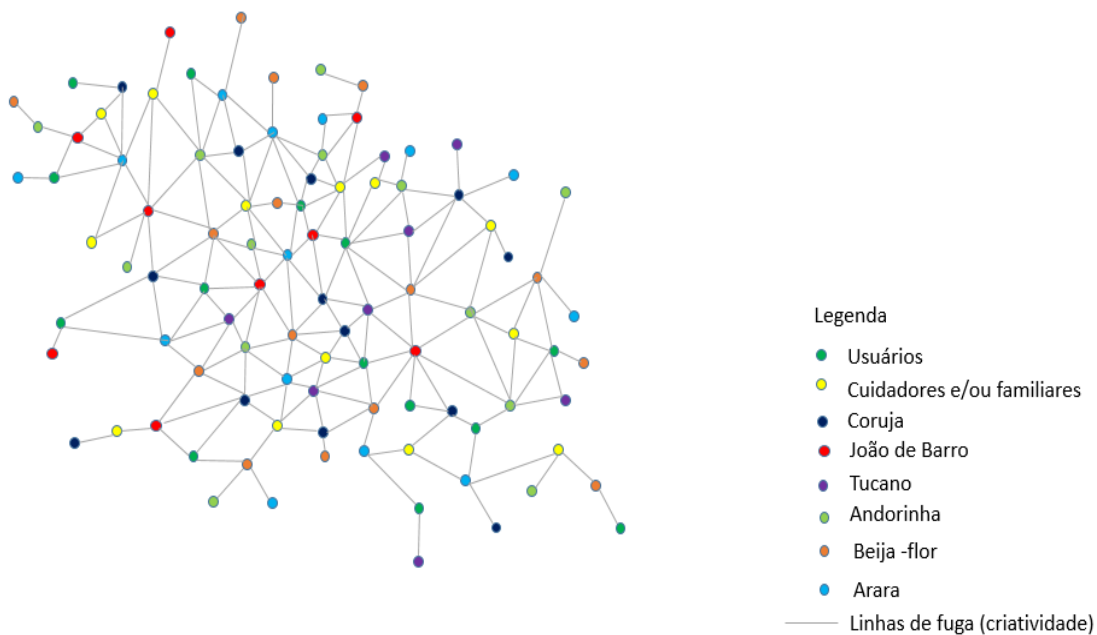
Deleuze e Guattari afirmam que o pensamento não é arborescente e implica processos que escapam do que é dito, determinado. Para exemplificar isso, argumentam que os dendritos, não são ramificações que configuram conexões contínuas, o cérebro é uma multiplicidade, portanto, o pensamento não é algo linear, ele é rizomático. Não há um ponto de partida, mas sempre existe uma nova significação ou ressignificação da informação produzida anteriormente ou com uma nova experiência. Sob esta perspectiva, para Deleuze não há um método específico para o aprender, pois o ato de pensar e o aprendizado é um movimento (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Franco, Merhy (2012) afirmam que o trabalho vivo é dotado de um arranjo de fluxos conectivos, multiplicidades das atividades produtivas, heterogeneidade nos graus de liberdade, e protagonismo dos profissionais. Com isso, sinalizam que apesar das capturas pelo trabalho morto, ainda permanece no plano micropolítico, o ‘pensamento rizomático’ dos trabalhadores nas relações intercessoras com as pessoas envolvidas no cuidado, operado por linhas de fuga que desenham um mapa aberto, uma cartografia.

São nesses acontecimentos que os caixeiros-viajantes nos diferentes (des) (re) encontros fazem emergir o *vir a ser* educador em domicílio, fazendo aparecer os movimentos dos saberes e fazeres que expressarem as intencionalidades no plano do cuidar. Nessas múltiplas conexões, o ‘devir saber-fazer’ expresso nas multiplicidades que estão sempre movimento de (des) e (re) territorialização engendram um rizoma das relações intercessoras de criatividade entre os caixeiros-viajantes, os usuários, cuidadores e/ou familiares.

Partindo desse entendimento e das conexões que emaranham-se no pensamento, criei uma rede rizomática que desse expressão aos diferentes graus de abertura da criatividade no trabalho vivo em ato dos caixeiros-viajantes no território da atenção domiciliar. A fabricação dos fenômenos criativos imanente ao trabalho vivo em ato, dá conformação ao desenho das conexões estabelecidas, movidas pelas linhas de fuga em diferentes sentidos e intensidades refletindo as múltiplas entradas e saídas do rizoma.

Esses movimentos de fluxos deslocam um processo criativo ao modificar ou produzir algo novo revelando uma criatividade que atravessa as relações no cotidiano do trabalho do trabalho em saúde. Sob esta perspectiva, as linhas de fuga operadas no plano molecular vão constituindo os devires do saber e do fazer na fabricação de territórios existenciais que revelam um novo modo de ensinar e aprender com o outro.

FIGURA 9 - Rede rizomática da criatividade em ato

Fonte: elaborada pela autora

Em síntese, acredita-se que a criatividade no território da atenção domiciliar revela um território de tecnologias imateriais que perpassam o processo educativo, por envolver um saber que se desloca para um novo modo de ensinar a partir do que lhe é dado como tal. Essa singularidade revela certa subjetividade dos profissionais na produção de cuidado que se ressignifica constantemente pela predominância do trabalho vivo que permite aos caixeiros-viajantes uma abertura aos desdobramentos no modo de agir e produzir o cuidado nos encontros com os usuários, cuidadores e/ou familiares.

6 ENTRE PARTIDAS E CHEGADAS: UMA PARADA OBRIGATÓRIA

Este estudo buscou analisar o uso das tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo na atenção domiciliar, a partir disso, evidenciou-se que a incorporação das tecnologias educacionais potencializa a produção do cuidado na AD a partir das singularidades que lhe são apresentadas nos encontros.

Entende-se assim que, essas tecnologias e suas dimensões não provocam uma reestruturação produtiva do ato de cuidar em saúde, mas caminha para uma mudança no modo de agir normativo que opera no modelo de atenção a saúde vigente e, isso se dá especialmente por acontecer no trabalho vivo em ato, por conferir uma centralidade nas demandas e nas necessidades dos usuários e da família reveladas nas multiplicidades do cuidar, apesar de se revelar um cuidado contextualizado na técnica.

A partir do entendimento que as tecnologias educacionais e suas dimensões no contexto da atenção saúde, estão dadas em uma realidade pulsante em um plano de inúmeras tecnologias, não pretendo aqui trazer um certo e um errado, mas sim a processualidade de uma investigação trilhada por pistas que me permitiram habitar um território em que pudesse dar voz aos caixeiros-viajantes e luz ao *menor* em relação a tecnologia no campo da educação no território da atenção domiciliar.

A experimentação nesse território, antes de tudo, foi uma produção em nós! Rompeu-se os caminhos e as estradas retas que direcionavam um sentido único. Foi uma viagem movida por processos de (des) (re) territorialização de trilhas, passagens, (des) (re) encontros com as aves e as pedras preciosas que deram significado ao ato de pesquisar. O lugar da intervenção deu lugar a experimentação das conexões do aprender com eles, em uma transversalidade para além do investigador e do investigado que se expandia para todos os lados.

Buscou-se dar expressão ao não dito e ao não visto no campo micropolítico por meio das visitas domiciliares e da vivência do trabalho vivo em ato no qual se ampliava os sentidos do saber e do fazer, das reuniões que envolviam a produção e o uso das tecnologias educacionais, a discussão de leituras sobre patologia rara, as discussões de casos, participação em festas juninas com os usuários e com a própria equipe de caixeiros-viajantes, além de pensar nas diferentes maneiras e formas de cuidar em casa abrindo-se para o sensível a partir do outro: o usuário, o cuidador.

Alguns desafios permearam a condução dessa viagem cartográfica. Inicialmente e durante todo o processo de investigação, houve-se o desafio de se trabalhar com as noções conceituais de tecnologias educacionais do campo dos processos formativos, aplicando as

diferentes concepções ao contexto da atenção à saúde. E, com isso lançar um olhar micropolítico ao que me propus estudar, a partir das aproximações com o referencial teórico e metodológico da cartografia.

A pesquisa busca dar visibilidade as potencialidades do saber/fazer na atenção domiciliar e os desdobramentos do processo de ensino-aprendizagem no território investigado que implicam em um novo modo de se produzir o cuidado no âmbito do domicílio. Essas potencialidades permitem reflexões que me forçam a pensar a partir de uma processualidade em campo que, as tecnologias acontecem e podem fazer acontecer no plano molecular operando sob uma produção desejante os processos educativos em interseção com os elementos que configuram o trabalho vivo, confirmando o pressuposto adotado neste estudo.

Entende-se que, micropoliticamente, as tecnologias acontecem em um cenário de desejos, disputas, forças instituídas, tensionamentos e são usadas de forma heterogênea pelos caixeiros-viajantes, entretanto a sua incorporação não ocorre de forma sistematizada e uniformizada por esses profissionais.

As tecnologias educacionais podem ou não causar fissuras na repetição do cuidar e fazer emergir a diferença em um contexto educativo, seja pela produção ou pela incorporação de suas distintas modalidades impressas, dialogais e expositivas, identificadas nessa pesquisa. Pensa-se portanto, que essas tecnologias agenciadas podem ser dispositivos disparadores da produção e da utilização de outros tipos de tecnologias em saúde que devem ser incorporadas e utilizadas na modelagem de atenção domiciliar.

Nesse contexto, as tecnologias educacionais são vistas como uma estratégia de ensino-aprendizagem que traz avanços no modo como se produz a saúde na atenção domiciliar. Evidenciou-se que as práticas educativas vão além da prevenção e da promoção da saúde, pois há um deslocamento nessa conformação da educação na atenção domiciliar com destaque dos processos educativos voltados para a terapêutica e para tratamento no domicílio.

Os resultados sinalizam implicações significativas na prática por facilitar os processos de tomada de decisão entre os caixeiros-viajantes, melhorar a gestão do cuidado em casa por aumentar o nível de conhecimento e o desenvolvimento das habilidades básicas das pessoas envolvidas no cuidado, autonomia, além de impactar, de um certo modo, na redução de reinternações quando os cuidadores compreendem o que lhe foi ensinado pela equipe e passa se corresponsabilizar pelos cuidados em casa.

A partir dos achados dessa investigação, identifica-se avanços na produção do conhecimento em relação ao tema, ao oferecer um primeiro mapeamento/identificação das tecnologias educacionais e suas modalidades, como elas disparam a capacidade criativa e

inventiva dos profissionais do SAD em sua subjetividade, bem como a possibilidade de subsidiar a elaboração de materiais para a educação permanente a partir da realidade vivenciada. Além disso, identifica-se, também a necessidade de monitoramento e avaliação das tecnologias implementadas na comunidade, a sua relação com a ressignificação da aprendizagem que implica em repensar esse processo na atenção domiciliar que vai além de processos formativos. Por fim, acredita-se que há características que apontam para um avanço na questão da substitutividade da modalidade de atenção domiciliar na RAS e uma forma de cuidar usuário-centrada que aponta para a garantia da continuidade do cuidado.

É importante reconhecer que apesar da agilidade que se produz com o emprego das tecnologias, aponta-se, de uma certa forma, a transformação de uma realidade a partir de uma prática ética que seja fundamentada no cuidado em saúde, atravessado por uma conjuntura macro que pode interferir no território micropolítico do cuidado no domicílio. Buscando instigar estudos futuros, verifica-se a necessidade de estudar a incorporação das tecnologias no cenário da atenção domiciliar em relação ao seu impacto e o quanto custa, não somente financeiramente, como também a sobrecarga que essa incorporação desencadeia nos profissionais do SAD e fundamentalmente, na figura do cuidador leigo ao qual lhe é atribuído a responsabilidade de cuidar com inúmeros recursos tecnológicos, muitas vezes desconhecidos por eles.

Sob esta ótica, o próprio aprendizado dessa experimentação faz-se necessário pensar os limites dos “saberes hospitalares” que impulsionam a processualidade do fazer criativo na atenção domiciliar a partir de saberes distintos que rompem com as fronteiras do cuidado e dão luz as possibilidades de um processo educativo. Entretanto, ainda concretiza-se como um desafio, pensar rizomaticamente a realidade educacional desse território vivo sob um plano micropolítico no âmbito do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ÁFIO, A. C. E. et al. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 158-165, jan-fev. 2014.
- AJAYI, I.O. *et al.* The development of a treatment guideline for childhood malaria in rural Southwest Nigeria using participatory approach. **Patient Education and Counseling**, Nigeria, v.75, n.2, p. 227-37, May. 2009.
- ALMEIDA, M.I. et al. O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexo. **Esc. Anna Nery R Enferm**, Paraná, v. 10, n. 1, p. 36-46, abr. 2006.
- ANNA, S. R. S.; HENNINGTON, E.A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trabalho, educação e Saúde** (*online*), Rio de Janeiro, v. 9, n. supl.1, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400011. Acesso em: 20 fev. 2017.
- ASSUNÇÃO, A.P.F.de. et al. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de Enfermeiras na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Enferm UFPE** [*online*], Recife, v. 7, n. 11, p. 6329-6335, nov.2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4185/7672>>. Acesso em: 20 dez. 2016.
- ARAÚJO, M.N.R. et al. Saúde da família: cuidado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v, 53, n. spe, dez. 2000.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC/ANVISA nº. 11, de 26 de janeiro 2006** - Determina o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/5da53980486d15a99926992bd5b3ccf0/Nota_T%C3%A9cnica_Aten%C3%A7%C3%A3o_Domiciliar_Final+_2_.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 13 abr.2015.
- BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [*online*], Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 422 - 430, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em: 11 abr. 2015.
- BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L.; DAL SASSO, G.T.M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 19, n. 2, p. 378-385, 2010.
- BARROS, E. J. L. et al. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 95-101, jun. 2012.
- BARROS, L. M. R. de.; BARROS, M. E. B. de. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal:Revista de Psicologia** (*online*), Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 374-390,

May-Aug. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n2/10.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

BETIM. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde Betim**. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/secretarias/saude/diretoria_operacional/atencao_internacao_domiciliar/40660%3B56473%3B0724340218%3B0%3B0.asp. >. Acesso em: 06 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998** – Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Disponível em: < <http://www.saude.ba.gov.br/dae/Port2416.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.531, de 04 de setembro de 2001** – Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva. Disponível em: < <http://www.oapd.org.br/PORTARIA%201531.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL. **Lei nº 1024, de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de Abril de 2002**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_249.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2015.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 81 de 10 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico contendo as Normas de funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006**. Revogada pela Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006_comp.html>. Acesso em: 13 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.370, de 3 de julho de 2008** - Institui o programa de assistência ventilatória não invasiva aos portadores de doenças neuromusculares. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1370_03_07_2008.html>. Acesso em: 14 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica, n. 27**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 14 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011** - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Revogada pela Portaria GM/MS nº 963 de 27 maio de 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar. v.1**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013**. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1505_24_07_2013.html>. Acesso em: 12 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 617, de 23 de abril de 2014**. Estabelece os recursos a serem disponibilizados aos Municípios com Serviço de Atenção Domiciliar implantado. Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Portarias/2014/04_abril/PT_GM_N_617_23.04.2014.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/PORTARIA-825.pdf>>. Acesso em: 20 out 2016.

BENJAMIN, W. Infância em Berlim por volta de 1900. In: BENJAMIN, W. **Obras Escolhidas II**. 5 ed. Tradução: Rubens Rodrigues Torres Filho e José Carlos Martins Barbosa. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 205.

BONELLI, M.A. et al. Acidente vascular cerebral: importância do conhecimento para cuidadores após a alta hospitalar. **CuidArte Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.16-23, jan-jun. 2014.

CARVALHO, L. C. de. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. 2009. 111f. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, UERJ, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/luis-claudio-carvalho-disputa-planos-cuidado-atencao-domiciliar.pdf>>. Acesso em 12 ago 2015.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** (online), Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr-jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 fev. 2017.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude as cuidados de enfermagem. 1.ed. Lisboa: Lidel, 1999, 388p.

CUNHA, I.C.K.O. **Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem**. 1991 f. 147p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

DAL BEM, L.W.; GAIDZINSKI, R.R. **Home care - planejamento e administração da equipe de enfermagem**. 1.ed. São Paulo: Andreoli, 2007, 160p.

DELEUZE, G.; PARNET, C. Diálogos. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998, 184p.

DELEUZE, G. Proust e os signos. 8. ed. atualizada. Trad. Antonio Piquet e Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense, 1987.p. 96. In: VASCONCELLOS, J. A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. Educ. Soc., Campinas, v.26, n. 93, p. 1217-1227, set-dez. 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. v. 1.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. v. 2.

DUARTE, Y. A.de. O; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliário**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005, 630p.

EPS EM MOVIMENTO. Usuário-guia. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/usuario-guia>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

FRANCO, T.B. Redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In Pinheiro, R. e Matos, R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes**, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, Rio de Janeiro, 2006.

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**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014. 174p.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], Botucatu, v. 15, n. 38, p. 663-675, jul-set. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 out. 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979. 111p.

FONSECA, L.M.M. et al. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan-mar. 2011.

FRACO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, p.151-163, 2012.

GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: GASKEL, G.; BAUER, M.W. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 64-89.

GALLO, S. D. de O. Possibilidades e linhas de fuga: a invenção de escolas outras no dia a dia. **Revista Even. Pedagóg.** Número Regular: Formação de Professores e Desafios da Escola no Século XXI Sinop, v. 7, n. 2, p. 994-1003, jun./jul. 2016.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out-dez. 2006.

HLYNKA, D.; JACOBSEN, M. What is educational technology, anyway? A commentary on the new AECT definition of the field. **Canadian Journal of Learning and Technology / La revue canadienne de l'apprentissage et de la technologie - Spring / printemps**, Canadian, v. 35, n. 2, 2009. Disponível em: < <https://www.cjlt.ca/index.php/cjlt/article/view/26395/19577>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Contagem da população de 2016. Betim: IBGE, 2016. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: família e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.

KOERICH, M.S. et al. Tecnologia de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. (Esp), p. 178-185, 2006.

KLOCK, A. D.; HECK, R.M.; CASARIM, S.T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. **Texto & Contexto Enfermagem**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 237-245, abr-jun. 2005.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, May-aug. 2006.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, jan-aug. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500036>.
Acesso em: 25 jun. 2015.

LAVELLE, M.B. et al. Newsletters and adherence to a weekly home spirometry program after lung transplant. **Progress in Transplantation**, Minneapolis, v. 20, n. 4, p. 329-334, Dec. 2010.

LUZ, M. T.; PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

MAHAT, G.; SCOLOVENO, M.A.; DONNELLY, C.B. Written educational materials for families of chronically ill children. **Journal of the American Academy Nurse Practitioners**, New Jersey, v. 19, n. 9, p. 471- 476, Sep. 2007.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a entrevista para a pesquisa social em educação especial: um estudo sobre análise de dados. In: JESUS, D. M.; BAPTISTA, C. R.; VICTOR, S. L. **Pesquisa e educação especial: mapeando produções**. Vitória: UFES, 2006, p. 361-386.

MARCUSCHI, L. A. Análise da conversação. São Paulo: Ática, 1986. (Série Princípios).

MARTINS, A. A. et al. A produção do cuidado no programa de atenção domiciliar de uma cooperativa médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 457-474, 2009.

MENEGUIN, S.; RIBEIRO, R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, mar. 2016.

MERHY, E.E.E & ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997. (Série didática)

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde um discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Texto extraído de Emerson Elias Merhy. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**, São Paulo: Ed. Xamã, 1998.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.E & ONOCKO, R, organizadores. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-50.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B.; PERES, M. A. A. (Org.). **Acolher Chapecó. Uma**

experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, v. 1, p. 21-45, 2004.

MERHY, E.E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo em ato. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014, 187p.

MERHY, E.E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio organizador. **Dicionário da educação profissional em saúde**/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de trabalho observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPJV, 2009. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html> >. Acesso em: 16 ago 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 393 p.

MINAYO, M.C.de S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E. **Educação, comunicação e tecnologia educacional:** interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 252p.

NIETSCHKE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-353, maio-jun. 2005.

OUTMAN, R.C. et al. Improving osteoporosis care in high-risk home health patients through a high-intensity intervention. **Contemp Clin Trials**, Birmingham, v. 33, n. 1, p. 206-212, Jan. 2012.

OLIVEIRA, M. S. de; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-123, jan-mar. 2008.

OLIVEIRA, W.T.et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 1, p. 129-137, jan/mar, 2012.

PAUL, F. et al. The quality of written information for parents regarding the management of a febrile convulsion: a randomized controlled trial. **Journal Clinical Nursing**, Dundee, v. 16, n. 12, p. 2308-2322, Dec. 2007.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

PASSOS, E., EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador In: **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 110-131.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio organizador. **Dicionário da educação profissional em saúde.**/ Escola Politécnica de Saúde

Joaquim Venâncio e Estação de trabalho observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPJV, 2009. p. 255-262.

PIRES, A. P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sócias. In: POUPART, J. et al. **A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 43-94.

POTTER, P. et al. A DVD program on fall prevention skills training for cancer family caregivers. **J Cancer Educ**, Washington, v. 27, n. 1, p. 83-90, Mar. 2012.

PORTAL HOME CARE. História do home care. Disponível em: < <http://portalhomecare.com.br/historia-do-home-care/> >. Acesso em: 23 abr. 2015.

PRADO, M.L. et al. Produções tecnológicas em Enfermagem em um cursos de mestrado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-81, jul-set. 2009.

REHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, (s.n.), p. 231- 242, 2005. Suplemento.

ROCHA, P.K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações do modelo de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan-fev. 2008.

RODRIGUES, A.M.M. Por uma Filosofia da Tecnologia. In: GRINSPUN, M. P. S. Z. (Org.). **Educação Tecnológica: desafios e perspectivas**. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2001.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. 1 ed. Porto Alegre: Sulina, 2006. 348p.

ROLNIK, S.; GUATTARI, F. **Micropolítica - Cartografias do desejo**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 326p.

SAKAMOTO, C. K. Criatividade: uma visão integradora. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 50-58, 2000.

SCHÉRER, R. Aprender com Deleuze. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1183-1194, set-dez. 2005.

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

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, fev. 2010.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem [online]**, v. 12, n. 4, p. 598, 2010. Disponível em: < <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a01.pdf> >. Acesso em: 28 dez. 2016.

TEIXEIRA, E. MOTA, V.M.S.de S (Org.). **Educação em saúde**: tecnologias educacionais em foco. 1 ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Disfusão, 2011. v. 2, 101p. (Série educação em saúde).

VERASZTO, E.V et al. Tecnologia: buscando uma definição para o conceito. **Revista de Ciências e Tecnologias de Informação e comunicação – Prisma.com**, São Paulo, n. 7, p. 60-85, 2008. Disponível em: <<http://revistas.ua.pt/index.php/prisma.com/article/viewFile/681/pdf>>. Acesso em: 20 de dez. 2016.

WADLEY, V.G.; et al. Development and evaluation of home-based speed-of-processing training for older adults. **Arch Phys Med Rehabil**, Birmingham, v. 87, n. 6, p. 757-763, Jun. 2006.

ZOBOLI, E.L.C.P. A descoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n.1, p.21-27, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1.pdf>>. Acesso em: 09 de abril de 2015.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: **Tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo na atenção domiciliar**

Prezado(a)Sr. (a) _____

Por meio deste instrumento, venho torná-lo (a) ciente da pesquisa: Tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo na atenção domiciliar, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. Esta pesquisa tem por objetivo: analisar o uso das tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo em ato na atenção domiciliar.

Para tornar mais claro, a micropolítica são as relações, as interações sociais que acontecem no dia a dia. E, o trabalho vivo em ato é aquele trabalho que acontece no momento do encontro entre o profissional e o paciente e também com os cuidadores e familiares.

A pesquisa é realizada pela enfermeira e mestrandia em Enfermagem da Escola da de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta, sob orientação da Professora Doutora Roseni Rosângela de Sena, da mesma universidade. O (a) senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa por ser uma pessoa envolvida no cuidado domiciliar. Nesta etapa, estamos convidando-o(a) para responder a uma entrevista com questões sobre as tecnologias educacionais utilizadas na atenção domiciliar.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- A entrevista será áudio-gravada para garantir a reprodução fidedigna das suas opiniões sobre as questões perguntadas.
- Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos e constrangimentos para responder à entrevista, para superar este risco vamos realizar a entrevista em local que garanta a privacidade.
- Caso não se sinta confortável será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante e destruídas após cinco anos de sua realização.
- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- Não haverá despesas pessoais para o participante no estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada a sua participação.
- Os benefícios da pesquisa se referem à possibilidade da produção do conhecimento sobre a temática e a influência na definição de políticas públicas.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, às coordenadoras da pesquisa Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta e Roseni Rosângela de Sena que podem ser encontradas na Escola de Enfermagem da UFMG no endereço Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. CEP: 30130-100. Tel: (031) 3409-4592, (031) 9182-5766, (031) 9951-8838. E-mail: roseni.sena@gmail.com e franciscaneta20@hotmail.com. Para maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-91. Tel: (0xx31) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.
- Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Este termo encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma das vias ficará com o (a) senhor (a) e a outra será arquivada.

Agradeço sua colaboração, e solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta
Pesquisadora responsável

Roseni Rosângela de Sena
Coordenadora responsável

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu,

aceito participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo algum.

_____, _____, _____ de 20____.

Nome/ assinatura do participante

Data: ____/____/_____

APÊNDICE B - Plano de trabalho de campo

1) Encontro com o coordenador de atenção domiciliar (AD) no município de Betim

- Apresentar o projeto de pesquisa ao coordenador de AD na Diretoria Operacional (DIOP) na Prefeitura de Betim.
- Entrega do kit de pesquisa: documentação referente a submissão, apreciação e aprovação do projeto, além de uma cópia do projeto de pesquisa.
- Dialogar sobre o tópico do cronograma do projeto → construção/ trabalho de campo
- Propor a realização de uma primeira oficina.

2) 1ª oficina

- Realizar o convite ao coordenador de AD e a cada equipe de atenção domiciliar que compõe o Programa Melhor em Casa do município.
- **Participantes:** coordenador de AD e as equipes dos SAD existentes no município.

Objetivos:

- ✓ Apresentar a proposta e buscar a adesão/ implicação das equipes;
- ✓ Discutir sobre atenção domiciliar no município
- ✓ Definir uma equipe-guia de forma coletiva
- ✓ Traçar com a equipe-guia o próximo encontro para construir um cronograma de trabalho.

3) Encontro (oficina) com a equipe-guia

Objetivo:

- ✓ Discutir e construir um cronograma de trabalho de campo

Roteiro da 1ª Oficina

Data: _____/_____/ 2016

Local: _____

Participantes: _____

Objetivo geral: discutir coletivamente sobre a atenção domiciliar no município e definir uma equipe-guia.

Objetivo específico:

Conhecer sobre a trajetória de implantação de atenção no município, como vem se organizando a oferta de serviços de AD em cada uma das equipes, quais as diferentes formas de cuidar no domicílio e situações que chamaram atenção da equipe relacionada à assistência, bem como o desfecho do caso.

APÊNDICE C – Exemplo de nota de campo com imagens do cartunista Quino

A primeira visita aconteceu no domicílio de (usuária citada). Quando chegamos, a nutricionista e a fonoaudióloga da EMAP estavam no domicílio avaliando a paciente e em seguida, essas profissionais conversaram com a Arara e com a família a necessidade da passagem de uma sonda para a alimentação. Arara preparou o material e enquanto isso, a nutricionista explicou cada item do artefato tecnológico referente a nutrição enteral por sonda. Ela orientou desde os ingredientes necessários até o modo de preparo de cada refeição, bem como o seu armazenamento. Para reforçar a orientação fez uma demonstração com um frasco de dieta.

Ao explicar para a cuidadora, a nutricionista ia informando sobre os novos custos que a família iria passar a ter com a dieta. *“Você vai gastar em média 300 reais por mês, o que dá em média 10 reais por dia”*. *Você tem que comprar X em loja de academia, “Você tem que comprar Y”, “Você tem que comprar Z” (...)*. A cuidadora começou a chorar e desesperou-se porque não sabe como conseguir esse dinheiro.

Foi uma situação bem difícil. A nutricionista pegou um outro artefato tecnológico impresso criado pela equipe demonstrando a cuidadora, como uma alternativa, outro tipo de dieta mais barata.

Então, as profissionais da EMAP evoluíram o caso da paciente e depois foram realizar outras visitas domiciliares informando a cuidadora que iriam retornar ao domicílio em outro momento para uma nova avaliação.

Arara entrou em cena! Iniciou informando a cuidadora sobre a dieta tentando acalmá-la. Depois explicou para a paciente e para a cuidadora sobre a necessidade da passagem de uma sonda nasoentérica para alimentação e hidratação em decorrência do quadro clínico que (usuária citada) estava apresentando. Arara já havia preparado todo o material e fixado na porta do quarto as orientações referente aos cuidados com paciente acamados e em uso de sonda nasoentérica, bem como o relógio sinalizador da mudança de decúbito. Depois fixou também os artefatos tecnológicos impressos referente as dietas. Além disso, forneceu alguns materiais necessários para a família até a UBS liberar o material necessário ao cuidado domiciliar. A cuidadora relatou que essa paciente já tem cadastro no PAD, mas que não estão fornecendo os materiais, inclusive não havia nenhuma fralda. Arara orientou a importância de *“pegar no pé”* da UBS, pois tem uma quantidade correta de materiais que devem ser fornecidos. Após essa orientações foi realizado o procedimento de passagem de sonda por Arara e eu lhe auxiliei nesse processo. Feito isso, Arara chamou a cuidadora e as outras duas irmãs para atentarem as

informações que iria repassar sobre os novos cuidados a serem realizados com essa paciente. Por meio dos impressos fixados na parede, ele explicou cada item sinalizando os cuidados essenciais a serem realizados pela família.

Para reforçar a orientações sobre a dieta, a hidratação e a medicação pela sonda, Arara fez uma demonstração usando um frasco de dieta e um equipo. Além disso, planejou junto com a cuidadora como fazer uma “gambiarra” para desenvolverem uma espécie de “suporte” para a administração da dieta em casa. A cada momento oportuno Arara tentava tranquilizar a família sobre os custos com a deita por sonda no domicílio.

Então, Arara ensinou passa-a-passo e depois pediu a cuidadora para repetir as informações essenciais, bem como fazer uma simulação relacionando a dieta, a hidratação e a medicação por meio da sonda sob sua supervisão.

Quantas informações...



APÊNDICE D - Roteiro de entrevista da pesquisa


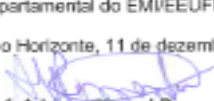

Data: _____/_____/_____

Início: _____ Término: _____

Profissão: _____

1. Descreva sua trajetória profissional na atenção domiciliar.
2. Fale um pouco sobre as diferentes maneiras, as ferramentas e/ou estratégias utilizadas por você no cuidado domiciliar.

ANEXO A - Parecer do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (EMI) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG)

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS ESCOLA DE ENFERMAGEM DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAUDE PUBLICA Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil Tel.: 3409-9860 FAX.: 3409-9859 E-mail: emi@emc.ufmg.br</p>
<p>PARECER</p>	
<p>Título do projeto de pesquisa: Tecnologias Educacionais na Micropolítica do Trabalho Vivo na Atenção Domiciliar.</p>	
<p>Interessados: Profa. Roseni Rasângela Sena (coordenadora); Profa. Patrícia Pinto Braga (coorientadora); Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta (mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFMG).</p>	
<p>Reator: Prof. Adriano Marçal Pimenta.</p>	
<p>HISTÓRICO</p> <p>Em 30 de novembro de 2015, recebi da Secretaria do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (EMI) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), o projeto de pesquisa intitulado "Tecnologias Educacionais na Micropolítica do Trabalho Vivo na Atenção Domiciliar" para análise e emissão de parecer.</p>	
<p>MÉRITO</p> <p>Trata-se de um projeto de pesquisa que originará uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFMG. Seu objetivo é analisar o uso das tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo em ato na atenção domiciliar.</p> <p>A justificativa para a realização do estudo está baseada no fato de que apesar dos avanços na área de produção do cuidado, o paradigma do modelo médico hegemônico revela uma assistência prescritiva, refletindo em um processo de trabalho tecnologicamente orientado pelo trabalho morto, diminuindo a potencialidade inventiva e criativa do trabalho vivo em ato. Desse modo, entende-se que os profissionais de saúde não operam um cuidado centrado na singularidade dos indivíduos, bem como nas suas reais necessidades. Ademais, a configuração da atenção domiciliar tem a potencialidade de contribuir para a mudança no modo de operar em saúde, fundamentalmente no que se refere ao uso das tecnologias educacionais na micropolítica do processo de trabalho domiciliar.</p> <p>O estudo terá natureza qualitativa, baseado na cartografia como princípio do referencial teórico-metodológico do modelo rizomático proposto por Deleuze e Guattari. A cartografia permite acompanhar percursos no traçado dos movimentos, das linhas que compõe o plano experimental ancorado no real. Assim, o pesquisador como um cartógrafo deve levar-se pelo campo coletivo de forças e desenhá-la essa rede na construção de mapas.</p> <p>O seu cenário do estudo será as quatro equipes dos Serviços de Atenção Domiciliar do município de Betim-MG. Os participantes da pesquisa serão definidos em ato, nos encontros das pesquisadoras com os gestores, coordenadores, profissionais de saúde, usuários, cuidadores, familiares, vizinhos e outros atores que de alguma forma estarão envolvidos com o objeto de investigação.</p> <p>A coleta de dados envolverá diversas fontes, tais como entrevistas, reuniões, relatórios das equipes de atenção domiciliar, prontuários, conversas, fotos, gravação de áudio quando autorizadas, além das anotações no diário de campo. Para análise de dados, o material obtido nas entrevistas, nas observações e nos registros em diário de campo será explorado por meio da construção e da avaliação das narrativas. Ao saber o que se passa entre as tecnologias educacionais e a produção do cuidado no âmbito da atenção domiciliar, será possível organizar os relatos dos distintos saleres envolvidos nas narrativas e, dessa forma, cartografar os vários mapas dos encontros.</p> <p>O projeto é exequível do ponto de vista teórico, financeiro e no período de 24 meses para sua realização. As autoras, também, preveem a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.</p>	
<p>CONCLUSÃO</p> <p>O projeto apresenta relevância científica, está bem contextualizado, problematizado e justificado, e a metodologia é apropriada para a sua execução.</p> <p>Diante de exposto, salvo melhor juízo, sou favorável à aprovação deste projeto de pesquisa pela Câmara Departamental do EMI/EEUFMG.</p>	
<p>Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2015.</p> <p> Prof. Adriano Marçal Pimenta Relator e membro suplente da Câmara Departamental do EMI / EEUFMG Deptº Enferm. Materno Infantil e Saúde Pública / EEUFMG</p>	<p>provado em reunião da Câmara Departamental do EMI/EEUFMG em 14/12/15</p> <p> Prof. Luciene de Castro M. Villela Chefe do Depto. Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública/EEUFMG</p>
<p>1</p>	

ANEXO B - Carta de anuência dos serviços de Betim



Betim, 15 de abril de 2016.

CARTA DE ANUÊNCIA

Em resposta à solicitação de aprovação para realização de pesquisa pela pesquisadora Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta, orientados pelas Prof.^a Dr.^a Roseni Rosângela de Sena e Prof.^a Dr.^a Patrícia Pinto Braga, responsáveis pelo projeto: **“Tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo na atenção domiciliar”**, que tem como objetivo **“Analisar o uso das tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo em ato na atenção domiciliar.”**, consideramos que:

- 1- O projeto de pesquisa apresentado é coerente e apresenta método adequado;
- 2- O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento técnico e científico, bem como a integração ensino e serviço, faz parte das diretrizes da Educação em Saúde do SUS/Betim;
- 3- A execução do projeto foi autorizada pela Coordenação de Urgências e Emergências do SUS Betim;
- 4- Esta instituição não terá nenhuma despesa decorrente da participação nessa pesquisa;
- 5- Os resultados desta pesquisa devem ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde de Betim.


Diante de tais considerações, autorizamos que este trabalho seja executado **somente após a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente, caso tenha, e Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Betim – CEPBETIM.**

Ressaltamos a necessidade de que os autores deixem explícito, em toda e qualquer publicação feita a partir desta pesquisa, a participação do SUS/Betim.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


 Leandra Alves de Paula
 Diretora de Educação em Saúde
 SMS/SUS Betim


 Rasiyel dos Reis Santos Júnior
 Secretário Municipal de Saúde
 Gestor do SUS/Betim

ANEXO C - Carta de autorização da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE - 52595715.4.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Roseni Rosângela de Sena
Depto. Enfermagem Materno Infantil e Saúde
Pública
Escola de Enfermagem-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2016, a emenda abaixo relacionada, do projeto de pesquisa intitulado "Tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo na atenção domiciliar".

- Inclusão do Fundo Municipal de Saúde de Betim como coparticipante.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG