

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

SAÚDE DO TRABALHADOR:
UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE LIDAM COM O SOFRIMENTO DO
OUTRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Uberlândia

2017

LAURA CRISTINA SILVA REZENDE

**SAÚDE DO TRABALHADOR:
UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE LIDAM COM O SOFRIMENTO DO
OUTRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia,
Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador
Orientadora: Prof^a Dra. Rosimár Alves Querino

Uberlândia

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- R467s
2017 Rezende, Laura Cristina Silva, 1988-
 Saúde do Trabalhador : um estudo com profissionais que lidam com
 o sofrimento do outro na atenção domiciliar / Laura Cristina Silva
 Rezende. - 2017.
 177 f. : il.
- Orientadora: Rosimar Alves Querino.
 Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Uberlândia,
 Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental
 e Saúde do Trabalhador.
 Inclui bibliografia.
1. Geografia médica - Teses. 2. Saúde e trabalho - Teses. 3.
 Promoção da saúde - Teses. 4. Pessoal da área médica - Teses. I.
 Querino, Rosimar Alves. II. Universidade Federal de Uberlândia.
 Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental
 e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 911.3:61

LAURA CRISTINA SILVA REZENDE

**SAÚDE DO TRABALHADOR:
UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE LIDAM COM O SOFRIMENTO DO
OUTRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), pela banca examinadora formada por:

Uberlândia, 30 de março de 2017.

Resultado Aprovado

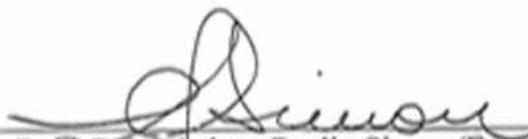
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Rosimár Alves Querino (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador - UFU
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Instituto de Ciências da
Saúde/Departamento de Saúde Coletiva



Profª Drª Maristela de Souza Pereira (Examinadora)
Universidade Federal de Uberlândia - Instituto de Psicologia/Departamento de
Psicologia



Profª Drª Cristiane Paulin Simon (Examinadora)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Instituto de Ciências da
Saúde/Departamento de Saúde Coletiva

Dedico este trabalho ao meu pai, que hoje não está mais entre nós, porém é a base da minha vida, a experiência mais marcante, o ensinamento mais correto, a pessoa mais linda. Agradeço por trocar sua vida e seus desejos pelos meus. Dedico, também, à minha família, em especial ao meu irmão Murilo, por nunca desistir de mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pelas oportunidades e pelas pessoas maravilhosas colocadas em meu caminho, principalmente por nunca me desampararem nos momentos mais desesperadores.

Ao meu irmão Murilo, sem seu incentivo e interesse incessante pelo crescimento não estaria redigindo esta página. Por ser tão positivo e tão incisivo com o desenvolvimento do meu mundo.

À minha mãe, por estar sempre por perto, pelo amor incondicional, pelos esforços recorrentes, por trabalhar em prol da nossa felicidade.

Ao meu irmão Tarcísio e à sua família, Ju, Gui, Lucca e Lorenzo, por me receberem e proporcionarem dias corridos, em corridas pela alegria. Obrigada pela hospedagem e carinho de sempre.

Aos meus tios Tarcísio e Vitória, que sempre me receberam e cuidaram de mim como filha, foram grande apoio nesta caminhada.

Aos meus amigos e familiares, que sempre me incentivaram e aceitaram minha breve distância e falta de tempo, sobretudo por conta de um bem maior.

Ao meu pai, pelos valores e responsabilidades atribuídas, pelo exemplo de amor e humildade, responsável pela pessoa de bem que me tornei.

À “música”, companheira inseparável e inspiradora de todos os entrelaços de minha vida, tendo um pequeno resumo em minhas epígrafes.

À Rosimar, que decifrou meus desejos ao me possibilitar realizar uma pesquisa incrível, sendo uma experiência única e maravilhosa. Obrigada por suas contribuições, afetos, por me permitir estar com sua família. Com certeza esse é um gesto de carinho e confiança.

Ao meu irmão Murilo e à minha cunhada Priscila, que me deram suporte e orientações durante a construção da dissertação.

Aos colegas que estiveram juntos nesta caminhada, pelas trocas, em especial àqueles que trouxeram mais que contribuições, trouxeram amizade: Josi, Robertinha, Raquel, Hebe, Rodrigo, Isaura e Rafael.

A todos os professores que dividiram suas experiências e conhecimentos conosco, que se doaram para o nosso sucesso.

A toda a equipe do Programa de Mestrado: à coordenação, pelo empenho no mesmo; ao colegiado, por me ajudar em minha caminhada; ao Rafael, que esteve no

colegiado e defendeu questões importantes para o meu estudo; à Cristiana, pelo sorriso, pela disponibilidade e interesse de sempre.

Agradeço aos professores integrantes das bancas pelas importantes contribuições em meu percurso. Aos integrantes da banca de defesa do projeto e da qualificação: Prof^ª Dra. Marlene Terezinha de Muno Colesantie, Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão, Prof^ª Dra. Maristela de Souza Pereira e Prof^ª Dra. Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos.

Às caronas e às tantas pessoas que conheci nos caminhos e trajetos destes dois anos.

Aos trabalhadores do Programa Melhor em Casa, pela acolhida, por me permitirem fazer parte dessa família e por poder compartilhar tantas emoções e aprendizados.

Aos pacientes assistidos pelo programa, famílias e cuidadores, pelo carinho, receptividade e provação de vida e humanidade.

“A dor do outro não é minha dor, mas ela me dói”.

COPPE

RESUMO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de assistência à saúde disponível em vários países e relaciona-se à transição demográfica e epidemiológica, aos custos crescentes da hospitalização, ao desenvolvimento tecnológico e aos processos de humanização da saúde e desospitalização. A regulamentação da AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu em 2002 e subsidiou a implantação de programas em todo o país, dentre os quais o Programa Melhor em Casa (PMC), cenário desta pesquisa. O PMC é operacionalizado por equipes multiprofissionais que atuam de modo territorializado, com foco na desospitalização e oferta de AD, e com envolvimento de cuidadores. O objetivo geral desta pesquisa foi compreender os impactos do trabalho na AD e do contato com o sofrimento do outro sobre a saúde de trabalhadores de equipes do PMC, em município mineiro. Os objetivos específicos consistiram em: conhecer a composição das equipes e a organização do trabalho; identificar o modo como os trabalhadores compreendem o público atendido, as singularidades do cuidado no espaço domiciliar e seus impactos na saúde do trabalhador; conhecer as estratégias individuais e grupais desenvolvidas para lidar com o sofrimento gerado pela convivência com o sofrimento do outro, sejam usuários ou cuidadores; verificar a existência de iniciativas governamentais para promover a saúde dos trabalhadores. Utilizou-se a triangulação de métodos qualitativos e quantitativos. A coleta de dados ocorreu com emprego de etnografia, grupo focal, entrevistas com roteiro semiestruturado e questionário autoaplicável. Participaram do estudo 62 (89,86%) trabalhadores, inclusive quatro coordenadores de dez equipes, das quais sete são vinculadas ao governo municipal e três à instituição federal de ensino (IFE). Todos os participantes responderam ao questionário, sendo que 30 deles participaram dos três grupos focais (GF) e os quatro coordenadores concederam entrevistas. O trabalho de campo norteou a compreensão da organização do trabalho no PMC e das especificidades da AD. A estatística descritiva permitiu a sistematização dos dados referentes ao perfil sociodemográfico dos trabalhadores. A análise temática oportunizou a compreensão dos dados obtidos com GF, entrevistas e questão aberta do questionário. O estudo permitiu vislumbrar as singularidades da AD e seus impactos na atenção integral à saúde, humanização, desospitalização e criação de vínculos entre trabalhadores, pacientes, cuidadores e familiares. De modo ampliado, os trabalhadores compreendem os determinantes sociais de saúde, as singularidades de cada paciente, cuidador e familiar. Cotidianamente, também são afetados pelo processo saúde-doença-cuidado e pelos desafios para o funcionamento do SUS. Reconheceram habilidades necessárias ao trabalho na AD e suas especificidades em relação a outras instituições e programas. Apresentaram-se motivados para o trabalho em equipe, valorizaram os aprendizados coletivos e ponderaram sobre a importância do reconhecimento de seu trabalho como fonte de satisfação. A intensidade do trabalho, envolvimento com as famílias e suas demandas, desafios para a articulação da Rede SUS e a sobrecarga emocional foram destacados como impactos do trabalho sobre sua condição de saúde. Os avanços percebidos na AD não são ancorados na promoção de saúde dos trabalhadores, pois inexistem no governo municipal tais ações. Na IFE há ações voltadas à saúde do servidor, mas não há participação em decorrência de outros vínculos trabalhistas, horários e locais de oferta, bem como da baixa adesão às práticas de autocuidado. O estudo revelou expectativas quanto às iniciativas que contribuem para a promoção da saúde do trabalhador, além de maiores investimentos no PMC e na rede SUS.

Palavras-chave: atenção domiciliar; saúde do trabalhador; promoção da saúde.

ABSTRACT

Home Care is a modality of health care available in several countries and is related to the demographic and epidemiological transition, to the increasing costs of hospitalization, to technological development and to the processes of humanization of health and de-hospitalization. The Regulation for the Home Care under the Sistema Unico de Saude (SUS) occurred in 2002 and subsidized the implementation of programs through the country, among which the Programa Melhor em Casa (PMC), the scenario of this research. The PMC is operated by multiprofessional teams that act in a territorialized way, focusing on dehospitalization and the involvement of caregivers. The main objective of this research was to understand the impacts of work in Home Care and the contact with the suffering of the other on the health of PMC team workers in a State of Brazil. To achieve this goal we had four objectives to support the objective: know the composition of the teams and the organization of the work; identify the way the workers understand the public served, the singularities of Home care and its impacts on workers' health; know the individual and group strategies developed to deal with the suffering generated by the coexistence with the suffering of the other, whether users or caregivers; verify the existence of governmental initiatives to promote workers' health. Triangulation of qualitative and quantitative methods was used. Data were collected using ethnography, a focus group, interviews with a semi-structured script and a self-administered questionnaire. Thirty-two (89.86%) workers, including 04 coordinators, from 10 teams which 7 were linked to the municipal government and 3 were the Federal Education Institution (IFE) participated of the study. All participants responded to the questionnaire, thirty of them participated in three focal groups and four coordinators gave interviews. Fieldwork guided the understanding of work organization in PMC and the specificities of Home Care. The descriptive statistics allowed the systematization of the data referring to the socio-demographic profile of the workers. The thematic analysis facilitated the understanding of the data obtained with GF, interviews and open question of the questionnaire. The study allowed us to glimpse the singularities of Home Care and its impacts on comprehensive health care, humanization, de-hospitalization and the creation of links between workers, patients, caregivers and family members. Workers comprehend in an extended way the social determinants of health, the singularities of each patient, caregiver and family member. Every day they are affected by the health-disease-care process and by the challenges to the functioning of the system, SUS. They recognized the skills needed to work in Home Care and their specifics in relation to other institutions and programs. They were motivated to work in teams, valued collective learning and pondered the importance of recognizing their work as a source of satisfaction. Work intensity, involvement with families and their demands, challenges for SUS Network articulation and emotional overload were highlighted as impacts of work on their health condition. The perceived advances in AD are not anchored in the health promotion of workers. Such actions do not exist in the municipal government. In the IFE there are actions focused on the health of the server, but there is no participation due to other labor ties, schedules and places of supply, as well as the low adherence to self-care practices. The study revealed expectations regarding initiatives that contribute to the promotion of workers' health besides greater investments in PMC and SUS.

Keywords: Home Care; Worker's Health; Health Promotion.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Faixa etária e sexo.	61
Gráfico 2: Faixa etária dos trabalhadores do PMC segundo tipo de equipe.	62
Gráfico 3: Faixa de tempo como profissional da saúde por tipo de equipe.	63
Gráfico 4: Tempo de atuação dos profissionais no PMC.	64
Gráfico 5: Tempo de atuação na área da saúde dos trabalhadores do PMC.	64
Gráfico 6: Vínculo de trabalho anterior.	65
Gráfico 7: Funções desempenhadas no PMC.	66
Gráfico 8: Graduações dos profissionais do PMC.	67
Gráfico 9: Faixa etária e nível de escolaridade dos trabalhadores do PMC.	68
Gráfico 10: Nível de escolaridade por equipe.	69
Gráfico 11: Carga horária semanal dos trabalhadores do PMC.	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Categorias temáticas e subtemas.....	41
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Antes de Cristo

AD – Atenção Domiciliar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

BIPAP – Pressão Aérea Positiva por dois Níveis

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CIB – Comissões Intergestores Bipartite

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIR – Comissão Intergestores Regional

CF – Constituição Federal

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNPQ – Conselho Nacional de Pesquisa

CPAP – Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

CTI - Centro de Terapia Intensiva

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais

DS – Distritos Sanitários

DSS – Determinantes Sociais em Saúde

DST-AIDS – Doença Sexualmente Transmissível - *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da imunodeficiência adquirida - SIDA)

EM – Equipes Municipais

EMAD – Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar

EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio Profissional

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

GF – Grupo Focal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFE – Instituição de Ensino Federal

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAD – Programa de Atenção Domiciliar
PMC – Programa Melhor em Casa
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS – Secretária Municipal de Saúde
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI – Unidade de Atenção Integral
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UPSF – Unidade do Programa de Saúde da Família
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO

*“São coisas divinas do mundo
Que vem num segundo a sorte mudar
Trazendo pra dentro da gente
As coisas que a mente vai longe buscar”
Peão Carreiro e Zé Paulo.*

A principal motivação em realizar o trabalho de Mestrado na área de Saúde do Trabalhador emergiu das formações em psicologia hospitalar, psicotanatologia e do trabalho desenvolvido como psicóloga. Na graduação elaborei o trabalho de conclusão de curso sobre cuidados paliativos destinados às pessoas fora de possibilidades terapêuticas de cura e, para tanto, frequentei cursos e oficinas isoladas sobre perda, luto, desastres e emergência. Nesse processo, no último ano de universidade, fui surpreendida com a morte do meu pai em um acidente de trânsito, experiência horrível, uma perda devastadora, mas que, com toda certeza, contribuiu para minha formação e crescimento pessoal. Acredito que há males que vêm para o bem, hoje considero a pior e a melhor experiência que me ocorreu. Apesar de já estar estudando a perda, o luto e as várias faces da morte, esse acontecimento me deixou um tanto mais humana, mais aberta ao sofrimento do outro.

Logo depois, realizei a pós-graduação em Psicologia Hospitalar, nos setores de Centro de Terapia Intensiva (CTI) e Oncologia, um período maravilhoso de experiências diversas, de emoções impactantes. Durante esse período participei de cursos de Psicotanatologia e Socorrismo, com foco no sofrimento, luto, perdas, enfim, na morte. Realizei outras formações em Gestão Estratégica de Pessoas, mas meu coração sempre esteve no cuidado com o lado emocional das pessoas.

O projeto inicial do mestrado era voltado para a avaliação psicológica, vinculado aos estudos em gestão de pessoas, o que não condizia com meu perfil de estudos. Nesse sentido, a sensibilidade da orientadora fez toda diferença para a pesquisa realizada, sobretudo ao conhecer meu histórico, fazendo-me retornar às raízes e apresentando-me possibilidades em torno dos cuidados domiciliares que envolvem práticas semelhantes aos estudos cultivados desde os anos iniciais de formação. Sugeriu-me o Programa Melhor em Casa (PMC), um programa de atenção e internação domiciliar, recentemente criado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e já bastante reconhecido nos municípios vizinhos. Pesquisei e me apaixonei pela proposta.

Havia estudado bibliografias e teorias, o profissional psicólogo e os pacientes

envolvidos. O foco nos trabalhadores veio para dar continuidade ao entendimento sobre como lidar com as tantas adversidades no processo saúde-doença, vida-morte, pois isso sempre me inquietava. Como é a atuação desses profissionais que lidam com emoções tão próximas, tão reais? Estive no lugar do enlutado, da família e do profissional, mas eu queria mais, queria relatos, afirmações, mais e mais reflexões, e, quem sabe, para o doutorado, num futuro próximo, entender a realidade dos cuidadores, que são também tão importantes e parte efetiva desse processo.

Surgem, então, vários questionamentos para o leitor: por que impacto da convivência e por que sofrimento em atenção domiciliar? Reconheço que é um título bastante forte e acredito trazer questões maiores para nossa pesquisa - “Saúde do Trabalhador: Um estudo com profissionais que lidam com o sofrimento do outro na Atenção Domiciliar” -, como, por exemplo: Todos que estão na atenção domiciliar estão sofrendo? Mas, não é Programa Melhor em Casa de Atenção à Saúde Domiciliar? Por que a convivência com pacientes na atenção domiciliar causa impacto ao trabalhador? Pode ser que o título esteja impregnado de minhas impressões pessoais, mas sim, acreditamos que as pessoas que estão em atenção domiciliar carregam seus sofrimentos, suas dores físicas e emocionais. Consideramos ser impossível estar doente e não sofrer com preocupações e sofrimentos que não se limitam às dores físicas, já que o sofrimento é um sentimento que temos ao enfrentar as diversas adversidades da vida.

“Mas, não é Melhor em Casa?”. Nada melhor que a casa da gente, nossa cama, nossa comida, nossos laços afetivos, mas essas razões não excluem o sofrimento. O Programa Melhor em Casa de Atenção à Saúde Domiciliar atribui sentido de melhor acomodação, liberdade e companhias afetivas, por isso é um projeto de humanização, que busca qualidade de vida para pessoas que estejam com doenças fora de possibilidades terapêuticas de cura; para pessoas que estejam em condições estáveis, de reabilitação ou não, e que a permanência no ambiente hospitalar possa trazer risco de regressão do quadro, devido às possibilidades de infecções para doentes crônicos. Estes, por sua vez, precisam de cuidados paliativos, pois, apesar de não existir o risco de morte iminente, não há mais reabilitação ou pessoas que precisam de medicação por tempo determinado, ou monitoração de aparelhos de oxigênio e ventilação mecânica. Além disso, propõe a redução de gastos financeiros e maior oferta de leitos hospitalares para aqueles pacientes que realmente necessitam da estadia.

A pesquisa foi desenvolvida em setores públicos que oferecem o Programa Melhor em Casa de Atenção à Saúde Domiciliar, vinculado ao SUS. Há dupla

motivação para a realização do estudo. A primeira diz respeito à motivação pessoal, que é dar continuidade às atividades desenvolvidas na área de Saúde especialmente, aquelas ligadas às pessoas em condições de saúde delicadas e incuráveis; e que carregam emoções e sentimentos conflitantes. A segunda motivação consiste em contribuir para estudos da temática, destacando os cuidados necessários para a saúde do trabalhador, os quais estão ligados aos serviços de ordem emocional, tão invasiva e desnuda, e que podem trazer sentimentos conflitantes em sua vida pessoal e profissional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 METODOLOGIA	32
2.1 Delineamento do Estudo	32
2.2 Etnografia.....	32
2.3 Entrevistas semiestruturadas	36
2.4 Grupo Focal.....	37
2.5 Questionários.....	39
2.6 Participantes do Estudo	39
2.7 Análise de Dados.....	40
2.8 Aspectos Éticos	41
3 O PROGRAMA MELHOR EM CASA NO MUNICÍPIO MINEIRO	42
3.1 Público Atendido	45
3.2 Atenção Domiciliar	48
3.3 Relação com os Cuidadores.....	53
3.4 Serviços Oferecidos	56
4 PERFIL DOS TRABALHADORES DO PMC	60
5 TRABALHANDO NO MELHOR EM CASA.....	72
5.1 Organização do Trabalho	72
5.2 Condições de Trabalho	85
5.3 Motivação para atuar no PMC.....	94
5.4 Habilidades Valorizadas	99
5.5 Trabalho em Equipe.....	102
6 SAÚDE DO TRABALHADOR.....	110
6.1 Olhares sobre a Saúde	113
6.2 Impactos do Trabalho na Saúde	118
6.3 Estratégias de enfrentamento.....	130
6.4 O valor pessoal do trabalho	137
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS	153
ANEXO – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA	167
APÊNDICES.....	169
Apêndice A - Modelo de TCLE para profissionais das equipes do PMC.....	169
Apêndice B - Modelo de TCLE para coordenadores/gestores do PMC	171
Apêndice C - Roteiro para entrevista semiestruturada com coordenadores do PMC	173

Apêndice D- Roteiro para condução do grupo focal com profissionais do PMC	174
Apêndice E- Questionário aplicado aos profissionais das equipes do PMC.....	175

1 INTRODUÇÃO

*“E a atitude de recomeçar é todo dia, toda hora,
é se respeitar na sua força e fé,
e se olhar bem fundo até o dedão do pé”
Gonzaguinha.*

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de assistência à saúde disponível em vários países. Segundo Duarte e Diogo (2000, p. 62), diversos fatores contribuíram para o aparecimento e crescimento dessa modalidade, sendo motivos importantes a transição demográfica, a mudança no perfil epidemiológico da população, os custos crescentes da hospitalização, o desenvolvimento tecnológico e, sobretudo, “a exigência por maior privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde, além da necessidade de maior integração da equipe profissional com o cliente e sua família”.

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº11, atenção domiciliar é um “termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio” (BRASIL, 2006, p. 02). Lacerda et al. (2006) afirmam que tal modalidade engloba todas as outras, como atendimento, internação e visita domiciliar em uma única ação, em prol do processo saúde-doença-cuidado. A atenção domiciliar é considerada uma modalidade nova de atenção à saúde:

[...] substitutiva ou complementar às já existentes caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013, p. 01).

A assistência domiciliar é característica do cuidado com a saúde, desde tempos imemoriais, conforme Tavolari, Fernandes e Medina (2000). Para os autores, a assistência era dada pelos médicos de família, pelos enfermeiros e farmacêuticos. No Antigo Egito, século XII antes de Cristo (AC), Imhotep, um médico famoso da época, contava com local para atendimento e realizava o mesmo em casa. Já Asklépios, na Grécia Antiga, foi chamado a viver com os deuses, sobretudo por ser um médico lendário, que realizava curas. Por conseguinte, seus discípulos deram continuidade aos seus conhecimentos, criando templos com medicações e materiais que nos remetem aos primórdios dos hospitais.

Hipócrates, diante da efetividade do atendimento domiciliar, escreveu no século V AC o “Tratado sobre os ares, as águas e os lugares”. No final do século XVII, o fundador da Homeopatia, Samuel Hanneman, abandonou sua carreira por acreditar que

“o médico é o homem que vai atrás do enfermo, sem descanso, os busca, luta desesperadamente contra a enfermidade, se instala à cabeceira do enfermo, de todos os enfermos, o maior número deles” (SARTON, 1998 *apud* TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000, p.15).

Amaral et al. (2001) relatam que a assistência domiciliar, de forma organizada, tem primeira referência no atual *New England Medical Center*, em 1796. Para Tavolari, Fernandes e Medina (2000), pode ter sido iniciada por um grupo de enfermeiras reunidas para desenvolver ações domiciliares no final do século XIX, em Boston. Em 1850, foi criado o programa *Public Health Nurse*, sob a liderança de Lilian Wald, destinado à promoção da assistência domiciliar. Lilian, que era enfermeira, “acreditava que a doença devia ser considerada em conjunto com o aspecto social e econômico” (AMARAL et al., 2001, p.112). Em 1898, Los Angeles e outros municípios, e, algumas vezes, o governo federal americano, converteram-se em financiadores da assistência domiciliar. Aos poucos, tais fundos foram direcionados aos departamentos de saúde oficiais.

Acredita-se que as iniciativas anteriores motivaram a mudança dos rumos históricos da saúde nos Estados Unidos da América (EUA), promovendo movimentos para a reforma dos modelos de saúde (AMARAL et al., 2001). Serafim e Ribeiro (2011) relatam que a atenção domiciliar surgiu nos Estados Unidos, a partir do final da década de 1950, influenciada também pela elevação dos custos hospitalares. Amaral et al. (2001) atribuem a criação de modelos de assistência domiciliar à diminuição das doenças contagiosas e ao aumento dos problemas crônicos, a partir de 1950. Em 1965, o *Medicare* modificou seu programa para proporcionar benefícios aos pacientes no atendimento domiciliar e logo foi seguido pelo *Medicaid* (programa estadual de assistência médica para os pobres), que incluiu atendimento domiciliar.

Ainda segundo os autores, a primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica nos EUA, criada por Dr. John Downes, em 1967, no *Children's Hospital* da Pensilvânia, teve um crescimento de 14 leitos, em 1974, rapidamente ocupados por crianças com dependência de tecnologia de longa duração. Em 1975, essa UTI transferiu para internação domiciliar a primeira criança em ventilação mecânica. No ano de 1979, o estado da Pensilvânia criou o primeiro programa de internação domiciliar, com assistência integral de médicos, enfermeiros e equipamentos (SERAFIM; RIBEIRO, 2011).

A primeira experiência da atenção domiciliar no Brasil foi realizada pelo Serviço

de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado em 1949. Segundo o Decreto nº 46.349 de 03 de julho de 1959, que aprova o regulamento do SAMDU, o serviço tinha “por finalidade prestar assistência médica de urgência, em ambulatórios e hospitais [...], bem como no domicílio ou local de trabalho” (BRASIL, 1959, p. 01). Conforme o Decreto, esses serviços eram oferecidos aos segurados dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, Comerciais, Bancários, Marítimos e Empregados em Transportes e Cargos e da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos, sendo estes segurados ativos e inativos, seus dependentes, e aos pensionistas.

Em 1967, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo instituiu um programa bastante similar, com o objetivo de aumentar a disponibilidade de leitos para pessoas com maior necessidade (SERAFIM; RIBEIRO, 2011). Segundo Amaral et al. (2001), os serviços de atenção domiciliar eram divididos em dois grupos: o de assistência individual de enfermagem ou fisioterapia; e o grupo multiprofissional com olhar para o todo do paciente, cujo serviço era oferecido por instituições públicas e privadas.

Amaral et al. (2001, p. 113) apresentam a assistência domiciliar pela medicina moderna como “uma sequência de serviços residuais a serem oferecidos depois que o indivíduo já recebeu atendimento primário e prévio”, bem como tratamento e diagnóstico. Em adição, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a assistência domiciliar como

[...] a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna (OMS, 2003, p. 09).

Somente a partir de 1990 os convênios de saúde começaram a oferecer o atendimento e a internação domiciliar. Em 15 de abril de 2002, foi instituída a Lei nº 10.424, que regulamentou a assistência e internação domiciliar no âmbito do SUS, acrescentando capítulo e artigo à Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (SERAFIM; RIBEIRO, 2011).

A regulamentação subsidiou a estruturação e implantação dos serviços e programas no SUS em todo o território nacional nos últimos anos. Dentre os Programas, destaca-se o Programa Melhor em Casa (PMC), objeto de estudo desta pesquisa. O PMC é operacionalizado por equipes multiprofissionais, que atuam de modo territorializado, com foco na desospitalização e atenção domiciliar, e ofertam serviços

para diferentes públicos. A Atenção Domiciliar (AD) é conduzida em sintonia pela equipe e cuidador (BRASIL, 2016a).

O termo Atenção Domiciliar, como colocado nos regulamentos do Programa Melhor em Casa, pode ser confundido com assistência, internação ou atendimento. Apesar de pequenas diferenças conceituais, todos são uma forma de atenção à saúde. Segundo Amaral et al. (2001), a Assistência Domiciliar é um termo genérico para qualquer ação em saúde domiciliar, não levando em consideração objetivo ou complexidade, podendo abordar de casos simples de orientação aos mais complexos. Já a Internação Domiciliar compreende a utilização de aparatos da estrutura hospitalar em casa e está relacionada ao cuidado multidisciplinar e intensivo, usada em casos mais complexos. Por fim, o Atendimento Domiciliar é semelhante a um consultório, podendo oferecer serviços multiprofissionais em saúde ou não.

A Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, visa acrescentar o capítulo e o 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” (BRASIL, 2002, p. 01).

Logo, o capítulo IV define os procedimentos iniciais do Sistema, sendo que nessa modalidade haveria cobertura médica, enfermagem, fisioterapêutica, psicológica e social, entre outras que fossem necessárias ao cuidado integral dos indivíduos em seu domicílio. Há, ainda, a definição de que o atendimento e internação domiciliar seriam realizados em níveis preventivo, terapêutico e reabilitador, por equipe multidisciplinar, podendo ser realizados apenas por indicação médica, consentimento familiar e do próprio usuário (BRASIL, 2002).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, de 26 de janeiro 2006, dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar. Essa resolução, juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), define os requisitos mínimos para o funcionamento com segurança da prestação de serviços domiciliares, considerando que o gerenciamento da estrutura, dos processos e resultados é de responsabilidade do serviço, o qual deve se ater às exigências legais da RDC nº 11. Essa resolução, por sua vez, determina que todo serviço deve adotar a resolução e cumprir o Regulamento Técnico anexo à RDC e funcionar com licença sanitária local, além de atender a outras legislações vigentes (BRASIL, 2006, p. 01). Tal regulamento objetiva estabelecer os requisitos de

funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar, sendo aplicável aos serviços públicos e privados de assistência e internação domiciliar (BRASIL, 2006).

No Anexo da RDC são apresentadas definições importantes, como: a *admissão* em atenção domiciliar, que caracteriza o processo de indicação, elaboração do plano terapêutico e início da assistência ou internação domiciliar; a *alta*, que se define em função de uma internação hospitalar, estabilidade clínica, cura a pedido do paciente ou óbito; o *cuidador* é a pessoa responsável pelos cuidados com ou sem vínculo familiar; a *Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar* (EMAD) é a equipe técnica de profissionais com a função de prestar assistência integral no domicílio; a *Equipe Multiprofissional de Apoio Profissional* (EMAP) é a equipe técnica de profissionais com a função de apoiar a equipe principal no domicílio; o *Serviço de Atenção Domiciliar* (SAD) é uma instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização da assistência e/ou internação domiciliar; por fim, o *tempo de permanência* é o período entre a admissão e a alta/óbito (BRASIL, 2006).

Na trajetória da regulamentação da atenção domiciliar observamos três portarias importantes, sendo elas: nº 2029/2011, 2527/2011 e 963/2013. A Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Considera a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar. A mesma foi substituída pela Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, que altera critérios de funcionamento (BRASIL, 2011), logo revogada pela Portaria nº 963, de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

O Art. 3º da Portaria nº 963 apresenta o objetivo de reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência, emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, à humanização da atenção, à desinstitucionalização e à ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013). Conforme a mesma portaria, a Atenção Domiciliar (AD) é organizada em três modalidades de complexidade: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1); Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2); e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3). A modalidade AD1 é de responsabilidade de cobertura das equipes de atenção básica, com visitas regulares, uma vez por mês, destinada ao atendimento dos seguintes usuários:

Que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade

de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 (BRASIL, 2013, p. 05).

A modalidade AD2 atende o perfil de usuários que apresentem “problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção” (BRASIL, 2013, p. 05).

A modalidade AD3 abarca usuários com os perfis descritos nas modalidades anteriores, incluindo uso de equipamentos, ou seja, para sua inclusão é necessário um dos critérios de AD2 e uso de, no mínimo, um dos equipamentos/procedimentos: “a) Suporte Ventilatório não invasivo: (CPAP) Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas ou (BIPAP) Pressão Aérea Positiva por dois Níveis; b) diálise peritoneal; ou c) paracentese” (BRASIL, 2013, p. 06).

O SAD não admite o usuário “com necessidade de monitorização contínua; tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua” (BRASIL, 2013, p. 06). É de responsabilidade das equipes das três modalidades:

Trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde; identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades; abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar; elaborar reuniões para cuidadores e familiares; utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento; promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários; participar da educação permanente promovida pelos gestores; assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito; e apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no Município no qual atuam, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013, p. 04).

Para que um município possa oferecer o SAD deve apresentar alguns requisitos básicos, como: apresentar pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR); ter número, isoladamente ou por

meio de agrupamento de Municípios, de uma “população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”;

em segundo requisito estar “coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)”;

e, por fim, “possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra” (BRASIL, 2013, p. 02).

O SAD é composto por EMAD tipo I e tipo 2, e EMAP, devendo a última ser registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD e, também, para a constituição de uma EMAP (BRASIL, 2013). As EMAD são classificadas como EMAD tipo 1 e EMAD tipo 2, as quais se diferem pela carga horária de trabalho dos profissionais. Na EMAD I a equipe constitui-se por médico (40 horas), enfermeiro (40 horas), fisioterapeuta ou assistente social (30 horas) e auxiliares ou técnicos de enfermagem que totalizem 120 horas. Quanto à EMAD II, fazem parte da composição médicos (20 horas), enfermeiros (30 horas), fisioterapeuta ou assistentes sociais (30 horas) e auxiliares ou técnicos de enfermagem que totalizem 120 horas. As EMAP são compostas, no mínimo, por três profissionais que totalizem 90 horas, porém nenhum profissional da EMAP pode ter carga horária menor que 20 horas. Os mesmos podem ser escolhidos dentre assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 2013).

Para compor o SAD, os municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes contam com EMAD Tipo 1 e EMAP. Já os municípios com população entre 20.000 (vinte mil) e 40.000 (quarenta mil) habitantes contam com EMAD Tipo 2 e EMAP. Municípios que, agrupados, somem população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes contarão com EMAD Tipo 2 e EMAP e/ou apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2013).

As EMAD são referência em Atenção Domiciliar e deverão ser organizadas com base nos territórios do município. Cuidarão, em média, de 60 (sessenta) usuários para EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) para EMAD Tipo 2, e farão relação com os demais serviços da rede de saúde. Cada EMAD atenderá população adstrita de 100.000 (cem mil) habitantes, enquanto que em municípios com população menor atenderá a população total. Em caso de comprovação da necessidade, será indicada a implementação de EMAP, complementando as ações de saúde da AD. Os municípios que contarem com uma EMAD poderão adquirir uma EMAP e, a cada três EMAD implantadas, poderá ser implantada mais uma EMAP. Ainda, mais uma EMAD poderá ser implantada no caso

de o município atingir 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes. Da mesma forma, uma terceira EMAD, após atingir os 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, e continuar a implantação das seguintes, a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar vinculado a um estabelecimento de saúde. A EMAD realizará visitas regulares, no mínimo, 1 (uma) vez por semana. A EMAP por meio de critério clínico, quando solicitado (BRASIL, 2013, p. 06).

O trabalho dos profissionais deverá ser organizado pelo SAD para que os cuidados possam ser oferecidos de segunda a sexta-feira, com jornada de 12 (doze) horas/dia de funcionamento, garantindo a cobertura dos serviços nos finais de semana e feriados, com regimes variados de plantão, “de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde” (BRASIL, 2013, p. 04).

A Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013, dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Essa integração tem como objetivos: evitar internações desnecessárias; proporcionar abreviamento de internações, ampliando a oferta de leitos; humanizar os cuidados hospitalares; e possibilitar o acompanhamento no domicílio. Cada hospital que compõe o Programa SOS Emergências contará com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), a intenção do governo era implantar mil equipes principais de atenção domiciliar (EMAD) e quatrocentas de apoio (EMAP) em todas as regiões do país, até o ano de 2014 (BRASIL, 2013). Segundo Oliveira Neto e Dias (2014), a coordenação geral de Atenção Domiciliar apresentou dados sobre a implantação de quatrocentas e setenta equipes principais de atenção domiciliar (EMAD) e duzentas e quarenta e cinco equipes de apoio (EMAP) até 2014. Tais equipes representam uma cobertura populacional de quarenta e sete milhões de pessoas, num total de duzentos e cinquenta e seis municípios e de vinte e cinco unidades federativas.

Durante a coleta de dados para a pesquisa, fora estabelecida pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualizou as equipes habilitadas. Observa-se que tal portaria reformula informações importantes, complementando as existentes e acrescentando informações que não eram claramente identificadas na mesma.

Podemos perceber no Art. 2º da Portaria nº 825 que é acrescentada a palição ao

conjunto de ações desenvolvidas pela atenção domiciliar, lembrando-as como “prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados”. O mesmo artigo afirma a obrigatoriedade de um cuidador para o auxílio de necessidades e atividades cotidianas, “dependendo da condição funcional e clínica do usuário” (BRASIL, 2016a, p. 33). A condição do cuidador é retomada no Art. 13, segundo o qual a “admissão de usuários dependentes funcionalmente, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), será condicionada à presença de cuidador(es) identificado(s)” (BRASIL, 2016a, p. 34).

No Art. 4º da mesma portaria é redefinida a Atenção Domiciliar, que deverá ser “estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS (Rede de Atenção à Saúde)”. Além disso, a AD deverá “adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares” (BRASIL, 2016a, p. 33). A nova portaria inclui, no Art. 5º, a indicação da Atenção Domiciliar:

É indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2016a, p. 33).

No parágrafo único da Seção I é definido que fica facultado à EMAD tipo 2 a assistência apenas à AD2, caso não possua condições técnicas para o desenvolvimento das atribuições da AD3. No Parágrafo único da Seção III acrescenta-se que a EMAP deverá apoiar a EMAD nos dias úteis e finais de semana e feriados, quando necessário, em escala especial (BRASIL, 2016a).

O Art. 7º reformula a conduta dos profissionais da AD com o cuidador, ponderando sobre a necessidade de “identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo” e aprovando a necessidade de “promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares” (BRASIL, 2016a, p. 33).

A portaria resume a indicação da modalidade AD1 para o usuário que necessite

de menor intervenção multiprofissional, pressupondo estabilidade. Para AD2, com intenção de evitar hospitalização, e para AD3 consideram-se usuários com indicação de AD2, mais a necessidade de algum equipamento ou procedimento de complexidade e frequência de cuidado multiprofissional (BRASIL, 2016a).

A mesma esclarece a necessidade de organização territorial para referenciar as equipes de AD responsáveis e relacioná-las à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Enquanto o usuário estiver vinculado ao SAD, deverá fazer articulação e compartilhamento de informações e elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com a Atenção Básica, bem como articulação dos serviços com a RAS, “buscando evitar demanda direta dos usuários” (BRASIL, 2016a, p. 34).

A portaria acrescenta que aos municípios que tenham capacidade para implantação de mais de uma EMAD “fica facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados, compostos por EMAD responsável pelo cuidado de pacientes com características específicas, tais como equipes voltadas para o atendimento infantil e neonatal” (BRASIL, 2016a, p. 34). Essa é uma particularidade do município estudado.

Segundo o Diário Oficial da União, no país, até 26 de abril de 2016, eram contabilizadas 515 EMAD tipo 1, 82 EMAD tipo 2 e 325 EMAP, implantadas e habilitadas, o que mostra que a meta de 2014 não foi atingida, conforme colocado por Oliveira Neto e Dias (2014), mas que, possivelmente, será atingida no ano de 2017. O mesmo documento traz os números do município estudado: sete EMAD tipo 1 e três EMAP (BRASIL, 2016a). No relatório gerencial do Ministério da Saúde sobre o Programa Melhor em Casa constam 1.012 EMAD; 538 EMAP habilitadas, sendo que 409 EMAD e 211 EMAP ainda não foram implantadas até o momento (BRASIL, 2016b).

Nesse contexto de expansão e fortalecimento da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde, o presente estudo busca compreender a necessidade de cuidados para a promoção da saúde de profissionais que atuam na atenção domiciliar.

A pesquisa nasceu dos estudos da mestranda na área de psicologia, com pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Seguindo o percurso das emoções vivenciadas por todos os envolvidos no processo de cuidado, os caminhos levaram à inquietude de como os profissionais lidam com o sofrimento do outro no contexto domiciliar.

O contato intenso com os usuários, cuidadores e familiares em seus contextos de vida ampliam a compreensão do processo saúde-doença-cuidado e impactam na

produção da atenção à saúde. Os trabalhadores têm contato com variadas dinâmicas e demandas dos arranjos familiares em seu processo de vida, assim como com os desafios para a satisfação das necessidades humanas básicas. Por isso, os impactos da Atenção Domiciliar (AD) na organização do trabalho e na condição de saúde dos trabalhadores revestem-se de dupla relevância: 1) permite compreender as especificidades da AD; 2) permite compreender as múltiplas relações entre o trabalho e a saúde dos profissionais.

Pensando nos impactos gerados pela atenção domiciliar sobre a saúde dos trabalhadores, não foi encontrada bibliografia específica que saliente a importância do cuidado com a saúde dos profissionais e que esteja ligada diretamente ao cuidado domiciliar. Portanto, ao longo deste trabalho, pretende-se abordar impactos citados pelos participantes da pesquisa e contribuições de outros estudos.

O objetivo geral desta pesquisa foi compreender os impactos do trabalho na AD e do contato com o sofrimento do outro sobre a saúde de trabalhadores de equipes do PMC, em município mineiro.

Os objetivos específicos consistiram em:

- conhecer a composição das Equipes do Programa Melhor em Casa, a organização do trabalho e o perfil dos trabalhadores;
- identificar o modo como os trabalhadores compreendem o público atendido, as singularidades do cuidado no espaço domiciliar e seus impactos na saúde do trabalhador;
- conhecer as estratégias individuais e grupais desenvolvidas para lidar com o sofrimento gerado pela convivência com o sofrimento do outro, sejam usuários ou cuidadores;
- verificar a existência de iniciativas governamentais para promover a saúde dos trabalhadores.

A dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro, intitulado “Metodologia”, descreve os métodos, instrumentos de coleta e procedimentos de análise de dados. Nele também são apresentados a composição dos participantes do estudo e os preceitos éticos.

No segundo capítulo descrevemos o campo onde se realizou a pesquisa. Há uma caracterização do Programa Melhor em Casa, do perfil dos usuários, cuidadores e dos serviços oferecidos. No terceiro capítulo abordamos o perfil dos trabalhadores que atuam nas dez equipes do PMC do município estudado.

O capítulo “Trabalhando no Melhor em Casa” contempla a organização e as condições de trabalho, as habilidades consideradas pelos participantes como necessárias ao trabalho em equipe e as motivações para o trabalho.

No último capítulo, “Saúde do Trabalhador”, são analisados os modos como os trabalhadores do PMC compreendem os impactos do trabalho na saúde do trabalhador, as estratégias utilizadas para o enfrentamento das questões relacionadas ao serviço e as formas de reconhecimento e valorização do profissional da atenção domiciliar. Nas Considerações Finais sistematizamos as reflexões oportunizadas pela pesquisa e ponderamos sobre as possibilidades para promover a saúde dos trabalhadores do PMC.

2 METODOLOGIA

*“Há quem fale que a vida da gente, é um nada no mundo,
É uma gota, é um tempo, que nem dá um segundo,
Há quem fale que é um divino mistério profundo,
É o sopro do Criador, numa atitude repleta de amor”.*
Gonzaguinha.

2.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo exploratório e explicativo, desenvolvido com a triangulação de métodos. Minayo (2005, p. 71) assinala a importância de lembrarmos que

[...] a triangulação não é um método em si. É uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados [...]. Esta abordagem teórica deve ser escolhida quando contribuir para aumentar o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar (MINAYO, 2005, p.71).

Neste estudo, a triangulação envolveu métodos qualitativos e quantitativos. Quanto à metodologia qualitativa, foram adotadas as seguintes técnicas para coleta de dados: etnografia, grupo focal e entrevistas semiestruturadas. Tal opção metodológica derivou do entendimento de que, para avaliar e analisar essa relação ocupacional, psicológica e social, e que envolve o trabalhador profundamente na vida de um “outro”, é fundamental garantir a compreensão ampliada do seu processo de trabalho e das percepções dos profissionais das equipes. Por outro lado, a metodologia quantitativa foi empregada na sistematização e análise dos dados obtidos, incluindo questionários referentes ao perfil dos profissionais do PMC.

A seguir detalhamos cada uma das técnicas empregadas no estudo.

2.2 Etnografia

A etnografia permitiu a aproximação com os profissionais e a compreensão da organização do trabalho, bem como a interação com os usuários e cuidadores no contexto domiciliar.

A prática etnográfica não se resume em “estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário”. Segundo Geertz (1989, p. 07), “a etnografia é uma descrição densa”, onde o pesquisador etnólogo é envolvido numa “multiplicidade de estruturas conceituais

complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar”.

A experiência com a utilização da etnografia implicou na reflexão sobre como ela tem sido apropriada pelos estudos no campo da saúde. Para Geertz (1989, p. 04), “se você quer compreender o que é a ciência, você deve olhar, em primeiro lugar, não para as suas teorias ou as suas descobertas, e certamente não para o que seus apologistas dizem sobre ela; você deve ver o que os praticantes da ciência fazem”.

Na Antropologia, as autoras Costa e Gualda (2010) apresentam que a saúde é vista como um produto cultural, além de ser consequência de fatores sociais e econômicos, sobretudo por abarcar “um conjunto de ideias, conceitos, regras e comportamentos compartilhados em determinado grupo e que organiza a experiência da saúde e da doença nas distintas sociedades” (COSTA; GUALDA, 2010, p. 926). O antropólogo realiza seu trabalho partilhando o conhecimento adquirido através de um fenômeno observado. Tal observação consiste na descrição densa do “olhar e ouvir” interpretado pelo pesquisador. As interpretações e significados baseiam-se na observação do pesquisador, pois “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; [...] como uma ciência interpretativa, à procura do significado” (GEERTZ, 1989, p. 04).

O método etnográfico exige sistematização. Num primeiro momento é necessária a aproximação e imersão no campo. Em seguida, recomenda-se um distanciamento para a (re)construção da experiência e descrição, concluindo com o fazer antropológico de “(re)elaborar interpretações com o intuito de demonstrar a diversidade moral e cultural da humanidade” (COSTA; GUALDA, 2010, p. 931). Costa e Gualda (2010), reportando-se a Geertz (1989), afirmam que o texto etnográfico é original e convincente quando consegue apresentar que houve a imersão e aceitação do pesquisador pelo outro.

Conduzir uma pesquisa etnográfica implica em aguçar a sensibilidade, conforme descrevem Costa e Gualda (2010). Ter atenção meticulosa para tudo o que ocorre no contexto dos colaboradores e correlações dos valores próprios do pesquisador, que pode ter dificuldade em confrontar seus horizontes teóricos, autorreflexão e crítica com o desafio de incorporar vozes e motivações dos sujeitos às questões da pesquisa.

Nos meses de março e abril de 2016 foram desenvolvidas as atividades de

campo, com acompanhamento e observação do trabalho das equipes do PMC. Como descrito no item Sujeitos de Pesquisa, foram dez equipes do PMC no município estudado: sete mantidas pelo governo municipal e três do hospital vinculado à instituição federal de ensino. O trabalho de campo ocorreu em doze dias alternados, incluindo período matutino e vespertino de atividades, o que resultou no acompanhamento de dezesseis turnos de trabalho com profissionais, equipes e atendimentos diversificados.

Como critérios para escolha do(s) trabalhador(es) a ser(em) acompanhado(s), consideramos a diversidade de profissionais, tipo de equipe (municipal ou vinculada à instituição de ensino), turno de trabalho e, especialmente, disponibilidade do(s) mesmo(s). No município foi adotada a estratégia de acompanhamento de um profissional de cada profissão, sendo 10 (dez) categorias profissionais, enquanto nas equipes vinculadas à universidade foram acompanhados dois responsáveis pelo oxigênio e ventilação mecânica, e dois responsáveis pelo atendimento às crianças.

O trabalho de campo também foi realizado em dois contextos: o primeiro com as equipes do Programa Melhor em Casa, vinculadas à Secretária Municipal de Saúde, e o segundo com as equipes do PMC, vinculadas à Instituição Federal de Ensino (IFE) do município mineiro.

Na inserção junto às equipes mantidas pela prefeitura municipal, a mestrandia foi recebida com cordialidade. Observando o movimento de entrada e saída dos profissionais, eles pareceram pessoas unidas e alegres, um ambiente que, apesar de permeado pelos casos de saúde/doença, transparecia sentimentos bons. Em uma breve conversa, foi exposto que todos os profissionais que atuavam no momento estavam na equipe porque gostam e têm perfil para o trabalho domiciliar. Evidenciou-se o envolvimento dos profissionais para discutir determinado caso, onde todos são ouvidos a respeito do mesmo paciente. Os mesmos dedicam atenção via telefone, com orientações e apoio.

Inicialmente, o objetivo era acompanhar cada equipe, porém não sabíamos que eles não realizavam as visitas em grupo. Em geral, as visitas são realizadas individualmente, em dupla ou em trio. Diante disso, decidimos acompanhar uma visita de cada profissão, apesar de ter acontecido a repetição de profissionais devido às duplas. As equipes eram divididas em manhã e tarde, por isso, somente aqueles que têm dois vínculos no programa, ou que são únicos em sua especialidade, trabalham nos dois períodos. O acompanhamento das atividades dos profissionais ocorreu em dias e

horários alternados, de acordo com a disponibilidade dos trabalhadores.

A inserção em campo com as equipes mantidas pela IFE ocorreu em um segundo momento. Durante as atividades de campo com as equipes municipais ficou evidente a divisão das demandas: as equipes da instituição de ensino são responsáveis somente pela parte da pediatria e das doenças pulmonares avançadas, no uso de oxigênio terapia, de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, e antibioticoterapia de pacientes encaminhados pelo hospital de ensino; enquanto as equipes municipais atendem todas as outras demandas que não se enquadram nas anteriores descritas e antibioticoterapia encaminhadas pela rede de saúde e pelo hospital municipal, todos vinculados ao SUS.

A acolhida pelos profissionais foi muito boa e, desde o primeiro dia, percebi que são acostumados a dar detalhes dos procedimentos e diagnósticos que são realizados, pois recebem muitos estudantes e residentes. Então, mesmo sabendo que o foco no estudo era a organização e o trabalho no PMC, estavam constantemente me orientando sobre tudo que ocorria, mesmo não fazendo parte da minha área de atuação. Algumas vezes, eles queriam até minha opinião em determinado assunto.

A acolhida foi expressa na liberdade para relatar acontecimentos do trabalho e até da vida pessoal. Aprendi muitas coisas sobre o trabalho de cada um, aprendi procedimentos, nomenclaturas e, até mesmo, tipos de enfermidades que não conhecia. Houve, também, a oportunidade de observar a vida e o cotidiano de pessoas que precisam do serviço, pessoas carentes, muito carentes e outras nem tanto.

Durante o percurso da instituição até os domicílios, os profissionais expunham as condições do trabalho e as condições de vida das famílias e usuários. Eram moradias muitas vezes distantes, sem a menor infraestrutura, mas, apesar das condições precárias, as observações dos profissionais vinham sempre acompanhadas de elogios sobre a excelência do tipo de serviço que o programa oferece e sobre o amor que colocam em suas ações.

Ao chegar às casas, existe todo um universo sentimental, todo um envolvimento com a vida e família do outro, seus problemas, necessidades, angústias. As equipes são um ponto de apoio, querem dividir suas emoções boas ou ruins. Nesse período não foi observado nenhum trabalhador de mau humor ou que tratasse mal um paciente ou cuidador; sempre foram atenciosos, afetivos e pacientes. Contudo, eu senti o peso que é acumulado ao longo das visitas, tantos sentimentos de medo, incerteza, renúncia, dores e alegrias por pequenas conquistas, pois os trabalhadores têm que encarar os sentimentos e sofrimentos de muitas pessoas durante o dia, semanas, meses de trabalho.

Diante das especificidades do atendimento domiciliar e das demandas apresentadas por cada um dos usuários e familiares, não é determinada uma quantidade de atendimentos por dia, ou mesmo o tempo do atendimento. Os trabalhadores colocaram que não têm uma meta de atendimentos e que estes variam de dois a seis por período (manhã ou tarde). O foco é o bom atendimento e como são colocados, pela norma do programa, todos os usuários vinculados, os quais devem receber uma visita por semana, independente do profissional. No caso do médico, a diretriz é uma visita por mês. O peso emocional também é proveniente do cuidado com toda a família, pois o profissional acaba cuidando de todos que estão em volta, ouvindo, orientando, buscando soluções.

As visitas são, muitas vezes, para orientar ou verificar a evolução, visto que as equipes são o apoio para os cuidadores que executam os procedimentos necessários. Segundo informações, nem sempre os profissionais são bem recebidos nos domicílios, pois os usuários têm expectativas que, comumente, não são o foco do programa. Um exemplo é a questão dos curativos, pois os usuários querem todos os dias alguém para fazê-lo, porém o procedimento é ensinado para que o cuidador execute e, dentro do possível, todos os materiais necessários são oferecidos pelo programa.

Os registros de campo foram digitados em formato Word® e totalizam 54 páginas¹. Ao longo da dissertação, há citações de trechos dos cadernos de campo indicados com a letra C. As falas diretas registradas no caderno de campo serão referenciadas com a letra C e seguidas pela indicação do número atribuído ao trabalhador (exemplo: C08 para trabalhador 08).

2.3 Entrevistas semiestruturadas

A técnica de entrevista semiestruturada é caracterizada pela utilização de um roteiro como norteador da interação e do diálogo com os sujeitos da pesquisa, entendido como um apoio, que traz segurança pela sequência das questões, e como um facilitador da abordagem do tema específico e da liberdade para o entrevistado colocar sua percepção e sua contribuição pessoal para cada questão (MINAYO, 2010).

Essa técnica foi utilizada com os coordenadores, de forma a favorecer a compreensão sobre a implantação do PMC, a organização das equipes e do trabalho, os

¹ Formato utilizado: letra *times new roman*, tamanho 12, espaço 1,5 entre linhas, alinhamento justificado. Tal formatação foi empregada também na transcrição das entrevistas e dos grupos focais.

serviços ofertados, público-alvo e, também, os desafios enfrentados para efetivação do Programa.

As entrevistas com os quatro coordenadores foram audiogravadas e transcritas na íntegra, totalizando 72 páginas. Importante destacar que os coordenadores também responderam ao questionário empregado para a caracterização dos trabalhadores do PMC. Ao longo do relatório, os trechos das entrevistas foram indicados com a letra E, seguida do número referente ao trabalhador (exemplo: E01 para entrevista com trabalhador 01, que atua como coordenador).

As entrevistas foram realizadas individualmente nos dias 25/04/2016, 26/04/2016, 27/04/2016 e 28/04/2016. Cada uma delas durou, em média, 45 minutos. Para esse processo foi utilizado o roteiro de perguntas do Apêndice C. Todas as informações foram audiogravadas e transcritas na íntegra. A experiência trouxe inúmeras contribuições e abarcou uma carga de confiança. Além disso, a reciprocidade do interesse transformou esse encontro numa relação de companheirismo, de trocas, de afetos, pois os coordenadores demonstraram seu amor e dedicação ao serviço prestado e abertura para a pesquisa.

2.4 Grupo Focal

A técnica de Grupo Focal (GF) foi empregada para obtenção de dados junto aos trabalhadores do PMC. O GF é uma conversa direcionada, com tema geral ou específico, com grupo pequeno e homogêneo. Valoriza as atitudes e opiniões individuais, e a capacidade de interação dos participantes.

Para sua realização, é necessária a presença de um animador e um relator. O animador é responsável por coordenar e organizar as discussões, enquanto o relator anota suas observações de todo o processo de interação e criação do grupo (MINAYO, 2010). A função de animador dos grupos focais foi desempenhada pela docente orientadora e pelo docente colaborador², pois, desse modo, a mestranda poderia se dedicar à observação do GF e ao registro sistemático da sessão, elementos que enriqueceram a análise dos dados das sessões.

Para o GF foi utilizado o instrumento de gravação de áudio e transcrição literal. Ocorreram três GF: dois com trabalhadores das equipes mantidas pelo governo municipal e um com os profissionais das equipes do PMC, atrelados à Instituição

² Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão, docente do PPGAT.

Federal de Ensino. Os temas norteadores do GF foram: características do PMC, perfil dos trabalhadores, trabalho em equipe, saúde dos trabalhadores (Roteiro para GF no Apêndice D).

O GF com trabalhadores das três equipes do PMC, vinculadas à instituição de ensino, ocorreu em 09/05/2016, das 11h20 às 13h00, em sala do hospital de ensino. Foram convidados doze profissionais, porém contamos com a presença de oito: dois enfermeiros, um fisioterapeuta, uma farmacêutica, três técnicas de enfermagem e uma assistente social³. O grupo foi acolhedor, preocupado com o sucesso do serviço, demonstrou companheirismo e respeito. Escutaram, aguardaram sua vez e passavam a palavra para o outro falar, mas colocaram que, às vezes, existiam estranhamentos e divergências de opiniões. Nesse encontro, dois profissionais se sobressaíram por maior conhecimento e maior experiência dentro do programa.

O primeiro GF realizado com as equipes municipais do PMC aconteceu em 09/05/2016, das 14h00 às 15h55, em sala da unidade de saúde, que é o ponto de referência do programa. Foram convidados treze profissionais e contamos com a presença de dez: três técnicas de enfermagem, duas fisioterapeutas, um psicólogo, uma fonoaudióloga, um médico, uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional.

O segundo GF com trabalhadores das equipes municipais ocorreu no dia 10/05/2016, das 8h00 às 10h10, no mesmo local do anterior. Convidamos quatorze profissionais e participaram onze: um assistente administrativo, duas médicas, três enfermeiras, uma psicóloga, um nutricionista, dois fisioterapeutas e uma técnica de enfermagem⁴.

Todos os grupos focais foram de extrema importância, ricos em detalhes e experiências únicas. Os trabalhadores nos doaram os sentimentos de acolhida e gratidão. Busquei algo que pudesse defini-los: “afetivos e efetivos”.

Visto que todos os participantes do GF preencheram o questionário empregado na caracterização dos trabalhadores do PMC, quando estes forem citados nos trechos das sessões serão utilizadas as letras GF, seguidas pelo número correspondente ao profissional (exemplo: GF08 para trabalhador 08).

³ Não contamos com a participação de médico e nutricionista, o que garantiria a diversidade de profissionais das equipes.

⁴ Para completar a variedade de profissionais do PMC, faltou a participação de assistente social e odontólogo.

2.5 Questionários

Durante o trabalho de campo foi aplicado o questionário (Anexo E) com o objetivo de caracterização dos profissionais, de sua atuação na área da saúde e no PMC, da utilização dos serviços de saúde e das condições de saúde. O questionário foi composto por uma questão aberta, a qual solicitava aos trabalhadores que indicassem uma característica positiva de sua prática no PMC.

Nas dez equipes do PMC totalizam sessenta e nove trabalhadores, incluindo quatro coordenadores. Todos os profissionais do PMC foram convidados a responder ao questionário estruturado. Destes, sessenta e dois (89,86%) aderiram à pesquisa respondendo ao questionário.

Segundo Nogueira (1977, p. 120), “o questionário é uma série de perguntas organizadas com o objetivo de levantar dados para uma pesquisa, cujas respostas são fornecidas pelo informante ou pesquisado sem assistência direta ou orientação do investigador”. Na visão de Gil (1999, p. 128), o questionário pode ser definido “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”.

Como meio de manter o anonimato, cada um dos questionários recebeu um número. Assim, quando forem citados trechos da questão aberta, apresentada ao final do questionário, os mesmos serão indicados da seguinte forma: Q08 para trabalhador 08.

A adoção do questionário na pesquisa decorreu da importância de realizar um mapeamento amplo do perfil dos trabalhadores do PMC no município estudado, objetivo facilitado por instrumentos que permitem uma exploração quantitativa.

2.6 Participantes do Estudo

O município estudado situa-se na região sudeste do país, em Minas Gerais. Como dito anteriormente, há dez equipes do PMC, as quais totalizam sessenta e nove trabalhadores, incluindo quatro coordenadores. Sessenta e dois (89,86%) trabalhadores aderiram à pesquisa e responderam ao questionário.

Os 4 (quatro) coordenadores concederam entrevistas semiestruturadas. Nas três sessões de grupo focal contamos com a participação de 30 (trinta) trabalhadores.

2.7 Análise de Dados

A análise dos dados obtidos com os questionários, aplicados aos sessenta e dois trabalhadores do PMC, foi conduzida por meio da utilização da Estatística Descritiva e do programa Statística®. Os dados são apresentados em gráficos e tabelas ao longo do texto.

A análise das entrevistas, dos grupos focais e da questão aberta constante no questionário autoaplicável ocorreu com o emprego da análise de conteúdo em sua modalidade temática. Para a autora Bardin (2011), análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que pretende analisar as comunicações por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, de forma a obter indicadores ou categorias que sejam quantitativos ou não, permitindo inferências de conhecimentos dessas mensagens. Essa técnica pode ser aplicada em diversos discursos, em variadas formas de comunicação e de diferentes naturezas. Minayo (2010, p. 304) coloca que essa análise “busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo”.

Bardin (2011) indica a sistematização do processo de análise, com os dados transcritos, através, primeiramente, da leitura flutuante. Como segundo passo, são definidos índices ou categorias que permitam o enquadramento das questões norteadoras ou temas. Diante desses temas que se repetem, são recortadas as falas “do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 2011, p.100).

Segundo Minayo (2010, p. 315), “a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto”. Esse tema representa um grupo de relações caracterizadas por uma frase, palavra ou, até mesmo, um resumo. Para análise temática é necessário identificar os núcleos de sentido que caracterizam a comunicação e que a presença e frequência desses núcleos tenham significado para o objeto de estudo.

Durante a análise temática foram identificadas cinco categorias. O Quadro 1 apresenta as categorias e os subtemas identificados na análise temática.

Categorias Temáticas	Subtemas
Características do PMC	Público Atendido
	Atenção/Cuidado Domiciliar
	Relação com os Cuidadores
	Serviços Oferecidos
Perfil dos Trabalhadores	Características dos Profissionais

Trabalho no PMC	Organização do Trabalho
	Condições de Trabalho
	Motivação para atuar no PMC
	Habilidades Valorizadas
	Equipe do PMC
Saúde dos Trabalhadores	Percepções de Saúde
	Impacto do Trabalho na Saúde
	Estratégias de enfrentamento
	Reconhecimento/valorização/aprendizados

Quadro 1: Categorias temáticas e subtemas.

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

2.8 Aspectos Éticos

Espera-se que a participação na pesquisa, especialmente pelas metodologias e os instrumentos de coleta de dados adotados, tenha contribuído para que os trabalhadores e coordenadores do PMC reflitam sobre a convivência com o sofrimento do outro, usuários e familiares, e sobre a necessidade de estratégias de enfrentamento e compreensão de tal sofrimento. Assim, a participação na pesquisa pode ensejar mudanças nos modos de enfrentar o seu sofrimento e o sofrimento do outro, em busca de melhores condições de saúde no trabalho.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) para análise. A pesquisa obteve parecer favorável do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o n. 51195315.9.0000.5154, em 11 de dezembro de 2015 (Anexo).

Em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e os instrumentos para coleta de dados. O convite para participar do estudo foi realizado de modo coletivo e, depois, individualizado. Cada participante assinou o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B).

As identidades dos participantes serão mantidas em sigilo pelo pesquisador em todos os produtos da pesquisa (dissertação, artigos, apresentações em seminários, dentre outros). Os nomes foram substituídos por números e serão eliminadas quaisquer informações que permitam a identificação dos sujeitos.

3 O PROGRAMA MELHOR EM CASA NO MUNICÍPIO MINEIRO

*“Eu queria ter na vida, simplesmente,
um lugar de mato verde, pra plantar e pra colher,
ter uma casinha branca, de varanda,
um quintal e uma janela, para ver o sol nascer”.*
Joran.

No município estudado, situado em Minas Gerais, na região sudeste do Brasil, o Programa Melhor em Casa teve início em abril de 2013. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população estimada em 2015 era de, aproximadamente, 660 mil habitantes (IBGE, 2015)⁵.

O município conta com vários pontos de acesso à saúde, como o Hospital Universitário, que é referência para outros municípios. O IBGE (2015) apresenta que, em 2009, eram 228 serviços de saúde privados, 81 serviços municipais, um estadual e três federais para atender a população.

Os atendimentos da Atenção Primária são oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades do Programa Saúde da Família (UPSF) e Unidades de Atenção Integrada (UAI). As 73 equipes saúde da família (ESF) são distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde e quatro Unidades de Apoio à Saúde da Família, sendo que cinco equipes são da zona rural e uma itinerante.

Já os atendimentos da atenção secundária são oferecidos também pelas Unidades de Atenção Integradas e pelos Serviços Municipais de Fisioterapia, Oftalmologia, Fonoaudiologia, DST/AIDS, Saúde do Trabalhador, Atenção aos Diabéticos e Programa de Lesões Labiopalatais da Universidade Federal. Na área da atenção psicossocial há destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os casos de alta complexidade são atendidos no Hospital Universitário e Hospitais Privados⁶.

As equipes do Programa Melhor em Casa fazem parte do serviço de Atenção Primária. Não contam com sede própria e são caracterizados enquanto equipes itinerantes. Conforme Portaria nº 1.208/2013, descrita anteriormente, o Programa Melhor em Casa integra o Programa SOS Emergências e compõe, também, a Rede de Atenção às Urgências.

O Programa Melhor em Casa tem dois vínculos no município: com a Secretária

⁵ Tais informações foram coletadas no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Não será indicado nas referências para evitar a identificação do município estudado.

⁶ Tais informações foram coletadas no site do município. Não são indicadas nas referências para evitar a identificação do município estudado.

Municipal de Saúde e com a Universidade Federal. No vínculo municipal, o programa é composto por 05 (cinco) Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e por 02 (duas) Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); no programa da universidade são 02 (duas) EMAD e 01 (uma) EMAP, totalizando dez equipes, sete de equipes principais e três de apoio.

Segundo informações colhidas durante a pesquisa, essas equipes têm em comum um de seus membros da coordenação, pessoa que tem dois vínculos trabalhistas, um com a prefeitura e outro com a universidade. No município, as equipes são coordenadas por uma equipe colegiada, composta por três coordenadores, sendo eles um fisioterapeuta, uma enfermeira e um médico. Os dois últimos assumem a parte operacional e participam ativamente da assistência domiciliar, enquanto o primeiro participa de atividades administrativas, sendo ele também parte da coordenação das equipes da universidade. A coordenação das equipes vinculadas à universidade é conduzida por dois coordenadores, ambos fisioterapeutas. É interessante destacar que todos os coordenadores tiveram suas trajetórias profissionais na atenção domiciliar.

Devido à coordenação de ambas as equipes terem um profissional em comum, o qual participou do processo de implantação e vinculação ao Programa Melhor em Casa do SUS, foi possível uma interessante divisão de responsabilidades, pois as equipes da universidade atendem casos de crianças, ventilação mecânica, oxigênio terapia e antibioticoterapia, enquanto as equipes municipais atendem todos os outros tipos de demanda não vinculados anteriormente e, também, antibioticoterapia.

Tal composição decorreu do fato de a universidade contar com o Programa de Assistência Domiciliar (PAD) desde março de 1996, ou seja, há 20 anos e um mês. Em abril de 2013, ao implantar o PMC no município, as equipes da universidade foram vinculadas ao programa que tem um repasse de verba próprio e, assim, passaram a não depender exclusivamente dos recursos do hospital de ensino. As equipes da universidade foram escolhidas para atender especialidades em decorrência dos profissionais capacitados em ventilação mecânica (não invasiva e invasiva) e oxigênio terapia, que também se vincula aos problemas pulmonares. Como a universidade possui ambulatórios e enfermaria pediátrica e neonatal, as crianças atendidas no PMC estão sob sua responsabilidade.

O município é dividido em cinco Distritos Sanitários (DS): norte, sul, leste, oeste e central. As EMAD municipais seguem essa divisão por serem cinco equipes, contando, então, com a cobertura completa, tendo nos cinco distritos atendimento pela

manhã e tarde. As EMAP não são divididas por distritos, já que contam com profissionais únicos em suas especialidades, e, por esse motivo, atendem todos os territórios. As equipes vinculadas à universidade cobrem todo o município. As duas EMAD são direcionadas aos casos de Adultos ou Infantis, recebendo apoio da EMAP.

As equipes contam com o repasse de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por EMAD tipo 1 e R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por EMAP, para contratação de pessoal, insumos e manutenção do programa. Para a EMAD tipo 2, a verba é de R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais), porém o município não conta com esse tipo de equipe⁷.

O fluxo de atendimento é característico de cada vínculo. O que há em comum é que somente são aceitos pacientes encaminhados pela Rede SUS, pois os pacientes de redes particulares são aceitos apenas por decisão judicial.

Todos da rede pública, quem é da rede particular, é porque entrou na rede particular via ministério público (GF08).

Os hospitais (municipal e universitário) e as Unidades de Atendimento Integral (UAI)⁸ fazem uma solicitação em formulário próprio do PMC encaminhando o paciente para o serviço. Tal solicitação é recebida pelo setor administrativo do PMC, que encaminha para a Assistente Social a realização da primeira visita, a qual tem o objetivo de verificar condições mínimas de estrutura para o cuidado domiciliar e, também, para a existência do cuidador, critério de admissão no programa.

Após a avaliação socioambiental, o médico ou o enfermeiro faz a visita para admissão do paciente no PMC. Esses profissionais verificam os critérios para admissão e, caso ocorra, são iniciados os procedimentos e encaminhamentos necessários para outros profissionais.

Nas equipes da universidade o fluxo é diferente. Caso o paciente esteja internado no hospital de ensino, a primeira avaliação é realizada no leito, onde os enfermeiros fazem o primeiro acolhimento e admitem os pacientes. Estes são logo encaminhados para as outras especialidades necessárias.

Para admissão do usuário ao SAD, é importante ressaltar que pelo Art. 20 da Portaria nº 825, de 26 de abril de 2016, é exigida prévia concordância do usuário, de seu familiar ou cuidador responsável para o atendimento/internação domiciliar (no caso de não haver familiar). Essa concordância é registrada com a assinatura do termo de esclarecimento e reponsabilidade (BRASIL, 2016a).

⁷ Valores referentes ao mês de abril de 2016.

⁸ É importante destacar que, no município estudado, a UAI é uma unidade mista que oferta serviços de pronto atendimento, ambulatorial e de atenção primária.

Como descrevemos anteriormente, o PMC é composto por dois tipos de equipes, sendo EMAD e EMAP. Nas equipes vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde pode-se contar com uma gama de profissionais, exceto o farmacêutico. Na universidade observamos a falta de fonoaudiólogo, odontólogo e terapeuta ocupacional, sendo que a função destes é exercida por profissionais de outros setores e estudantes residentes do hospital de ensino (Caderno de Campo, p. 01, 02/03/2016).

3.1 Público Atendido

Iniciando a análise dos dados obtidos, consideramos relevante, além de compreender as características do PMC, identificar e entender as impressões dos trabalhadores sobre o perfil dos usuários do programa. A Categoria Temática “Características do PMC” contém informações fundamentais para a compreensão do Programa. O subtema “Público Atendido” nos coloca a visão dos trabalhadores sobre os usuários assistidos pelo programa:

[...] pacientes crônicos e pacientes que teriam indicação de estar provisoriamente internados (E48).

[...] paciente de alta complexidade, com atendimento domiciliar, ou atendimento paliativo ou oncológico e não oncológico [...] com o quadro agudo, para uma reabilitação mais rápida, para ele não debilitar, ou paciente com alta complexidade, gravidade e início de terminalidade [...] (GF08).

[...] Nem todos em final de vida, mais cuidados paliativos, que a gente não consegue mais reabilitar e famílias com histórias muito sofridas [...] famílias com baixa autoestima, pacientes com qualidades de vida horríveis [...] Muito, muito grave (E54).

[...] paciente mais complexo, são pacientes que realmente precisam muito de um auxílio, de um acompanhamento profissional [...] A rotatividade é grande, mas tem pacientes ainda crônicos, que tem mais de um ano que tá com a gente [...] (E07).

[...] 90% dos nossos pacientes não são pacientes para reabilitar, em nenhuma área. São pacientes crônicos que a gente tá ali para capacitar o cuidador no cuidado, que são pacientes [...] que de alguma forma já desenvolveram algum tipo de dependência física e que aquilo não vai voltar (GF04).

Os relatos acima nos remetem às condições de saúde dos usuários, as quais, muitas vezes, são uma condição fora da possibilidade terapêutica de cura, o que traz consigo surpresa e dúvida por conta da não preparação para tais situações. Frente a essa

realidade, Maciel (2006, p. 384) afirma que “se o paciente não pode ser curado, podemos auxiliá-lo a ter uma vida com boa qualidade, aliviando seu sofrimento, integrando-o novamente na comunidade e na família”.

Em complemento, Rezende, Gomes e Machado (2014, p. 33) ressaltam que “é fundamental lembrar que o paciente está fora de possibilidade de cura, mas o cuidado e atenção, além da autonomia, devem ser considerados enquanto o mesmo estiver vivo”, tanto para a reabilitação ou manutenção de cuidado paliativo. Diante do desconhecido, “a família sente-se acuada [...], se culpa pelo estado do paciente e pela incapacidade técnica de poder ajudá-lo” (REZENDE, GOMES e MACHADO, 2014, p. 34). É nesse momento que o PMC acolhe e capacita os cuidadores e familiares para o cuidado necessário a cada particularidade do usuário. É necessário escutá-los com atenção, evidenciar a esperança e desmistificar a ideia de não haver mais o que se fazer (MACIEL, 2006).

Além das demandas por cuidados em saúde claramente explicitadas na Portaria nº 825, que norteia o PMC e que são descritas também pelos trabalhadores durante a pesquisa, o público atendido não tem um perfil psicossocial específico, visto que o SUS é para todos, independente de classe social, gênero, raça ou idade. A maioria dos trabalhadores coloca que a demanda elevada corresponde às pessoas desprovidas de condições sociais e econômicas, porém também há casos de pessoas com melhores condições.

Ah, bastante paciente carente, né? Com problema familiar, família desestruturada. No geral é o que a gente vê, né? Acredito. [...] Cultural. A gente chega tá uma imundície, a casa tá fedendo, mas pra eles, aquilo ali é o normal (GF41).

[...] a gente encontra a maior variedade possível que você pensar de cuidadores, de família, de baixa renda, de classe social muito privilegiada, a gente tem uma variedade imensa. Então, assim, qual que é a minha visão: não é fácil definir, retratar qual que é o nosso público [...] (GF51).

[...] a gente atende [o município] todo, [...] a gente faz a região sul é a região dita mais rica da cidade. Então, a gente já foi em casa de juiz, em casa, assim, de 3 andares [...] Mas a gente também vai lá na invasão, lá no barraco [...] são perfis extremos (GF06).

[...] na maioria são pessoas carentes, que não tem condições financeiras de manter o paciente [...] (Q12).

São muitos problemas sociais que a gente não consegue resolver (GF27).

[...] Desde que o encaminhamento venha do SUS, as portas estão abertas [...] (E54).

Siqueira (2011, p. 29), em seu estudo sobre a desigualdade social e acesso à saúde no Brasil, afirma que a “desigualdade em saúde pode ser explicada a partir da distinção socioeconômica persistente entre os grupos e indivíduos, fazendo com que se criem novas doenças e fatores de risco associados aos grupos socioeconômicos desfavorecidos”. Nesses grupos, os fatores socioeconômicos podem ser considerados as “principais causas da saúde e da doença, uma vez que elas podem ser associadas às melhores condições de moradia e trabalho, fato que se encontra diretamente ligado às condições de saúde/doença” (SIQUEIRA, 2011, p. 30).

Diante dessa perspectiva de limitações físicas e financeiras, entendemos que as pessoas nessas situações são aquelas que mais dependem de ajuda e cuidados de outras, diminuindo de alguma forma seu poder de decisão e, por vezes, dificultando os vínculos sociais. Por isso, é fundamental a atuação do PMC no sentido de oferecer uma atenção à saúde satisfatória, cujo trabalho é feito em conjunto com o Estado, a comunidade e a família (BRASIL, 2008a).

Eu acho que a grande sacada da equipe é essa: trabalhar com essa diversidade, não é só o paciente [...] você vai trabalhar com o cuidador que o cara contratou técnico já, que é muito mais fácil de você passar as coisas, pra tá fazendo o cuidado. E às vezes você vai na casa de paciente que é lá no [área de ocupação], que tem só uma lona, que você chega lá e se depara com tudo que tem resultado bom (GF11).

*[...] independente se o paciente é de uma classe muito alta ou muito baixa, **nenhuma família tá preparada para a questão do cuidado independente da classe social**, [...] a gente entra justamente pra poder tá tendo que capacitar essa família independente da classe social talvez eles vão conseguir desenvolver mais recursos ou menos recursos, mas os cuidados, que é o que a gente tá ensinando, vai ter que ser feito de igual maneira independente da classe (GF04, grifos nossos).*

Os trabalhadores expressaram com maestria o desafio posto às famílias: “*nenhuma família tá preparada para a questão do cuidado independente da classe social*”. Ocorre que o modo como cada família vivenciará o processo de adoecimento e cuidado é atravessado pelos determinantes sociais da saúde. Assim, um dos desafios do PMC é garantir que o atendimento seja feito com equidade, o que traz outros desdobramentos, posto que exige um olhar atento dos profissionais às condições de cada cuidador, usuário e família, de modo a organizar a atenção à saúde e a capacitação do

cuidador, garantindo a efetividade do cuidado. A fala de um dos profissionais no GF sintetiza esse desafio de modo lapidar:

Aquela casa que às vezes a rede de esgoto está passando dentro dela. [...] o intuito é o mesmo, desde a família rica à pobre, o intuito é fazer aquela família cuidar, independente do jeito, independente de como, se for o rico com cuidador particular ou aquele pobre que tem só esposa ou filha pra cuidar (GF03).

A equidade é um dos desafios de todo o sistema de saúde. Ocorre que, na atenção domiciliar, as condições de vida dos usuários e famílias são desveladas em cada uma das visitas, em cada uma das ações dos profissionais. Assim, essa compreensão, ampliada e contextualizada do processo de vida, impacta sobremaneira na organização do trabalho e na forma de atuação dos profissionais do PMC.

3.2 Atenção Domiciliar

Os trabalhadores também destacaram o modo como compreendem a Atenção Domiciliar. A análise do subtema “Atenção/Cuidados Domiciliares” evidenciou que, na perspectiva dos profissionais, o PMC oportuniza um cuidado ampliado do outro, de extrema qualidade, um diferencial em relação aos outros serviços de saúde.

O fato de poder compartilhar a vida do paciente, participar ativamente de seus problemas, não só do paciente, mas da família também. Muitas vezes o que eles sentem falta, não é do tratamento de saúde, mas da atenção e cuidado com que lidamos com eles (Q30).

A humanização da saúde. Levar o conforto e proporcionar de alguma forma a qualidade de vida para pacientes e seus cuidadores (Q47).

Essa compreensão nos leva à “humanização dos cuidados em saúde”, sendo considerada uma “assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional” (DESLANDES, 2004, p.07). Nos registros dos trabalhadores emergiu uma compreensão ampliada da integralidade, como pode ser percebida no seguinte trecho:

[...] Quando você vai para o domicílio, a família, o paciente e o ambiente em que ele vive, isso é integralidade [...] (E48).

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS, cujos sentidos têm mobilizado diversos autores. Ruben Mattos chama a atenção para a polissemia da integralidade e aponta que

[...] a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (MATTOS, 2001, p. 45).

O olhar dos trabalhadores do PMC sobre “*trabalhar com essa diversidade*”, com as necessidades individuais e de cada família, ressignifica o sentido do cuidado em saúde e, como aponta Mattos (2001), sinaliza um “conjunto de valores pelos quais vale lutar”. Logo, “assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, reconstruindo relações e significados” (BRASIL, 2004, p.7). Sobre isso, Lacerda (2000, p. 70) coloca que, diante da diversidade atribuída à integralidade, “as interações e ações que se vivenciam no contexto da casa, com clientes e familiares, possibilitam ao profissional a aquisição do aprendizado [...] servem de referência [...] dos diferentes contextos [...] que se encontram ao vivenciar o atendimento domiciliar” (LACERDA, 2000, p. 70).

Pinheiro (2001), por sua vez, coloca que a integralidade é um princípio de organização do processo em serviços de saúde e que busca ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de forma contínua. Esse princípio somente pode ser ampliado em conjunto e em diálogo com os diferentes sujeitos e suas diferentes percepções sobre as necessidades em saúde.

Mattos (2004) afirma que, para exercer a integralidade, é necessário sensibilidade às necessidades de saúde de cada contexto, pois ela nos permite visualizar como o processo saúde-doença vai além do campo biológico. Em outras palavras, “a integralidade do atendimento fica comprometida quando não se considera os usuários enquanto sujeito, portador de direitos e de opções de vida” (SCHIMITH; LIMA, 2004, p. 1491).

[...] aconteceu um óbito infantil na semana passada, a gente foi lá no Velório, chegou lá, a criança não tinha chegado ainda, a gente foi na casa dela, demos um abraço nela, choramos junto com ela, sabe. E tem mãe que tem uma criança e tá gestante e a situação financeira tá difícil, a gente dá um jeito, faz campanha e entrega cesta básica (GF51).

Segundo Paula e Marcon (2001, p. 136), “o vínculo efetivo entre serviços de saúde e família pode evitar o agravamento do quadro e a necessidade de (re)internação”,

reduzindo fatores negativos à saúde física e mental dos usuários e cuidadores. Para as autoras, no ambiente do domicílio “é possível compreender melhor suas crenças, práticas e valores sobre saúde e doença e necessidades de cuidado” (PAULA; MARCON, 2001, p. 136).

[...] uma das coisas mais singulares são os vínculos para quem trabalha na assistência domiciliar [...], por exemplo, eu tenho 50 pacientes no norte e 50 pacientes no oeste, eu tenho 100 pacientes. Esse vínculo acontece e você acaba se envolvendo com a família, acaba participando da rotina da família, então a gente pergunta “boa tarde, como vai?”, eles começam a trazer os problemas, porque eles veem a gente como alguém da família [...] (GF05).

O vínculo é observado como um atributo de extrema importância ao cuidado da saúde, porém, como expresso anteriormente, pode resultar em sobrecarga emocional para esses trabalhadores que lidam com diversos tipos de adversidades nas inúmeras famílias. Tais impactos serão explorados em outro momento do trabalho.

Cecílio (2001, p.116) diz que o usuário carrega uma “cesta de necessidades de saúde”, cabendo à equipe sensibilidade para desvendar a melhor forma de atender. O cuidado domiciliar permite que usuário seja cuidado em seu tempo, dentro de suas condições:

[...] Eu costumo dizer para a família que o paciente neurológico é uma caixinha de surpresa, cada dia é uma coisa nova que a gente escuta deles, que eles transmitem para a gente. Então, o legal é isso, esse processo de recuperação é legal. Então, a gente inicia a partir do que o paciente tem pra dar pra gente e flui, e funciona e eu acho que é esse o diferencial da equipe (GF03).

[...] eu gosto muito da parte domiciliar, porque você tá dentro do que é dele, você não tá tirando ele e colocando dentro do que é seu, [...] manter o equilíbrio [...] de você estar no ambiente físico, no ambiente total, assim, eu acho que é muito valioso você entrar (GF02).

Segundo Campos (1997), a eficácia das ações de saúde pode ser melhorada a partir do vínculo com os usuários. Esse acesso ao espaço do outro, o “entrar” em seu ambiente, em sua dinâmica familiar, singulariza o processo de cuidado e direciona o modo como o trabalho “fluirá”. Para Campos (1997), esse espaço possibilita a construção de vínculo, onde o usuário é reconhecido como sujeito que fala, julga e deseja. Merhy et al. (1997) acreditam que a humanização da assistência depende de uma relação que promova a acolhida, partindo de dois pontos: o do usuário e o do trabalhador. Um dos profissionais sintetizou essa interação do seguinte modo:

[...] às vezes o nosso plano não é o do paciente, então o paciente às vezes ele mostra pra gente aonde ele quer ir. Eu vou lá pensando mil

coisas, chega lá é outra coisa [...] (GF11).

Brunello et al. (2010) afirmam que os usuários são envolvidos pela proximidade e comprometimento das equipes, confiando-lhes informações íntimas que vão além do processo saúde-doença. A dimensão social do cuidado domiciliar foi abordada pelos profissionais como uma “quebra de paradigmas”, uma desconstrução de normas e preconceitos:

*Esse é um trabalho que **quebra paradigmas**, né? Que quebra preconceitos [...] essa visão nossa, do politicamente correto do que se espera dessa ou daquela família, dessa camada social ou daquela, do popular ou do burguês, né? Então, **esse trabalho desconstrói**, porque a gente vê que a dimensão de cuidado ela transcende, se tem grana ou não, a condição afetiva. [...] a gente se depara com N situações [...] às vezes você não tem uma condição social favorável, mas às vezes tem um afeto, tem respeito, tem dignidade, tem ética e você chegar em uma casa que existe abandono. E vice-versa também, né? A gente vai vendo que o cuidado, o abandono, tá em todo lugar, os atravessamentos sociais, a miséria, [...] tá pra todo lugar, [...] a violência tá em todo bairro, [...] a gente de uma forma vai buscando se adequar à realidade de cada família, né?(GF32, grifos nossos).*

E além da questão social, vejo tão peculiar, que às vezes tem famílias que tem 5 filhos e eles conseguem ter uma dinâmica de separar cada um responsável por uma coisa, por uma informação de um profissional que aquele filho vai lá fazer os exercícios que a fisioterapeuta passou, tem aquele filho que vai lá administrar a parte da dieta, já tem família que não, que tem um filho só que tem que se virar pra aprender [...] (GF02).

Tem família que tem 10 e não... não adianta nada (GF11).

[...] Tem família muito pobre que adere muito bem e a gente consegue um sucesso muito grande. Tem família rica que não adere em nada no tratamento e que delega para um técnico que não é cobrado e ele não vai pra frente. Então, eu acho que a adesão da família é o ponto chave aí do nosso programa (GF05).

Para Silva Junior (1998), o acolhimento e o vínculo são ferramentas para a estruturação da relação entre a equipe, usuários, familiares e cuidadores. Esse acolhimento oferece a solidariedade e a capacidade dos profissionais da equipe em transformar atendimentos comuns em vias de humanização no cuidado. Brunello et al. (2010) acreditam que o vínculo permite uma relação de escuta, diálogo e respeito, tornando essa aproximação efetiva no cuidado. Portanto, o cuidado domiciliar é cercado por suas dimensões sociais e seus diversos emaranhados de família, apresentando realidades que sensibilizam os trabalhadores.

[...] mexe com a parte humana da gente (GF03).

*[...] as realidades são diferentes, em família abastada que tem uma situação financeira diferenciada, às vezes a gente não vê um carinho, um cuidado que a própria família que faz. Às vezes a gente vai na casa de uma pessoa que não tem a situação financeira e a gente vê um cuidado maravilhoso, um carinho extremo, então cada família que a gente vai é uma realidade diferente em toda instância. Então, assim, a gente acaba tendo que lidar com isso o tempo inteiro, porque você já vai pensando numa coisa, chega lá, muda tudo. **Não existe algo pronto, não existe uma forma de bolo pronta, muito pelo contrário!** Você chega lá, você já chega pensando uma coisa, quando você volta, não tem nada a ver com aquilo que você tá pensando, muda tudo a estratégia (GF11, grifos nossos).*

A atenção domiciliar revela uma dinâmica em recorrente movimento, exigindo desses trabalhadores flexibilidade, criatividade e adaptações em diversas circunstâncias. Boff (1999) define lindamente que o “cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado se encontra o *ethos* fundamental do humano [...] identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir” (BOFF, 1999, p. 11).

Na sua clínica ele [o paciente] é adaptado do seu jeito, você molda ele do jeito que você quer. E da casa dele não, você que tem que se moldar, você que tem que se adaptar ali, se vira com o que tem, é isso que eu tenho para dar (GF03).

Criatividade [...] exemplo, reabilitar um paciente em uma clínica é muito diferente de reabilitar em casa. Tem muito menos recursos, né? E também não tem como levar uma clínica em casa [...] a maioria dos nossos pacientes não tem condições de reabilitação e quando eles têm, a gente encaminha para a rede, que é onde ele deveria estar. Mas [...] eles demoram um tempo para conseguir uma vaga na rede, então nesse tempo a gente tem que reabilitá-lo para que não haja muitas perdas e sem muitas sequelas que depois vão impedir a reabilitação dele posteriormente. Então, dentro desse contexto, a gente usa criatividade, a gente usa cadeira, a gente usa elástico, a gente usa o que a gente tem! (GF05).

O movimento da rede de saúde talvez não permita uma proximidade do profissional com o paciente e seu cuidador, enquanto que no PMC a proximidade é tanta que é retratada de forma diferenciada, sendo comparada ao vínculo familiar, já que existe uma atenção e um cuidado diferenciado.

No hospital é ala um, na residência, não, é o fulano de tal, a família tal (GF41).

[...] quando o paciente tá aqui internado, você consegue ver o paciente sozinho, assim, ou o paciente e mais um. Quando você vai para casa aí você consegue ver toda a questão: o paciente mais a

estrutura inteira: a casa, a família, os problemas, as dificuldades financeiras, as dificuldades de relacionamento, a gente adentra dentro de tudo isso e absorve toda aquela carga e a gente fica na responsabilidade de se meter no meio daquilo de achar algum lugar pra resolver e a gente faz isso, às vezes nem a família quer, mas a gente vai (GF42).

As relações de vínculo contribuem significativamente para a adesão do paciente à intervenção terapêutica, confiando nos profissionais e no serviço. O vínculo deve sempre ser extensivo aos cuidadores e familiares que são constituintes de parte do processo (BRUNELLO et al., 2010). Toda essa atenção impacta, ainda, na relação com os cuidadores que, muitas vezes, também precisam ser cuidados, geralmente até mais do que o paciente assistido, por viver com sobrecargas, dificuldades econômicas, sociais, afetivas e desgaste emocional, precisando necessariamente de apoio profissional.

3.3 Relação com os Cuidadores

A “Relação com os Cuidadores” também foi explicitada pelos trabalhadores do PMC. Todo o trabalho da equipe é fundamentado em um colaborador de grande importância, que é o cuidador, seja ele familiar ou formal. A Classificação Brasileira de Ocupações – CBO classifica o cuidador sob o código 5162, definindo o mesmo como a pessoa “que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar do ser”. Tais cuidados são oferecidos às pessoas com impossibilidades físicas ou mentais, com remuneração, no caso do cuidador formal, ou sem remuneração, no caso do cuidador familiar (ARAÚJO et al., 2011, 235). A evolução do cuidado fica nas mãos desses cuidadores, visto que a equipe do PMC é uma ponte de apoio e assistência, mas os cuidados diários são realizados pelos cuidadores.

[...] a adesão da família é 90% do nosso sucesso, né? Porque as orientações são feitas, mas se as famílias não aderem às orientações e não aderem ao programa enfim, a gente também não consegue progredir com esse paciente [...] (GF05).

Araújo et al. (2011) colocam que o cuidador é aquele que presta cuidados, com ou sem remuneração, a outra pessoa que necessite do cuidado, principalmente por apresentar limitações físicas ou mentais. Segundo Amaral et al. (2001, p.114), esse cuidador pode ser “um familiar, vizinho ou amigo da família, ou ainda um empregado contratado, cujo papel principal é cuidar [...] gerir os cuidados dos quais o paciente

necessita”. Quanto às funções e atividades, estas se referem à ajuda nos hábitos de vida diária, exercícios físicos, medicação via oral, higiene pessoal, passeios, atenção afetiva, entre outras. O cuidador presta um serviço essencial para a reabilitação, atendendo às necessidades cotidianas da pessoa fragilizada, “sobretudo no seguimento das orientações para a saúde, bem-estar, segurança, conforto e, ainda, no respeito e incentivo ao estímulo, à autonomia e independência” (ARAÚJO et al., 2013, p. 150).

Observamos grande vínculo afetivo e de confiança nessa relação, pois diante da proximidade com o cotidiano dos usuários, os trabalhadores sentem-se parte da família, sendo sensíveis aos momentos de alegria e tristeza.

Uma das coisas que eu acho mais gostosa da atenção domiciliar é isso: a gente se torna um membro da família deles, praticamente. Você tem liberdade com eles, você entra no banheiro deles, você tá no quarto. Então, assim, não é qualquer pessoa que penetra no seu lar, né? [...] a assistência nossa [...] é familiar mesmo. Acho que a maioria de nós já deve ter ido à casa do paciente fora do horário. E já fui muitas vezes, pra resolver alguma coisa, às vezes liga pra gente [...] (GF51).

[...] ninguém entra na nossa casa se a gente não queira. Isso pra gente enquanto profissional de saúde é um aprendizado [...] questão da cidadania, do direito do outro e até de não me querer lá [...] eu acho fantástico você tá na casa da pessoa, porque te dá uma visão de todo, assim! Você tá na casa da pessoa, a responsabilidade de tá ali, você conhecer a vida mesmo e participar de certa forma, né, ter um acompanhamento e entender ali da comunidade, como que essa vida é construída [...] (GF32).

Os cuidadores são atravessados por um processo de adequação e adaptação que gera conflitos e que, muitas vezes, os deixam perdidos, necessitando também da ajuda dos trabalhadores do programa. Para Martins (2006, p. 27), “o fato de um parente necessitar de cuidados no domicílio pode interferir no andamento natural do viver da família e, dependendo do papel que ele tenha nesse contexto, o adoecimento pode influenciar em maior ou menor proporção esse processo”. Freire, Campos e Boemer (2004, p. 355) reforçam sobre a importância de investir cuidados aos familiares: “o cuidador familiar está tão carente de atenção quanto o ser doente, às vezes até mais. Nem sempre estes cuidados envolvem restabelecimento da saúde ou retirar-lhe a carga, mas devem envolver amparo, carinho, suporte psicológico, educação, [...] e ajuda”.

No recorte a seguir do GF, um dos profissionais ressalta essa dificuldade vivenciada pelas famílias, especialmente pelos cuidadores:

A gente só não cria vínculo com o paciente, a gente cria vínculo familiar [...] quando o paciente chega em casa, ocorre um

desequilíbrio no eixo familiar, bagunça tudo né. Transforma a casa e aí eles vão tentando se adaptar, de que forma vai fazer, aonde que vão por o paciente, se é no quartinho do fundo ou se é na sala da frente, fica sempre essa questão e aí conversa, conversa e, na maioria das vezes, se concentra numa pessoa da família, normalmente uma mulher, geralmente ela tem 10 filhos, mas só um cuida, só um tá disposto a largar tudo e cuidar, não tem nem vida, às vezes o marido até larga, porque ela se dedicou demais a mãe lá na casa, ou não tem tempo pro marido porque tá cansada e fica exausta. E na maioria das vezes o que a gente vê é uma concentração na mulher e em um familiar só, né? [...] Tem homens também que cuidam (GF42).

A mudança de hábitos proposta pela nova condição de saúde do usuário altera as relações familiares anteriormente estabelecidas. As reações e atitudes frente ao cuidado são influenciadas pelos aspectos sociais, culturais, grau de afinidade com o doente e também pela “preparação da família para o evento, a estrutura social na qual está inserida, a intensidade e a forma como tudo transcorreu, etc.” (SILVA, 2003, p. 4).

A relação dos trabalhadores e cuidadores deve envolver uma parceria, que poderá facilitar a sistematização das tarefas realizadas em domicílio, proporcionando a promoção, prevenção e manutenção da saúde da pessoa cuidada e do seu cuidador. Tais medidas podem evitar hospitalizações ou outras formas de isolamento (BRASIL, 2008a).

[...] a maioria de nós já deve ter ido à casa do paciente fora do horário. [...] liga pra gente, a gente deixa o telefone com os pacientes, boa parte dos pacientes tem o contato da gente, então... inclusive as mães das crianças mandam “oh, tá precisando de alguma coisa aqui”, às vezes no WhatsApp mesmo [...] (GF51).

Essa relação, tanto para os profissionais como para os cuidadores e pacientes, tem um caráter terapêutico, contendo os mesmos elementos de outros relacionamentos humanos existentes. Quando estamos doentes, necessitando da ajuda e cuidado de um médico ou de uma equipe de saúde, buscamos criar nessa relação um clima de confiança (GONÇALVES; FIORE, 2011). Para Merhy (1994, p. 138), “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, nos sentindo responsáveis pela vida e morte do paciente”. Essa relação de confiança e responsabilidade pode ser observada nos trechos dos questionários e no GF:

[...] Vínculos estreitos devido à proximidade da família e rotina domiciliar [...] (Q16).

[...] proximidade dos profissionais com o doente e sua família, conhecendo sua história de vida e entendendo a dinâmica familiar (Q18).

Eu me sinto até acolhido pelos membros da família, mas eu acho que não é só eu, todo mundo! (GF43).

[...] mostra a confiança que eles têm na gente. Eles confiam na gente (GF38).

[...] eles sempre escolhem uma pessoa para confiar na equipe (GF01).

Conclui-se que a boa relação e comunicação entre profissionais de saúde e cuidadores são primordiais para o desempenho do cuidado, visando sempre o cuidado integral e o bem-estar do usuário.

3.4 Serviços Oferecidos

Quanto aos “Serviços Oferecidos”, podemos elencar uma diversidade de ações e atitudes, como: humanização, desospitalização, reabilitação, orientações diversas e muitos outros serviços prestados pelos trabalhadores do PMC.

[...] promoção de saúde e reabilitação dos pacientes, auxiliando também no tratamento dos familiares e cuidadores [...] (Q40).

Oferecer um atendimento de qualidade; Promover e/ou participar de reabilitação, recuperação de pacientes isentos no serviço; Atuar no processo de educação de Cuidadores e Familiares [...] (Q42).

[...] busca ativa de pacientes. Em apoio de matriciamento das equipes do hospital e desospitalização segura e efetiva, articulada e integrada com a rede de saúde [...] (Q45).

O acolhimento e a educação saúde-medicamento que constitui de um processo informativo sobre os medicamentos utilizados, que visa à aderência ao tratamento proposto, pelo paciente com abordagem ao acesso aos medicamentos na rede SUS [...] (Q46).

[...] proporcionamos melhor convívio social, integração com a família, [...], melhoramos a qualidade de vida dos pacientes e familiares; [...] Conseguimos treinar os cuidadores sejam familiares ou contratados para executar os cuidados com segurança e qualidade [...] (Q62).

Na análise da descrição dos serviços oferecidos foi perceptível a diferenciação entre as equipes municipais e as da universidade, tendo em vista a forma como foi definido o perfil da clientela de cada uma. Os trechos abaixo são elucidativos:

[...] O SAD (da universidade) ficou com pacientes em oxigênio terapia, domiciliar prolongada, [...] Oxigenação mecânica, invasiva e não invasiva, né, e com as crianças, pediatria. Sendo que na pediatria tem todo tipo de paciente. Tem paciente que é de

ventilação, que é de oxigênio, que é os dois combinados, que não é de nenhum dos dois [...] (GF51).

E os demais pacientes que não se enquadram nesse perfil são encaminhados para o SAD da prefeitura. A gente faz o atendimento também com antibioticoterapia. (GF51).

[...] E os pacientes que estão internados no hospital de clínicas que precisam do antibiótico domiciliar [...] do hospital de clínicas, precisou do antibiótico é nosso, de qualquer outro lugar da rede é o SAD do município (E54).

Mendes (1996, p. 151) afirma que “é necessário ir construindo, na prática social, os papéis do novo hospital, que tendem a limitar-se aos cuidados agudos e intensivos e à atenção ambulatorial de maior densidade tecnológica”. Portanto, a desospitalização para a atenção domiciliar vem quebrar paradigmas do modelo hospitalar e oferecer qualidade de serviço em novos espaços de atuação em saúde, incorporando os saberes técnicos, familiares e comunitários.

Podemos perceber que a desospitalização tem tomado força no campo da saúde e a atenção domiciliar vem para contribuir com esse processo. A desospitalização é um processo de humanização que busca melhores condições para a qualidade de vida de pessoas com internações prolongadas ou sem perspectiva de cura, o que sugere um aumento da adesão dos pacientes aos tratamentos. Para Ribeiro (2008), no termo qualidade de vida está implícito um juízo de valor, especialmente por não haver conceito único e universal de qualidade de vida, sendo este variável de pessoa a pessoa. Ou seja, para “tomar decisões baseadas também no conceito de qualidade de vida é necessário considerar os aspectos existenciais do paciente e de sua família, que constituem um complexo biossocioespiritual” (RIBEIRO, 2008, p. 82).

Existe uma equipe do SAD prefeitura, que faz a corrida de leito uma vez por semana, nessa equipe tem um médico, um fisioterapeuta, um psicólogo e lá eles vão identificando quais são os pacientes eletivos ao programa (GF43).

[...] acho que a maior intensão do hospital era aumenta o número de leitos, tirar o paciente crônico daqui e disponibilizar leito para alguém que está no pronto socorro precisando, enfermaria [...] e uma segunda intenção seria um conforto para a família do paciente que não tinha mais possibilidade de cura, por exemplo [...] (GF42).

No PMC, a desospitalização é um processo de alta com segurança, quando é fornecido suporte para a manutenção dos cuidados domiciliares. Segundo Vasconcelos et al. (2015), a desospitalização permite diminuir riscos de infecções, reduzir custos hospitalares e de assistência, melhorar a demanda de leitos, além de tornar o cuidado

humanizado por conta do convívio e conforto para o paciente e sua família no domicílio.

A humanização do cuidado reflete no âmago dos indivíduos, coloca-os frente à sua realidade, frente aos sentimentos mais profundos e verdadeiros. Para Frankl (2000), o ser humano é um ser em busca contínua de sentido ou significado para sua vida. Assim, compreender o sentido da vida no cuidado com a saúde está além das técnicas, supera o entendimento do ser humano como um todo, como é representado no mundo por sua identidade e história de vida. Logo, o significado da vida passa por nossos princípios e valores, carências e potencialidades, as quais norteiam nosso modo de ser (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003).

Frankl (2000) diz que não importa o que a gente espera da vida, mas o que ela espera de nós, sem abstrações. Ela espera nossas escolhas, responsabilizações, que não sejamos omissos e que possamos buscar respostas e soluções para nossas questões éticas e morais. Entre tantos dilemas, os profissionais de saúde são convidados a cuidar do ser em toda a sua amplitude, serem sensíveis e humanos. Para Pessini,

Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Essa sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros (PESSINI, 2003, p. 237).

O mesmo autor ainda coloca que a dor e o sofrimento necessitam de prioridade na hierarquia do sistema de saúde, pois cuidar significa afirmar o interesse e apoio pela condição do outro e seu bem-estar. Para ele, “o cuidado deve sempre ter prioridade sobre a cura pelas razões mais óbvias: nunca existe uma certeza de que nossas doenças possam ser curadas ou que nossa morte possa ser evitada” (PESSINI, 2001, p. 218).

Em relação aos tratamentos e acompanhamentos realizados pelas equipes do PMC, podemos perceber pelo trabalho de campo e trocas realizadas nos GF que é um trabalho significativo tanto para os pacientes e familiares, no sentido de melhores condições de cuidado, como para as unidades de atendimento em saúde.

Segundo Duarte e Diogo (2000), a economia no custo com a assistência domiciliar pode chegar a um terço comparado ao custo da assistência hospitalar. Dessa forma, os gestores hospitalares buscam otimizar as internações, reduzir o custo e oferecer mais atendimentos às demandas mais necessitadas.

[...] internado em casa, porque não corre risco de contrair infecções hospitalares, e de ser cuidado pelos próprios familiares, e sendo apoiado pela equipe do melhor em casa [...] (Q31).

[...] diminuimos o número de internações, [...] o índice de infecções se torna menor (Q62).

Esse é um impacto significativo do PMC. A implementação de modalidades alternativas de assistência à saúde visa reduzir a demanda por internações, pois “as famílias teriam um melhor apoio e a pessoa a ser cuidada seria mantida em casa convivendo com seus familiares, mantendo os laços afetivos” (BRASIL, 2008a, p. 11).

Diante disso, foram consideradas neste item as características do trabalho dos profissionais que atuam no PMC. No próximo item abordaremos o perfil dos trabalhadores do PMC.

4 PERFIL DOS TRABALHADORES DO PMC

*“Olha lá, quem sempre quer vitória e perde a glória de chorar,
Eu que já não quero mais, ser um vencedor,
Levo a vida devagar, pra não faltar amor”.*
Marcelo Camelo.

Para consolidar o perfil dos trabalhadores do PMC utilizamos o questionário como instrumento de coleta de dados. Nas equipes vinculadas à IFE, contamos com profissionais concursados, contratados, alunos da graduação e residência para estágios, enquanto as equipes municipais (EM) só recentemente iniciaram a acolhida de alunos para estágio e pesquisa.

Os dados obtidos com os 62 questionários estruturados permitiram uma caracterização do perfil dos trabalhadores do PMC. Nas equipes do PMC vinculadas à IFE, contamos com 24 profissionais, dos quais dois são coordenadores. Aceitaram participar do estudo respondendo ao questionário 23 participantes (95,8%). Nas equipes municipais (EM) há 46 profissionais, sendo três coordenadores. Houve adesão de 39 trabalhadores (84,78%)⁹. Em decorrência da elevada adesão dos trabalhadores à pesquisa é possível termos um mapeamento geral do perfil dos profissionais do PMC.

Nos dados obtidos, 73% dos profissionais se autodeclararam como “Brancos”, enquanto 23% são “Pardos”, 3% “Amarelos” e 1% “Negros”. Em relação ao estado civil, 47% estão em união (casado/união estável), 37% são solteiros e 16% separados/divorciados.

Quanto à religião, 56% são católicos, 24% espíritas, 13% evangélicos e 7% estão em outras religiões. A religião e a espiritualidade foram assuntos recorrentes durante a pesquisa, o que podemos perceber que são utilizadas como refúgio ou forma de enfrentamento de situações difíceis e, também, consideradas como forma de cuidado pessoal pelos trabalhadores e também pelos usuários e cuidadores. Murakami e Campos (2012, p. 362), em seus estudos sobre a religião e a saúde mental, afirmam que “a religião é uma expressão da espiritualidade, e espiritualidade é um sentimento pessoal [...] um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade”. Os mesmos autores também acreditam que essa crença pode estar associada às melhoras significativas em relação aos cuidados com a saúde.

⁹ Dentre os trabalhadores que não aderiram à pesquisa, temos: um profissional afastado por licença maternidade, um por licença de saúde com prazo indeterminado, quatro não concordaram em assinar o termo. Cabe esclarecer que um dos coordenadores está vinculado tanto ao município quanto à universidade. Nesse caso, foi contabilizado junto às equipes desta última.

Medeiros et al. (2014) percebem como a diversidade de gerações têm crescido atualmente e ocupado os campos de trabalho. Coexiste até quatro gerações ocupando o mesmo espaço, o que talvez possa apresentar conflitos organizacionais. Zemke (2008) aponta um choque organizacional entre as quatro gerações nomeadas, como: (i) Veteranos; (ii) *Baby Boomers*; (iii) Geração X; e (iv) Geração Y.

A faixa etária e o sexo dos trabalhadores das equipes do PMC que aderiram ao estudo são apresentados no Gráfico 01.

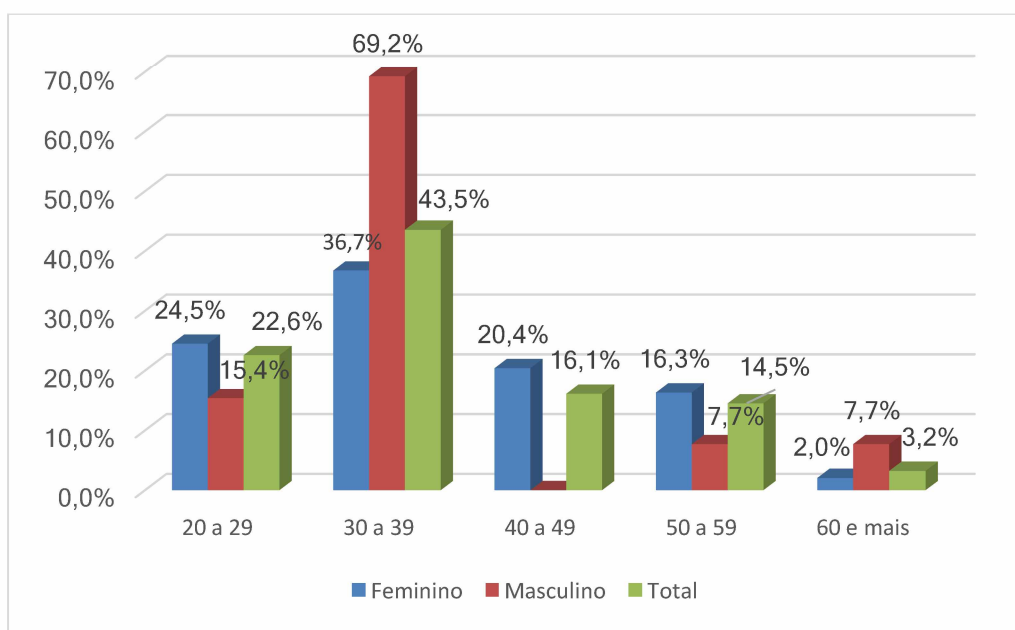


Gráfico 1: Faixa etária e sexo.

Fonte: Questionários aplicados aos trabalhadores do PMC.

Podemos observar que predomina o sexo feminino em quase todas as faixas etárias, com exceção da faixa de 30 a 39 anos, em que predomina o sexo masculino. Apesar da diversidade da idade dos profissionais, a faixa etária que prevaleceu é a de 30 a 39 anos de idade (43,5%).

O desgaste e o cansaço estão associados, também, à questão de gênero, elemento essencial para pensarmos a condição de saúde das trabalhadoras e que nos remete à estruturação social e à cultura heteronormativa e sexista. Para Medeiros et al. (2014, p. 06), a “diversidade de gênero está associada às comparações ou discriminações que ocorrem entre homens e mulheres não só no âmbito organizacional, mas também no meio social”. Apesar de um século de discussão sobre gêneros, ainda não é possível ver a igualdade, porém o cenário do trabalho insere mulheres de forma recorrente. No caso do PMC, podemos verificar a predominância do sexo feminino.

Pinheiro e Gois (2012) discutem que, apesar de ser notório o enquadramento das mulheres, os resultados ainda não significam uma equidade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres, seja em salários, hierarquia, oferta de benefícios sociais e trabalhistas. Observa-se a inserção das mulheres, porém pouco se vê essa inserção em cargos de destaque, como estratégicos ou gerências.

[...] além dessa sobrecarga que a gente tem aqui, a gente tem o outro turno. Muita gente é dona de casa, tem família e tudo mais. Então, acaba que além da sobrecarga do trabalho, tem outro, às vezes mais de um, às vezes dois, faz outros bicos e ainda tem a sobrecarga natural da família. Então, normalmente é muito cansaço, assim, eu me sinto uma pessoa cansada constantemente, eu nunca vou descansar (GF19).

Fernandes et al. (2013) acreditam que o campo da saúde ofereceu maior empoderamento feminino, observando o crescimento social da mulher no mundo, pessoal e profissional. Os mesmos autores levantaram questão referente a outros estudos que ainda atribuem ao homem maior percentual de trabalho remunerado. Contudo, eles acreditam que a jornada desse grupo masculino seja menor, ou reduzida devido à carga de trabalho doméstica, que ainda é responsabilidade principal da mulher.

O gráfico 02 apresenta a faixa etária dividida entre as equipes vinculadas à EM e à IFE.

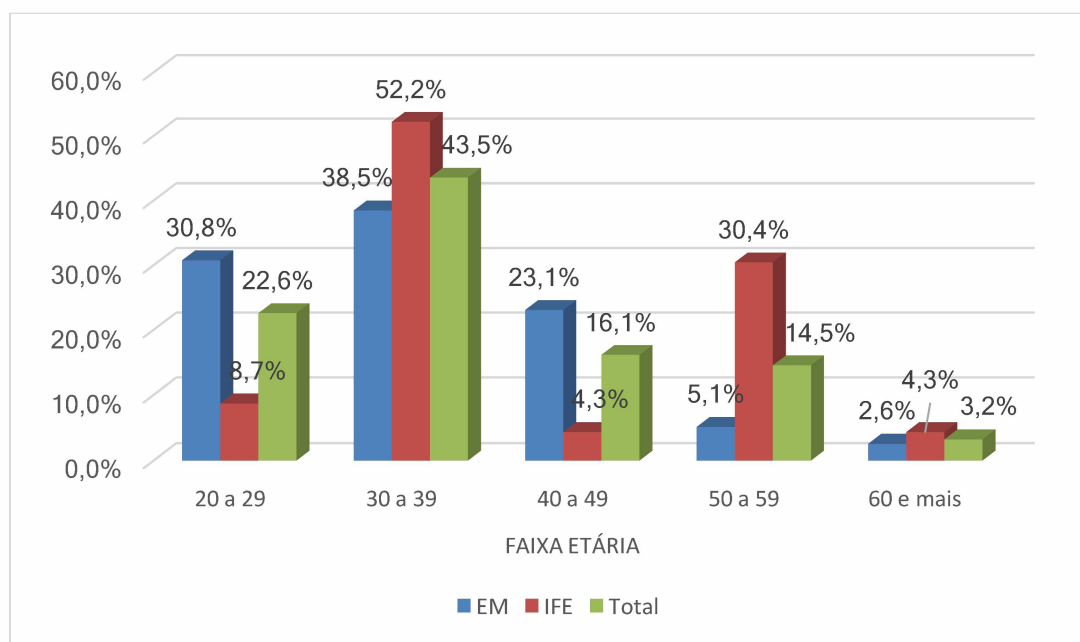


Gráfico 2: Faixa etária dos trabalhadores do PMC segundo tipo de equipe.

Fonte: Questionários aplicados aos trabalhadores do PMC.

Podemos identificar no Gráfico 02 que nos dois vínculos predominam a idade de

30 a 39 anos: 38,5% nas equipes municipais e 52,2% nas equipes da universidade. As EM têm profissionais mais jovens, entre 20 e 29 anos (30,8%), enquanto a universidade apresenta maior número (30,4%) de profissionais na faixa etária entre 50 e 59 anos de idade.

Outro dado importante é notado na comparação do tempo como profissional da saúde entre as equipes que compõem as EM e as IFE, conforme apresenta o Gráfico 03. Nas EM predominam profissionais com atuação de 6 a 10 anos na saúde (38,5%). Se somados àqueles trabalhadores com até cinco anos de atuação, totalizam-se 66,7%. Nas IFE há maior número de profissionais com extensa trajetória na área da saúde: 30,4% atuam de 11 a 15 anos; 26,1% de 21 anos ou mais. O Gráfico 03 apresenta o tempo de atuação dos profissionais no PMC e o relaciona ao tempo de atuação na área da saúde.

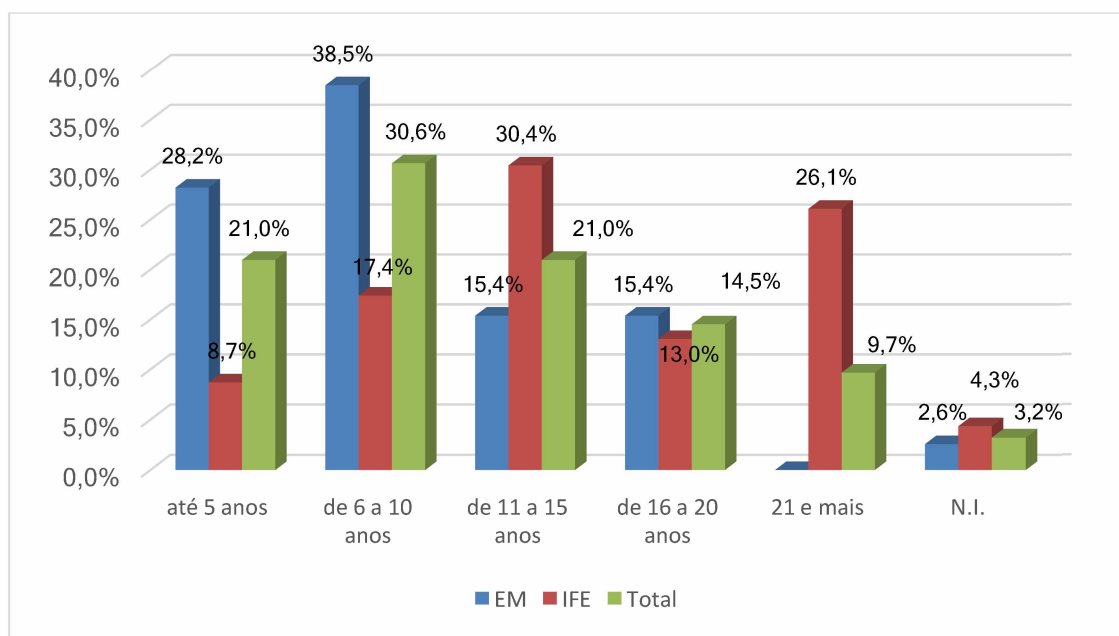


Gráfico 3: Faixa de tempo como profissional da saúde por tipo de equipe.

Fonte: Questionários aplicados aos trabalhadores do PMC.

Ao analisar os dados do Gráfico 04 foi possível identificar que 69,4% dos profissionais trabalham de dois a três anos no PMC, sendo essa porcentagem equivalente a 43 trabalhadores. Uma quantidade significativa de 16,1% trabalha no PMC acima de quatro anos, sobretudo em decorrência do tempo de existência das equipes vinculadas à instituição de ensino, as quais, como dito anteriormente, eram de duas décadas e um mês até o momento da vinculação ao PMC.

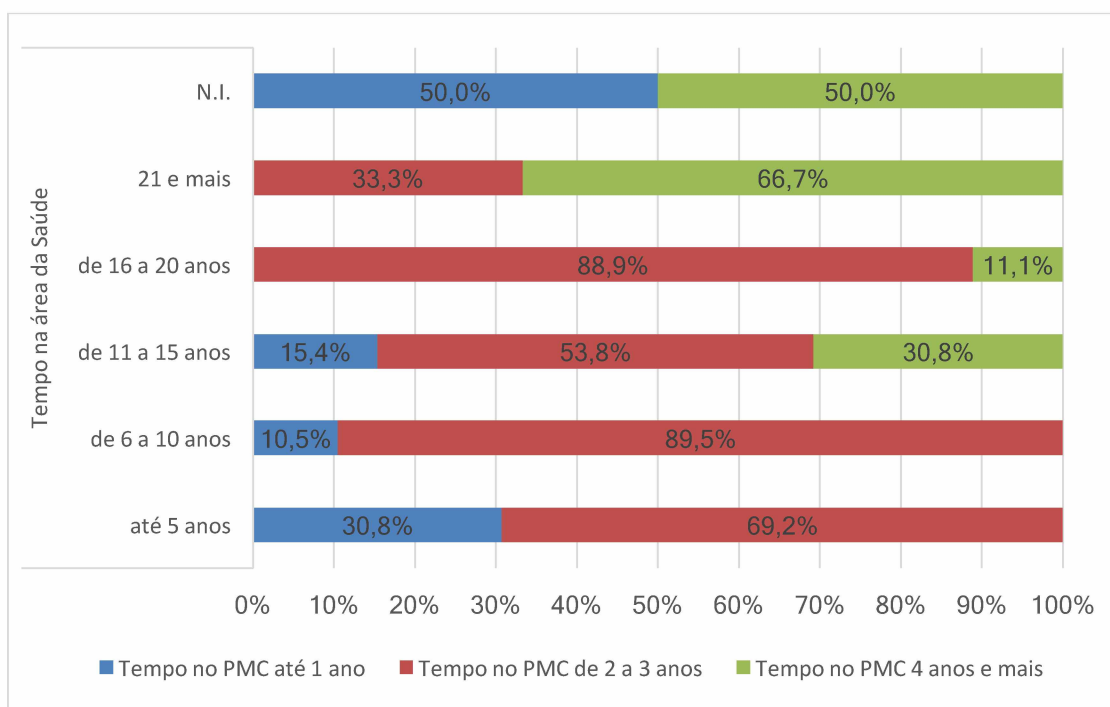


Gráfico 4: Tempo de atuação dos profissionais no PMC.

Fonte: Questionários aplicados aos trabalhadores do PMC.

O Gráfico 05 traz o tempo de atuação na área da saúde de todos os trabalhadores do PMC que aderiram à pesquisa. Identificamos uma variedade no tempo de experiência dos profissionais pesquisados e predominam (31%) trabalhadores na faixa de seis a dez anos de atuação.

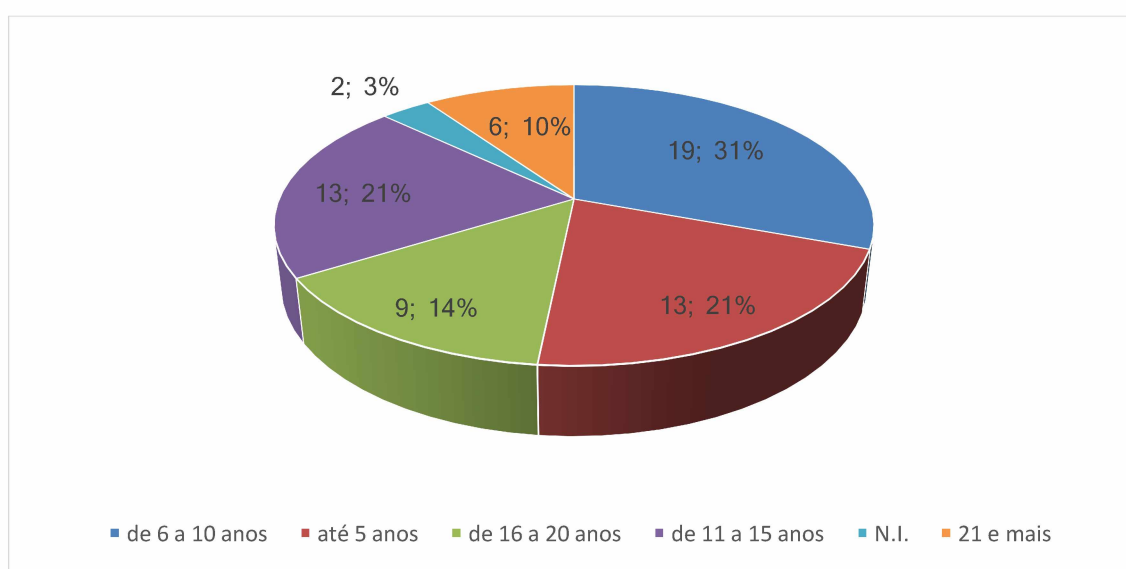


Gráfico 5: Tempo de atuação na área da saúde dos trabalhadores do PMC.

Fonte: Questionários aplicados aos trabalhadores do PMC.

Questionados sobre os vínculos de trabalho anteriores ao PMC, 71% dos

trabalhadores declararam já ter trabalhado anteriormente na rede pública. Como é possível visualizar no Gráfico 06, destes, 71% declararam vínculo anterior com a rede pública e 37% também obtiveram experiência com a rede privada anteriormente.

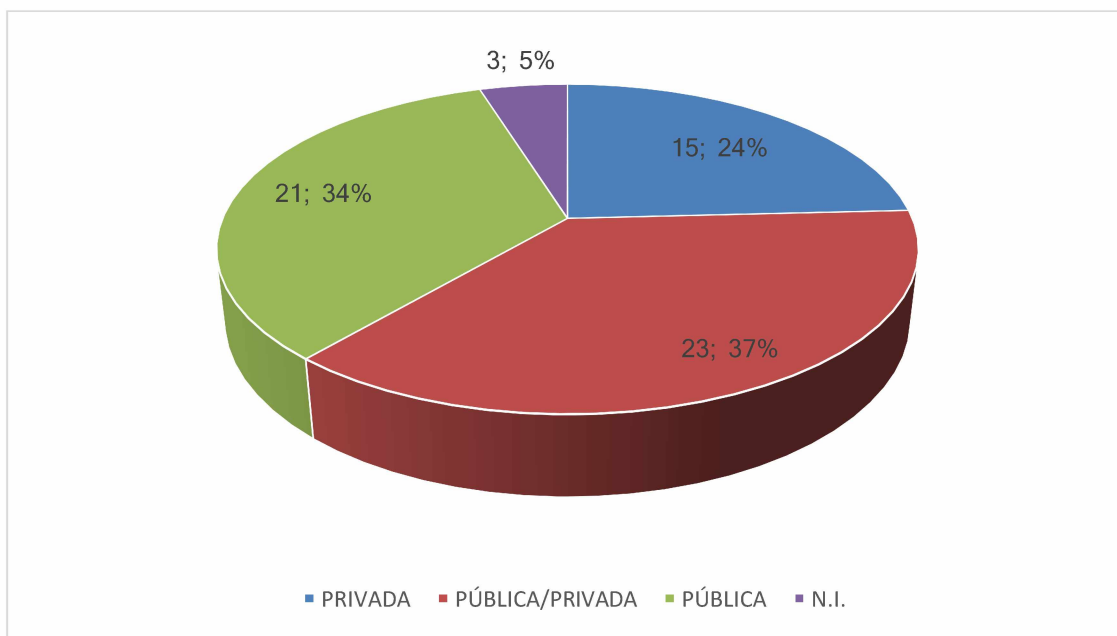


Gráfico 6: Vínculo de trabalho anterior.

Fonte: Questionários aplicados aos trabalhadores do PMC.

Observamos, também, em quais níveis de serviços os trabalhadores atuavam anteriormente: 22% na Atenção Primária à Saúde (APS), 37% na Secundária, 36% na Terciária e 5% em outros setores além da saúde. Os profissionais do PMC apresentavam no momento de coleta de dados os seguintes intervalos de tempo de vínculos: 15% até 1 ano de vínculo, 69% de 2 a 3 anos e 16 % de 4 anos ou mais. As pessoas que declararam mais de três anos de trabalho no PMC estavam vinculadas ao Programa anterior, mantido pela Universidade, que teve transição para o PMC juntamente com a implantação no município.

No Gráfico 07, que apresenta as funções exercidas no PMC, podemos observar a presença de quatro profissionais que são únicos em suas especialidades, sendo eles: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e farmacêutico. Os maiores números de trabalhadores se concentram nas seguintes especialidades: técnico de enfermagem, com 24%; enfermeiros, com 18%; e fisioterapeutas, também com 18%. Dos trabalhadores pesquisados, 87% exercem funções correspondentes à sua formação, enquanto 13% exercem outras funções.

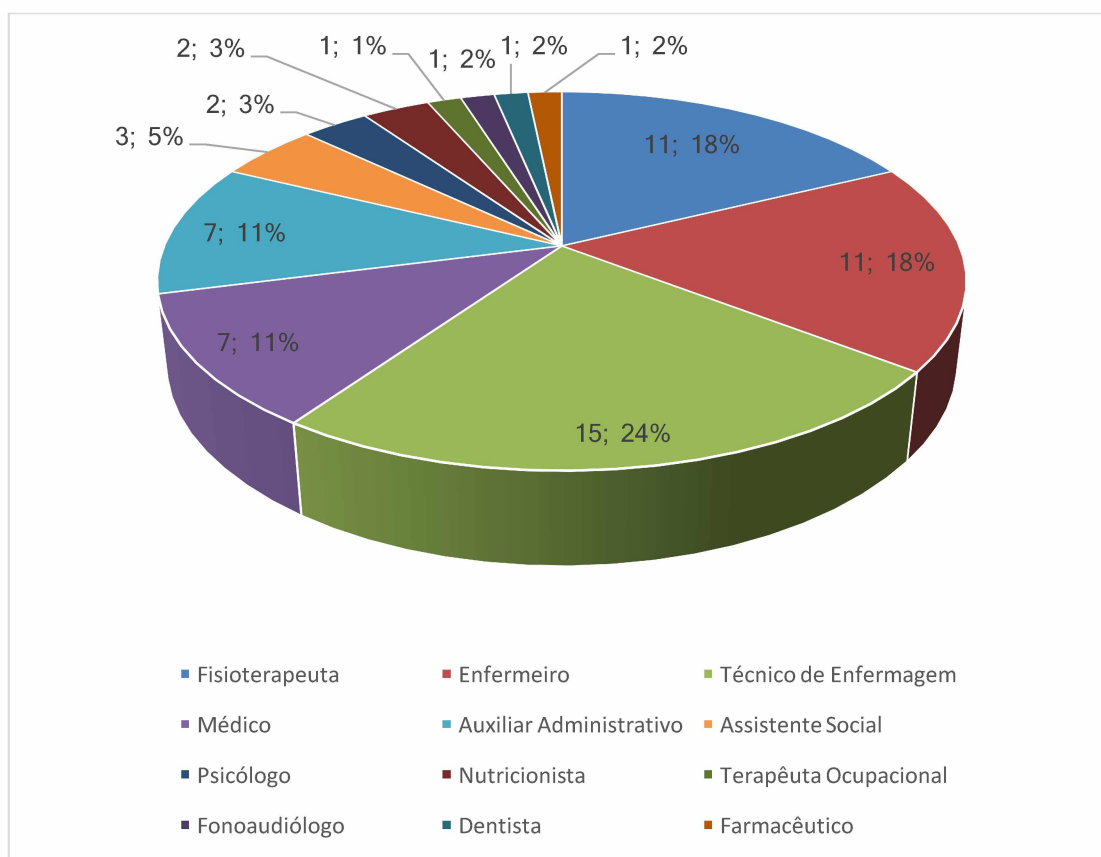


Gráfico 7: Funções desempenhadas no PMC.

Fonte: Questionários aplicados aos trabalhadores do PMC.

No Gráfico 8 apresentamos as graduações dos profissionais que trabalham nas equipes do PMC. As formações concentram-se nas áreas de enfermagem (27%) e fisioterapia (19%). Podemos observar no gráfico um grupo diversificado de formações que corresponde ao total de 21% do grupo, sendo elas: Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Ciências Biológicas, Odontologia, Sistemas de Informação, Enfermagem/Obstetrícia, Farmácia/Bioquímica, História, Tecnologia em Radiologia, Português/Inglês. Observamos ainda que alguns profissionais são mais qualificados do que seu cargo exige, sendo que 6% dos profissionais possuem outras formações fora da área da saúde, ou seja, que não exercem função correspondente à sua graduação.

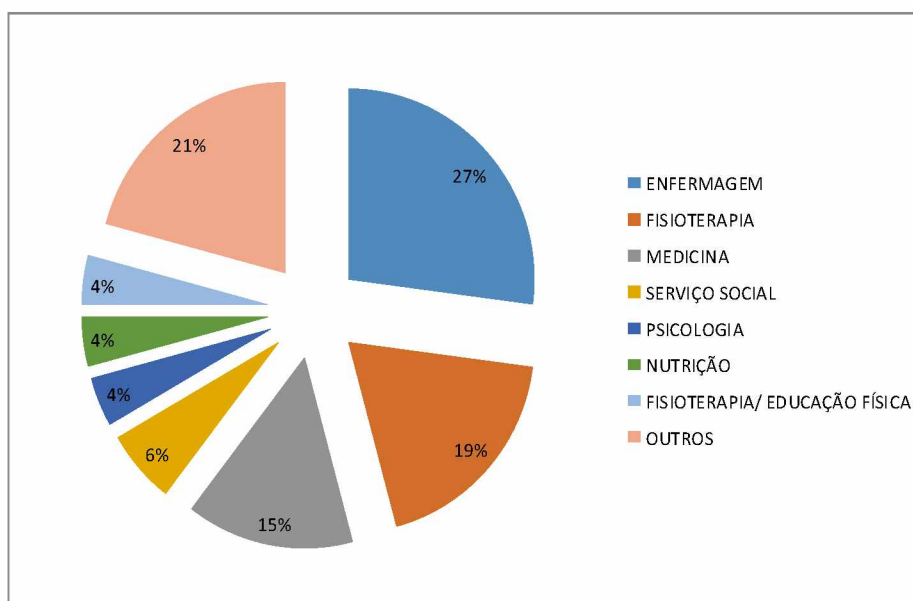


Gráfico 8: Graduações dos profissionais do PMC.

Fonte: Questionários aplicados aos trabalhadores do PMC.

Considerando essa qualificação, 81% dos profissionais têm formações na área de Ciências da Saúde, 9% nas Ciências Humanas, 6% na área de Ciências Sociais Aplicadas, 2% nas Ciências Biológicas e 2% em Linguística, Letras e Artes, segundo a Tabela de Classificação de Áreas do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq).

O Gráfico 09 apresenta a relação entre a faixa etária e a escolaridade dos profissionais. Sobressai o número de trabalhadores que são qualificados em nível de especialização (56%), seguido dos trabalhadores que possuem nível médio (23%), mestrado (10%), superior (8%) e doutorado (3%). Importante ressaltar que os profissionais concursados vinculados à IFE e à SMS possuem plano de carreira, com exceção daqueles trabalhadores contratados via processo seletivo ou sem vínculo seguro.

É possível perceber que os profissionais mais jovens, das faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos, têm nível de especialização superior em comparação às outras faixas. Nas faixas etárias de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos prevalecem trabalhadores que possuem nível médio de escolaridade. Por fim, a faixa de 60 ou mais anos tem o mesmo percentual de profissionais que possui o nível médio e o nível superior.

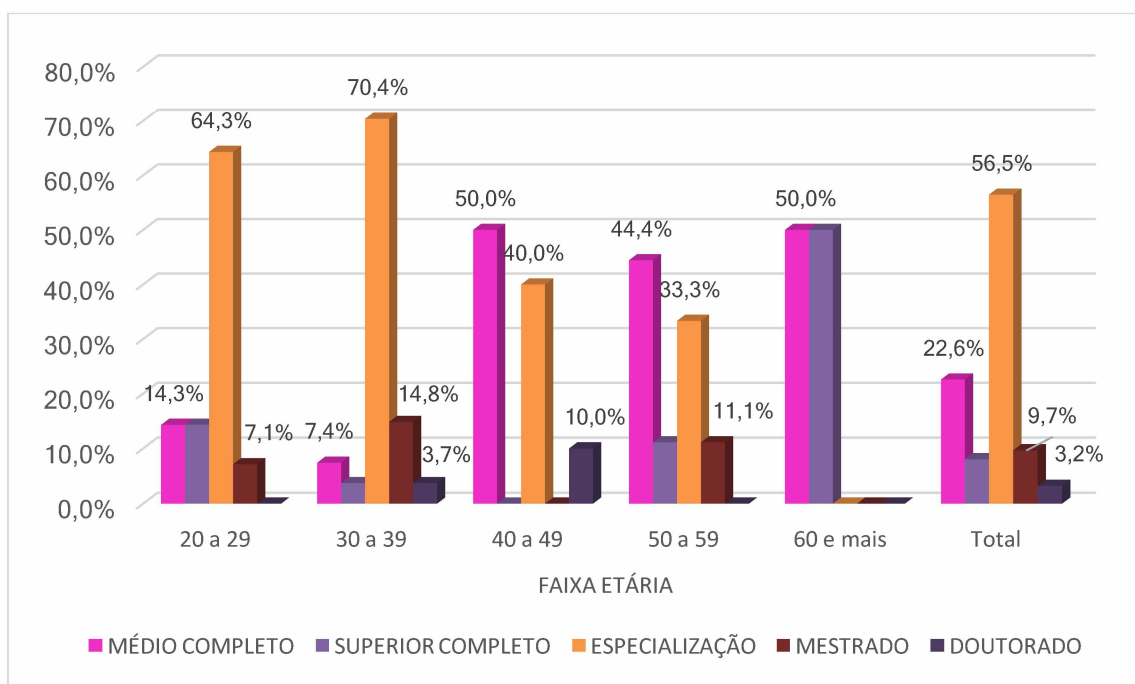


Gráfico 9: Faixa etária e nível de escolaridade dos trabalhadores do PMC.

Fonte: Questionários aplicados aos trabalhadores do PMC.

Acreditamos que o elevado nível de qualificação pode ser considerado um indicador de qualidade e, também, agregador de valores para todo tipo de serviço oferecido, sendo esse um diferencial oferecido pelos trabalhadores do município pesquisado, que estão sempre em busca de atualização e capacitação. Em geral, os profissionais apresentam qualificação elevada em todas as faixas etárias. As especializações, mestrados e doutorados são fortemente identificados em 84% na área das Ciências da Saúde, 9% nas Ciências Sociais Aplicadas/Administração em Saúde, 5% nas Ciências Sociais Aplicadas e 2% não foram informadas. Segundo Borges (2015, p. 02), “a qualificação do trabalhador pode servir como incentivo ao crescimento profissional”.

A distribuição dos níveis de escolaridade por tipo de equipes é apresentada no Gráfico 10. Tanto as EM quanto as equipes de IFE contam com maior número de trabalhadores com especialização. As EM contam com 56,4% de trabalhadores com especialização, 25,6% com nível médio, 7,7% com ensino superior e 5,1% com mestrado ou doutorado. As equipes de IFE também contam com 56,4% de trabalhadores com especialização, 17,4% com nível médio e mestrado, 8,7% com ensino superior e nenhum trabalhador com doutorado.

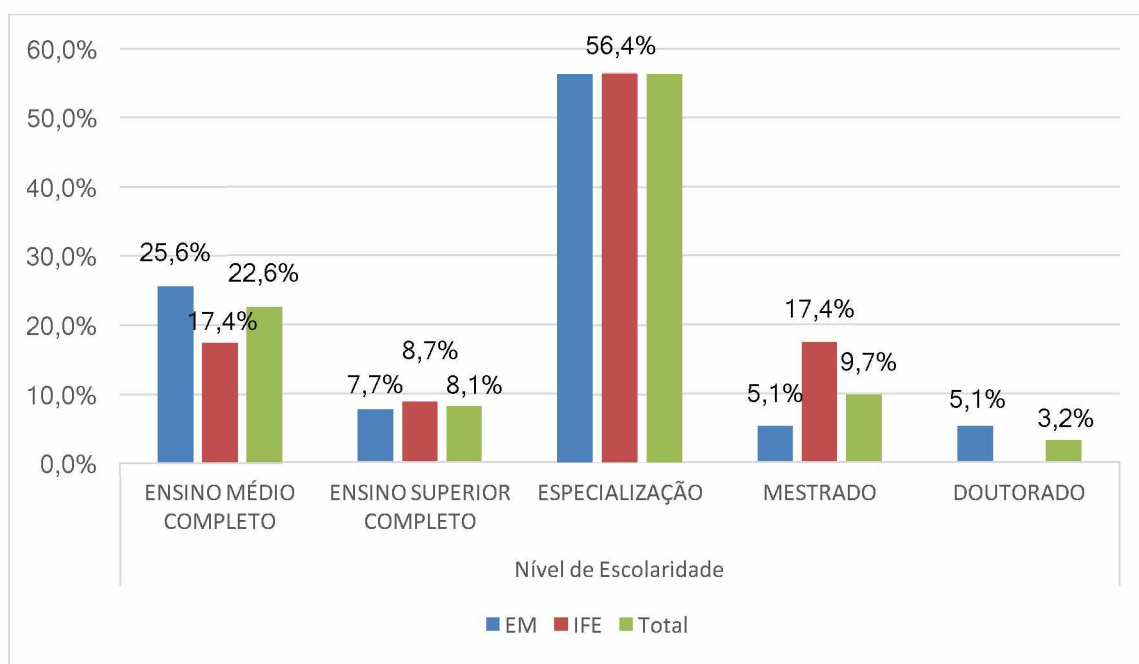


Gráfico 10: Nível de escolaridade por equipe.

Fonte: Questionários aplicados aos trabalhadores do PMC.

Quando questionados se o bairro onde moram possui Unidade Básica de Saúde (UBS), 60% responderam que sim, 35% que não e outros 5% não informaram. Em relação ao atendimento pela Equipe de Saúde da Família (ESF), 90% informaram que não, enquanto 8% responderam que sim e outros 2% não informaram. Sobre os serviços de saúde utilizados, 48% dos trabalhadores responderam utilizar serviços públicos, 18% não informaram o serviço utilizado, 13% utilizam serviços privados, 8% públicos e privados, 5% utilizam a saúde suplementar, 5% informou “nenhum” e 3% utilizam público e suplementar. Essa informação é importante no sentido de refletirmos sobre o acesso à rede SUS, defesa do SUS, adesão à iniciativa privada, questão crucial do ponto de vista político e ideológico. Os profissionais que atuam na rede SUS declaram oferecer serviços de qualidade, porém uma grande porcentagem não utiliza o serviço.

Em relação à carga horária de trabalho, podemos identificar que 52% dos trabalhadores possuem mais de um vínculo de trabalho. No Gráfico 11 apresentamos a carga horária cumprida pelos trabalhadores no PMC juntamente com outra instituição. Fernandes et al. (2013) relatam que os setores de saúde oferecem a possibilidade de conjugar mais de um vínculo e, assim, acumular horas e jornadas, onde podemos refletir sobre o desgaste e diminuição do tempo para o descanso dos trabalhadores. Muitas vezes não é levado em consideração o tempo gasto com os percursos, trânsito, alimentação, entre outras atividades cotidianas, como a conciliação do trabalho

doméstico e obrigações familiares.

É perceptível que uma considerável porcentagem dos trabalhadores exerce suas funções por mais de 60 horas semanais, sendo o extremo da carga horária apresentada. Quase 20% dos profissionais estão em jornadas duplas ou triplas, com número de horas bastante elevado. Portanto, jornadas de trabalho elevadas e associadas à sobrecarga física e emocional, decorrentes da atenção domiciliar, são elementos importantes para problematizarmos a saúde do trabalhador, tema do item 06 (seis) desta dissertação.

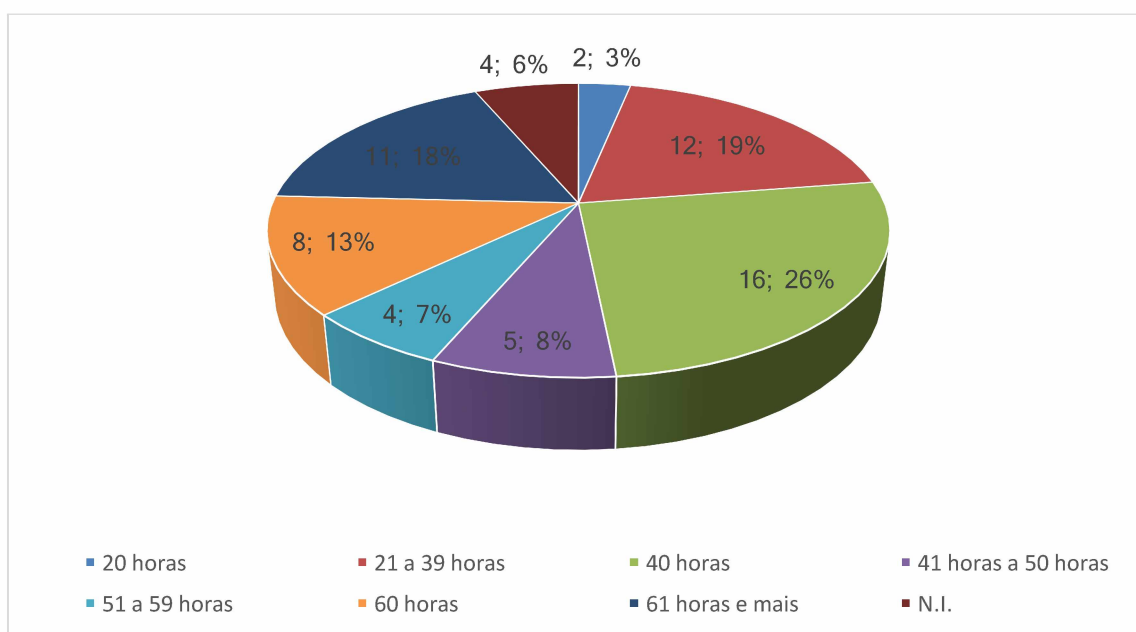


Gráfico 11: Carga horária semanal dos trabalhadores do PMC.

Fonte: Questionários aplicados aos trabalhadores do PMC.

Como apresentado no Gráfico 11, a carga horária mais exercida é de 40 horas semanais, porém, como colocado anteriormente, observamos trabalhadores com cargas acima de 60 horas semanais. Identificamos que 48% dos trabalhadores exercem suas funções apenas no PMC. Destes, 53% trabalham 40 horas semanais, 27% 30 horas, 7% 36 horas, 7% 20 horas, 3% 66 horas e 3% 74 horas.

A jornada de trabalho para o servidor público é de, no máximo, 40 horas semanais, com a possibilidade de duas horas de trabalho extras por jornada, conforme o art. 19 da Lei 8.112/1990. Já a Constituição Federal de 1988 (CF) não atribuiu carga horária máxima de trabalho como requisito para acumulação de cargos, somente determinou a necessidade de compatibilidade de horários. Ainda segundo a CF, na verificação não se deve apenas considerar a inexistência de sobreposição de jornadas, mas, em primeiro lugar, “as necessidades físicas e mentais do ser humano, essenciais ao

serviço prestado, garantindo-se ao trabalhador o tempo de descanso necessário e suficiente para uma adequada recuperação” (BRASIL, 2015a, p. 4566), principalmente na área da saúde, onde mais de 60 (sessenta) horas semanais poderá comprometer a qualidade do serviço prestado.

Diante dos dados apresentados, é importante verificar que o excesso de horas trabalhadas pelos profissionais da saúde tem se tornado comum, especialmente pelo crescimento da demanda por serviços de saúde e pela precarização dos vínculos e salários. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) afirma que, em casos de acúmulo remunerado de cargos públicos, o limite da jornada semanal de trabalho máxima para profissionais de saúde é de 60 horas.

Contudo, a ausência de fixação da carga horária máxima para a cumulação de cargo não significa que tal acúmulo esteja desvinculado de qualquer limite, não legitimando, portanto, o acúmulo de jornadas de trabalhos exaustivas, ainda que haja compatibilidade de horários, uma vez que não se deve perder de vista os parâmetros constitucionais relativos à dignidade humana e aos valores sociais do trabalho (BRASIL, 2015, p. 4566).

Os ministros do STJ afirmaram a legalidade da limitação da jornada devido à necessidade de boas condições físicas e mentais dos profissionais que atuam na área da saúde, “o que certamente depende de adequado descanso [...], o que é impossível em condições de sobrecarga de trabalho” (BRASIL, 2015b, p. 2518).

Dos 52% de trabalhadores com outros vínculos concomitantes ao PMC, 26% estão em instituições públicas, 18% em privadas, 5% em privadas/educação, 5% em pública/fundação e 2% em público/privada. Desses vínculos, um dado interessante é que 9% são vínculos com *Home Care* privado, que se assemelha ao serviço oferecido pelo PMC. Foi questionado se algum trabalhador possuía alguma doença. O resultado mostrou que 19% responderam que sim e 81% que não. Do total de trabalhadores pesquisados, 29% afirmaram ter se afastado do trabalho, porém foram observados afastamentos curtos, cirúrgicos e maternidade, não apresentando afastamentos que sugerem doenças do trabalho.

No próximo capítulo trabalharemos as singularidades do trabalho em equipe, a organização e as condições do trabalho, a motivação dos trabalhadores para compor as equipes do PMC, as habilidades valorizadas por eles como primordiais para a execução do serviço e as particularidades dessas equipes.

5 TRABALHANDO NO MELHOR EM CASA

*“É duro tanto ter que caminhar
E dar muito mais do que receber
E ter que demonstrar sua coragem
À margem do que possa parecer”.*
Zé Ramalho.

Esse capítulo aborda a categoria “Trabalho no PMC”, considerando a abrangência dos temas envolvidos. No primeiro subtema “Organização do Trabalho” vamos apresentar as formas de entrada no programa e como é manejado o acompanhamento e alta dos pacientes, bem como o fluxo do trabalho/serviço prestado pelos profissionais.

Inicialmente, no item 5.1, preocupamo-nos em definir a organização do trabalho, em como os profissionais processam informações e executam o serviço. No item 5.2 abordamos as condições de trabalho descritas pelos trabalhadores e o trabalho diário. O item 5.3 apresenta as motivações pessoais dos trabalhadores para inserção no PMC e o tipo de serviço prestado.

No item 5.4 tratamos das habilidades valorizadas e definidas pelos trabalhadores como essenciais para desenvolverem e resistirem às particularidades do serviço no PMC. Por fim, no item 5.5, refletimos sobre o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e a parceria necessária para um serviço de qualidade.

5.1 Organização do Trabalho

Segundo Pereira (2005), os impactos no corpo são decorrentes das condições de trabalho, enquanto a organização do trabalho traz impactos para o sofrimento mental. Pereira (2005) cita Dejours (1992, p. 25) ao definir a organização do trabalho como “a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa [...], o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc.”. Ou seja, “a violência que a organização do trabalho exerce no funcionamento mental dos trabalhadores” é expressa pela insatisfação e ansiedade. Pereira (2005, p. 27) explicita que “a insatisfação (ligada aos temas como indignidade, desqualificação, fadiga e carga de trabalho) e a ansiedade [são] decorrentes principalmente da inadaptação entre as necessidades provenientes da estrutura mental e do conteúdo ergonômico da tarefa”.

Descrevendo a organização do trabalho do PMC, em entrevista com os

coordenadores, identificamos que não existe uma “porta aberta” para o atendimento dos pacientes na atenção domiciliar, pois tudo depende do enquadramento nos critérios e no encaminhamento via formulário da rede SUS.

[...] não é uma porta aberta, que qualquer um que chega pede assistência domiciliar é atendido [...] Existe critério [...] e um formulário [...] (E37).

[...] Chega na equipe, dentro da equipe é que a gente faz essa estratificação, aonde que o paciente mora [...] a porta de entrada é uma, lá dentro é que se divide [...] Os pacientes que estão internados aqui (IFE) passam por uma avaliação aqui [...] Então, eu tenho duas portas de entrada [...] (E48).

O critério inicial para ser inserido no PMC, segundo a coordenação, é que o paciente seja encaminhado via SUS por meio de formulário específico. No município pesquisado, esses pacientes podem vir da rede pública, que conta com 73 PSF e UBS, oito UAI, dois hospitais e ambulatorios especializados. Os formulários podem ser enviados por email ou pessoalmente. Após a recepção do documento, é realizada uma avaliação social.

[...] Nessa avaliação social, socioambiental, ela vai avaliar o ambiente e a condição social do paciente, só pra ter embasamento mesmo, não existe critério nem de inclusão, nem de exclusão [...] (E37).

Essa avaliação ambiental foi instituída por nós, não existe esse documento na portaria [...] um documento que nós mesmos construímos, tinha que ter algumas informações importantes para a gente [...] renda per capita, religião, conjuntura familiar, quem mora na residência, qual apoio social de igreja, instituição, ONG, é... enfim... o que é importante também... De animais, de criminalidade, até pra saber se é seguro ou não a equipe ir [...] (E07).

[...] então quem vai fazer essa admissão geralmente é a assistente social que vai antes, observa essa questão social do paciente, se ele tem condições de tá recebendo atendimento, se ele entra nos critérios. Uma vez que ela faz essa visão geral, vai ou o médico ou o enfermeiro fazer essa admissão do paciente e nesse primeiro contato deles, ele já faz o contato de quem ele vai precisar nos cuidados. Então, o médico vai e de repente descobre que é um paciente neurológico [...] vai precisar de uma Fono pra avaliar a questão da deglutição, [...] de fisioterapia [...] a T.O. [terapeuta ocupacional] pode fazer uma adaptação que vai melhorar a dinâmica do paciente [...] tem uma ferida e as meninas da enfermagem vão ter que estar indo lá para orientar [...] problema de ordem emocional, de família e precisa de mais cuidados do psicólogo [...] vai acontecendo assim, às vezes o médico não percebeu isso no primeiro momento, mas aí eu fui, já percebi alguma coisa que tá faltando, eu passo pra alguém da equipe e aí a gente vai articulando o paciente (GF04).

A condição social não é limitadora para inserção do paciente no PCM, porém a avaliação é realizada para entender a condição em que vive e se o ambiente tem condições para o cuidado adequado do mesmo. De outro modo, a existência de um cuidador é um critério decisivo:

[...] o único critério de inclusão e de exclusão ao mesmo tempo é de que tem que ter um cuidador responsável, seja ele pago, seja ele da família, seja amigo, seja o vizinho, seja qualquer pessoa que se responsabilize pelo paciente [...] (E37).

Os critérios de inclusão são divididos em três grupos de Atenção Domiciliar (modalidades tipo AD1, AD2 e AD3), conforme abordado anteriormente.

[...] O tipo 1 ficaria vinculado ao PSF, mas a gente atende também tipo 1, já que a cidade só tem 27% de cobertura da atenção primária. Então, devido a essa condição [...] a gente atende o paciente também na AD1. [...] depende de cada caso [...] via de regra, são pacientes mais graves. São pacientes que tem dispositividades, sondas, tanto pra alimentação, tanto pra fazer xixi, feridas, paciente totalmente acamado [...] (E37).

Após a avaliação socioambiental, é indicado um profissional técnico para a avaliação da condição clínica em AD1, AD2 e AD3. Esse profissional está ligado diretamente à EMAD, sendo essa equipe composta por médico, enfermeira, técnico em enfermagem e fisioterapeuta. Segundo a coordenação, em 90% dos casos, as avaliações são realizadas pelos médicos e enfermeiras. Essa avaliação clínica resulta na admissão ou não do paciente no programa e no envolvimento dos profissionais necessários à demanda. A sequência do atendimento segue

[...] determinado pela portaria do ministério da saúde, [...] é uma visita para cada paciente uma vez por semana. [...] Dentro dessa condição, por prioridade eles vão fazendo. É claro que tem paciente que vai receber visita quase todo dia, e pacientes uma vez por semana (E37).

É importante ressaltar que o processo de trabalho anteriormente descrito corresponde ao trabalho realizado pelas equipes do PMC, vinculadas à Secretária Municipal de Saúde (SMS). Esses trabalhadores não têm nenhum tipo de vínculo, a não ser o de parceria com os trabalhadores da instituição de ensino. As equipes vinculadas à IFE atendem as especialidades que são oxigênio terapia, ventilação mecânica invasiva, não invasiva e pediatria.

[...] temos vínculo, sim, de parceria, de articulação, já que eles também são SAD [...] (E37).

As equipes vinculadas à IFE possuem uma dinâmica diferente por estarem

instaladas dentro do hospital de ensino. Segundo a coordenação do PMC da IFE, os encaminhamentos são recebidos da mesma forma como ocorre nas equipes municipais: de qualquer ponto da rede de atenção à saúde do município. É comum receberem indicação de muitos pacientes que estão internados no próprio hospital, os quais, nesse caso, são avaliados no leito. Então, caso haja estabilidade, é providenciada a alta com encaminhamento à EMAD.

[...] o médico preenche um pedido, se é criança, oxigênio terapia, ventilação mecânica ou antibiótico internado aqui dentro (IFE) [...] solicitação que é comum para todos os SADs [...] a gente avalia aquele pedido dentro do hospital onde o paciente está [...] enfermeira e depois que a gente avaliou que o paciente tem estabilidade para receber alta, que o paciente pode ser acompanhado, deve ser acompanhado, tem perfil de atenção domiciliar, aí a gente coloca para alguma EMAD poder fazer as visitas [...] (E54).

Nesse momento é importante salientar a transição do serviço da IFE, que já existia há 20 anos, para um modelo de Assistência Domiciliar diferente, como o PMC, adequando-se a toda uma nova normatização. O serviço, que existe desde 1996 com a criação do PMC pela SMS, foi inserido no Programa em abril de 2013, pois já contavam com profissionais capacitados que estavam instalados dentro de um hospital de ensino.

Foi complicada. [...] a mudança mexe com todo mundo, né? Gera insatisfações, gera medos [...] mudava tudo, o grupo estava resistente às mudanças e o primeiro ano foi muito difícil, muito difícil porque a gente deixou de fazer tudo que a gente fazia antes, uma visita mensal, pacientes menos graves, pacientes de perfil AD1, AD2, pra começar a fazer visitas mais frequentes, pegar paciente mais graves, né. Então, a equipe sentiu muito isso no começo, a gente demorou um pouquinho para se organizar com relação a esses atendimentos. Mas eu acho que hoje isso foi superado, foi muito bom, foi necessário para a equipe crescer [...] (E54).

Em relação à organização do trabalho para os atendimentos realizados pelas equipes da IFE, é possível observar na seguinte fala o modo como é realizada a admissão:

[...] quando é oxigênio, pela rede, quem faz a primeira visita é a fisioterapia [...] avalia o grau de funcionalidade do paciente, o paciente é um paciente muito grave ou é um paciente estável que provavelmente vai ser visto no ambulatório do SAD de oxigênio [...]. Quando é o caso de antibiótico, o paciente tem que estar aqui dentro do hospital. Quem faz essa admissão é a enfermagem padrão [...] Quando é ventilação mecânica [...] avalio [...] em qualquer unidade da rede [...] indico qual aparelho que esse paciente deve ficar, a modalidade [...] Criança depende onde está internada. Criança não tem o fluxo bem definido da primeira visita (E54).

É exposto que nos casos de oxigênio terapia, antes de serem admitidos no

programa, os pacientes recebem a visita do profissional de Serviço Social para avaliar a condição do domicílio e dar o parecer de liberação da instalação. Contudo, o assistente social não vê o paciente, ele vê a condição do domicílio. A organização do trabalho é algo interessante e contraditório ao mesmo tempo, pois o trabalho no PMC não permite uma rotina fixa, ainda que exista a organização, as regras. Por outro lado, o trabalho é pautado nas prioridades.

[...] a gente chega e já vê com as meninas se tem recado, a gente dá prioridade pras intercorrências. Então, se tem algum paciente passando mal que acabou de ligar, ou que ligou na tarde anterior. [...] geralmente, no dia anterior, a gente já tem uma leve programação do que vai rolar [...] (GF18).

Conforme a normatização, os pacientes são visitados, no mínimo, uma vez por semana, por algum profissional da equipe. Existe uma grade de controle de visitas e cada trabalhador se organiza para dar assistência à sua região.

[...] O paciente é visto uma vez por semana, independente do profissional, no mínimo uma vez [...] (GF21).

O mínimo do médico é uma vez por mês e vai da complexidade do paciente. Tem paciente que o médico vai 3 vezes ao mês, tem paciente que ele vai só uma vez no mês pra cumprir a ordem médica, porque tá muito bom, tá controlado [...] (GF18).

Agora têm pacientes também que já está em terminalidade, que tem que ser visto todo dia, sabe? Duas vezes por dia, três (GF29).

Importante perceber que há uma preocupação dos trabalhadores em adequar sua rotina de trabalho com o acolhimento das especificidades de cada um dos pacientes do PMC. Outra dimensão exposta pelos profissionais em relação ao trabalho no PMC corresponde às condições de trabalho, as quais serão tratadas a seguir.

As equipes SMS ressaltam o atraso de salários - “em contrapartida ao trabalho o governo oferece o salário atrasado” (Caderno de Campo, 09/03/2016, p.09) -, como ocorreu, inclusive, na época da pesquisa, quando os motoristas contavam com três meses de atraso no salário: “tem que amar, pois dinheiro a gente não ganha, a motorista não recebe salário há 3 meses e o salário dos profissionais estão atrasados” (Caderno de Campo, 08/03/2016, p.03).

[...] falta de material é muita, falta de salário (GF18).

Outro problema isolado é o uso do próprio celular, visto estarem em lugares distantes e necessitarem de informações ou orientações: “profissional e motorista têm

que ter crédito no celular para ligar (sem reembolso). Ficamos perdidas, então eles têm que gastar o telefone particular” (Caderno de Campo, 08/03/2016, p. 03).

Em relação aos vínculos trabalhistas, nas EM constam quatro tipos: com a secretaria municipal de saúde, por meio de concurso (sendo o único vínculo seguro com o plano de carreira); com uma fundação vinculada à secretaria municipal de saúde, por meio de processo seletivo; com uma empresa terceirizada, responsável pela contratação dos médicos; e com uma fundação também terceirizada. Nas equipes da IFE há três tipos de vínculo: por meio de concurso da IFE (que conta com plano de carreira), com profissionais cedidos e concursados pela secretaria municipal de saúde (que também contam com plano de carreira) e via processo seletivo, realizado por uma fundação terceirizada e vinculada à IFE.

Ao serem questionados sobre o plano de carreira, os terceirizados afirmam que somente os concursados contam com esse benefício. Os mesmos reclamam que o salário de outras pessoas aumentou e o deles continua o mesmo. Além disso, afirmam que as cobranças administrativas vêm para contribuir com o desgaste dos trabalhadores.

A gente ainda é cobrada demais, porque administração também desgasta, porque por mais que seja burocrático, é papel, papel, papel e toda hora é um negócio novo “agora você vai ter tablet, agora você não vai ter tablet, porque não tá funcionando, agora você vai preencher papel”, então são 15 dias preenchendo papel “Não, agora é no computador”, então assim, esse tipo de mudança de rotina desgasta muito [...] (GF08).

Segundo a coordenação, as cargas horárias e salários são diversificados, principalmente pelos tipos de vínculos. Foi relatado que já houve problemas de convivência devido a essas diferenças.

[...] Agora não mais, porque a gente trabalha muito a questão de visualizar que o trabalho é o SAD, nós não diferenciamos por vínculo trabalhista [...] não vou dizer que não tem, porque com certeza nos bastidores tem, alguma conversa paralela, deve ter [...] (E37).

Interfere porque são cargas horárias diferentes, salários diferentes, regras diferentes, benefícios diferentes, um tem estabilidade e o outro não [...] Então, isso interfere muito no trabalho [...] O serviço é o mesmo pra todo mundo, mas os direitos são diferentes [...] (E48).

[...] às vezes é um conflito que existe aqui no Programa, porque são pessoas da mesma categoria, que exercem a mesma função, mas com um vínculo diferente e carga horária diferente [...] Já houve (problemas) em relação ao cumprimento de horário e até mesmo em questão de feriado, porque a prefeitura [...] estipula certo calendário de feriados e as outras instituições outro. Mas aí a gente acabou contornando isso, adotando a partir de agora o calendário da

prefeitura (E07).

[...] Os vínculos profissionais diferentes incomodam o pessoal e tudo isso aí, no dia a dia interferem um pouco [...] (E54).

Não que não incomode a gente, incomoda. Quem ganha menos sempre tá incomodado (vários falam juntos) (GF19).

A terceirização encontra-se ligada, de forma íntima, às condições de trabalho, tendo em vista os relatos de diferenciação de salários e obrigações, que estão ligadas à diversidade de vínculos dentro de um mesmo serviço. Consideramos ainda importante ressaltar a precarização dos vínculos. Oliveira e Silva (2011) afirmam que o acesso aos cargos públicos é direito do brasileiro por meio do concurso público, porém a Constituição de 1988 dá brechas às formas alternativas de contratação, conforme demanda do interesse público. Essas formas são utilizadas de forma distorcida e sem fiscalização pelos órgãos competentes.

Martins (2015) alerta para o ponto mais negativo da terceirização, que é a falha na regulamentação, a qual traz dificuldades para a efetiva e digna proteção do trabalhador. Para Bebbber (2009), a terceirização impulsiona o crescimento de pequenas e médias empresas, oferecendo subcontratação de serviços; aumenta o desemprego, devido à rotatividade; os trabalhadores têm dificuldade de nova inserção no mercado; acarreta insegurança, fragilidade de vínculo, levando a sentimentos de individualização nas relações de trabalho. Delgado e Ribeiro (2014) fazem a ligação direta da terceirização à precarização do trabalho, pois ela proporciona liberdade de gestão e domínio da força do trabalho, descomprometendo o vínculo formal ao transferir o risco da atividade econômica ao terceiro.

Fica evidente que o vínculo e a proximidade com a realidade das famílias que permeiam a atenção domiciliar também permitem que nas relações micropolíticas se expressem as contradições e os problemas enfrentados pela efetivação do PMC. Entre o “sistema”, o “programa” e a família está a equipe, a qual, “na ponta” do sistema, acolhe as queixas, frustrações e desabafos dos usuários. O conceito de vínculo traz várias significações e podemos articulá-lo à saúde pela representação de humanização e integralidade do cuidado, que estreita as relações e interações, possibilita a troca de afetos, sintonia e convivência, aproxima e permite o encontro desses sujeitos (ILHA et al., 2014).

A criação de vínculos deve ser discutida e entendida como uma ferramenta importante para a promoção da saúde. Para que os vínculos sejam efetivos entre

usuários e profissionais de saúde é necessário que “o profissional reconheça a realidade singular e subjetiva de cada indivíduo e família, levando em consideração que os usuários vivem diferentes histórias, apresentam diferentes dificuldades e problemas, possuem diversas expectativas e sonhos” (ILHA et al., 2014, p. 558). Essas diversas realidades e necessidades devem ser consideradas para o cuidado integral do outro, ou seja, o usuário deve ser acolhido, compreendido e atendido dentro do seu contexto e singularidade de vida.

Da mesma forma, para Horta et al. (2009), o vínculo é indispensável para a produção social e para a conquista de melhores condições e qualidade de vida. Os autores acreditam que esse processo deve ser munido de fatores inter-relacionais, como as relações dialógicas horizontais, onde cada um é protagonista de sua história e saúde. Pela Portaria nº 825, as equipes têm uma referência de quantidade dos pacientes a serem mantidos em atenção domiciliar e define que cada EMAD comporta o atendimento de 60 pacientes.

[...] a gente já atingiu uma quantidade, já consegue manter o programa dentro da sua capacidade instalada, nem a mais e nem a menos. [...] Lá (EM) tem 300 e aqui (IFE) 120. [...] cada equipe tem 60 pacientes. Então, lá são 5, 300; aqui são 2, 120. Essa é nossa capacidade instalada. Então, da atenção domiciliar hoje a gente tem a capacidade instalada de 420 pessoas. [...] aí tem alta, óbito, no outro mês tem alta e óbito. Eu estou falando ativos (E48).

Mas há uma diferenciação do serviço oferecido pelas EM para as equipes da IFE, visto que a segunda oferece o serviço de oxigênio terapia em ambulatório para casos menos graves.

Nós temos, na atenção domiciliar hoje, 109 pacientes [...] só que nós temos 215 pacientes que são do ambulatório de oxigênio terapia que no primeiro mês recebe visita domiciliar também. Então, se você somar, todos esses 25 profissionais atendem mais de 300 pacientes, né? São complexidades diferentes [...] Hoje de domicílio eu não passo de 120. [...] O município ele tem uma cota fixa, a quantidade de concentradores que eles alugam por mês é "x", que hoje é 300 concentradores. [...] Nossa cota máxima é 300 pacientes de oxigênio terapia, mais 35 crianças e mais 20 e poucos pacientes de ventilação mecânica, 25. [...] (E54).

O paciente quando ele recebe o oxigênio e ele tem o diagnóstico de uma doença pulmonar avançada, o paciente vai precisar de uma equipe multiprofissional até o final da vida, não necessariamente eu preciso ir a casa desse paciente toda semana, como o Programa Melhor em Casa fala, mas necessariamente eu preciso ter uma assistência multiprofissional, pelo menos a cada três meses, dois meses, um mês, dependendo da complexidade do caso (E54).

Sobre a ventilação mecânica invasiva, que não era permitida pela Portaria nº 963 de 2013 e foi alterada pela Portaria nº 825 de 2016, podemos observar no subtema “Motivação para atuar no PMC” que as equipes da IFE têm buscado atualizações e aprimorado bastante o atendimento:

Hoje nós temos [...] em média uns 11 pacientes com ventilação invasiva e mais uns 15 pacientes em ventilação não invasiva. É muita coisa; [...] não tá em portaria. [...] inclusive a gente já discutiu com o ministério da saúde a possibilidade de acrescentar isso, a gente tem participado de algumas discussões [...] por conta da nossa experiência, da nossa iniciativa, o ministério tá querendo contemplar a portaria com a ventilação invasiva (E54).

Pensando na quantidade instalada de 60 pacientes autorizados, logo ponderamos que é um número razoável de atendimentos. Entretanto, quando ampliamos a visão de que 60 pacientes têm 60 famílias e cuidadores, é possível mensurar o tamanho da carga emocional recebida pelos trabalhadores. No caso dos profissionais das EMAP, que são únicos em suas especialidades, ou no caso dos profissionais de psicologia, que são dois, a carga é ampliada.

É complicado, [...] são 2 psicólogos, então [...]teoricamente 150 famílias [...] por mais que se faça uma atenção aos cuidadores também, mas o foco é sempre o paciente. [...] o foco é a casa inteira [...] Então, é a filha que tá traumatizada, porque aconteceu isso, tem a nora que cuida, tem a vizinha também que dá um suporte e tá sensibilizada. Então, assim, acaba que é um volume maior [...] acho que todo mundo da EMAP também, porque já comentaram isso comigo [...] A gente acaba priorizando o que pra gente tá mais frequente, vão passando pra gente, a gente vai tentando priorizar (GF16).

O psicólogo é o trabalhador indicado para lidar com as emoções do outro, mas, no caso do PMC, é evidente que ele não é o único a enfrentar tais questões. Os participantes do estudo foram incisivos sobre a importância desse profissional. Diante da sobrecarga apresentada, os participantes pontuaram que a priorização dos casos a serem atendidos, seja pelo psicólogo ou por outro profissional, ocorre por meio de uma conversa, quando são expostas as necessidades observadas no atendimento domiciliar.

A gente também não vai passando tudo, porque todo mundo precisa, se for olhar assim, todo mundo precisa de um psicólogo na vida [...] tem que ver até que ponto o paciente tem interesse naquilo e ver até que ponto o paciente tá precisando daquele atendimento, porque às vezes tem uma demanda muito mais importante, muito mais séria, né? Que a gente fala, “oh, tem esse paciente assim, assim é assado, não tem urgência não, quando você tiver mais tranquila, você vai lá”, prioriza esse outro (GF19).

[...] se eu tenho um paciente diabético e hipertenso, vou precisar do

nutricionista, e eu tenho um paciente que acabou de fazer uma gastrostomia, eu preciso de uma orientação nutricional, então eu esqueço o diabético hipertenso (GF08).

Em determinado momento de um grupo focal, os trabalhadores manifestaram algumas dificuldades em relação à rede de saúde, tais como: dificuldade de referenciamento para outras instituições de saúde; oferta de serviços e cuidados no domicílio, os quais deveriam ser realizados em outro contexto e com outros recursos; dificuldade para realização de procedimentos necessários e que causam desgaste no relacionamento com os usuários/familiares; e problemas na acessibilidade do SUS, que ocasionam complicações dos quadros de saúde.

A gente tem problema também pra transferir paciente. Por exemplo, eu tenho um paciente, que não conseguiu atendimento, precisa de centro cirúrgico. [o hospital de ensino] parece que não tem condição de receber, porque parece que tá um caos, a gente não consegue mandar direto para o hospital municipal, porque lá não é porta de entrada. E aí você acaba mandando para UAI [que oferece pronto atendimento] para ficar aguardando [...] Esses dias eu encaminhei um paciente para a UAI, de pneumonia, provavelmente hospitalar, de quadro recente. E eu falei tem que ir, porque precisa de um antibiótico diferente, cheguei lá pra avaliar o paciente, tava usando [...] o que a gente tem aqui [...] porque do espectro maior não [...] “se ele responder, você me manda de volta, porque, isso aí eu consigo fazer” (GF27).

[...] UAI te devolve igualzinho, depois de 22 dias... pior! Transferência a gente não consegue. Consegue por amizade e aí depois você é criticado porque conseguiu por amizade em prol do paciente (GF08).

[...] Quantos debridamentos deveriam ser cirúrgicos? Mas a gente faz no domicílio, porque como que a gente vai fazer a cirurgia? Não tem lugar. E aí a gente vai fazendo em pedacinhos. Faz um pedacinho e espera semana que vem, faz outro pedacinho e espera semana que vem. E deveria ser feito tudo de uma vez no centro cirúrgico. Mas aonde? (GF18).

[...] Mandaram para a UAI, porque a sonda obstruiu, na UAI não tinha sonda [...] manda esse paciente para casa, sem via alternativa de alimentação, ele não come por boca, ele é vigio, e ele vai fazer o que? [...] é desnutrido grave, ele tá sem comer, sem tomar os remédios importantíssimos dele desde as 4 [16] horas da tarde de ontem e se eu não ligo [...] (GF18).

Os desafios relatados pelos profissionais nos trazem as dificuldades do SUS para garantir o atendimento universal, integral e com equidade. A proposta de atuação em rede é exposta nas diversas políticas e programas, dentre as quais a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). Contudo, cotidianamente os trabalhadores

enfrentam as dificuldades para garantir que a atenção domiciliar se faça com o suporte de outras instituições que compõem a rede de urgência e emergência.

Os trechos acima revelam os impactos da acessibilidade na condição de vida e de saúde dos pacientes e o modo como a falta de articulação da rede pode gerar complicações no processo saúde-doença. De outro modo, trazem as potencialidades da atenção domiciliar, que, se amparada em recursos e insumos necessários, e com a retaguarda de outras instituições, pode resultar em atenção integral às necessidades de cada paciente/familiar.

Outro fato abordado nas discussões em grupo foi a inexistência do pagamento do adicional de insalubridade para algumas categorias de trabalhadores, como aqueles que prestam serviços no mesmo lugar dos profissionais que o possuem, como é o caso do PMC.

[...] às condições de assistência social, psicologia e terapia ocupacional, assim, não tem insalubridade. Assim, tô até trabalhando com proctologista aqui, tem uns riscos sim. Se o paciente vai encostar na gente [...] Uma vez o xixi caiu em mim (GF16).

Na frente do paciente com traqueostomia e ele tosse na gente (GF08).

Você vai no municipal visitar o paciente e não tem insalubridade. Quer dizer, eu tenho, eu que estou junto com ela e ela não tem. Entendeu? Tem essas diferenças (GF19).

Os trabalhadores acreditam que o número de equipes é suficiente e avaliam que o que poderia melhorar seria a quantidade de profissionais. Nas EM colocam a necessidade de um farmacêutico e um técnico em odontologia, que não constam em suas equipes, além da ampliação do número de psicólogos e fonoaudiólogos. Por sua vez, as equipes da IFE registram a necessidade de mais psicólogos e de outro farmacêutico, apesar de considerarem que por serem vinculados ao hospital de ensino contam com o respaldo e apoio necessários.

O número de equipes sim, o número de profissionais na equipe não. (sobrecarga) Eu acho que todos (GF08 - SMS).

Eu sinto muita falta do psicólogo, eu particularmente (GF43 - IFE).

[...] o programa comporta mais um farmacêutico, sabe? (GF46 - IFE).

[...] aqui (IFE) a gente tem até uma condição melhor, porque a gente tem o respaldo do hospital [...] essa retaguarda aí que é tranquila. [...] (GF42 - IFE).

As equipes vinculadas à IFE estão acostumadas a receberem alunos de graduação e residência para estágios e pesquisas no programa, enquanto que as EM abriram as portas há pouco para tais modalidades de ensino. Percebeu-se que há uma abertura para acolher acadêmicos, ainda que no cotidiano tal prática gere outros desdobramentos, como a sobrecarga.

[...] além de se organizar em prol do paciente, você tem que ensinar o menino a recebê-lo. E isso foi assim “vamos? Vamos!” de repente chegamos aqui, tem interno, tem residente de todo lugar e você tem que sair e ele te fala, te pressiona e assim, é a nossa atuação que está em jogo, você tem que mostrar pra ele que você sabe, senão o menino sai falando mal de você por aí. E o menino também tá lá interessado, é interno, é médico, vai formar e tem a obrigação de passar pra ele o mais que ele tá buscando, só que isso aí pra mim aumentou o desgaste, porque além de tudo que você faz, que já é pesado de cobrança, de burocrático, de tudo assim, você ainda tem aluno com você (GF08).

[...] o aluno, [...] nem sempre é o perfil daqui. Eu não me importo em passar nada e gosto de passar, de ensinar, contanto que você queria aprender [...] (GF18).

No trabalho de campo ficou evidente a abertura das equipes para o acolhimento de alunos. Chamou nossa atenção o fato de que, mesmo tendo sido informados sobre o objetivo da pesquisa, que era compreender a saúde do trabalhador do PMC, em cada uma das visitas domiciliares os profissionais nos relatavam o caso, os cuidados necessários e, ao longo da prestação do serviço, teciam esclarecimentos. Os registros de campo abaixo trazem essa vivência:

Vale lembrar que não fico perguntando, me parece que estão acostumados com estagiários e a postura deles é de estar ensinando e informando (Caderno de Campo, 08/03/2016, p. 05).

A primeira paciente de hoje é [...] usuária de crack, vítima de agressão, tentaram matá-la, ficou muito debilitada [...] mas o processo está no fim para reabilitação (C30), depois que ela me falou, perguntou se eu queria saber de cada paciente antes do atendimento [...] mesmo sabendo que meu trabalho é com elas, me orientam de tudo que se passa (Caderno de Campo, 09/03/2016, p.06).

Me mostra que o pé dela está como se tivesse de salto alto, atrofiou pelo coma, antes estava torto para dentro agora já está retinho e aos poucos começando a abaixar e ter movimento (Caderno de Campo, 12/03/2016, p.10).

Para avaliar a alimentação, trouxeram suco e bolacha, enquanto ele come, ela vai auscultando a deglutição [...] (Caderno de Campo, 29/03/2016, p.25).

Esse último registro demonstra como os trabalhadores orientam os procedimentos, independente de serem ou não da área de atuação da mestrandia.

Entender o PMC como um cenário de formação de profissionais para o SUS é fundamental. O que ficou claro nos relatos dos trabalhadores é que essa inserção demanda tempo, envolvimento e construção coletiva entre as instituições de ensino e profissionais do serviço. As potencialidades dessas experiências para a educação permanente de trabalhadores e para a formação de profissionais devem ser exploradas no município estudado, especialmente pela existência de inúmeras instituições de ensino, inclusive uma federal.

Batista e Gonçalves (2011) observam que o processo de formação de profissionais no SUS ainda é uma realidade desigual e complexa, pois demanda interação das diversas áreas profissionais, da engenharia da produção em saúde e intersectorialidade. Ainda é necessário ampliar as relações com o usuário. Para Merhy (2004), as formações e capacitações destinadas aos trabalhadores do SUS deveriam ser oferecidas de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, observando a realidade e a necessidade de cada local ou região em específico, de forma a envolver e articular diversos saberes na gestão do cuidado.

A inserção no campo revelou que os trabalhadores têm consciência de sua sobrecarga e estão em busca de um espaço de escuta para colocarem suas críticas, demandas e sugestões. Além disso, há uma compreensão das responsabilidades dos gestores, dos limites e potencialidades do SUS e, de modo geral, da própria estruturação do trabalho em saúde, que é permeado por condições precarizadas de trabalho, duplas ou triplas jornadas, salários insuficientes.

[...] é desgastante, porque ela tem 200 pacientes, 200 famílias [...] se ela tivesse aqui um salário que ela não precisasse trabalhar em outra instituição, ela poderia sair daqui, ir para um clube, poderia, sei lá, fazer uma terapia, ir para um SPA, sei lá, cuidar de si, [...] mais uma vez você é posto numa situação que você não tem nem tempo de digerir o desgaste do seu trabalho [...] eu não conheci um técnico que goste de sair de um plantão e pular de um pra outro, [...] Vai perguntar se é porque ele quer. Não! é porque ele precisa por dinheiro dentro de casa, precisa de uma renda, precisa ter uma condição de saúde para a família. Então não dá em tempo de digerir [...] Então, mais uma vez o profissional é levado numa situação que ele não cuida de si (GF32).

Eu acho, assim, que nós profissionais da saúde de modo generalizado, nós somos muito mal vistos financeiramente, mal remunerados, por isso eu trabalho em muita carga horária [...] (GF21).
[...] teve dia, tem alguns momentos, assim, que você fez o atendimento

e você fez dois, três atendimentos no dia e assim, você esgotou [...] (GF27).

A gente vê o que tá faltando e quando isso vem da coordenação, a gente costuma ser muito cobrado mesmo, assim, você tá sentado, fazendo e aí “Pega essa papel e olha esse paciente”, “mas eu não posso ver esse paciente”, “não importa, você tem ver esse paciente”, “tenho óbito”, “você vai ver o óbito e vai ver esse paciente”. Ai você perdeu sua organização da manhã, seu almoço familiar. A gente começou a ter mais jogo de cintura com a coordenação sem bater de frente, pra mostrar pra eles as dificuldades e mostrar para eles internamente em cada equipe da central o que tá atrapalhando. Só que a gente depende muito do outro, né? (GF08).

Consequentemente, chamam atenção as expressões utilizadas pelos trabalhadores ao se referirem sobre os impactos do trabalho no PMC quanto à sua saúde: desgaste, esgotamento, cobrança, além de uma representação negativa da população sobre o trabalhador. Nas entrelinhas também vislumbramos expectativas: salários que permitam redução das jornadas de trabalho, relações horizontalizadas entre os trabalhadores e coordenadores, e o cuidado de si.

5.2 Condições de Trabalho

Para Augusto, Freitas e Mendes (2014), o contexto de trabalho é dividido em três dimensões, sendo elas: a organização, a condição e as relações socioprofissionais. Essas dimensões norteiam o campo subjetivo das condições de prazer e sofrimento no trabalho. Por outro lado, o resultado da vivência dessas dimensões é o significado dado, a interação de condições subjetivas dos sujeitos com as condições objetivas da realidade do trabalho. Tal interação depende da mobilização individual e coletiva.

A dimensão da organização do trabalho é defendida por Dejours (1992) não apenas como definição de atividades, mas também como divisão hierárquica, de tarefas, de controle e de responsabilidades atribuídas pelo homem. Já a dimensão das condições de trabalho é definida pelos elementos estruturais que compõem o processo produtivo e que, segundo Ferreira e Mendes (2003), são: o ambiente físico, instrumentos e equipamentos, matéria-prima e suporte organizacional. A terceira dimensão diz respeito às relações socioprofissionais que caracterizam a interação social e interpessoal, levando em consideração as interações hierárquicas, coletivas, intra e intergrupais, e relações externas.

Como dito anteriormente, as equipes não possuem sede própria e estão inseridas nos espaço das UAIs. Assim, utilizam copa e banheiro gerais. A movimentação de usuários e profissionais nas UAIs é intensa. Nas entrevistas com os coordenadores e nos grupos focais com as equipes municipais foi ressaltado que o espaço físico é uma condição que precisa ser melhorada, pois trabalham em uma sala apertada, com almoxarifado inadequado, sem banheiro ou copa própria para a comodidade dos trabalhadores.

Quanto ao transporte, condição essencial para a realização de todo o trabalho do PMC, foi considerado de qualidade, pois a frota foi trocada recentemente por carros mais novos e confortáveis. O município terceirizou o transporte, com contratação de empresa.

A gente faz assistência domiciliar, então obrigatoriamente a gente tem que ter um transporte [...] Hoje o transporte é muito bom. [...] aumentamos o número de carro dentro da proporção [...] são um nível melhor com ar condicionado, então anteriormente era no calorão, sem ar condicionado, um carro um pouco menos equipado. Hoje é um carro muito bom. [...] Mais confortável. [...] seriam 13 de manhã, 11 a tarde e 2 no horário do trabalhador. [...] (E37).

As condições de trabalho das equipes vinculadas à instituição de ensino não são muito diferentes das equipes municipais, apesar de serem órgãos totalmente diferentes. Há pouco tempo conseguiram mais uma sala para acomodar os trabalhadores, arquivos, equipamentos do programa e insumos. Contam com um banheiro próprio e, aos poucos, estão conseguindo equipar a sala com ventiladores e uma pequena copa. Porém, eles relatam que ainda é apertada e buscam melhores condições.

Há três meses a gente conseguiu carros com ar condicionado, ampliação dos carros, melhorou um pouco para os profissionais. A gente ficava numa sala muito menor e de uns 8 meses pra cá a gente conseguiu mudar para uma sala maior que comporta melhor a equipe. A gente tem brigado [...] para que o nosso recurso que vem do Melhor em Casa possa ser usado pro Melhor em Casa mesmo [...] (E54).

As EM contam com motoristas disponíveis para o programa em horário fixo, mas as equipes da IFE têm que se adequar aos horários diferenciados dos motoristas, já que não possuem o mesmo vínculo trabalhista, portanto, têm cargas horárias diferentes.

Tem escala de carro, fixada [...] ela muda com frequência, de acordo com troca de horário, entrada de novos profissionais, aumento de veículos para o programa. [...] tenho veículo da universidade que o motorista faz 8 horas, então tem que voltar mais cedo. Por exemplo, antibioticoterapia eu tenho que fazer o quanto mais tarde melhor, principalmente porque é de 12 em 12 horas. [...] a escala é fixa, mas

discutida com a equipe antes de qualquer mudança [...] (E54).

Apesar das condições de transportes serem favoráveis, ao serem questionados no grupo focal, alguns levantaram questões como: ficar sentado a maior parte do tempo, privado do uso de banheiro, lanchando e descansando durante o percurso, as questões climáticas, como chuva e sol, ou mesmo dos territórios, como zona rural, buracos, atolamentos. Outra questão levantada foi a ergonomia do sobe e desce do carro. O trabalho de campo possibilitou experienciar algumas dessas condições citadas: “[...] casa bem pobre, chão de cimento liso pintado (não me lembro como chama) de telha de amianto sem forro (pensa no sol e calor que estava na rua? Dentro da casa o calor era insuportável, pior que de fora)” (Caderno de Campo, p.18, 28/03/2016).

Outro registro interessante é sobre o transporte e a distância entre os percursos estabelecidos: “[...] O carro está um silêncio, um calor, sol, acho que o (C51) cochilou, nossa, eu estou quase, já se passaram 20 minutos de viagem. Esse motorista não é atualizado nas tecnologias, procura num mapa os endereços [...]” (Caderno de Campo, p. 40, 06/04/2016). Esse percurso pode ser considerado característica da organização do trabalho, mas nem sempre ele consegue ser organizado. Os trabalhadores também se referiram ao tema nos grupos e entrevistas:

Como são 5 regiões (caso da EMAP) [...] não tem condição. Você tá naquela região, [...] você tem 3 pacientes naquela região, só que o outro paciente que você precisa ver naquele dia, você vai demorar meia hora pra chegar [...] a EMAD só atende aquela região. Então, se precisar de se deslocar e ir para outra região, tranquilo. Igual, eu já peguei 3 prontuários de atendimentos que vão demorar, uma pessoa faltou, eu não tenho ali na hora uma pessoa pra ir [...] Então, tem certa dificuldade a questão da EMAP e da gente fazer o retorno também, porque sempre existe alguém mais grave, do que aquelas pessoas que a gente tava acompanhando (GF16).

A gente pega trecho com rodovia, pra poder chegar lá no bairro mais rápido, porque eu tenho mais tantos pacientes (GF02).

É buraqueira, é pó, é fumaça, é cachorro [Risos]. (GF32).

[...] Os atendimentos são realizados às vezes em lugares que não tem o ambiente, não tem uma cadeira pra você sentar, né? Não tem... muitas vezes você precisa ir no banheiro, né? [...] (GF16).

Em todos os sentidos. Desde não ter banheiro, ao risco que a gente corre na rua [...] (GF19).

Existem algumas dificuldades isoladas apresentadas pelos trabalhadores. As equipes vinculadas à IFE ainda contam com alguns carros sem ar-condicionado: “esse

carro não tem ar condicionado, vai ser ruim pra você” (Caderno de Campo, 06/04/2016, p. 41).

Atendimento domiciliar não é fácil, né. A gente não encontra condições legais de trabalho. A gente executa o nosso serviço em casas quentes, mal estruturadas. Claro que tem sempre os opostos, né. Mas a maioria das casas elas não oferecem as melhores condições, um carro quente, por mais que tenha ar condicionado, você anda a cidade inteira [...] (E54).

[...] considero desgastante a rotina do serviço, quando a gente pensa em atenção domiciliar, essa coisa do trânsito que te destrói tem dia, a gente sai de carro, calor, às vezes você não tem um lanche ali, você não tem onde comer, é um banheiro, às vezes é risco de acidente em trânsito, né? Tem dia que você chega “não, hoje eu escapei”. [Risos] (GF32).

No quesito ergonomia, os fisioterapeutas são bastante prejudicados, pois “*[...] A gente da fisio não tem muita qualidade de vida, pois não tem muita ergonomia, às vezes a cama é baixa demais, ou alta, temos que nos esforçar muito, improvisar, já usei almofadas, cabo de vassoura. O programa oferece algumas coisas, mas não muitas, é mais o improviso (C19) [...]*” (Caderno de Campo, p.12, 10/03/2016). Embora o tema da ergonomia tenha sido citado por fisioterapeutas, ele também impacta no trabalho de outros profissionais.

No que se refere aos insumos, o programa conta com recurso próprio e depende da distribuição realizada pela Central de Armazenamento Farmacêutico do município. Assim como os outros setores, às vezes ocorre a falta de insumos, porém a atenção e a assistência tentam ser mantidas da melhor forma possível.

[...] dentro dessa questão falta material, muita das vezes periódica, outras das vezes sazonais e alguns materiais chegam a faltar até mais tempo do que a gente realmente precisa [...] nesse momento tá bom [...] (E37).

[...] é instável: uma hora falta outra hora não tem, outra hora vai demorar a chegar, mas isso é de qualquer serviço de saúde pública: a gente não tem tudo o tempo todo não. Tem horas que a gente tem que ser alternativo (E48).

[...] o Programa tem recursos próprios, esses recursos vão para a secretaria de saúde que dilui lá. Então, não existe um fundo do Melhor em Casa. Vai para a secretaria de saúde, vai para a conta da secretária de saúde [...] Então, se dilui como um todo [...] (E07).

[...] eu acho que as condições, elas têm as particularidades delas mesmo, né, mas a gente, diante de tudo que é ruim, a gente improvisa bem e trabalha feliz, e trabalha tranquilo [...] (E54).

Mas aí o vínculo que foi muito importante nessa época de crise, né?

Porque, assim, a gente parava na porta dos pacientes e respirava fundo, né? e aí “não tem, mas eu estou aqui e tal” vou continuar (GF06).

Eu já cheguei na casa de paciente e ele assim pra mim “O que você trouxe pra mim hoje?” Eu, ‘um abraço’ serve? (GF04).

É difícil [...] faltou material para curativo, gente, e a gente vê família para não deixar de fazer curativo, cortar pano, lençol é lavar com álcool e aí eles esterilizavam do jeito deles, passar pra fazer o curativo pra não deixar sem fazer. Então, assim, a gente acaba aprendendo, eles vão aprendendo, em uma forma eles querem ajudar (GF35).

A falta de insumos e materiais utilizados nos procedimentos realizados pelo PMC não causam transtornos apenas para o paciente que necessita daquele cuidado, mas também gera imenso desconforto para a equipe que se sensibiliza por aquele outro que, às vezes, não tem condições de comprá-los.

Mas a gente brinca igual essa situação que teve de falta de material, [...] já tá difícil, se a gente chegar na casa do paciente com aquele estresse e realmente não tem, aí fica pior, mas aqui pra gente gera um grande estresse. [...] Teve uma vez que a gente tava na casa do paciente, sabendo que o paciente estava precisando [...] tirando pão, tirando as coisas para poder comprar remédio, remédio já não tinha nas unidades, já era um custo grande, então a gente aqui também não tinha condições de doar isso pra eles, gerou um estresse, um caos tão grande [...] A gente chegou num ponto crítico, da gente tá recebendo um paciente que precisa de gazinha, gases pra fazer curativo e eles não tinham e não tinham condição de comprar (GF06).

Nos relatos que seguem percebemos que os profissionais entendem como descaso com o seu trabalho a ocorrência de faltas ou quando algo os impossibilita de realizarem suas atividades, sentindo-se agredidos. Os impactos da falta de condições de trabalho e, até mesmo, de insumos são fundamentais para compreendermos tanto a atenção à saúde, prestada pelo PMC, quanto o trabalho e a saúde do trabalhador. Os profissionais expressaram de modo lapidar o impacto da falta de condições e insumos em seu cotidiano:

[...] já escutei muito assim, no começo quando faltava muito isso, esses materiais principalmente pra curativo, eles falavam “mas presta bem atenção, ele tava internado lá na unidade, ele teve alta, o Programa admitiu e agora você tá me falando que não tem material? Então, porque não deixou ele na unidade?”. Aí quebra a gente, porque o seguinte, eu vou lá dando o meu melhor, cada paciente pra mim, [...] é muito especial [...] “nossa, pior que é verdade, [...] se ele tivesse internado lá, talvez teria um recurso melhor, porque eu não tenho como oferecer (GF01).

O sistema muitas vezes põe o profissional numa sinuca, né?

Gerando... porque são questões que vão além, né? Não depende da família, não depende do profissional, né? O profissional tá ali pra fazer o trabalho dele. Então, muitas vezes o sistema dá um tiro no próprio pé, porque esse é um profissional que se estressa, não se estressa no sentido de se irritar, mas se estressa no sentido de sofrimento, de cansaço, né? De esgotamento mental, psíquico, ele sofre de o outro sofrer, [...] o sistema muitas vezes ele judia do trabalhador não oferecendo. E ele se justifica, o sistema se justifica, a instituição se justifica em N questões. Mas a gente sabe que de outro lado tá saindo, né? Mas a gente sabe que para aqueles mais vulneráveis tá faltando, a população tá sendo violentada de N formas. E aí o trabalhador ele chega ali e várias vezes, trabalhar, conversar enquanto equipe, porque era só... era o momento da equipe desabafar, de falar o quanto tava difícil e assim, isso é muito complicado [...] o profissional muitas das vezes é colocado numa situação muito difícil (GF32).

Em algumas ocasiões, a indignação com os problemas de funcionamento do Programa é expressa como um confronto diante da condição social dos próprios profissionais.

Você chega lá de Hilux visitar [...] A população [...] não sabe diferenciar, então pra elas, o carro... que os motoristas estavam 3 meses sem receber, eles também estavam com estresse, você vai num carro que é próprio dele, e aí ele chega na porta da casa (falam todos juntos) “você tá de Hilux, não tem material que p é essa?” Aí você fala: “Não, pera aí, vamos explicar: o carro é particular dos caras, o cara presta serviço, o material veio de uma ordem de compra”. Esclarecer todos os itens é difícil e aí alguns ficavam bravos, que tem que esclarecer. Quando se tem tudo, não se pensa dessa forma [...] chegou material [...] tá tudo funcionando, capaz de nem ir lá fora ver se foi de carro ou foi a pé. Agora quando tá faltando, eles te recebem na porta, já vai ver o carro, a roupa que você tá entrando e assim por diante [...] (GF11).*

Existem, também, os materiais e insumos não cobertos pelo SUS, cuja falta traz frustrações para o trabalhador que necessita de determinado material para sua especialidade. Sem esses materiais, amplia-se a dificuldade pela busca de meios que proporcionem melhor qualidade de vida e cuidado ao paciente.

[...] tenho um sofrimento muito grande enquanto serviço que eu presto [...] faço psicoterapia uma vez por semana e tem dia que eu tenho vontade de parar. Todo dia, ir lá. Eu preciso falar, porque é muito complicado você ver o paciente evoluir com uma deformidade [...] e você não conseguir ter recurso pra fazer isso é muito sofrido e [...] já tentei de todas as formas possíveis, conversar em reunião, eu já fiz carta falando da questão e, assim, é muito complicado, porque você tem um trabalho, você tem às vezes um 100% que poderia ser alcançado, mas aí vai abaixando, cai pra 90. [...] é muito difícil, é muito sofrido e aí as vezes acontece da gente tirar do próprio bolso [...] Você pega o seu profissional, você pega o do colega que às vezes poderia tá ajudando no processo, você pega no do outro. Ih, é

complicado. Essa questão de recurso é muito difícil (GF02).

Segundo informações colhidas, o recurso vem do governo federal para um fundo do município, responsável pela gestão. Os profissionais não têm clareza quanto à aplicação dos recursos pelo município ser exclusivamente no PMC. Quando faltam os insumos e medicações para a distribuição gratuita, fica o usuário/a família responsável pela compra, caso seja prioridade para sua vida.

Tanto aqui quanto lá [nas vinculadas à IFE e nas municipais] as duas equipes são credenciadas e habilitadas pelo ministério, cada uma (EMAD) recebe 50 mil por mês e a EMAP recebe 6 (mil). Então, aqui a gente tem duas EMAD e uma EMAP, então a gente recebe 106 mil por mês e lá a gente recebe 262 mil por mês do ministério da saúde (E48).

Os casos relatados foram anteriores ao momento da coleta de dados. No momento da pesquisa os recursos estavam estáveis, porém o assunto foi recorrente nos grupos focais, sendo relatado como elemento agravante para o estresse e sofrimento desses trabalhadores. Segundo o dicionário, sofrimento é: 1. Ação ou efeito de sofrer, dor, padecimento. 2. Amargura. 3. Paciência, tolerância, desastre (Michaelis, 1998). Para Oliveira (2003, p. 07), “o sofrimento seria a inexistência de possibilidades, a limitação do ser humano a um estado de paralisia. Um risco que inviabiliza a construção da identidade e integridade dos sujeitos”. Em contrapartida, para Ricoeur (1991, p. 223), o “sofrimento não é unicamente definido pela dor física nem pela dor mental, mas pela diminuição, até à destruição, da capacidade de agir, do poder fazer, sentidos como um golpe à integridade de si”. Já o sofrimento para a Medicina vem da dor física, que acomete o corpo; na Psicanálise, pelo trabalho do luto, a morte. Arendt (1997) revela que o sofrimento é uma condição humana.

O sofrimento está envolvido com o trabalho desde sua origem e o sofrimento aqui apresentado pelos profissionais enquadra-se inerente à organização do trabalho, à falta de insumos e recursos humanos. Para Lemos, Cruz e Botome (2002), os trabalhadores criam defesas, negando o sofrimento para lidar com as adversidades. Oliveira (2003) coloca que a organização do trabalho é a divisão em postos diferentes de trabalho, pois o produto do trabalho, para ser realizado, passa por vários trabalhadores e processos.

Percebeu-se que no ponto de vista dos coordenadores as condições não são as piores, mas poderiam melhorar de modo a favorecer o trabalho. Do ponto de vista dos trabalhadores, alguns acreditam que as condições são boas, mesmo com inconvenientes,

enquanto outros ressaltam dificuldades pontuais do serviço público.

As condições de trabalho, a gente briga muito por elas, mas elas ainda têm coisas a melhorar (E48).

A gente considerando o contexto da cidade aqui, eu não considero que a gente tem condições ruins de trabalho não. A carga horária é a mesma do hospital, os carros estão melhorando, né? Estão bem melhores agora. A gente tem um problema, teve o caso, né, de mordida de cachorro. Tem o sol da tarde que pode causar alguma coisa. Pequenos inconvenientes, mas eu creio que, na minha opinião, eu trabalho em condições favoráveis. Assim, de modo geral, né? São questões pontuais as dificuldades, mas de modo geral (GF51).

Discutimos, até então, as condições de trabalho oferecidas pelo programa, porém também foram ressaltadas as condições necessárias por parte do paciente, como algum recurso, insumo ou alimento necessário para sua recuperação ou tratamento. Essa é uma condição socioeconômica que, às vezes, gera desgaste para o profissional, tendo em vista não depender da intervenção do profissional.

[...] uma vez eu cheguei na casa do paciente e não tinha nada pra avaliar (deglutição). Não tem nada, ... é uma água, às vezes eu olho para a família e falo “vamos marcar, prepara que daqui há tantos dias eu volto, deixa preparada aquela frutinha lá” eu volto e não tem. E aí você tem que tirar do seu bolso, você deixa esperando, vou ali, compro e começo avaliar, porque você precisa avaliar “olha, você precisa colocar um espessante nessa água, fulano não pode tomar essa água sem esse espessante”, a pessoa não dá esse espessante. O SUS não dá [...] Com esse a água vai ficar mais gelatinosa, né? E o SUS não dá. E uma lata de espessante é 80 reais. E aí, como é que fica? Eu preciso passar uma sonda “uai, não tem sonda” e aí, como que fica? Então, assim, você tem as limitações e você tem que se virar, esse paciente vai passando mal, vai passando mal, aí chega a óbito e aí? Não fez o serviço que você deveria ter feito. Poderia ter sido melhor o trabalho, né? Mas não depende só de mim [...] (GF03).

Na atenção domiciliar, a condição e organização do trabalho dos profissionais se choca com as questões sociais em que os usuários vivem. Embora haja a garantia constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196 da CF), somos levados a refletir sobre as desigualdades e iniquidades sociais em saúde.

Igualdade seria a divisão igual para todos, enquanto desigualdade incorpora um nível de distribuição desigual, relacionada à posição do indivíduo na organização social e econômica. Por outro lado, a equidade parte do pressuposto de que cada indivíduo tem diferentes necessidades, portanto a divisão por igual não beneficiaria a todos, já que

essa impossibilidade de atender a todos é vista como iníqua ou injusta. Para Castellanos (1997), nem toda diferença de necessidade é iníqua, mas toda desigualdade redutível constitui iniquidade, ou seja, “as desigualdades sociais em saúde são as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade” (BARATA, 2012, p. 488).

Temos evoluído muito frente à busca por melhores condições de vida e saúde, mas ainda há muito que se fazer. A OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o “objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas” (BRASIL, 2008b, p.10). No Brasil, através de Decreto Presidencial, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em 13 de março de 2006 (BRASIL, 2008b).

Durante o grupo focal, o trabalho do pessoal técnico-administrativo e dos recepcionistas foi ressaltado, visto estarem na linha de frente, recebendo e repassando informações, solicitações e reclamações.

Eu acho extremamente desgastante o papel delas (técnico administrativo), porque, assim, elas filtram pra passar pra gente. Então, acolhem todo mundo [...] E é assim o dia inteiro. Então, é gente que faleceu, é gente que tá vomitando, é gente que foi internada, é gente brigando, agressivo, porque o médico não foi atender e quem escuta isso, quem atende isso, que acolhe no primeiro momento são as meninas, tanto pessoalmente quando eles vêm aqui brigar, entregar documento “porque que o meu pai não entrou?” tanto quando há intercorrências. E assim, isso é o dia inteiro. [...] a gente fica desgastada por 2 ou 3 casos na semana, 2 ou 3 casos por região. Elas atendem todos, então elas filtram pra passar pra gente [...] (GF08).

As rotinas administrativas oriundas da atuação no PMC foram citadas como desgaste para os profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, os trabalhadores compreendem a atuação dos técnico-administrativos como parte da atenção à saúde, elemento importante para compreendermos a dinâmica do trabalho nas equipes do PMC.

Oddone et al. (1986) classificaram os fatores de risco ao trabalhador em quatro grupos. O primeiro engloba riscos com menor valor de risco, podendo ser encontrado, até mesmo, no domicílio, considerando a luz, barulho, temperatura, umidade e ventilação. No segundo grupo estão fatores, como poeiras, gases, substâncias tóxicas específicas, encontrados, em geral, nos ambientes de trabalho e que contam com maior

possibilidade de dano à saúde do trabalhador. No terceiro está a atividade muscular ou trabalho físico e, no quarto, diversos fatores criados a partir da organização do trabalho, como a monotonia, repetitividade, ritmos excessivos, jornada de trabalho, posições incômodas, ansiedade, responsabilidade, frustrações, etc.

A partir da caracterização de Oddone, Dejours (1993) diferenciou a condição de trabalho da organização do trabalho, considerando as condições do trabalho, físicas, químicas e biológicas como aspectos danosos à saúde do trabalhador. Da mesma forma, são também prejudiciais à saúde, considerando ainda as condições da organização do trabalho, geradora de sofrimentos mentais diante das relações estabelecidas com o mesmo e suas tarefas. Segundo o mesmo autor, somente o corpo produtivo é aceito, a doença é expressa por vergonha, sobretudo daqueles que, doentes, são incapacitados de trabalhar.

As condições de trabalho são, muitas vezes, vistas como apenas físicas, ergonômicas e dos tipos de local, porém a pesquisa evidenciou, principalmente, questões sobre a organização do trabalho, em especial aquelas que dizem respeito ao conteúdo das tarefas, ligado diretamente à saúde mental do trabalhador, já que “todo trabalho supõe tendência para um fim e um esforço. Para alguns trabalhos, esse esforço será preponderantemente físico; para outros, preponderantemente intelectual” (ALBORNOZ, 1986, p. 11).

5.3 Motivação para atuar no PMC

Uma das questões norteadoras do GF foi a motivação para atuação no PMC. Como podemos verificar nos tipos de vínculos citados, algumas pessoas “escolheram” e outras foram “escolhidas”. Porém, um diferencial citado pelos trabalhadores a respeito do serviço prestado em atenção domiciliar é que, segundo os participantes do estudo, não é qualquer pessoa que tem perfil para encarar as demandas da equipe, dos pacientes e das famílias. Dito de outro modo: o profissional pode chegar ao PMC por diversos caminhos, mas sua continuidade depende do desenvolvimento desse perfil. Os trabalhadores citaram esse processo como uma “seleção natural”.

[...] acho que a equipe é muito boa. Eu acho que a autosseleção acontece, né. A pessoa que entra na atenção domiciliar e não consegue lidar com aquilo ali, com o sofrimento, com a dificuldade de infraestrutura, ela mesma pede para sair e vai para outro setor (E54).

Eu acho que houve uma seleção natural. No início [implantação das equipes municipais] tinham pessoas que não tinham o perfil [...] (GF08).

A seguir destacamos formas de inserção no PMC.

[...] surgiu a proposta [...] de vir para o Programa Melhor em Casa e eu optei por vir [...] mais um desafio, voltei a fazer o que eu fazia antes, só que agora assistência domiciliar via SUS, daí eu cheguei com toda essa bagagem de assistência domiciliar particular, pacientes oncológicos [...] (E37).

[...] a inserção no SAD foi por mercado de trabalho, eu prestei uma prova pra vir pro hospital e era aqui [...] acho que veio a questão de unir a minha habilidade que às vezes eu nem sabia que tinha. O encontro de tá no lugar certo, na hora certa e eu percebi que tinha esse perfil, que eu gostava, aí eu falei "não..." foi um investimento pessoal, na carreira, na qualificação e estou até hoje (E48).

[...] Concurso não escolhe, ele escolhe pra você (GF04).

[...] passei por processo seletivo e foi alocada aqui, foi uma experiência nova pra mim [...] intensivista de formação. Então, assim, foi... foi um aprendizado, também. Só que eu já gosto muito dessa área (GF05).

O perfil foi uma questão sempre destacada pelos trabalhadores e considerada uma forma de motivação para o trabalho e identificação com o PMC:

[...] eu queria sair dali de todo jeito, eu falei "são esses, eu via isso o tempo todo, mas isso aqui não" (risos), aí eu fiquei desesperada, querendo sair de todo jeito, e ele "calma, você vai gostar", hoje se você falar comigo pra sair daqui, eu choro 3 dias (risos). Sabe, mas assim, eu não enxergava que eu tinha esse perfil e eu acho que eu tenho realmente (GF19).

[...] surgir uma vaga pra ser remanejada para ao lado da minha casa, só que eu me tornei daqui. Mas eu acho que é questão de perfil também. [...] eu me identifiquei demais [...] eu me envolvo demais, tanto com a equipe, já é o meu jeito [...] eu me envolvo muito, tanto com o paciente, porque, assim, o nosso trabalho, eu sou um pouco de psicóloga, de enfermeira, de médica, risos [...] (GF09).

Além de processos seletivos, concursos, possibilidade de inserção no mercado, os trabalhadores descreveram a motivação para atuar no PMC como satisfação pelo trabalho e realização profissional com a atenção domiciliar. Para Carvalho (2014), o ato de trabalhar corresponde a um dos fatores mais peculiares da condição de vida e saúde, além de qualidade das mesmas, sendo o trabalho indissociável da saúde. Observamos que muitos trabalhadores se dedicavam a estudos próximos da atuação do PMC, mas, ao

se depararem com um trabalho que compactua com seus ideais, podem afirmar seu amor e satisfação por sua atividade laboral.

*[...] eu sempre quis atuar em saúde pública mesmo. Minha formação foi voltada pra isso, atenção domiciliar fazendo a ponte com hospital, atenção primária. Então, meio que eu sempre quis trabalhar com essa questão do foco mesmo, no cuidado com o paciente, com a família, com a unidade, sempre foi a minha pretensão. **E aí deu certo, e aí ficou, perfeito!** (GF32, grifos nossos).*

*[...] eu gosto demais daqui, [...] aqui me motiva, lá no meu outro serviço eu fico estressada, me cansa. Mas assim, trabalhar aqui pra mim, por mais que tenha dificuldades, não é uma imposição, **eu adoro.** [...] (GF30, grifos nossos).*

*[...] eu fui residente e passei pelo programa [...] Quando eu conheci o programa eu **me apaixonei**. Aí eu fiz um concurso público na prefeitura, passei e solicitei pra fazer parte da equipe, né? Porque em minha opinião é um trabalho diferenciado, sai um pouco da área hospitalar [...] Então, minha motivação é essa: **um serviço diferenciado**, visitar as pessoas em casa, o que me motiva é isso [...] (GF43, grifos nossos).*

Os relatos abaixo exemplificam a experiência de profissionais que foram surpreendidos pelo serviço domiciliar, que não escolheram, mas que, de alguma forma, a escolha lhes trouxe realização pessoal e profissional, pela satisfação e amor atribuídos.

[...] não escolheu, foi escolhida, “no início eu não gostava muito, mas hoje gosto, não quero sair (C19)” [...] (Caderno de campo, p.11, 10/03/2016).

*[...] “não sabia que gostava tanto da atenção domiciliar, **fui apaixonando** (C07)” (Caderno de campo, p.28, 30/03/2016, grifos nossos).*

*[...] foi contratação de urgência. Então, ... mas era pontual pra cá, [...] eu **gosto bastante** [...] do tipo de atendimento que a gente presta, [...] **me encontrei muito**, eu gosto, eu tenho uma formação mais voltada para o cuidado paliativo [...] (GF02, grifos nossos).*

*[...] a princípio eu fiquei assustada porque eu não conhecia o atendimento domiciliar a fundo, [...]E eu vim pra cá e eu **me apaixonei mesmo** [...] é de fundamental importância, é a base de tudo, é o começo e o fim de tudo. Então, **assim, eu sou uma apaixonada pelo que eu faço. De verdade, eu não trocaria por um outro estabelecimento** (GF01, grifos nossos).*

*[...] acostumada a trabalhar em pronto socorro, então quando eu cheguei aqui, eu **fiquei maravilhada com toda a equipe**, [...] **apaixonada**, pelo programa em si [...] Aqui eu vi mesmo o que era uma equipe, **todo mundo muito unido** e as coisas aqui funcionam. Então, lidar com o paciente dessa forma foi bem mais **prazeroso** pra mim (GF38, grifos nossos).*

Esse subtema enfatiza a motivação do trabalho, porém, logo percebemos o

entrelaço da motivação com a satisfação. Martinez e Paraguay (2003) citam Steuer (1989), que diferencia a motivação como uma manifestação da tensão gerada por uma necessidade, enquanto a satisfação é a expressão de uma necessidade de atendimento. As autoras ainda citam Locke (1976), que considera a satisfação um estado emocional agradável, obtido pela percepção do indivíduo sobre o trabalho que realiza, tendo como resultado aquilo que satisfaz ou o que permite satisfazer seus valores perante o trabalho, ou seja, a satisfação no trabalho é considerada a relação entre o que o trabalhador quer de seu trabalho e o que ele percebe que está ganhando do mesmo.

Outra motivação relatada pelos trabalhadores, que a partir dos conceitos de Steuer (1989) e Locke (1976) pode ser considerada satisfação no trabalho, corresponde aos resultados positivos encontrados no cuidado em saúde, realizado por uma equipe na qual as responsabilidades são divididas e as possibilidades de intervenção são maiores, não ficando a cargo de uma ou duas pessoas isoladas.

*[...] a minha motivação [...] é **trabalhar com equipe multiprofissional**, é muito mais interessante pra minha área de geriatria, área de reabilitação. Então, a gente acaba trabalhando em equipe com outro profissional em um lugar que tenha [...] um fator mais livre pra trabalhar, com menos dependência do paciente na questão médica e mais resultado positivo. Trabalhar assim é bem bacana, bem mais produtividade, mais resultados para o paciente, para a família, então **o que me motiva muito é isso: trabalhar com equipe** (GF11, grifos nossos).*

*[...] tive a opção de escolher [...] escolhi o atendimento domiciliar justamente pela **equipe multi**, aqui teria mais do que no próprio centro de reabilitação, por incrível que pareça (GF03, grifos nossos).*

[...] no comecinho eu fiquei meio assim, apreensiva, né? Porque eu não tinha muito conhecimento, [...] pelo fato de que todo mundo trabalha junto, a gente se sente valorizado no seu trabalho (GF35).

O trabalho em equipe destaca-se como ferramenta indispensável para o PMC e para esse núcleo de cuidado, estratégia de grupo focada no cuidado integral do usuário. Figueiredo (2012, p. 21) aponta que “o trabalho em equipe deve ser compartilhado, interativo, com respeito aos diversos saberes bem como coma corresponsabilização de todos os integrantes da equipe”. Peduzzi (2001, p. 108), por sua vez, define o trabalho em equipe como uma “modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”.

A qualidade do trabalho em equipe impacta diretamente na qualidade do cuidado e da relação entre profissionais/profissionais, profissionais/usuários/cuidadores.

Segundo o CREMESP (2008), a equipe precisa proporcionar condições que ajudem o usuário a se sentir capaz de conduzir sua própria vida, não o destituindo de suas opiniões e vontades, pois o vínculo fortalece a confiança da família, cuidadores e usuários.

O reconhecimento do trabalho também pode ser considerado uma motivação e também um veículo de satisfação, observando um momento de prestígio que faz toda diferença para o empenho da equipe. Houve uma alteração importante no Art. 14 da Portaria nº 825, de 26 de abril de 2016, possibilitando a realização de ventilação mecânica invasiva domiciliar pelo PMC (BRASIL, 2016a). No caso das equipes da IFE, essa alteração foi citada como fator de motivação, pois os profissionais já atuavam com esse procedimento há muitos anos e no início do PMC ele não era elegível. Durante a entrevista com um dos atuais coordenadores do PMC, ele citou que houve debates sobre tal procedimento em fóruns e congressos, e que eles já haviam discutido com o Ministério da Saúde a possibilidade de autorização do procedimento em portaria (Caderno de Campo, p. 5, 26/04/2016). Coincidentemente, na mesma data da entrevista, fora publicada tal redefinição da portaria.

Quando eu entrei no programa não existia nada de desospitalização em ventilação mecânica, ninguém sabia, não entendia, não existia essa conversa, mas tinham várias crianças internadas no hospital dependendo apenas de ventilação mecânica. E num congresso de 2008, a gente discutindo com um pessoal de Fortaleza [...] a gente trouxe essa proposta pro hospital e começou a discutir isso [...] por conta disso, a gente conseguiu desospitalizar todas essas crianças com ventilação mecânica [...] Hoje a gente é referência, na nota técnica do ministério da saúde, que foi citado no último levantamento, a gente tem crescido com isso e foi graças a uma busca pessoal, claro que o grupo comprou a ideia também [...](E54).

Observou-se que alguns profissionais levaram em consideração essas melhores condições para sua qualidade de vida e como motivação para trabalhar no PMC:

[...] sempre achei interessante esse trabalho de ir ao domicílio das pessoas [...] eu escolhi vir pra cá [...] desde que eu entrei no hospital, me parece que o hospital é um ambiente meio hostil pra mim. Eu não me sinto tão bem no hospital [...] gosto de prestar assistência [...] é muito bom [...] o hospital é muito fechado [...] cercado, tudo muito metódico, muita pressão [...] não era isso que era o meu perfil [...] (GF51).

Eu também escolhi, mas pra folgar no final de semana [Risos], mas também me apaixonei pelo trabalho (GF41).

Eu também trabalhava no hospital e surgiu a vaga e eu tinha interesse pra poder folgar nos finais de semana (GF60).

O reconhecimento do trabalho prestado, as melhores condições para a qualidade de vida e a satisfação pessoal sobre os serviços oferecidos são motivações para a dedicação dos profissionais, para buscarem sempre atualização e melhores condições destinadas à efetividade de seu trabalho. As motivações podem ser consideradas estratégias para suportar o peso emocional proporcionado pelo serviço, oferecendo as duas vias do trabalho, o prazer e o sofrimento, defendido por Dejours (1994) na *Psicodinâmica do Trabalho*.

5.4 Habilidades Valorizadas

Considerando o trabalho em equipe como parte da categoria temática “Trabalho no PMC”, identificamos como subtema as “Habilidades Valorizadas”, que serão chamadas assim por caracterizar os tipos de competências, habilidades e atitudes dos trabalhadores do PMC. Os profissionais que atuam em equipes de atenção domiciliar precisam desenvolver habilidades, como a escuta ativa, suporte aos limites do adoecimento, comunicação, conhecimento técnico das situações, as quais irão enfrentar. Além disso, precisam criar estratégias de enfrentamento no que se refere ao fim da vida (CREMESP, 2008).

Durante a pesquisa, os profissionais qualificaram algumas habilidades como positivas e necessárias aos trabalhadores no PMC. Chamou atenção durante o trabalho de campo, no questionário, nas entrevistas e nos grupos focais a questão da flexibilidade:

E acho que tem que ter flexibilidade, né? [...] precisa ter um perfil mais sensível, adaptado [...] é primordial [...] a gente tem um aprendizado, né, que é a parte teórica, porém, na atenção domiciliar não tem como você fazer igualzinho você faz na teoria [...] (GF16).

[...] flexibilidade, uma coisa que você tem que ter pra trabalhar na atenção domiciliar. [...] Em casa você tem que fazer adaptações, às vezes você tem que aceitar o cuidado que a família tá prestando, porque, por exemplo, um ambiente muito sujo, um ambiente muito desorganizado, a vontade da gente é ir lá, arrumar tudo e deixar tudo arrumadinho. Mas tem famílias que o normal, o organizado deles é a desordem, né? Já outros que são extremamente limpos [...] teve família que viu uma manchinha no jaleco da pessoa que ia entrar e depois reclamou para mim “oh, seu funcionário tá entrando aqui com jaleco com uma macha suja”. Então, assim você tem que aceitar e respeitar a individualidade de cada lar, de cada casa, de cada família, tem que ser no contexto deles, tem que ser flexível, porque se for duro, aí vai bater de frente aí perde o vínculo com a família.

Então, tem que ter esse jogo de cintura. Também não deixar correr frouxo também de poder fazer tudo, não! Você tem que ir trabalhando aos poucos pra encontrar um ponto de equilíbrio (GF51).

Autonomia, flexibilidade com os gestores, respeito (Q04).

Autonomia, interdisciplinaridade, flexibilidade e cogestão (Q37).

A interdisciplinaridade, flexibilidade e integração da equipe refletem diretamente na qualidade do serviço prestado, levando a humanização para a condição de saúde do indivíduo, fazendo com que este se perceba como um ser integral. Souza e Souza (2009, p. 122) ressaltam que “a integralidade do cuidado está presente no contato entre usuário e profissionais de saúde, que através de atitudes buscam reconhecer as necessidades de saúde implícitas e explícitas por este cidadão”.

Outra característica importante enaltecida pelos trabalhadores é o amor ao próximo, amor pelo trabalho que prestam. Esse sentimento não foi percebido apenas nas palavras transcritas, mas foi sentido durante a inserção no campo.

A gente usa perseverança, amor! (GF04).

[...] tem que ter muito amor, né? Chegar lá de salto, colar de pérola e mostrar postura, não vai fluir! [...] A gente é muito unido, muito! A gente é muito amigo! (GF08).

A gente também é muito humana. Tem que ter o lado humano, vamos dizer, assim, um pouco a florado [...] a gente faz muito mais do que tem que fazer (GF19).

Também consideramos como habilidade desses trabalhadores a proatividade, boa articulação e bom senso para o manuseio das situações, características que necessariamente precisam de envolvimento pessoal.

[...] já teve caso da gente chegar para examinar o paciente e o paciente tá lá amarrado na cama, urinado, acurado e barbudo. Ai um olha para o outro e “vamos dar banho?”, “vamos”, leva para o chuveiro, faz barba, depois dá banho e depois molha tudo. Isso é pra todos! Não é um ou outro, é todos! Às vezes a ligação da gente é tão grande que não precisa nem falar, é só olhar “vamos pro chuveiro?” “vamos” (GF08).

[...] eu me envolvo muito. E eu vejo passar uma orientação, eu sou atenta aquilo, porque eu gosto, é uma característica minha [...] E essa questão do perfil, se você não tem uma paciência, gostar de se envolver, porque isso é meio que imposto pra você também (GF09).

[...] tem que ser articulado, se não for articulado, não dá, não flui (GF21).

[...] ser comunicativo, tem que saber ter acolhimento com o paciente

[...] ver a dificuldade do outro [...] leva um tempo para ele assimilar [...] (GF46).

Característica de ouvinte e possível intermediador em conflitos familiares e ou reorganização social e familiar no que se refere ao cuidado [...] Orientador, esclarecedor, direcionador (Q34).

Percebeu-se pelos relatos que os trabalhadores acreditam que esse perfil de flexibilidade, amor ao próximo e proatividade são extremamente necessários. Eles também acreditam que a falta deles pode comprometer o desempenho do trabalho.

[...] você tem que ter uma visão ampliada do paciente. Senão você não dá conta de lidar nem com a família, nem com o paciente, nem com o cuidador. Então você tem que saber um pouquinho de tudo [...] (GF21).

Tem que ter a mente muito aberta. Essa questão de que todo mundo faz um pouco a função do outro. Todo mundo! Não adianta aqui você não ser humilde e ter vaidade, você não consegue ficar aqui (GF18).

Com toda certeza, as habilidades valorizadas por esses trabalhadores também colocam a prova seu senso de humanidade. Conviver com outra pessoa e oferecer a ela o seu melhor, mesmo em momentos difíceis, pode trazer para o trabalhador momentos de choque com a sua própria realidade e com seus próprios sentimentos. Rezende, Gomes e Machado (2014, p. 32) assinalam que “a pessoa que sofre deseja ser compreendida, pois além de dores físicas, desenvolve conflitos emocionais e existenciais, para os quais não existem aparelhos ou remédios que possam aliviar”. É necessário que os trabalhadores desenvolvam atitudes de empatia e compreensão, pois o paciente necessita ser acolhido. Mais que habilidades, eles esperam respeito, humildade e compaixão nessa relação (SILVA; ARAÚJO, 2009).

Rezende, Gomes e Machado (2014) apontam que o profissional da saúde deve buscar aprimoramento de sua capacidade de comunicação, saber a hora de falar e também de ficar em silêncio e ouvir. Em complemento, Silva e Araújo (2009) destacam que a escuta é a maior habilidade que devemos desenvolver e Kovács (2006, p. 86) enfatiza que “o que nos caracteriza como humanos é a capacidade de ouvir a nós mesmos e aos outros”.

[...] pelo fato da gente ser humano, né? Da gente sentir tudo isso, tem umas limitações no trabalho também [...] (GF03).

A gente fala que atenção domiciliar tem que ter perfil e tem pessoas que não estão preparadas para lidar com a morte, com sofrimento muito ativo. Tem pessoas que não conseguem que já chegaram e já saíram "ah, eu não tenho perfil, porque é muito sofrimento e eu não dou conta" [...] (E48, grifos nossos).

Voltamos ao paradoxo em que o trabalho na atenção domiciliar coloca as questões pessoais do profissional em cheque. Para Torres (1999), as intervenções desses trabalhadores devem valorizar os usuários, sua condição de vida como humano que pensa e sente, e observar sua história de vida, que vai além de sua doença. Entretanto, a condição do trabalhador não deve ser desconsiderada, pois o perfil desse trabalhador talvez esteja mais envolvido com sua cultura e consciência pessoal do que como lidar ou não com questões de perda e sofrimento. Escudeiro (2008, p. 18) afirma que “nos enganamos e vivemos como se não fossemos morrer, nem nós nem nossos entes queridos”. Porém, essa é uma grande ilusão, pois “a vida é feita de perdas e ganhos e uma das maiores perdas que enfrentamos é a morte”.

Yalom (2008, p. 29) vem dizer que “certas situações na vida quase sempre despertam angústias da morte, como uma doença grave, o falecimento de uma pessoa próxima ou uma ameaça séria e irreversível à segurança de alguém”. No PMC, essa angústia é realçada a todo tempo e em cada caso, o que nos conduz, de certa forma, a olhar para nós mesmos “como se tentássemos olhar fixamente para o sol: existe um limite até o qual conseguiríamos suportar” (YALOM, 2008, p. 16).

Essas habilidades colocadas nos remetem ao trabalho prestado pelas equipes, como se organizam para oferecer um serviço de qualidade com tantas habilidades reconhecidas como necessárias, compreendendo suas limitações e sentimentos.

5.5 Trabalho em Equipe

A dimensão do trabalho em equipe foi central nos diversos momentos de coleta de dados. Os trabalhadores e coordenadores se referem à equipe como o diferencial do PMC. Há no campo da saúde certa dificuldade para delinear se as equipes são multidisciplinares ou interdisciplinares. Um dos coordenadores faz referência ao fato de que a equipe do PMC deve ser interdisciplinar:

[...] tem que ter essa sensibilidade, tem que saber trabalhar em equipe, tem que ser interdisciplinar e não multiprofissional [...] (E48).

Saupe et al. (2005, p. 523) afirmam que “a multidisciplinaridade indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação”. Essa afirmação direciona as equipes pesquisadas para a interdisciplinaridade, visto apresentarem alto grau de envolvimento e correlação entre as

especialidades. Para Amorim e Gattás (2007, p.83), “a interdisciplinaridade deve ser entendida como método, caracterizado pela intensidade das trocas entre especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto”. Segundo os autores, não podemos confundir com uma simples troca, mas pensarmos a interdisciplinaridade como atitude, como “autêntica vontade de colaboração, de cooperação, de diálogo, de abertura ao outro”. Desse modo, é possível discutir e tornar acessível e compreensível ao outro o nosso próprio saber (AMORIM; GATTÁS, 2007, p.83).

[...] a gente tem as tarefas a cumprir, a demanda é extensa, [...] esse exercício de interdisciplinaridade, é um exercício diário, sabe? [...] buscando olhar esse paciente no todo, né? Essa questão integral aí da equipe, mas assim, não é simples, não é fácil! [...] às vezes a gente precisa parar, pera que a gente precisa sentar, conversar, porque senão a gente entra no ativismo e vai [...] (GF32).

[...] outro dia alguém comentou, um dos residentes né, que existe a interdisciplinaridade de fato, coisa que nem todo setor consegue ter, essa conversa do médico com o enfermeiro, do enfermeiro com o fisioterapeuta [...] É assim, o médico discute com o fisioterapeuta o que vai fazer na ventilação mecânica, o fisioterapeuta conversa com o enfermeiro, o enfermeiro conversa com o psicólogo, com o farmacêutico. Então, assim, tem... com a nutrição, né? Tem essa interação (GF51).

Gomes e Deslandes (1994) lembram a importância de não anular a disciplinaridade pela interdisciplinaridade, pois esta última “não significa a justaposição de saberes, também não anula a especificidade de cada campo de saber [...], implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo” (GOMES; DESLANDES, 1994, p. 111).

[...] a gente respeita um ao outro, ninguém passa por cima de ninguém, de “ah, eu coloquei para o paciente comer assim, [...] e vai comer sim, e o problema é seu se ele quis ou não”. Então, existe um respeito muito grande entre as profissões. E, além disso, assim, não sei, eu acho que a integração da equipe é tão boa que não existe um medo, assim, de “Nossa, não vou passar essa informação [...], porque senão de repente ela vai pegar essa informação e eu vou saber menos e ela vai saber mais”, não, pelo contrário! Cada um na equipe é um pouquinho de cada coisa, mas sem passar por cima. Então, às vezes eu chego na casa do paciente e assim, eu tô vendo que, sei lá, se o paciente pode fazer uma adaptação, eu já meio que oriento uma adaptação e “oh, T.O., eu fiz assim, assim, e assim”, “mas eu acho que era melhor fazer assim, assim e assado” [...] “olha foi no paciente, a ferida dele tá no grau um e aí eu já falei para parar de passar a pomada e passar só o óleo, depois você vai lá e confirma?”

[...] é legal isso, assim, né? E também você vai conseguindo evoluir o paciente (GF04).

O que percebemos diante dos relatos é que as equipes do PMC praticam a interdisciplinaridade. Para Souza e Souza, a interdisciplinaridade é como se compreende situações determinadas, criando intervenções de forma integrada com diferentes saberes, “uma ação comum, horizontalizando saberes e relações de poder, valorizando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional” (SOUZA e SOUZA, 2009, p.118). Podemos perceber pelos relatos dos grupos focais que a relação entre os profissionais do PMC é de fato horizontal, onde um respeita, aceita e ajuda na conduta do outro.

[...] o profissionalismo de cada um, [...] de você ter humildade de chegar perto do outro e falar assim “olha, eu não sei, tem como você me auxiliar? Tem como você me ajudar?”, sabe? Porque às vezes a gente não tem que saber tudo mesmo, né? [...] tem muito disso na nossa equipe, o que é muito legal, o que faz a gente unir [...] (GF03).

[...] o paciente ganha muito. Posso pedir a T.O. que faça alguma adaptação que facilite a movimentação, tem o nutricionista que pode melhorar a parte calórica, que faz eu ganhar muito. Então, obviamente, isso que se faz aqui a gente tem disponível em pouquíssimos lugares [...] Ganha em todos os aspectos, e mais pelo paciente e por isso que o programa tem tido um resultado muito bom [...] (GF05).

Nesse sentido, a interdisciplinaridade é “um instrumento para se atingir um cuidado mais humanizado e integral”, exigindo do trabalhador uma atuação integrada e flexível (SOUZA e SOUZA, 2009, p. 119). Os trabalhadores ressaltam uma característica importante para que o trabalho da equipe funcione em sua totalidade: afirmam que não existe hierarquia ou competição, e sim cumplicidade e companheirismo.

Eu acho que unidade, tem hierarquia de profissão e hierarquia de conhecimento. A gente tem doutorado, a gente tem mestrado, o respeito é o mesmo pra toda equipe [...] afinidade, respeito ao paciente. As discussões que tem são em prol do paciente. Se às vezes se apimenta, é para o bem do paciente. Isso você não vê em lugar nenhum (GF08).

[...] ambiente que seja hospitalar ou em qualquer local, tem sempre uma questão de hierarquia e aqui eu acho que essa autonomia de cada profissional, traz demais um potencial, né? [...] quando esse profissional chega lá e ele interage, isso acrescenta muito mais do que se eu pedir uma coisa específica [...] A gente chega já muda as condutas, os planos terapêuticos, já se envolve mais, ele vem já fala comigo [...] um pouquinho de cada parece que vai mudando em cada

momento cada estratégia, chega lá com uma visão, aí tem outra e isso funde com várias outras coisas [...] (GF11).

[...] é muito difícil você conseguir isso aqui que a gente tem hoje seja em hospital, ou em outro [...] além de não existir essa autonomia, existe uma competição [...] (GF04).

Segundo Souza e Souza (2009), para a excelência do trabalho em equipe é necessário o compartilhamento de informações, repudiando o comportamento egoísta. Saube et al. (2005) comentam sobre a necessidade da disponibilidade de disposição pessoal e de tempo para o diálogo, compreendendo limites e competências para um fazer coletivo.

*[...] nossa cumplicidade é tão grande [...] A gente tem uma mesa, você viu [...] É uma mesa só pra todo mundo e ali a gente discute sobre cada paciente abertamente. Onde a médica fala, a T.O. fala, a fisio, a fono, o psicólogo, o assistente social, todo mundo fala sobre o mesmo paciente para que a gente chegue num acordo pro melhor para aquele paciente, **cada paciente pra gente é único** [...] (GF01, grifos nossos).*

[...] a gente consegue entrar no pedacinho do outro e o outro não se importa, acha bom. Então, por que? Porque todo mundo aprende com isso [...] eu aprendi muito em todas as áreas e todo mundo aprende muito, né, todo dia, porque todo mundo consegue entrar num pedacinho do outro e tirar conhecimento (GF19).

Apesar das dificuldades enfrentadas nas condições de trabalho e do grau de emoção envolvido, os trabalhadores elogiam o tipo de serviço oferecido pelo PMC e colocam o quanto é maravilhoso o trabalho em equipe quando funciona.

[...] Assim, em equipe, igual todo mundo falou, não existe igual, assim. Eu acho que o perfil do pessoal que foi escolhido pra trabalhar aqui é mais ou menos parecido. Então, faz com que a gente se una cada vez mais e o trabalho funciona [...] (GF19).

[...] eu nunca vi tanto trabalho em equipe igual aqui, né? A rede particular dá muito lucro e esquece o paciente e aqui não, a gente visa o paciente o tempo inteiro, entendeu? 100%, fazer de tudo por ele. Então, assim, eu, o que eu vi aqui era que era um trabalho mais humano, de equipe mesmo. Nossa, nota 10! [...] (GF29).

Abordamos anteriormente as habilidades valorizadas pelos trabalhadores. Agora podemos perceber as habilidades da equipe, que são também valorizadas e necessárias ao serviço, pois “o trabalho em equipe interdisciplinar sugere uma real articulação entre os diferentes profissionais na busca de um objetivo comum” (SOUZA; SOUZA, 2009, p. 120). Essa compreensão do trabalho em equipe no PMC também foi destacada nos questionários por diversos profissionais, dentre os quais elencamos:

[...] liberdade de acesso entre os integrantes (Q7).

[...] Abordagem e aprendizado multiprofissional [...] (Q54).

[...] Aprendizagem; Valorização; Crescimento; Amizade (Q35).

[...] divisão de responsabilidades (Q10).

[...] É dinâmico; Trabalho em equipe/interdisciplinar [...] rede/intersetorial (Q32).

Trabalho em equipe; Coordenação proporciona a equipe autonomia de trabalho; Equipe é unida e trabalha com o mesmo objetivo em prol dos pacientes (Q57).

O trabalho em equipe que torna o serviço mais leve [...] (Q10).

O trabalho em equipe é considerado de grande importância na atualidade, mas o mesmo exige esforço e paciência de quem integra esse tipo de relação, pois o resultado coletivo depende de como “cada profissional entende seu saber, suas funções, habilidades, competências e suas expectativas” (SOUZA; SOUZA, 2009, p. 120).

Para Duarte e Diogo (2000, p. 12), uma equipe não é representada pela “junção de vários profissionais com seus conhecimentos específicos, mas sim pelo trabalho destes em prol de um objetivo comum em que seus conhecimentos específicos são complementares e não concorrentes entre si”. Lacerda (2010, p. 2621) reforça que o sucesso da assistência à saúde está em “olhar o indivíduo e sua família em seu contexto, visualizando e considerando seu meio social, suas inserções, seu local de moradia, seus hábitos e relações e qualquer outra coisa ou situação que façam parte de seu existir e estar no mundo”.

[...] Então, essa questão de atendimento domiciliar, eu acho que o Melhor em Casa, tá me ensinando [...] todos os dias alguma coisa e o trabalho em equipe aqui, realmente a gente não vê em nenhum lugar [...] gente tem o contato [...] contato diário fala quase em tempo real, né, dos problemas dos pacientes. Então, assim, é muito diferente, é enriquecedor pra gente como profissional e para o paciente, com certeza! (GF27).

Percebemos movimentos diferentes nas equipes do PMC, vinculadas à SMS, e nas da IFE, pois a primeira partiu de um grupo novo, que participou da implantação e crescimento do programa, enquanto que as equipes da IFE participaram de uma transição de programas que têm uma longa trajetória de atuação na atenção domiciliar.

[...] Esse grupo que a gente tá (IFE), é um grupo de mais ou menos 10 anos. Então, é um grupo com certa experiência [...] com muita história pra contar e veio com o amadurecimento da equipe.

Inclusive amadurecimento de pesquisa mesmo, de qualificação profissional [...] (E48).

Eu não consigo falar que 100% tem perfil, né. A equipe é muito nova, aumentamos em 2013, eu acho pouco tempo para falar que a pessoa está totalmente adaptada à atenção domiciliar. A gente busca diante da direção da enfermagem um respaldo maior para que entrem pessoas com perfil, uma gestão do hospital, porque isso pode acontecer de pegar gente que tá em outra unidade que às vezes tem mais perfil do que quem tá no próprio programa [...] O hospital com relação a isso, ele é muito aberto, né. Tem as consultas de interesse e quando ele não se adapta, é feita essa troca com outra pessoa que quer ficar no setor. (E54).

Nas EM, diante dos diferentes vínculos de trabalho e possibilidades de remanejamento, a coordenação busca pessoas que tenham perfil para a atenção domiciliar.

A gente tá colocando pessoas que já tem o conhecimento, já tem o perfil, já sabe que vai dar certo. Então, acaba que são pessoas relativamente selecionadas que estão aqui [...] Essa equipe que tá aqui, essa equipe como um todo, eles todos tem perfil, todos! Já passou gente sem perfil, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, já passou por aqui gente sem perfil. Tem alguns que tem mais ou menos o perfil. Mas todos hoje, eu posso falar pelos familiares aí, todos tem o perfil do programa, todo tem. É uma equipe bem seleta (E07).

A convivência entre a equipe também trouxe margem para discussão, visto que são pessoas de personalidades diferentes e com percepções diferentes para cada situação vivenciada. No entanto, elas acreditam conseguir lidar com esses tipos de questões.

[...] somos mais de 25 profissionais aqui dentro, né. Que convivem diariamente, é um setor fechado, pequeno com a equipe grande e eu acho que, ou seja, tem insatisfações, têm personalidades diferentes, em determinados momento, a gente já tá mexendo com sofrimento e isso incomoda a gente o tempo inteiro, tem alguns embates pessoais que a gente às vezes tem que relevar pela própria personalidade, caráter, diferenças profissionais, diferenças de vínculos profissionais, salário. Então, isso no dia a dia é o que dificulta muito o serviço. [...] Hoje não é um dos maiores problemas do programa porque é uma equipe madura, ela consegue se organizar pra não deixar isso virar problema (E54).

Tem sempre os problemas, às vezes um não concorda com o outro, mas é sempre tudo resolvido e pronto (GF18).

Observamos nessas equipes o respeito e o orgulho com o qual abordam o trabalho do colega. Além disso, são unidos e conseguem respeitar e ver o lado positivo da contribuição individual para o grupo. É de suma importância que a equipe possa “compreender sua própria historicidade como profissional e como pessoa [...], a fim de

estar consciente de seus referenciais e não avaliar e julgar seu paciente, ou o cuidador, ou outros profissionais a partir destes referenciais”, ou seja, não utilizando seus próprios valores como julgamento (AIUB, 2006, p. 114).

Durante a pesquisa, os profissionais apontaram o trabalho dos responsáveis pela recepção e do pessoal técnico-administrativo, que não estão vinculados diretamente ao cuidado em saúde ou ao cuidado domiciliar, como de extrema importância para o desempenho da equipe em sua totalidade.

Ela nunca nem saiu com a gente e ela sabe tudo que se passa, tudo que a gente faz, só de olhar pra gente. [Risos]. (GF19).

[...] elas são os braços e as pernas da gente, porque [...] Eu brinco que sem elas o trem não vai pra frente, porque se eu for atender todo telefone que toca aqui para os pacientes, não vai! Não sai! Quantas vezes eu estou lá fazendo relatório e uma sonda obstruiu [...] “Faz isso e isso”, eu estou fazendo o relatório e ela ensinando a mulher a desobstruir a sonda no telefone [...] (GF18).

A imersão no campo trouxe a compreensão da valorização do trabalho em equipe, seja nos momentos de dificuldades, seja no compartilhar das conquistas. Nesse processo contínuo de colaboração e parceria é fundamental “ter habilidade de se comunicar de forma interdisciplinar, [o que] implica em ter diálogo, respeito e empatia pelo outro, trabalhando de forma articulada [...]” (SOUZA; SOUZA, 2009, p. 120).

[...] eu me sinto mais segura aqui, porque eu sei que a gente vai buscar uma saída, uma alternativa. Parece que o hospital é tudo muito isolado [...] (GF29).

O que eu vejo também é a questão da equipe mesmo, um time, parece que todo mundo pensa igual, eu visito um paciente, eu consigo observar a necessidade do enfermeiro, ali a gente vai lá e solicita, o enfermeiro vai lá e resolve, o enfermeiro vê a necessidade de um fisioterapeuta e vice-versa e a gente se entende muito bem nessa questão de um solicita, o outro vai, pensar mesmo como equipe mesmo, como um time, colaboração é isso, é muito grande entre nós e a gente se entende bem nesse aspecto (GF43).

No programa vinculado à IFE, foi compartilhado conosco uma iniciativa muito interessante das equipes que contam com o apoio do hospital de ensino para realizar uma comemoração envolvendo pacientes e cuidadores.

[...] o programa fazia uma festa de fim de ano para os pacientes e cuidadores, muito bem organizada, a última [...] teve banda, foi bacana, foi premiado, bem bacana. Paciente que vai acamado mesmo, vai na maca e participa. Ventilação mecânica. Então, isso é incomum, aonde que a gente vê isso? (GF43).

Às vezes o paciente tá lá... num vai entender nada, mas o familiar

acha super importante. [...] É o momento em que ele consegue sair, ver gente diferente, compartilhar os mesmos problemas. [...] só o ano passado que não teve por falta de verba, o ano anterior teve (GF42).

Percebemos que as equipes trazem consigo vivências de amor e dor, ou seja, prazer e sofrimento. No próximo capítulo abordaremos a Saúde do Trabalhador do PMC, enfatizando o modo como os profissionais consideram o estado de saúde, os impactos do trabalho no PMC sobre sua saúde, as estratégias de enfrentamento pessoal, individual ou grupal.

6 SAÚDE DO TRABALHADOR

*“Sorri, vai mentindo a sua dor,
E ao notar que tu sorris,
Todo mundo irá supor,
Que és feliz”.*
C. Chaplin/ G. Parsons/ J. Turner

O trabalho sempre esteve presente na vida do homem e incide na construção de seu pertencimento, de seu valor e autonomia em seu grupo ou sociedade. O trabalho não é apenas fonte de sobrevivência, mas também fonte de desejo e de prazer. Ele se torna elemento estruturante das relações sociais e da construção de um ser social. É por meio do trabalho que nos socializamos uns com os outros, aprendemos a respeitar os limites de cada um e, então, passamos a interagir em grupo, em sociedade, o que torna uma experiência que marca nossa identidade. Menezes (2012, p. 08) acredita que o sujeito busca um lugar de reconhecimento na sociedade e “o trabalho é um elemento essencial da vida humana, tendo em vista sua função estruturante, seja ao possibilitar destinos para as pulsões, seja ao assegurar o sujeito um lugar no circuito social”.

O trabalho também se torna nosso meio de expressão, dá vida às nossas ideias e cria oportunidades de nos mostrarmos, de apresentarmos nossos pensamentos e pontos de vista. É no trabalho que os sujeitos buscam a melhoria das condições de trabalho (seja por um ambiente mais saudável ou rentável) e, também, a sintonia com outros, aprendem a conciliar a satisfação do trabalho com a satisfação das relações sociais. É na prática que percebemos a necessidade de dar sentido pessoal ao trabalho prescrito, tornando-o trabalho real, investido de sentidos, sentimentos, ou seja, da personalidade daquele grupo de trabalho ou de um sujeito específico.

O mundo do trabalho contempla uma ação vital para a construção do sujeito, tanto em sua sobrevivência quanto em sua dignidade humana e social. Antunes (2008, p. 01) cita que, para Marx, “foi no trabalho que homens e mulheres, distinguiram-se das formas de vida dos animais”, o que, para eles, é a mediação entre humanidade e natureza que torna a construção da história a do ser social. É nessa constituição do ser que a vida cotidiana se reproduz, já que a “história da realização do ser social objetiva-se através da produção e reprodução da sua existência, ato que se efetiva pelo trabalho” (ANTUNES, 2015, p.168).

É interessante como o sentido do trabalho supera o valor a ser remunerado: “*só por amor, esse trabalho [...] tem que amar, pois dinheiro a gente não ganha*” [...] “O

programa é ótimo, deve ser ampliado”, “benefício bom que não dão valor”, “úlceras gigantes que com o cuidado do PMC logo diminuem e curam, cuidamos como família” [...] A gente gosta tanto que quando morre, vamos ao velório (C38) [...] (Caderno de Campo, p. 03, 08/03/2016).

Desde o início da existência humana vemos a constituição do ser social a partir do reconhecimento investido no outro, da valorização de suas capacidades e potencialidades. Antunes (2008) afirma que o trabalho possibilitou a constituição do ser social em sua realização, porém, se a vida fosse resumida ao trabalho seria um aprisionamento do ser social. Diante disso, o mesmo afirma que a vida humana “deve recusar o trabalho que aliena e infelicita”. Da mesma forma, busca-se a necessidade de um perfil ideal para determinados trabalhos, para sentir satisfação em trabalhar e não apenas por um simples ideário de sobrevivência. Tal ideário é o que aliena e aprisiona, por conseguinte adoece e assassina subjetividades, personalidades e até o próprio ser.

Ainda segundo Antunes (2008), os humanos que trabalham “são dotados de consciência”, pois transformam em objeto de trabalho, formas e desenhos previamente concebidos. O mesmo autor cita que Lukács (1978) defende que todo trabalho tem por composição uma dimensão intelectual, que também é um trabalho do sujeito. Como todo sujeito é dotado de consciência, é essa consciência intelectual que adquire conhecimentos, constrói e transforma o mundo. Antunes ainda lembra Marx (1971) ao colocar o trabalho como fundamental na vida humana, como condição de existência:

Criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, vida humana (MARX, 1971, p. 50).

O trabalho se transforma num elemento central de desenvolvimento da sociabilidade humana e ponto de partida da humanização (ANTUNES, 2008). Menezes (2012, p. 08) afirma que o “trabalho é uma ocasião para elaboração psíquica; constitui-se em um dos meios de expressão do sujeito”. É no trabalho que a sociabilidade se torna fonte de desenvolvimento e crescimento pessoal, no lugar de construção do sujeito e identidade, onde nos colocamos como pessoas e nos identificamos no exercício de nossas atividades laborais.

Apesar de toda essa construção de que o trabalho pode realizar a essência humana, Dejours (1992) aponta para o sofrimento do trabalho e para as psicopatologias dele advindas, reconhecendo-as como causa de desequilíbrio psicológico e mental na

organização da vida em geral do ser humano. Pereira (2005, p. 20) reconhece que, “como tudo na vida, não existem apenas aspectos positivos no trabalho e em sua relação com o homem”. A autora retoma Albornoz (1986) ao descrever a origem da palavra trabalho, como: “do latim: *Tripalium – Tripaliare* - Torturar, de onde se pode pensar na sua associação frequente com sofrimento” (PEREIRA, 2005, p. 20).

Segundo Pereira (2005), para caracterizar o sofrimento no campo do trabalho é necessário observar seus impactos no corpo, na psique e nas relações sociais. Os impactos sobre o corpo podem ser observados de diversas formas, como nos trabalhos braçais, de intenso esforço, em locais insalubres e de periculosidade, ou mesmo em locais definidos por Dejours (1993) como de condições inadequadas: “condições físicas (barulho, temperatura, etc.), químicas (poeira, vapores, etc.) e biológicas (bactérias, fungos, etc.)” (PEREIRA, 2005, p. 23). A autora ainda coloca outros impactos na saúde, tais como:

[...] mudança da posição de trabalho do indivíduo (antes em pé, agora sentado), na fantástica exacerbação do uso de tecnologias [...] mobiliário cada vez mais confortável [...] apenas com o teclado dos dedos no telefone ou no computador. A ideia de imobilidade física [...] reflexos sobre o corpo, domesticado, apático, descolado do desejo [...] as facilidades tecnológicas levam à redução da necessidade do trabalhador pensar (PEREIRA, 2005, p.23).

Enquanto os impactos sobre a psique dos trabalhadores seriam o resultado da organização do trabalho, o sofrimento seria a lacuna entre o bem-estar e a doença mental ou loucura (DEJOURS, 1993). Pereira (2005) utiliza outros exemplos que se enquadram no abuso do psiquismo, como dedicação excessiva, que extrapola as cargas horárias de direito do trabalhador, levando ao estresse. Tal consequência é comum nos dias atuais. Outro ponto é o não reconhecimento do trabalhador:

Não podendo gozar os benefícios do reconhecimento de seu trabalho nem alcançar assim o sentido da sua relação com o trabalho, o sujeito se vê reconduzido ao seu sofrimento e somente a ele. Sofrimento absurdo, que não gera senão sofrimento, num círculo vicioso e dentro em breve destruturante, capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade (DEJOURS, 1999, p. 35).

Pereira (2005) ressalta ainda a possibilidade de ansiedades e angústias que se apoderam do trabalhador, bem como a pressão e exigência por atividades cada vez mais complexas, formações e capacitações. Logo, “diante do sofrimento com o qual o trabalhador se vê confrontado, para evitar algo ainda pior, este se vê obrigado a manter a situação que origina seu incômodo, tornando-se assim artífice de seu próprio

sofrimento” (PEREIRA, 2005, p. 30).

Por fim, sobre os impactos causados nas relações sociais, Pereira (2005) aponta a competitividade entre os trabalhadores, onde as empresas utilizam o jargão do “trabalho em equipe”, porém avaliam, remuneram ou responsabilizam individualmente. Existe o receio da troca de informação, de forma que um tenha maior visibilidade que outro, ou mesmo no processo de comunicação que a empresa estabelece, mas a relação com o trabalhador é de medo em expor a realidade, o que torna crescente o distanciamento, isolamento e, cada vez menor, a comunicação.

6.1 Olhares sobre a Saúde

No processo de pesquisa, observamos a necessidade de captar o modo como os trabalhadores compreendem sua saúde frente ao tipo de serviços que prestam no PMC, o tipo de contato com o adoecimento do domicílio e, especialmente, se essa dinâmica gera algum impacto para a condição de saúde. Na análise dos dados, emergiram duas unidades de sentido: concepção de saúde e impactos do trabalho na saúde.

Para compreender o sofrimento psíquico em que o trabalhador se encontra, é necessário considerar a cultura e seus valores, ou seja, entender o sofrimento como subjetivo aos processos do campo do trabalho (MENDES; TAMAYO, 2001). Um dos elementos destacados pelos trabalhadores foi a condição de saúde dos pacientes recebidos na atenção domiciliar:

[...] acho que a gente pega o paciente já numa fase muito avançada, que muita das vezes não tem cura, então nisso existe um sofrimento bem grande, por parte do paciente e da família. E nós somos o ponto de apoio [...] (E48).

Os depoimentos vão ao encontro das afirmações de Dejours (1992), que trata o trabalhador como uma vítima de seu trabalho, pois há a exclusão da subjetividade do sujeito e um processo constante de frustrações de suas expectativas.

[...] o tempo inteiro falando de trabalhar com a vida, com a saúde [...] e trabalha muitas vezes com a perda da vida. Então, muda o sentido, muda a lógica [...] tenho que entender que a morte tá ali, ela existe, e eu preciso pensar que eu não quero mais evitar a morte, eu quero dar qualidade enquanto ela chega [...] às vezes, eu não estou ali para curar ninguém. [...] (E48).

A própria representação de que o profissional de saúde objetiva curar passa por uma desconstrução. O trabalho no PMC pode trazer situações que confrontam os

próprios medos dos trabalhadores e que os fazem estremecer frente à realidade, que, muitas vezes, não pode ser mudada.

[...] de uma certa forma, a gente às vezes sofre, porque o sofrimento tá ali, a gente participa [...] muitas vezes como o único apoio da rede [...] a família naquele momento de fragilidade, ela se joga na equipe e a equipe então tem uma sobrecarga sim [...] (E48).

Claro que nós temos [...] paciente que chega e a gente quer tratar e mandar embora e seguir a vida, os pacientes de antibiótico, outros grupos de pacientes. [...] paciente em ventilação mecânica, [...] que a gente já conseguiu desmamar. Uma minoria, a maioria vem dentro de uma lógica de cuidado paliativo. E aí isso no Brasil ainda é pouco estudado, o limite de paliativo, de terminalidade, [...] não é todo mundo que é paliativo que tá morrendo [...] (E48).

Em relação aos profissionais de saúde, é necessário entender o cotidiano de sofrimento e dor em que estão submersos, inclusive as diversas perdas e morte que acompanham por trabalharem ligados diretamente aos sentimentos de sofrimento, dor e morte. Subentende-se que necessitam de apoio, pois a exposição com tais situações pode afetar suas vidas, carregando frustrações, revolta e fracasso (CREMESP, 2008).

Kovács (2010, p. 424) acredita que a “dificuldade para lidar com problemas durante a convivência diária junto a pacientes, familiares e colegas tem contribuído para gerar situações de estresse de difícil resolução”. Esses sentimentos podem resultar em impotência, frustração, revolta e, até mesmo, sintomas físicos, como a Síndrome de *Burnout* (KOVÁCS, 2010). A Síndrome de *Burnout*, que é traduzida por Síndrome do Esgotamento Profissional, pode ser definida como “uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica no trabalho, constituída pelas dimensões: Exaustão Emocional, Desumanização ou Cinismo, e Decepção, denominada também Diminuição da Realização Pessoal ou Ineficácia” (TAMAYO, 2008, p. 01).

Segundo Carvalho (1996), o *Burnout*, acrescido de estresse emocional, pode desencadear sintomas psicológicos, como humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse, e somáticos, como os tipos de exaustão, fadiga, cefaleias, distúrbios gastrintestinais, insônia e dispneia.

Entender o sofrimento do outro é tarefa difícil, pois nos coloca frente a frente com nossas próprias dificuldades: *[...] É muito difícil lidar com o sofrimento do outro “me envolvo demais, a gente fica lá na casa/vida do paciente muito tempo, é sofrido” [...] No setor norte os pacientes e cuidadores estão muito debilitados, dá um nó na garganta (C19) [...] (Caderno de Campo, p. 12, 10/03/2016).*

O termo “sofrimento” pode ser considerado em diversas abordagens.

Diferentes situações e significados são relacionados ao mesmo termo em que tem sua origem na singularidade pessoal de cada indivíduo, o que, para Dejours (1994), é definido pela construção social e psíquica de cada um.

Entendemos que os trabalhadores do PMC vivenciam duplo sofrimento. Dejours (2008) afirma que o sofrimento é inerente ao trabalho, visto ser um choque de desejos, onde, de um lado, estão os desejos do trabalhador e, de outro, a organização com suas expectativas, que não acolhe tais desejos. A pesquisa traz a vertente do sofrimento no trabalho que adoece, porém amplia a visão sobre trabalhar com o sofrimento do outro, ou seja, além de sofrer pelo inerente processo do trabalho, o trabalhador participante do estudo carrega como agravante o impacto de lidar com vários tipos de sofrimento, como o do outro sujeito que vivencia o processo de adoecimento.

Nesse momento, vamos explorar o que seria o “conviver com o sofrimento do outro”, mobilizando a fala dos trabalhadores e várias situações vivenciadas durante a imersão no campo. Um dos atendimentos chamou atenção, pois exigiu empatia e paciência dos profissionais:

[...] usuária de crack vítima de agressão, tentaram matá-la, ficou muito debilitada, *“aqui a carga emocional é muito grande devido ao vínculo com a família”* (C30). [...] a mãe tem medo que os bandidos venham tentar terminar o que tentaram fazer [...] A enfermeira faz bem um papel de psicóloga, bem humana, escuta, empática e muito humilde. [...] foi um milagre segundo elas, a paciente foi muito ferida, *“de certo ela ainda tem alguma coisa para aprender”* (C30), a mãe falou *“nós duas”* [...] (Caderno de Campo, p. 06, 09/03/2016).

As situações vivenciadas dentro do domicílio são bastante variadas e o modo como os profissionais lidam com elas pode determinar a forma como irão conviver com suas experiências. O próximo relato foi contado com descontração, porém retrata a dificuldade de lidar com a morte ou o sofrimento do outro:

Chegou à casa de uma paciente e no portão a cuidadora falou que a mesma estava dormindo, que havia passado mal a noite com dores nas costas, *“mas Deus mandou eu ficar lá”, “conversei mais um pouco, me chamaram para entrar”* (C19), uns dias anteriores a paciente estava temerosa em ir num casamento, pois não tinha as duas pernas, e *“eu incentivei ela ir de longo que ninguém perceberia”* (C19). Então, *“a cuidadora que é filha foi buscar as fotos para eu ver”* (C19). [...] *“Pedi para aproveitar e tirar os sinais vitais dela”* (C19). Ela estava na sala, na cama hospitalar mais alta e muitos parentes ali em volta, filhos, netos. *“Então, quando coloquei a mão nela, ela estava gelada, aquele gelado, senti um frio na minha espinha, eu queria ser uma borboletinha para sair dali, coloquei o oxímêtro no dedo dela, e o*

negócio só piscava, olhei a pupila já estava dilatada, a língua já estava roxa”, “as dores nas costas no dia anterior é porque estava enfartando, eu não sabia o que fazer, ou o que dizer, aquele minuto parecia uma eternidade, estava cheio de gente em volta e ninguém percebeu que ela estava morta” (C19). Ligou para a médica e perguntou se estava perto, pois a paciente está sem sinais vitais, a médica perguntou: - Está morta? Ela, tentando disfarçar, falou: “- Isso”. Enquanto isso, havia familiares por perto observando o que ela fazia, ela disse que falou pra eles (imagino o jeito dela falando, jeito muito meigo), “Então, eu não estou conseguindo os sinais vitais dela” (C19). Ela disse que os familiares não entenderam, que então repetiu, aí alguém entendeu e falou: “- Ela morreu?”. A fisio confirmou e disse que foi um desespero, gente gritando, desmaiando, que ela não sabia quem socorria primeiro. Então, sempre teme chegar e o paciente estar morto. (Caderno de Campo, p. 14, 10/03/2016).

Lidar com o sofrimento e as dores do outro pode ser uma tarefa difícil. Os profissionais podem se sentir atravessados pelos sentimentos que o usuário, cuidadores e familiares expressam em momentos de tensão e, assim, imaginarem o não reconhecimento do seu trabalho. Diante dos atropelamentos do trabalho, os trabalhadores “não têm tempo para elaboração, não podem compartilhar seus sentimentos [...], seja qual for o motivo, pode haver sobrecarga afetiva”, gerando adoecimento (KOVÁCS, 2010, p. 424).

O paciente que já está no crônico complexo, ele realmente ele explode, ele aflora toda a sua questão emocional, social, familiar [...] às vezes o paciente tá muito mais doente de uma questão familiar, social, afetiva do que da doença. A doença já existe. A doença já passou o processo de aceitação (E48).

Embora o trecho acima se refira ao paciente, o fato é que o processo de cuidado “aflora toda a [...] questão emocional, social, familiar”, em todos os envolvidos. Abaixo podemos perceber, por meio do relato de uma técnica de enfermagem, a complexidade de acompanhar a finitude de uma paciente.

[...] era muito lúcida, ela sabia da terminalidade da doença dela e ela falava pra mim e para o Dr. [...] que agora era só ter paciência de esperar o momento dela, né? Que Deus se chamasse ela, mas que ela tinha muito medo de não passar esse momento com a gente, que ela gostaria muito de ter a gente por perto nessa passagem dela e a filha dela não aceitava e foi bem complicado até que ela foi a óbito. E o interessante é que no dia [no dia do óbito] [...] a gente ia por outro caminho, mas de repente [...] um paciente que morava [...] precisou e a gente resolveu ir lá e deu certo [...] estava indo à óbito naqueles momentos, e a gente conseguiu realizar, né? Passar junto com ela, os últimos momentos [...] foi uma experiência [...] Demos toda a assistência. [...] pra gente profissional da área da saúde aceitar que você não tem mais nada pra fazer ali, assim de curativo que vá resolver [...], só contemplar o sofrimento da pessoa, né? Então, pra gente, eu tenho um pouco de dificuldade ainda de lidar

com isso. De chegar lá e saber que eu vou lá contemplar o fim, né? Mas a gente abraça a causa e faz de coração mesmo (GF41).

Muitas vezes, os profissionais são confrontados com situações que demandam uma postura enérgica, como a acompanhada durante a inserção no campo:

[...] Casa boa, bairro bom [...] Era 10:05 e o paciente acamando ainda não havia sido alimentado; a enfermeira chama atenção (na classe, educadamente) pois ele é diabético e a essa hora já deveria estar na segunda refeição. Encontramos ele hipoglicêmico, [...] glicose estava em 52, foi preciso ligar para o médico autorizar glicose na veia, ele estava quase em coma. [...] Dois filhos cuidam [...] “*vocês ficam esse tempo todo sem comer?*” (C30) Ambos desviam o assunto, com desculpas para a situação. [...] “*vamos nos assustar, vamos chegar e ele estará morto*” (C30) [...]” (Caderno de Campo, p. 08, 09/03/2016).

Observaram-se situações de possível abandono ou negligência com difícil manejo, onde o profissional busca aconselhar de forma a negociar melhores condições para os pacientes:

[...] três idosos, aparentemente bem idosos, tipo mais de 75. [...] A senhora chega mais perto, cansada, obesa, coloca sobre dificuldade de fazer as atividades da casa e dificuldade financeira para pagar alguém. Então a profissional (C42) pergunta sobre os filhos, ela fala que são muito ocupados (Caderno de Campo, p. 44, 06/04/2016).

Os trabalhadores são confrontados com diferentes tipos de realidades e de emoções. O trabalho de campo nos traz o retrato da diversidade da atenção domiciliar e nos faz refletir como é pesado lidar com tanta dor. Segundo Pimenta e Teixeira (2000, p. 374), “a dor é uma experiência subjetiva e pessoal, envolve aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio”.

Diante disso, é claramente necessário pensar num espaço de resignificação para o trabalhador, pois, segundo Carvalho et al. (2014, p. 13), “vivências emocionais intensas podem estar associadas a profundos questionamentos existenciais, sentido de vida e reestabelecimento de trajetórias de vida pessoal”. A resignificação parte da “tomada de consciência dos estados emocionais e da identificação individual das atitudes associadas”, o que os autores acreditam ser a possibilidade de construção de estratégias para enfrentar a carga afetiva/emocional em que são expostos diariamente. Seguem outros trechos do caderno de campo que evidenciam essa complexa realidade das famílias e, em decorrência, do trabalhador no PMC:

[...] cadeirante, homem no máximo 30 anos, [...] tem uma ferida aberta no alto do fêmur dos dois lados, [...] técnica me fala que a ferida era muito maior e mostra onde começam as cicatrizes, são bem profundas

[...] sofreu um acidente de carro e tem osteomielite crônica [...] foi há mais de 3 anos, relata que ele tem a cabeça boa, lida bem com sua situação [...] (Caderno de Campo, p.05, 08/03/2016).

[...] senhora diabética, obesa, com uma ferida gigantesca em toda a panturrilha esquerda [...] Nossa! Muito pernilongo! A técnica até mata um na canela da paciente em meio ao curativo. [...] com a pressão muito alta (não entendi se 18 ou 20/9), a técnica procura se orientar sobre as medicações e percebe que a mesma está tomando tudo errado, e aí descobre que a mesma não sabe ler e que se confunde com as embalagens (que do SUS são bem parecidas). Nesse momento a técnica dá uma medicação para diminuir a pressão, faz uma separação e diz que vai buscar uma solução, uma melhor forma de identificação dos medicamentos (Caderno de Campo, p.05, 08/03/2016).

[...] CA [câncer] em cuidado paliativo há um ano; muita dor, às úlceras já foram quase todas fechadas. Acamada, “não evolui a óbito”, ainda lúcida [...] orienta-a também, pois está lucida, conversa e a mesma responde com dificuldades de fraqueza (Caderno de Campo, p. 07, 09/03/2016).

[...] acamado, aspirar e nebulizar, ele somente olha, não tem nenhum movimento, não sei qual é a deficiência, mas a cuidadora (irmã 10 anos mais velha) colocou que ele manifestou a doença aos 6 anos e só piorou, tem 15 anos que não anda [...] a cuidadora super conversada e alegre, receptiva, tem 68 anos (Caderno de Campo, p.07, 09/03/2016).

Bock, Furtado e Teixeira (1999, p. 259) dizem que “as emoções e os sentimentos são como alimentos de nosso psiquismo e estão presentes em todas as manifestações de nossa vida”. A percepção de saúde desses trabalhadores nos remete às condições emocionais proporcionadas pelo campo de trabalho, o que novamente afirma a necessidade desse estudo, de entender como esses profissionais convivem com o sofrimento do outro e de que forma ressignificam essas experiências para sua própria vida.

É interessante refletirmos que a carga emocional é alta devido à quantidade de visitas realizadas no mesmo dia, onde encontramos não apenas o usuário, mas toda sua realidade, sua família e cuidadores, tendo acesso às diversas situações num mesmo momento, o que exige “jogo de cintura” para vivenciar tantas demandas.

6.2 Impactos do Trabalho na Saúde

As situações relatadas são apenas retratos da sociedade, de um tipo de organização que nem sempre condiz com a realidade dos trabalhadores da atenção domiciliar, mas que são convidados a conhecer e, às vezes, convidados a se

posicionarem. Os impactos do trabalho na saúde dos trabalhadores vêm sendo assunto de grande discussão no mundo, porém ainda observamos dificuldades na construção de medidas para minimizá-los.

[...] o impacto a gente sabe [...] nós precisamos ser cuidados, mas ainda no sistema público, isso ainda é negligenciado, acham que a gente é trabalhador, que a gente tá ganhando o seu dinheiro, que você tem que ir lá e fazer [...] (E48).

Por conta dos impactos ocasionados pelas situações vivenciadas no dia a dia de trabalho na atenção domiciliar, faz-se necessário compreender as estratégias utilizadas para enfrentar situações emocionalmente difíceis. Ao serem questionados se se consideravam saudáveis, escutamos diversas respostas, sendo que a maioria declarou problemas em relação à saúde e ao cuidado consigo mesmo.

[...] o físico a gente tenta dar um jeito, né? Faz uma comida, cuida da alimentação, vai numa academia, né? [...] Mas assim, mentalmente, psicologicamente é pesado, assim. Estar saudável, a gente não tá. A gente toma banho pensando nos pacientes [...] passei a noite sonhando com esses pacientes, você acorda cansado, já. Eu, particularmente, cuido do corpo mais e da cabeça. (GF06).

Você dorme, você acorda, você chega até a sonhar com o paciente [...] eu faço UTI lá no outro[trabalho], só que chega em casa eu quero a minha cama, eu só quero dormir. [...] neto fica assim oh “vó, dorme não, vó acorda! Vamos brincar! Vó, você dorme demais” (GF35).

[...] moro no terceiro andar, é escada, e tem dias que eu subi a pé [...] “meu Deus”, porque meu físico tá pedindo já, eu estou no ritmo aí de uns 5 anos aí que tá de manhã até de noite [...] a cabeça tá beleza, segue, sabe? Agora, a questão física mesmo [...] Eu sinto o meu cansaço físico. [...] (GF32).

A minha saúde hoje, falando individualmente, vai mal pra caramba. Eu faço uma atividade irregular, ultimamente tá mais irregular que tudo e eu tenho muita necessidade, porque eu trabalho muito com físico, né? [...] eu preciso ir em 3 médicos, não consigo agendar, eu trabalho 12 horas por dia, pra agendar eu tenho que faltar de algum trabalho. Então, assim, eu tenho postergado essas coisas pra minha vida, né? Eu consigo ter meus finais de semana com a família, fazer coisas que eu gosto, mas quando eu digo de saúde mesmo [...] eu não consigo por conta da minha demanda de carga de trabalho [...] A gente no intuito de cuidar, acaba se descuidando, acaba postergando essas coisas assim (GF05).

Mas eu acho que nem é só o físico mesmo. [...] “ah, vamos dar uma saidinha terça-feira” você fala “terça-feira? Você é louca?”, [...] “não, tem uma semana inteira pela frente ainda [...] fica imaginando que tem que trabalhar quarta, quinta, sexta, 12 horas todo dia e aí é impossível você sair na terça-feira e você chegar meia-noite em casa [...]” (GF04).

[...] falo para os meus meninos “nossa, tem alguma coisa pra fazer hoje?”, eles “tem mãe, é domingo!”. Você perde até a noção de que dia é [...] Como técnica eu trabalho 12 horas todos os dias de segunda a segunda, então eu nem lembro o que é dormir mais [...] tô cansada mentalmente, fisicamente, eu não tenho tempo pra marido nem pra filho, eu só paro quando eles falam “mãe, vamos parar um pouquinho, senta aqui?”, vou ver se a minha chefe me dá folga aí eu tento [...] a gente não almoça direito, a gente não come direito, uma alimentação péssima [...] Falar que eu sentei meia hora com o médico? Não. É aquilo ali rapidinho, você toma o remédio e volta pra atender [...] a gente se acostuma com isso (GF38).

As narrativas são permeadas pela sobrecarga de trabalho, extensas jornadas, duplo ou triplo emprego, medicalização e falta de tempo para questões essenciais, como alimentação, sono, descanso, convívio familiar. Fernandes et al. (2013) relatam que o aumento das jornadas de trabalho é uma característica evidente das últimas décadas. Esse aumento, por sua vez, tem afetado de forma negativa as relações da vida em geral, sejam, afetivas, sociais, profissionais até mesmo profundamente pessoais como o cuidado a saúde. A falta de tempo e o excesso de trabalho também têm sido associados às doenças psicológicas e somáticas, as quais afetam corpo e mente, vícios e comportamentos inadequados, como má alimentação, abuso de substâncias alcoólicas, falta de exercício físico ou descanso necessários ao corpo. Como trazem Silva et al. (2006, p. 446), “o que tem ocorrido normalmente entre estes profissionais, em virtude da sobrecarga de trabalho, é a falta de tempo para descansar, refletir, organizar, aprender”.

Alguns dos trabalhadores do PMC afirmaram conseguir, de modo individual, serem saudáveis e cuidarem do corpo e da mente.

Eu descanso... [...] já trabalhei muito em pronto socorro [...] eu relaxo mais. Mas meu pecado, assim, é entrar num serviço num dia, sair no outro e hoje eu trabalho muito e eu acho que meu planejamento é isso: eu tô andando contra a maré e tô tendo trabalhar menos e ter qualidade de vida. Mas o que hoje a gente tem em mãos, né, a gente num pode parar de fazer compromisso, é pensar num futuro melhor, uma vida mais tranquila, não que você deixe de viver o que você tá hoje [...]. Quando eu trabalho muito, eu não tenho o que queria que é... eu gosto de curtir [...] se eu pudesse [...] ficar todo dia a tarde de segunda a sexta e tivesse o mesmo salário e tudo isso que eu te falei, eu de manhã ia fazer exercício físico, relaxar, final de semana curtir a vida e tudo mais (GF11).

[...] De manhã eu sou avó, a tarde eu sou técnica de enfermagem, e a noite eu sou esposa [...] mentalmente muito saudável [...] preciso complementar em atividade física, tem umas coisinhas a mais aqui e ali, eu tenho certeza e convicção que eu preciso mudar, mas, assim,

*eu tô bem, eu tô tranquila. Só que eu optei, lógico, a minha casa está para terminar, eu tenho um milhão de motivos para trabalhar em 4 empregos, porque minha casa ainda não tá terminada, meu carro não é quitado, eu preciso fazer um tratamento, sabe, assim, eu tenho um milhão de motivos. Só que eu, a partir do ano passado, **eu optei em viver**. Porque é o seguinte, eu já trabalhei em 3 empregos numa mesma época, eu continuei sendo pobre, tendo os mesmos problemas, então eu me decepcionei muito com isso, então eu optei em viver. [...] Eu dou conta de me sustentar beleza, tranquilo, então eu vou viver. [...] Então, eu vivo rindo, vivo brincando, porque isso que eu estou vivendo hoje foi uma opção minha. Tô pagando o preço por isso? Estou. Eu não tenho uma roupa nova, eu demoro pra caramba pra comprar um sapato, um tênis, uma calça, tudo bem! Mas eu vou viver! [...] (GF01, grifos nossos).*

Eu me considero [saudável]. Eu tenho assim, eu tenho uma rotina de trabalho bem extensa de segunda a sexta, mas eu consigo descansar bastante nos finais de semana, eu consigo me exercitar todos os dias, minha alimentação é muito boa, porque eu já coloquei isso em minha vida, mas às vezes umas horas a mais de descanso a noite é a única queixa minha, mas eu optei por essa vida e eu estou satisfeito assim. E eu gosto do que faço e pra mim os finais de semana bastam, por enquanto (GF43).

A questão de serem saudáveis ou não é compreendida pelos trabalhadores do PMC de modo integrado às escolhas que fazem, sobretudo no sentido de cuidar de sua saúde e, mais que isso, da forma como sua condição de trabalhador se efetiva. Os atropelos do dia a dia contribuem para o esgotamento do trabalhador e, também, para a ocultação do desgaste e adoecimento gerados no trabalho.

Os participantes do estudo expuseram com muita clareza a relação entre a sobrecarga de trabalho com o desgaste de suas condições físicas e emocionais. O estudo de revisão de literatura desenvolvido por Robazzi et al. (2012, p. 531), cujos impactos destacados foram relatados pelos profissionais do PMC, indicou que:

O excesso de trabalho parece favorecer adoecimentos mentais e/ou físicos em trabalhadores relacionados à área da saúde ou a ela afeitos. Facilita ainda a ocorrência de absenteísmos, acidentes de trabalho, erros de medicação, exaustão e sobrecarga laboral e ausência de lazer. (ROBAZZI et al., 2012, p. 531).

Como muito bem colocado por uma trabalhadora, a qualidade de vida é compreendida de modo individualizado e associada às escolhas que cada pessoa realiza. Pereira, Teixeira e Santos (2012) observaram em seus estudos sobre a qualidade de vida, diferentes conceituações a partir de cada área do conhecimento, revelando que seu significado varia da condição financeira até as diversas formas de satisfação pessoal, condição e estilo de vida. Almeida, Gutierrez e Marques (2012, p.15) concluem que “a

compreensão sobre qualidade de vida lida com inúmeros campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante inter-relação”.

Pereira, Teixeira e Santos (2012, p. 242) apresentam o termo qualidade, colocando que “ele deriva de “qualis” [latim], que significa o modo de ser característico de alguma coisa, tanto considerado em si mesmo, como relacionado a outro grupo, podendo, assim, assumir tanto características positivas como negativas”. Mas os autores reportam Santin (2002), que, ao colocar a qualidade relacionada à vida, geralmente supõe algo bom e positivo.

[...] qualidade de vida é muito individual de cada pessoa. Às vezes o que é qualidade de vida pra mim, não é para o outro, né? O que eu almejo de qualidade de vida pra mim como um descanso, não é o do outro, mas eu sinto muito falta disso, estava até conversando com as meninas hoje de manhã: tem 3 anos que eu não sei o que é fêrias. [...] Porque você sai de um, vai para o outro e você quer abraçar o mundo, justamente para tentar articular o financeiro [...] e você esquece um pouco de você, você esquece que você tem uma família também, que você precisa estar inteira pra fazer o outro bem também [...] O meu momento de descanso é eu comigo [...] Eu preciso estar quieta no meu canto, e ter um tempo pra mim, nem que seja acordar, dormir e comer, sabe? Esse ciclo. E é o que eu sinto falta hoje, [...] (GF03).

[...] não sou tão saudável, né, eu tenho uma insuficiência renal crônica, mas eu acho que ser saudável é bem de como a pessoa se sente, né? Eu tenho meus problemas de saúde, tomo as minhas medicações, mas eu faço 60 horas por semana, tenho 2 filhos pequenos, tenho muita disposição, não tenho preguiça, dou plantão a noite, dou plantão de dia. Não tem tempo ruim e assim, é como eu me sinto, né? Pode ser que amanhã eu não me sinta assim, mas hoje eu estou a todo vapor, saio do meu plantão da UTI a noite, estou ótima, poderia trabalhar o dia todo. Chego na minha casa vou ter a casa pra arrumar, os filhos pra cuidar e a vida continua. Sei que já estive melhor, mas se eu for avaliar, sei eu estou melhor que muita gente saudável [...] Seja com 30 ou com 40, eu vou arrastar minha máquina de hemodiálise (GF41).

Eu sou 36 horas, né e utilizo meus horários de folga para fazer cursos [...] faço a minha caminhada, faço aquilo que eu gosto de fazer, tenho tempo pra fazer isso [...] hoje trabalho com assistência domiciliar, mas eu trabalhei muito tempo [...] dia e noite, não tinha hora e era a época que meu filho era pequeno [...] quero aposentar e aposentar bem (GF46).

[...] Eu só tenho uma jornada de trabalho, mas eu tenho outras atividades em casa, tô estudando [...] tenho uma boa saúde, relativamente boa, não faço uso de medicação também e tenho essa preocupação com a saúde, inclusive comprei uma bicicleta pra vir pedalandando, são 8 km da minha casa até aqui [...] tenho que dormir

bem, eu tenho que alimentar bem, fazer exercício, beber água e aí eu vou vendo o que dá pra fazer [...] tenho casa, tenho família e tenho filho também! [...] (GF51).

Almeida, Gutierrez e Marques (2012, p. 16) levantam questões do senso comum que atribuem a qualidade de vida como dependente de ações individuais para ser alcançada, passando “a ideia de que o sujeito pode mudar seus hábitos e, com isso, melhorar seu padrão [...]; coloca que bem-estar e qualidade de vida são sinônimos ou que, pelo menos, um exerce interferência sobre o outro”. Os autores concluem que essa ideia de qualidade de vida se tornou objeto de desejo, mas, devido às variações apresentadas pelas mídias de comunicação, à falta de terminologia adequada, à fragmentação e banalização do tema, faz com que as pessoas deixem de conceituar o que seria tal objetivo. Por isso, “muitas vezes, qualidade de vida passa a ser, de forma equivocada, um termo abordado como algo a ser alcançado e que depende unicamente da boa vontade e da atitude individual do sujeito em mudar seus hábitos”. No entanto, como nos propomos a defender a qualidade de vida, esta também depende de outros componentes: “não depende só do sujeito [...], é necessário ter atenção à multiplicidade de questões que envolvem esse universo, desde parâmetros sociais até de saúde ou econômicos” (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012, p. 17).

A compreensão da qualidade de vida, de modo individualizado e individualizante, gera desdobramentos significativos na maneira como os trabalhadores enxergam sua condição de trabalhador e as relações entre trabalho e condição de saúde. O sofrimento e o desgaste decorrentes do trabalho são vistos como escolha e não como condição constituinte da organização do trabalho e de sua condição como trabalhador. Soma-se a isso o fato de que os profissionais de saúde possuem maior facilidade para alternarem seus horários, realizarem plantões e horas extras.

*[...] a questão da gente de saúde é uma escolha [...] graças a Deus não tenho nenhum problema de saúde, mas se for olhar a minha carga de trabalho, ela é altíssima. Eu durmo poucas horas por dia, mas isso foi o que eu escolhi. Eu tenho duas cargas horárias e tenho dois filhos sozinha, não tenho empregada, não tenho nada, então, assim, quando eu tenho que descansar, eu tenho o que fazer na minha casa, então é uma carga difícil, lá na frente eu posso ficar doente por isso [...] não faço nada, a não ser a atividade física de cuidar dos meus filhos, mas **isso foi uma escolha**, né? Então dentro do que eu posso, eu sou saudável [...] eu escolhi então eu não posso falar que é culpa do serviço, é culpa da minha escolha [...] (GF42, grifos nossos).*

Resumir a compreensão dos impactos do trabalho (das diferentes jornadas e

vínculos, da sobrecarga, da intensificação do trabalho, da precariedade dos vínculos, baixos salários, etc.) à ideia de escolha é atribuir a si mesmo a responsabilização pela organização do trabalho na sociedade capitalista, o que impede a construção de estratégias de enfrentamento e dificulta a mobilização e envolvimento dos trabalhadores (ANTUNES, 2008).

O trabalho em saúde é intensificado e alienado a tal ponto que as orientações sobre o cuidar de si e do outro, emitidas a todo o tempo para os usuários dos serviços, não são realizadas pelos trabalhadores, embora estes relatem com clareza o que “deveriam fazer”.

O que eu acho engraçado é que a gente orienta os cuidadores a se cuidar. A gente fala “cuidador, você também, precisa se cuidar, pra cuidar do paciente” e aí na hora que você para pra pensar, “Não, mas espera aí, quem tá cuidado aqui mesmo?” (GF03).

Muito interessante o movimento reflexivo desencadeado pelo processo de coleta de dados, pois, ao longo dos grupos focais, o diálogo sobre o trabalho no PMC gerou reflexões dos profissionais sobre a organização e as condições de trabalho a que estão expostos. Observamos algumas manifestações de esgotamento de profissionais que caracterizam o adoecimento instalado.

[...] Eu acho que a gente precisava de algum atendimento terapêutico mesmo [...] tem gente que gosta de falar que médico ganhar muito, né? [...] a gente tem uma possibilidade de trabalhar 36 horas seguidas, se quiser. [...] o que faz o nosso trabalho ser mais instável que a maioria é que a gente se impõe em trabalhar a noite, trabalhar sábado e domingo [...] o ideal seria que eu tivesse só o meu trabalho no Melhor em Casa [...] Todo mundo tem que complementar a renda, se sobrecarregarem a carga horária além do humanamente possível, aí fica todo mundo estressado, cansado, doente! É o que a gente vê na saúde [...] (GF27, grifos nossos).

A minha saúde hoje tá péssima. Eu até tava pensando já em outro lugar que tenha [...] mais condição [...] acho que meu tempo no Programa já tá vencendo, eu acho que não vou continuar mais não. Que venha outra pessoa, que, né, que dê um pouco mais do que eu consigo dar hoje [...] o clima deu uma melhorada. Mas o que acontece? Emocional, eu acho que eu desenvolvi essa doença aqui oh, eu acho que é isso, de tanto nervo [trabalhadora relatou problemas nas articulações, no movimento com as mãos, ombros e atua como técnica de enfermagem]. É uma parte muito complicada (GF20).

As narrativas dos trabalhadores evidenciam que existem impactos relacionados ao trabalho na vida dos mesmos.

[...] muitas vezes a gente chega para reabilitar um paciente que não tem cama hospitalar, são camas baixinhas [...] Então, é algo que sobrecarrega a gente fisicamente, a coluna. A gente tem pacientes

enormes que a gente não conseguiu vaga na Rede, a gente tem que colocar de pé, às vezes o único cuidador é velhinho, não consegue ajudar a gente nessa tarefa, [...] a parte psicológica [...] tem vários casos, assim, tristes de pessoas jovens com doenças terminais, paliativos. Então, traz uma sobrecarga emocional pra gente [...] (GF05).

A pesquisa evidenciou a carga afetiva/emocional recebida pelos trabalhadores durante o cuidado domiciliar e os desafios de lidar com o sofrimento do outro. Durante o trabalho, evidenciamos a carga emocional. Nesse momento, é interessante qualificar o campo psicológico em que a mesma se enquadra. No caso, sendo a emoção um fenômeno afetivo, ela se enquadra na afetividade humana. Sobre isso, Amaral (2007) ressalta que a psicologia separa nossas funções em cognitivas, afetivas e volitivas, e coloca que “a Psicologia nos informa que nossa vida afetiva ou nossa afetividade é o conjunto de todos os nossos sentimentos, emoções, humores, paixões, sejam eles positivos ou negativos” (AMARAL, 2007, p. 02).

Dentro da função afetiva estão as emoções, que são consideradas como um estado agudo e transitório (BOCK, FURTADO, TEIXEIRA, 1999). Os mesmos autores afirmam que “a vida afetiva, ou os afetos, abarca muitos estados pertencentes a gama prazer-desprazer, como, por exemplo, a angústia em seus diferentes aspectos, a dor, o luto, a gratidão, a despersonalização” (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 1999, p. 251). Durante o grupo focal, alguns profissionais levantaram essa questão:

É o que te traz uma carga emocional grande, de repente da gente estar realizando um trabalho diferente. Então, a gente acaba se envolvendo nos problemas das famílias e não é uma família, são várias. A gente sabe quem não recebeu a aposentadoria, quem tá com o carnê bloqueado, quem não comprou fralda porque vai receber só no dia 9 do mês, porque teve muito feriado [...] a gente fica ansioso com essas coisas [...] (GF05).

“Pelo menos vocês estão vindo aqui [...] e vocês não sumiram igual ao material?” [...] Não, a gente vai passar por mais essa! Isso dá uma sobrecarga sim pra gente, porque pra equipe a sobrecarga tá difícil, né? Mas chegar lá, vamos continuar, támo junto! (GF06).

Mental então, saúde psicológica (GF27).

A atenção domiciliar traz inúmeros tipos de doenças, cuidados, famílias, com suas infinitudes de histórias e dificuldades. Diante disso, observamos que a carga afetiva/emocional é significativa, mas, como colocam os trabalhadores, as lições de vida também são infinitas.

A gente recebe lição de vida, todos os dias, assim. Então, enquanto a nossa vida, a gente leva uma lição todos os dias pra casa... mas eu

acho que em relação a saúde também, mas não só a saúde emocional da gente, mas também as vidas daqueles que a gente tem contato, né?(GF19).

Ao longo da formação, na maioria dos cursos técnicos e de graduação, os profissionais de saúde não têm oportunidade de problematizar a finitude humana e seus impactos no processo de cuidado. Sanches e Carvalho (2009) apontam que, durante a formação em saúde, os profissionais criam uma associação errônea da morte ao fracasso, que eles colocam como um paradoxo. Por tais profissionais estarem próximos da morte e da finitude do outro, também são considerados os mais resistentes quanto à compreensão da finitude da existência. Essa proximidade sem compreensão pode levar aos sentimentos de culpa e impotência.

Rockemba, Casarin e Siqueira (2010) relatam que a falta de formação adequada traz uma concepção de cura a qualquer custo, onde os profissionais se apegam à eficácia das tecnologias de prolongamento da vida e não aprendem a enfrentar a realidade oposta. Os autores ainda alertam sobre a necessidade de as instituições acadêmicas incorporarem estratégias e conteúdos voltados para os cursos expostos a essa realidade.

Na atenção domiciliar pode haver muitas situações de difícil manejo, visto que afinidade e transferência com o paciente é maior que nas instituições de saúde. Almeida (2010), em sua dissertação de mestrado sobre transferência e contratransferência, oferece um levantamento sobre as modificações no conceito de transferência e sua importância. O autor observa que o termo foi atribuído por Freud, durante o percurso de construção da teoria da psicanálise, mas que, dentro da própria teoria, sofreu modificações “tão importante[s] que para muitos autores é mesmo a chave do tratamento no sentido em que é a interpretação das modalidades da transferência e a sua resolução que permitem ao indivíduo conhecer-se e mudar” (ALMEIDA, 2010, p. 26).

Velho (2014) cita Freud (1996, p. 264) sobre a transferência, destacando que “[...] é o mais poderoso instrumento terapêutico”. Assim, “o que definiria a transferência seria justamente a falsa ligação ou, em outras palavras, a substituição, na vida mental do paciente, de alguém do passado dele pela figura do médico” (BISSOLI, 2006, p. 23). Em outras palavras, a transferência é uma relação afetiva entre os usuários e profissionais, permeadas pela afinidade. Segundo Almeida (2010, p. 26), “num sentido amplo, a transferência compreende todos os fenômenos que existem na relação do paciente com o psicoterapeuta. Aquilo que o indivíduo transfere é toda a sua identidade”.

Isso é uma dificuldade que eu sempre tive [...] aqui eu melhorei muito, [...] pra mim explicar pra ele que ele ia morrer, é muito complicado e acaba que aqui não é só médico que faz isso. [...] (GF18).

Os cuidadores e pacientes estão sobrecarregados emocionalmente, fisicamente. Para os cuidadores, há o peso do cuidado, da questão financeira, das mudanças radicais no processo de vida e na dinâmica familiar. Enquanto isso, os pacientes têm dores, tristezas, impaciência com a evolução do tratamento, e tudo isso é exposto e transferido aos trabalhadores do PMC.

Tem muita transferência de culpa [...] transferência pra gente da equipe. Às vezes a gente chega na equipe “e aí, Bom dia, tudo bom?”, “bom dia só se for pra você”. É a primeira decepção dia. Aí você faz uma oração, vamos olhar o fulano, como é que ele tá, e isso não é uma coisa frequente dependendo da região, as regiões são muito diferentes. Então, assim, eu acho impossível. [...] (GF08).

[...] A nossa saúde é impactada com isso. Tem gente que já foi agredido numa casa, então quer dizer, tudo impactada com a nossa saúde, assim, tudo impactada, eu acho (GF19).

Os trabalhadores colocam que a AD não resguarda os profissionais, visto que, muitas vezes, são atendimentos e procedimentos individuais, estando expostos a qualquer destrato, calúnia e intempéries.

Eu trabalhava no hospital do câncer, no paliativo, que é uma coisa tensa, no consultório, acontece algum problema [...] tem alguém para [...] te proteger. No domicílio é você. É a sua cara, é o seu CRM, é a gente que tá se expondo, eles gravam o que você tá fazendo, eles falam “eu vou te processar, porque você tirou um AS dela. É muita pressão e você tem que ter uma articulação, um jogo de cintura, uma paciência, uma sabedoria, que desgasta muito, porque você está sozinho na casa do paciente, sozinho (GF08).

[...] essa questão da atenção domiciliar tira muito a gente da nossa zona de conforto, porque dentro do hospital, você tem todo um respaldo, [...] na atenção domiciliar, acho que as posições se invertem você tá lá. Não é o paciente que vai até você, é você que vai até o paciente, é você que vai à família. Então, em relação ao envolvimento, ao desgaste da nossa saúde, você tá muito mais exposto ali a se envolver, a ficar irritado e sair da zona de conforto, é cansativo, eu acho que é muito cansativo, é muito desgastante (GF30).

[...] porque a gente tá sujeito a errar e acontecer qualquer fatalidade, você tá no hospital, você tá respaldado ali. E no domicílio? Se acontecer algo, você não tem nada pra socorrer o paciente, você não tem nada. Graças a Deus, Deus protege a gente lá, mas assim (GF19).

Durante o grupo focal, os trabalhadores levantaram a questão da zona de

conforto oferecida dentro das instituições de saúde, o que, fora delas, no caso da atenção domiciliar, deixa o profissional sem respaldo ou proteção legal. Se por um lado o serviço oferece flexibilidade e maior autonomia do profissional em suas atitudes, tomadas de decisões e procedimentos, por outro, deixa o profissional em frequente exposição, seja de sua figura pessoal, profissional, como também física e psicológica, sem respaldo ou proteção imediata, já que, muitas vezes, o profissional realiza a visita domiciliar sozinho.

Consequentemente, acolher emoções e sofrimentos do outro pode ser exaustivo para os trabalhadores.

[...] Tem dias que a gente comenta [...] que você termina [...] e parece que você tá vazia, parece que passou um caminhão por cima de você por causa do tipo de paciente que passou ali naquele dia, são pacientes mais complicados. [...] Mais estressantes (GF46).

O domicílio também tem pacientes que o dia que você vai, você fica exaurida, né? (GF41).

Porque o nosso trabalho aqui, por mais que a gente não queira se envolver, a gente se envolve. Então, hoje é uma coisa, amanhã é outra e os casos vão ficando piores e a gente vai ficando sobrecarregada. [...] Aí vem o cansaço do dia a dia, o estresse, a gente fica com o emocional abalado, querendo ou não a gente fica [...] (GF57).

Outro impacto relatado pelos profissionais são as condições precárias em que algumas famílias vivem, sendo diversas as formas de precariedade, como financeira, higiênica, educação, desorganização, elementos que, de alguma forma, esbarram nas concepções de mundo dos trabalhadores, na forma como entendem a autonomia das pessoas e famílias, além da naturalização e individualização dos determinantes sociais de saúde (DSS).

A gente fica pensando até que ponto a gente pode interferir [...] causa essa angústia, mas que limita a minha ação, né? Limita até onde que eu posso ir. E aí essa angústia fica na gente porque você não tem o que fazer, você não consegue resolver a parte social, você não consegue resolver o entendimento que a pessoa tem na cabeça daquilo [...] (GF42).

Não digo que seja desgaste [...] talvez lidar com isso que a gente não tem o controle, não tem o domínio, que chega o momento do fim mesmo [terminalidade da vida], a gente como profissional, às vezes esbarra nisso (GF41).

Às vezes sinto muita impotência quando eu vou na casa de uma paciente [...] a condição financeira muito ruim, casa muito suja e você não tem o que fazer sabe [...] aquela situação te angustia muito, de você não ter o que fazer, sabe?(GF46).

[...] O pessoal que já conseguiu casa do Minha Casa, Minha Vida, por vários motivos, ela já teria conseguido só pelo fato de ser muito doente. Eu acho que é o fato de ela querer ficar naquela situação, mas é uma angústia que causa na gente, você tem que ficar lá, você como profissional da saúde que tem que interferir naquilo que você vê que altera, o aparelho que ela usa é um nojo, tá sujo, imundo, (poeira, gorduroso) mas você não consegue interferir. Também tem que ter o entendimento que você tem que respeitar as limitações e o fator familiar lá dele (GF42).

[...] me angustia, é justamente, você perceber que a família tinha condições de viver melhor se quisesse e às vezes não quer. Você às vezes dá o toque, fala porque você não tenta um ambiente melhor? Mas você percebe que a pessoa acostumou a viver daquele jeito que ele vive e aquele jeito que ele vive causa sofrimento nele e no paciente e às vezes você fica meio que impedido de intervir. A gente faz até umas intervenções dentro da nossa possibilidade, mas aí fica aquela dúvida, até que ponto eu vou intervir na família deles ali? Será que ele vai receber aquilo com bons olhos ou será que ele vai achar que eu tô querendo tomar conta da casa dele, né? [...] (GF51).

[...] o impacto que a gente sente nas casas é isso mesmo da falta de higiene e às vezes a gente quer, sempre a gente procura dar um toque assim, claro que não interferindo tanto para não ferir o ego de ninguém, nenhum familiar, mas é isso mesmo: dá angústia realmente na gente, sabe? Porque você tá querendo ajudar, mas até que ponto a gente pode intervir. [...] (GF59).

Os trechos citados estão permeados pelo sentimento de angústia, ora associados ao mal-estar diante de adversidades, ora em relação às dúvidas sobre os limites de sua intervenção e o respeito às singularidades de cada paciente e família. De certo modo, as narrativas também trazem uma compreensão de que a família está naquela condição porque “*acostumou a viver daquele jeito*”, por “*querer ficar naquela situação*”, o que, na literatura sobre os determinantes sociais de saúde, tem sido tratado como construção coletiva e resultante da estrutura social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Em contrapartida, uma das trabalhadoras indica a compreensão de que as situações vivenciadas se relacionam com outra dimensão, aquela em que “*você não consegue resolver a parte social, você não consegue resolver o entendimento que a pessoa tem na cabeça daquilo.*” Nesse sentido, é possível afirmar que há prenúncios de que os trabalhadores do PMC participantes do estudo esboçam diferentes compreensões sobre os determinantes sociais de saúde (DSS). Em alguns momentos, expressaram uma concepção ampliada de saúde e dos determinantes sociais, conforme apresentamos no item Público Atendido.

Geralmente, as famílias esperam do PMC serviços/procedimentos, acesso aos

insumos, medicamentos e outras ações que não se relacionam aos objetivos e possibilidades do programa. Isso traz certo desgaste com a relação dos trabalhadores.

Às vezes a família cria uma expectativa diferente daquela que o Programa pode oferecer. A gente teve muito desgaste com famílias de melhor condição socioeconômica e de tempo em tempo a gente tem algum tipo desgaste assim, porque a família de uma certa forma, fica exigindo que a gente forneça um serviço no molde que ela espera e a gente tem um molde, uma política de trabalho e a gente tenta ser igual para todos, não dá pra ficar privilegiando a pessoa porque ela tem um argumento melhor, né? Então, teve muito desgaste [...] me senti mais desgastado foi nesse ponto. [...] (GF51).

Diante das percepções de saúde colocadas pelos trabalhadores e os impactos causados por tais condições, iremos relatar no próximo momento os tipos de estratégias utilizadas pelos profissionais e aquelas oferecidas pelo governo para amenizar ou, ao menos, promover melhores condições de enfrentamento às situações colocadas.

6.3 Estratégias de enfrentamento

Esse subtema busca estabelecer o tipo de atitude tomada frente às adversidades do trabalho, ou seja, no ambiente de trabalho, os indivíduos buscam relações para além do trabalho, relações que fortaleçam sua personalidade, que reafirmem sua condição de trabalhador e a importância de seu trabalho. Sato (2002) coloca que:

Os trabalhadores criam formas para resistir à racionalidade imposta à organização do trabalho tal qual planejada pelo corpo gerencial, denunciando que os trabalhadores buscam constantemente melhorar a sintonia entre eles e os contextos de trabalho (SATO, 2002, p. 1148).

A autora afirma que “os trabalhadores constroem ‘ações adaptativas’, as quais têm por finalidade adequar os contextos de trabalho, no limite do possível, às características pessoais e aos limites subjetivos” (SATO, 2002, p 1148). Tais ações adaptativas servem como reguladoras do processo de trabalho, uma forma de manter civilização para o ambiente.

[...] tem dia que você fica muito chocado com a situação, você sofre naquele dia de "ah, meu Deus do céu, como isso acontece"... passa [...] enquanto pessoa, eu tento buscar o equilíbrio [...] da minha vida profissional, pessoal, e aí a gente vai levando a vida [...] Tento buscar o caminho do meio para tudo [...] (E48).

[...] a gente vê o paciente desnudo, da situação da casa dele, na situação que ele tá vivendo, que ele vai viver na casa dele, quem apoia ele. Se esse cuidado é adequado ou não, diferente do hospital. Teve momento já que eu já sentei para chorar, eu não acreditei que eu

estava vendo aquilo [...] (E07).

Existe, então, a necessidade de adequação entre o trabalho prescrito e o trabalho real, pois “as pessoas concebem outras formas de trabalhar, atribuindo outros significados às prescrições e criando laços entre si” (SATO, 2002, p. 1148). Para Dejours (2004, p. 28), “trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real”. Essa lacuna entre eles não é preestabelecida, por isso deve ser preenchida pela descoberta, invenção e construção de cada momento vivenciado pelo sujeito que trabalha. O trabalho é o resultado daquilo que se acrescenta de si (do seu conhecimento, de sua personalidade) para atingir o objetivo determinado. Portanto, entendemos que essas adequações são as estratégias pessoais para desenvolver o trabalho.

Nas narrativas dos trabalhadores participantes do estudo, sobressalta-se o companheirismo dos componentes desse grupo.

[...] Aqui uns ajudam os outros com questões burocráticas, bastante companheirismo. Os que vão terminando aos poucos vão indo embora. Parece-me que escrevem nos prontuários, mas somente repassam o que é grave ou necessário (Caderno de Campo, p. 11, 09/03/2016).

“[...] [o médico] apresenta impaciência em um caso relatado que acaba gerando um conflito, está frustrado, pois a cuidadora que é filha, não entende suas colocações, então o [outro médico] coloca "você precisa ouvir mais, sentir mais", "foi muito incisivo", ele concorda que errou. [o colega] orienta, conversa [...]” (Caderno de Campo, p. 50, 18/04/2016).

Sato (2002, p. 1148) coloca ainda que “o trabalho real conduz não apenas a um maior conforto aos trabalhadores, mas à economia e ao aperfeiçoamento do processo”. O “real” aproveita o conhecimento dos trabalhadores visando aprimorar os processos de trabalho. Na relação saúde x doença, “os trabalhadores buscam o controle sobre as condições de trabalho, para torná-los mais saudáveis” (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

Sato (2002, p. 1155) também diz que os “trabalhadores são construtores de conhecimento, articulam-se de modo conflituoso e cooperativo, e criam modos de vida singulares nos locais de trabalho”. Para Dejours (2004), o sujeito desenvolve a subjetividade e, por conseguinte, sua inteligência, num processo de sofrimento que se dá pelo encontro com o real. É nesse encontro que o mesmo consegue criar novas formas de se relacionar com o outro e com o grupo.

Na década de 80, os estudos sobre o trabalho focalizavam as condições de sofrimento danosas à saúde dos trabalhadores, mas a criação da Psicodinâmica do

Trabalho veio propor que nem sempre os trabalhadores adoecem (DEJOURS, 1986), revelando processos intersubjetivos de prazer na atividade laboral, além das diversas estratégias individuais que eram utilizadas para a própria promoção da saúde.

Ao serem questionados sobre estratégias que proporcionam melhores condições de trabalho no âmbito emocional, com foco na preocupação do sofrimento do trabalhador, o qual lida com outro ser humano também em sofrimento, verificou-se não haver tais estratégias instituídas.

[...] Não tem estratégia, é uma questão que ainda a gente ainda não avançou nesse sentido, né? A gente faz aula de capacitação e às vezes ali naquele momento, às vezes os profissionais colocam algumas dificuldades pessoais "eu tenho dificuldade de lidar com isso, com aquilo", mas no dia a dia não é um ponto que a gente aborda (E48).

[...] eu acho que a gente tem que melhorar muito, porque a gente não tem uma estratégia de verdade pra lidar com essas coisas (GF27).

Segundo informações colhidas com os profissionais que atuam na coordenação das equipes municipais e vinculadas à instituição federal de ensino, não existem ações de cuidado ou promoção da saúde desses trabalhadores. Contudo, é importante destacar que na IFE há ações de promoção aberta a todos os servidores e trabalhadores contratados pela instituição.

Durante os grupos focais, pudemos perceber que a falta desse apoio traz prejuízos para os trabalhadores.

[...] muito sofrimento de cobrança, de impotência, de... então, assim, eu acho o programa falho nisso, de não cuidar da gente nesse aspecto. Eu acho que precisa, né [...] Você tem que esperar, ué. Enquanto você tá boa, serve? (GF27).

Tanto nas entrevistas como no grupo focal foi colocada a iniciativa dos psicólogos das equipes em criar um espaço para acolhimento das questões pessoais, com o intuito de trazer melhores condições ao trabalho. No período da pesquisa, a iniciativa ainda não havia sido colocada em prática e a coordenação tinha plena consciência de que seria um trabalho que não abordaria todo o grupo, visto que seria oferecido pelos psicólogos do grupo, já sobrecarregados pelo serviço.

A gente só sabe que existia a demanda, mas a gente não tinha como fazer a demanda, até mesmo porque a gente acredita que os psicólogos da equipe, eles são da equipe [...] Eles teriam que ser tratados como os demais e a rede ainda não tem muito esse preparo, a gente fala "ah, a gente precisa de um psicólogo para trabalhar com grupo", o povo acha que é luxo (E48).

Fora as iniciativas individuais para o cuidado de si, verificou-se que não existem

ações e projetos das instituições para a promoção da saúde desses trabalhadores, sobretudo no sentido de lidar com a terminalidade e com as questões emocionais singulares à atenção domiciliar. A coordenação manifesta o interesse pelo cuidado dos profissionais e reconhece as necessidades, porém acredita que o governo ainda não as reconhece.

[...] A perícia da promoção e prevenção ainda é muito voltada pensando numa Rede, mas não pensando no trabalhador enquanto usuário. A gente pensa no trabalhador enquanto trabalhador e não como usuário [...] não tem uma política instalada disso (E48).

[...] Eu acho que o governo municipal tem passado por uma fase de transição muito difícil, nós mudamos a política. O momento atual não é fácil e os profissionais estão sofrendo com isso nas pontas, né. Porque as disputas políticas estão muito acirradas e eles esqueceram dos trabalhadores, né. [...] (E54).

Colocado por todos os participantes do grupo focal que não há estratégias específicas empregadas pela coordenação do programa, os mesmos expõem suas posições pessoais sobre como se tem criado um ambiente melhor de convivência para os trabalhadores do programa.

[...] o que já foi feito até hoje, foram reuniões que a gente programou com a equipe [...] já fez e precisava voltar a fazer a discussão de casos [...] a gente fez uma abertura com a equipe, pra gente conseguir compartilhar os problemas. Agora, propriamente dito em relação do estado psicológico dos colaboradores, a gente tá esse ano, junto com os dois psicólogos da equipe [...] No final do ano passado nós fizemos uma coisa bem bacana, fizemos um balanço do ano. Então, nós fizemos dinâmicas, o espaço foi o dia inteiro, [...] E no balanço o pessoal levantou essa falta de apoio psicológico [...] [No Governo municipal] Se tem, eu desconheço. Se tiver, eu desconheço, não chegou alguém aqui oferecendo isso pra gente (E07).

[...] a gente tem que ter muito bom senso por conta da estrutura financeira que a gente vive hoje, por conta das diferenças de vínculos, das dificuldades de assistência no domicílio, da infraestrutura, então é muito bom senso, é muita flexibilidade, muita conversa, amizade, aproximação dos profissionais. [...] dou plantão na UTI, dou plantão na enfermaria e a gente vê o sofrimento de uma equipe de saúde que vem aumentando no decorrer dos anos que não é tratado, [...] eu tenho de estratégia é tentar aproximar dos meus colegas de trabalho, sempre ser flexível com a questão pessoal, é tentar atender as necessidades pessoais deles em quase todos os momentos [...] (E54).

[...] é uma coordenação que envolve todos os colaboradores na participação, é uma co-gestão. É uma coordenação que ouve muito [...] Uma flexibilização muito grande, um entendimento ímpar, da condição do serviço de atendimento domiciliar [...] (E37).

Apesar de não conhecerem ações voltadas diretamente aos trabalhadores da

atenção domiciliar, os participantes da pesquisa reconhecem que não têm conhecimento, mas que existem programas e ações voltados à saúde do trabalhador. No entanto, não procuraram informações ou aderiram às iniciativas. Os relatos se referem às ações da IFE, principalmente por não serem estratégias específicas ligadas ao trabalhador da AD.

Existe uma Diretoria [na instituição federal de ensino] que ali tem algumas coisas que fazem para o trabalhador, oficinas, [...] É uma coisa que eu não sei falar sobre a política deles, [...] Eu sei que tem, eu não sei como que chega, como que faz, mas eu sei que tem [...] Do município eu não sei. Tem o CEREST que é o Centro de Referência do Trabalhador, mas também sei falar pouco sobre ele (E48).

Tem... ué, tem sim! (Falamos juntos) Que a gente participa... Não, que existe, existe (GF42).

Eu acho que não existe, tipo assim “vamos sentar todo mundo”... Tem problemas na equipe? Tem! De relacionamento, a gente de vez em quando briga, se estressa, se estranha! [...] Às vezes ela tá cansada e eu também, não é um dia bom e a gente acaba se estranhando. Então, eu acho que tinha que ter alguém pra trazer o grupo de volta de novo, sabe? Sentar pelo menos uma vez no mês com a gente e conversar, falar dos problemas que tá tendo. A gente não tem reuniões de equipe, não temos nenhuma, então isso gera muito desconforto entre a equipe. [...] Eu acho que tinha que ter assim, oh “hoje vai ter atividade com o grupo, então a equipe está dispensada 2h do trabalho pra fazer a atividade!” (GF46).

A universidade tem várias coisas, ginástica, caminhada, tem algumas coisas [...] Eu acho que como a nossa carga de trabalho ela é meio grande, né? Normalmente, a gente tem mais de um vínculo, é ser fora daqui, ser fora do horário e realmente gera um pouco de desânimo, né? [...] Eu pensar “vou lá na Educação Física fazer ginástica? Vou não! Vou embora” [...] Mais próxima tipo aqui, né? Aqui! Se tiver que ir lá, eu não vou! (GF41).

E às vezes acha que é até falta de interesse da gente não estar se agrupando mais, né? Mas não é. O cansaço às vezes a gente tá virada do plantão, a sobrecarga muito grande, mas a gente se tivesse uma coisa, assim, bem mais próxima, a gente gostaria, né? (GF59).

Dificulta um pouco, né? Pra quem quer ir tem. Existe! Mas eles não vêm aqui buscar a gente: quer que vá atrás e que procure, né? [...] Aqui no hospital existe a ginástica laboral, só que ela é assim, em pontos. [...] Mas tem iniciativas meio isoladas assim, não tem uma formal pra funcionar de fato (GF51).

Os trabalhadores das EM também colocam a existência de alguma estratégia de promoção da saúde do trabalhador oferecida pelo município, mas nenhum aderiu ou sabe dizer sobre alguma estratégia. Percebemos que os trabalhadores esperam dos coordenadores flexibilidade para manejar as demandas individuais e resolver questões que surgem no cotidiano. Entretanto, o que realmente vemos é a ausência de ações e

programas das instituições para o manejo dessas situações de conflito, de sobrecarga, de tensionamentos, o que é projetada para os coordenadores.

De alguma forma, são negligenciadas questões que podem parecer pequenas, que correspondem a um sofrimento diminuído e mascarado, mas, “se o sofrimento não é acompanhado por uma descompensação psicológica é porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permite controlá-lo” (DEJOURS, 2008, p. 35).

[...] Eu não vi ninguém falar "ah, eu busco, porque eu trabalho e gero sofrimento e eu estou indo buscar por conta disso", verbalmente ninguém nunca me passou isso. Eu percebo que tem pessoas que buscam terapia, mas aí é num contexto geral de vida. As vezes não tá bem, é no pessoal, no profissional. Mas eu nunca ouvi ninguém falar assim "ah, eu estou indo buscar ajuda porque esse trabalho me sobrecarrega". O que a gente vê é "cansei muito, esse final de semana quero descansar, quero fazer nada", nesse sentido [...] (E48).

Questionamos sobre as estratégias individuais para lidar com o peso emocional proporcionado pelo tipo de serviços que oferecem. Durante os grupos focais, cada um colocou sua forma de descansar o corpo e a mente, de se afastarem das preocupações do trabalho, como dormir, fazer atividades físicas, passeios, momentos com suas famílias, música, TV, foco em coisas prazerosas, cada um encontra um jeito de relaxar.

Eu fiz o comprometimento comigo de pelo menos uma vez por semana ter o atendimento com a psicoterapia, porque eu estava realmente adoecendo. Eu tava com 24 anos tendo enxaqueca todo dia, com refluxo, com hérnia e aí quando vai no médico e fala “O que é isso?” o médico olha e fala “olha, isso é ansiedade” [...] chegou ao ponto que eu tava perdendo saúde, o efeito cascata e aí não dá (GF02).

[...] estratégia [...] Desligar totalmente eu não consigo [...] acabo me envolvendo até demais. Eu acho que o que eu tenho é a família, compartilho com a família [...] uma coisa que me [...] faz distrair, é estudar [...] Tenho religião, tenho crença [...] (E07).

[...] estratégia minha, [...] sair do serviço resolvendo tudo para aquele paciente. Quando eu faço isso, eu saio daqui despreocupado. [...] Independente do sofrimento. E aí, além disso, né, faço atividade física, depois que eu chego na minha casa eu procuro desligar todas as atividades que eu fiz, fico aqui com a minha família. Não faço psicologia, nunca procurei o serviço de psicologia pessoalmente, né, mesmo achando que todo mundo deveria, que convive com esse sofrimento [...] procuro ter meus meios por atividade física, de interação social com outras pessoas fora do hospital [...] (E54).

Eu filtro muita coisa [...] Escutar [...] Hoje eu uso o controle, polício [...] Só escuta. Só de ir lá e escutar já dá uma aliviada no problema que o paciente ou familiar tá passando, então eu escuto muito (GF21).

Não ficar de cara feia (GF20).

[...] estou numa fase que eu estou tentando fazer isso, que é ter psicólogo, nutricionista eu vou aí caminhando, mais ou menos, tentando comer um pouco melhor e atividade física, né? Porque eu acho que todos, pra ter saúde, tem que ter isso [...] Eu melhorei muito, mas levava muito [...] tô procurando ajuda psicológica, pra saber evitar, não levar tanto problema de paciente pra casa (GF27).

Eu cuido muito. Eu não cuido 100% não, mas eu procuro cuidar um pouco (GF30).

Ao serem questionados sobre o cuidado em saúde, diversos trabalhadores colocaram situações em que “resolvem dentro da própria equipe”, especialmente quando são situações que não exigem especialistas. Além disso, houve relatos de profissionais que procuram “dar um jeitinho próprio” e outros que são mais comprometidos com a saúde, que buscam ajuda em instituições públicas ou em planos de saúde.

[...] eu sei que eu preciso, assim, mas devido a falta de tempo eu deixo tudo pra depois e aí eu vou levando. [...] eu preciso melhorar isso, eu não sei se eu procuro uma atividade física, minha alimentação que é péssima... tudo! Meu psicológico também, sabe? A gente sabe que precisa tomar uma iniciativa, mas não toma, eu vou postergando isso (GF29).

Embora não haja práticas institucionalizadas de acolhimento e cuidado com os trabalhadores, as narrativas revelaram dinâmicas cotidianas, como breves momentos de descontração e de trocas informais. Essas são formas de amenizar as tensões e desgastes com o trabalho, estratégias simples, “bastante flexíveis, sendo criados e recriados a todo o momento pela equipe” (SOUZA; SOUZA, 2009, p. 122).

[...] a gente compartilhar, a gente chega ali e já desabafa [...] acaba, assim, que alguém escuta e não leva aquilo pra frente, ou não leva aqui como um problema pessoal, alguma coisa assim, então eu vejo que esse momento é muito importante, a gente até brinca [...] fala comigo “o que aconteceu hoje que você tá com esse cabelo desse tamanho” vejo como uma estratégia (GF16).

Na verdade, a estratégia para os nossos problemas, eu acho que falta estratégia. [...] Com os pacientes a gente consegue ajeitar de alguma forma, mas entre a gente, a gente não tem [...] O que eu tenho notado, assim, quando tem alguma coisa, é muito de motivação para você produzir mais, sabe? Não é pra te... [trabalhadora ficou bastante emocionada] [...] É, o que eu sinto é mais pressão, que é que você se mantenha motivada, apesar de todo o seu... que o seu rendimento continue o mesmo, e não pra gente... terapêutico! [...] (GF27).

[...] tem umas estratégias tipo assim, eu acho que não é intencional nosso, mas a gente faz, tipo assim, os cafês da manhã, por exemplo, acaba que é um momento de confraternização, a gente de vez em

quando convida “ah, vamos tomar um açaí”, a gente faz umas gordices na rua juntos, sabe? Então, acaba que é uma estratégia que a gente tem de te desestressar, a gente conversa pouca coisa de trabalho, mas é um momento que estrategicamente a gente acaba relaxando e desabafando, sabe? Porque resolve muita coisa também, eu acho (GF19).

Considerada a habilidade primordial desse grupo, a “flexibilidade” também é entendida como uma estratégia de enfrentamento e adaptação das variadas situações vivenciadas por essas equipes.

[...] às vezes até demais, né, na nossa flexibilidade. Mas a gente é flexível na casa dos pacientes, a gente é flexível com colega, a gente é flexível com a família, a gente se adapta ao que tem e quando não tem, dá um jeito. Eu acho que a palavra que define o trabalhador do Melhor em Casa, todos nós é a flexibilidade porque o é a gente que se adequa a situação (GF30).

É adaptação o tempo todo [...] A gente tenta ver o que está dificultando o atendimento [...] discute no dia a dia [...] (GF08).

Constatado o sofrimento pelo trabalho, Dejours (1994), dentro da teoria da Psicodinâmica do Trabalho, nos coloca uma luz, permitindo que tenhamos esperanças, pois no trabalho também existe prazer. Trata-se de compreender os determinados meios de buscar o equilíbrio psíquico, mesmo em condições desafiadoras. Augusto, Freitas e Mendes (2014, p.39), em pesquisa sobre a vivência do prazer e do sofrimento no trabalho, retomam que “as vivências de sofrimento podem se expressar pelos males causados no corpo, na mente e nas relações socioprofissionais; portanto as suas causas advêm do contexto de trabalho”. Igualmente, as vivências de prazer vêm dos significados do trabalho para essas relações, e se “manifestam por meio da gratificação, da realização, do reconhecimento, da liberdade e da valorização no trabalho” (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014, p. 39).

6.4 O valor pessoal do trabalho

No subtema reconhecimento/valorização/aprendizados, abordamos uma dimensão ressaltada pelos trabalhadores participantes do estudo a partir da satisfação e realização no trabalho, bem como do modo como o reconhecimento do outro contribui para o melhor desempenho de tarefas e atividades. Augusto, Freitas e Mendes (2014, p. 41) afirmam que “o destino do trabalho está intrinsecamente ligado ao reconhecimento. Quando o sujeito tem autenticada a utilidade ou a beleza de seu ofício, todo o

sofrimento vivido no encontro com o real do trabalho pode ser ressignificado e transformado em prazer”.

Podemos verificar o reconhecimento dos familiares em alguns trechos dos questionários e entrevistas abaixo:

[...] Saber o quanto a família também precisa deste amor, que passamos a eles em nossa profissão. Experiência única, saber que realmente o trabalho em equipe com amor e dedicação funciona (Q38).

A gratidão dos pacientes [...] nos tornamos íntimos da família, ao término de antibiótico não somos mais profissionais e sim amigos da família que enchem os olhos de lágrimas para agradecer (Q12).

Além da satisfação de poder contribuir para minimizar as internações hospitalares, observamos que há muito mais a oferecer que apenas atenção/cuidados com a saúde física em si, mas a simples presença, olhos e ouvidos atentos, disposição em estar de verdade com o outro [...] acabamos gostando muito, quando a intenção é dar, acabamos recebendo das mais variadas formas (Q61).

Manter o paciente em seu domicílio com atendimento de qualidade é gratificante [...] (Q62).

[...] somos referência, busca [...] por capacitação [...] é um diferencial [...] (E37).

Para Dejours (2004), na psicodinâmica do trabalho é primordial o reconhecimento do sujeito no trabalho. É devido a esse reconhecimento que os indivíduos conseguem respeitar as relações de cooperação com outros que são constituídos de diferentes personalidades e inteligências, e, por vezes, com aqueles que não simpatizam ou não conseguem socializar por aversão. Mendes e Dias (1991) consideram que os trabalhadores querem ser reconhecidos “[...] em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias, exercitam o direito à informação e a recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à saúde” (MENDES; DIAS, 1991, p.347).

Essa busca incessante pelo reconhecimento é, também, uma busca pelo crescimento pessoal e melhora das condições de vida. Para Dejours (2004, p. 31), o trabalho é uma “condição transcendental de manifestação absoluta da vida”. Já os autores Mendes e Dias (1991, p. 347) afirmam que a saúde do trabalhador considera o trabalho enquanto organizador social da vida humana, “como espaço de denominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico”. Diante dessa organização social, os trabalhadores assumem o

papel de sujeitos de sua identidade, “de sujeitos capazes de pensar, e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade” (idem, p. 347).

Durante a inserção no campo, ouvimos uma história de superação de uma paciente, que relatou o empenho e a persistência de um profissional. Esse fato, com toda certeza, será sempre motivo de orgulho e de reconhecimento:

[...] uma adolescente de 17 anos, teve uma meningite e evoluiu para uma hidrocefalia, já realizou a troca da válvula 7 vezes, e a menos de um ano, o edema aumentou e a menina entrou em coma. Agora ela está bem, já anda, está apenas com uma sequela no pé, faz aplicação de botox para estimular os nervos e amanhã irá tirar a gastro. A menina está usando um TAP (uma fita adesiva, que estimula os nervos do pé, de uso pessoal da Fisio, pois o programa não fornece, mas ela [a fisioterapeuta] achou que ajudaria e resolveu usar), [...] depois que retirar a gastro, ela terá alta do PMC. Então, a paciente falou “*Não pode demorar mais um pouco?*”. [...] conta que levou o caso dela para um congresso, que não acredita a evolução que teve, que ela está muito boa. [...] foram escolhidos 15 trabalhos e o dela ganhou em 1º lugar; “*Me envolvi muito*” (C19). “*Ela não tinha nenhum sinal de reação e a família era muito passiva, achava que ela não voltaria do coma, então não estavam muito preocupados, e não faziam nada.*”, “*- Então eu comecei a incentivar a família a estimulá-la, conversar, colocava músicas que gostava, fazia os exercícios fisioterapêuticos, e aos poucos ela foi acordando, com dificuldades, foi se desenvolvendo*”, “*Foi uma evolução maravilhosa [...] está perfeita, somente o pé que ficou com o tendão atrofiado, mas as melhoras são significativas diariamente.*” Conta que a menina é apaixonada com fotos (as paredes são cheias de fotos, dela, que é adolescente no auge da vaidade) e apaixonada com o *i-phone*, que com dificuldades, ainda não conseguia equilíbrio da cabeça e forças nas mãos, conseguiu desbloquear o telefone e tirar uma *self* com a fisio [...]” (Caderno de Campo, p.12, 10/03/2016).

Estar inserido em diversos contextos de vida traz, simultaneamente, para os trabalhadores diversas formas de sentir, pensar e agir. São suas estratégias individuais que trarão significados e garantirão vivências de prazer, transformando as dificuldades em formas seguras para a integridade psicossocial (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014).

Para Marx, “a essência do ser humano está no trabalho. O que produzem é o que eles são. O homem é o que ele faz. E a natureza dos indivíduos depende, portanto, das condições materiais que determinam sua atividade produtiva” (ALBORNOZ, 2008, p. 28). O que podemos depreender é que não há separação do trabalho produtivo do trabalho relacional, sendo ambos considerados um processo dinâmico, de interesses mútuos (BARROS et al., 2016). O trabalho relacional, que envolve os profissionais do

PMC em maior escala que o trabalho produtivo, tendo em conta a semelhança de ambos, deve buscar novas significações, pois, “vivenciar a dor e o sofrimento com menor receio nos aproxima de nós mesmos, levando-nos ao autoconhecimento, elemento crucial para que vivamos em maior plenitude. Quanto mais nos conhecemos e nos aceitamos, tanto melhor crescemos” (SIQUEIRA NETO, 2004, p. 01).

Eu acho que eu melhorei como ser humano, assim, porque essa coisa do vínculo de você participar tanto das coisas boas quanto das coisas ruins, não só do paciente, da família, sabe? Você começa a dar mais valor ao que você tem [...] como é a vida dele depois daquilo, com todas as sequelas que ele adquiriu, né? A angústia da família em cuidar daquilo. Eu acho que tudo isso, essa vivência te faz pensar em vários aspectos (GF05).

[...] tem o crescimento humano, né, esses encontros que possibilitam, você sair de uma realidade, entrar em outra, e assim, essa dinâmica você tem que se adequar e vai exigindo da gente uma habilidade interpessoal de recursos que é muito bacana [...] De você realmente ter a visão do todo [...] no âmbito profissional, isso é ímpar (GF32).

As habilidades para as relações interpessoais e para um constante repensar e (res)significar as experiências são requeridas e, ao mesmo tempo, desenvolvidas no trabalho diuturno. Chama a atenção nas narrativas o modo como as relações interpessoais e o acolhimento do outro, no seu processo de sofrimento, são entendidos como aprendizados significativos da atenção domiciliar. A realidade é inenarrável frente às inúmeras possibilidades de aprendizado e troca de afetos.

[...] agregou muito humildade, assim, sai da faculdade com a visão muito “eu sou dona da verdade” [...] então de repente quando você entra na casa do paciente e nada do que você aprendeu na faculdade, muito menos a sua formação não serve pra nada, você vai e fala “é isso”, não tem o que fazer, né? E aí você tem que trabalhar em cima do que você não tem [...] eu acho que essa coisa da humildade é uma coisa que pega bastante (GF04).

[...] não existe verdade absoluta [...] a gente passa por cima do nosso orgulho, ego, todo conhecimento que a gente adquiriu e faz assim [...] é um ganho muito grande, a humildade, [...] é muito enriquecedor, assim do ponto de vista do ser humano (GF05).

[...] Domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja outra alma humana [fala de Carl Jung]. Eu acho que aqui é bem isso, eu acho que aqui, assim, eu estou tentando buscar uma palavra que seja o que é significativo [...] eu acho que essa questão do ser humano, da troca, é o ponto mais forte [...] (GF02).

[...] Veio desmitificando com o tempo, tem que aprender a ser maleável, aprender a ter meio termo [...] A faculdade deixa a gente um pouco assim [...] você é profissional, tem que ser assim, assim, e assim, mas quando você chega na casa do paciente, cai por terra você

tem que fazer uma coisa totalmente diferente. [...] humanidade também, porque a gente forma pra não chorar [...] e cai por terra, porque você tem que abraçar, tem que chorar, sabe? Tem que sofrer junto (GF06).

Em diversos momentos das narrativas, os trabalhadores valorizam e retomam a questão da (des)construção de um saber, de um fazer profissional, a qual, no confronto com a realidade de cada paciente e de cada família, exige novas elaborações, novas estratégias, novos caminhos. Nesse complexo contexto de se (re)fazer a cada momento, em cada situação de atendimento, os trabalhadores vivenciam a empatia, repensam as relações assimétricas e hierarquizadas, e colocam o afeto, o acolhimento e o vínculo como condições para que a atenção domiciliar aconteça.

Esse trabalho nos fez observar as coisas mínimas da vida, aquelas que realmente são importantes, os olhares, sorrisos, pequenos afetos que mudam a visão do sofrimento, deixam os sentimentos e as emoções mais transparentes e, ao mesmo tempo, mais leves.

[...] às vezes você chega para um familiar e ele tá tão feliz de você estar lá, que ele independe do que você foi fazer lá. O cara já chega rindo, em qualquer instância, [...] você vai lá, deu aquele abraço e você não fez nada, porque você não tem nada pra fazer [...] Esse sorriso do paciente é o que fica! [...] aqui eu não tenho muitas coisas, e eu tenho muito, o resultado... eu chego em casa relaxado quando eu saio daqui [...] não tenho muita coisa, mas eu fiz a diferença, do paciente você sente aquele carinho e isso pra mim já basta! (GF11).

Se colocar no lugar do outro é uma oportunidade de olhar para dentro de si e entender o que realmente é importante para nós. Lidar com essa realidade, da forma como o serviço é oferecido, tão real e relacional, pode ser para aqueles capazes de entendê-la e ressignificá-la.

Eu acho que esse trabalho com a terminalidade, tem feito a gente pensar nas nossas escolhas, porque a gente sabe que para estar doente, para estar numa cama ou para morrer mesmo (todos “basta estar vivo”) [...] depois que eu estou aqui, eu tenho pensado mais nisso, nas minhas escolhas [...] a gente precisa priorizar algumas coisas pra gente ter qualidade de vida (GF27).

[...] cresci muito, principalmente como pessoa e como profissional, a questão do olhar para o outro, assim, próximo [...] o que você aprende na faculdade é uma coisa, na realidade é totalmente diferente [...] você procura o básico e não encontra. Você aprende a remanejar isso, chegar em casa e não reclamar [...] aprende a valorizar mais o que você tem depois que você aprender a realidade do outro [...] (GF17).

O reconhecimento floresce quando entendemos a nossa importância dentro daquele processo.

Eu acho que a gente percebe a importância da gente no meio desses grupos familiares [...] tem particularidades [...] as técnicas, faz o antibiótico e sabe o dia [...] do aniversário de um paraplégico, no caso um paciente meu e leva bolo, aquele cara que ninguém lembrou, que tá lá na cama cheio de ferida, [...] não é só o curativo, é o algo mais. A vivência do Programa, o quanto eu sou importante e, por isso, eu tenho que estar bem. Eu tenho uma função, uma missão e eu tenho que estar bem essa missão. Então, eu acho que eu tenho que me cuidar mais [...] (GF08).

Um aprendizado e experiência que chamam muita atenção é a forma como lidam com a finitude, com a terminalidade e com as perdas em geral. O trabalho no PMC tem muitos ganhos, reabilitações, pequenas melhoras, mas as perdas trazem um significado maior e têm maior necessidade de serem vividas e elaboradas.

Uma coisa que eu tô trabalhando [...] a gente é falível e finito. Eu tenho uma questão de ser perfeccionista, que querer fazer tudo certinho e aí às vezes não é do jeito que eu pensei e eu sinto que falhei e isso é uma coisa que eu tenho trabalhado em mim. E a finitude também por causa dessa questão da morte, que eu sou muito apegada aos meus pacientes. Então, sempre que um morre, eu sofro um pouquinho [...] estou procurando compreender melhor, a finitude e a falha. [...] (GF26).

[...] eu sempre tive pavor de morte. [...] me assustou [...] estar tão próximo assim da morte, paciente morrendo, porque a gente vai morrendo... assim, a gente vai morrendo todo dia, eles estão mais próximos, estão sofrendo, eu sou bem sensível quanto a isso, assim e aí isso me machucava, assim. Eu chegava em casa e chorava, sabe? E aí, você vai lidando, você vai se acostumando, você vai aprendendo a lidar com aquilo [...] aquela pessoa está sofrendo, mas aquele pouquinho que eu estou indo lá fazer, já tá ajudando ele tanto [...] aprende que você pode ajudar o próximo muito além do que você aprendeu na faculdade [...] é recompensador, que é isso que dá motivação para a gente, estar aqui no dia seguinte e aguentar todos os problemas que a gente falou e saber que a gente tá ali fazendo a diferença na vida do outro [...] muito enriquecedor o nosso trabalho, muito legal. [...] a gente é apaixonado mesmo pelo que a gente faz, apesar de todas as nossas dificuldades, assim (GF19).

Inicialmente, Elizabeth Kübler-Ross (2005) abordou o processo de morte e morrer com o propósito de descrever as experiências de pessoas que enfrentam doenças terminais, hoje consideradas fora de possibilidades terapêuticas de cura, que estejam em cuidados paliativos, mas não necessariamente no fim de suas vidas. O que temos visto é que esse processo atribui uma via de mão dupla, em que todos aqueles participantes da situação vivenciam o processo definido pela autora em cinco estágios, sendo eles: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Obviamente, esses estágios são vivenciados por linhas diferentes, conforme o paciente e o familiar. Os

estágios também podem ser vivenciados alternadamente, misturados ou concomitantes.

No estágio da negação é apresentada a dificuldade em aceitar sua condição de saúde, ou mesmo o fim de sua existência. Esse estágio pode ser entendido como uma defesa temporária, “funciona como um para-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 44). Dentro da negação, há uma segunda porta, a do isolamento, um momento de reflexão “quando fala de sua morte, de sua doença, de sua mortalidade e imortalidade como se fossem irmãs gêmeas, coexistindo lado a lado”. Por isso, “como somos todos imortais em nosso inconsciente, é quase que inconcebível reconhecermos que também temos que enfrentar a morte” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 45). O segundo estágio, a raiva, pode ser apresentado em revolta e ressentimentos, tomando o lugar da negação. É considerado o momento mais difícil, por ser projetado em todos, a todo o momento e sem motivos aparentes: “o pior é que talvez não analisemos o motivo da raiva do paciente; nós a assumimos em termos pessoais quando, na origem, nada ou pouco tem a ver com as pessoas em que é descarregada” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 57).

A barganha é a última tentativa de reversão da condição anunciada. Como não funcionou a negação ou a raiva do mundo, talvez pudéssemos negociar e fazer algum tipo de troca com Deus, já que “é uma tentativa de adiamento; tem de incluir um prêmio oferecido por ‘bom comportamento’, estabelece também uma ‘meta’ autoimposta [...] e inclui uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 89). Quando a doença não pode mais ser negada e as diversas perdas são recorrentes, inicia-se o estágio da depressão. Têm-se aqui a depressão reativa, que advém das perdas materiais, afetivas, de mobilidade, autonomia e independência, sendo necessárias intervenções, muita conversa e necessidade de comunicação por parte da pessoa doente; e a depressão preparatória, relacionada à perda da vida, sendo uma fase silenciosa.

Passar pelo estágio da depressão é o caminho preparatório para a aceitação. Muitas vezes, as pessoas tendem a querer animar a pessoa doente, alertando-a para as coisas boas da vida, mas, de certa forma, essa é uma incapacidade de aceitação daquele que irá ficar. Em consequência, “quando a depressão é um instrumento de preparação da perda iminente de todos os objetos amados, para facilitar o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança não têm razão de ser” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 93). A autora coloca ainda que seria contraproducente não passar por esse estágio, pois todos nós ficamos tristes com perdas pessoais ou de entes queridos, então, naquele momento,

prestes a perder tudo o que ama, é necessário deixar que os pesares sejam exteriorizados sem questionamentos. Tendo a oportunidade de vivenciar o processo descrito anteriormente, a pessoa doente entrará num estado de tranquilidade, aceitando suas limitações, tendendo à necessidade de descanso e silêncio. De certa forma, as coisas do mundo perdem o sentido, trocando a comunicação verbal pela não verbal, toques, olhares e presença, sendo “reconfortante sentir que não foi esquecido”. Têm pessoas que negam até o fim, não conseguindo fechar o ciclo da vida, até que “chega o dia que dizem ‘não posso resistir mais’. Quando deixam de lutar, a luta acaba” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 119). Kübler-Ross (2005) conclui que a única coisa que persiste em todos os estágios é a esperança, pois “é um sentimento que traz apoio ao paciente durante o tratamento, ajuda na relação de confiança entre paciente e equipe e tem o poder de aliviar dores emocionais. É a força que o paciente tem para lutar e viver ativamente até o fim” (REZENDE, GOMES e MACHADO, 2014, p. 31).

Os sentimentos envolvidos nessa relação profunda da atenção domiciliar oferecem aprendizados maravilhosos a quem está disposto a se entregar aos laços afetivos. Mesmo envolvidos em algum tipo de sofrimento, os pacientes e familiares transpõem lições para a vida.

[...] aprendi a ouvir um pouco mais. Não de estar calada, mas no sentido de ouvir o paciente [...] pra mim, agora faz mais sentido, na parte profissional. No lado pessoal eu aprendi a não colocar muita dificuldade nas coisas, por que aqui a gente tem isso, né, de “ah, não deu certo de uma forma, vai dar certo de outra” [...] escuta e da superação das dificuldades (GF16).

[...] sempre priorizei pela humildade e isso tudo, mas quando você chega aqui, é aquele choque mesmo e esse contato direto é muito grande, você vai aprendendo, você vai tentando acolher o pessoal dá o seu apoio nem que seja por um telefone e tudo. [...] fui aprendendo demais, mudei o meu estilo de vida. [...] (GF09).

Para Saupe et al. (2005, p. 533), “o ouvir possibilita entender a opinião do outro, questionar minhas próprias convicções, aprender”. As lições aprendidas refletem na personalidade e na forma de como “eu” quero ser e viver a partir daquela experiência. Para Dejours (2004, p. 31), “o trabalho ultrapassa qualquer limite dispensado ao tempo de trabalho; ele mobiliza a personalidade por completo”. Tal fato foi percebido em diversos momentos da pesquisa. Destacamos alguns trechos significativos:

[...] sou muito amorosa, mas eu não me desestruturo com os meus problemas [...] já tive dois cânceres e eu estou indo para a terceira [...] consigo levar isso de uma forma tranquila [...] Isso aqui é corpo, eu acredito muito na espiritualidade [...] a equipe, eles são muito

receptivos com isso, porque de um modo geral, o sofrimento do que acontece comigo [...] às vezes é mais tenso pra eles do que pra mim mesma [...] (GF08).

[...] me tornei uma pessoa muito madura e humanizada [...] eu aceito a morte de forma muito mais tranquila. Eu vejo espiritualmente, [...] Eu não sofro mais com a morte. E assim, muito humano. A gente visita casas totalmente precárias ao extremo, do chão, ser batido de terra [...] Quer coisa pior que ficar acamado, cheio de úlcera, todo sedado lá, gastrostomizado, traqueostomizado lá. Não tem sofrimento pior que isso. Então, eu estou saudável, eu estou trabalhando [...] (GF21).

O programa, esses dois anos, foi de muito sofrimento pra mim (chora), foram algumas mudanças na minha vida e o programa contribuiu para aumentar o sofrimento, no sentido da gente descobrir a nossa impotência [...] hoje eu estou vivendo um momento melhor da minha vida, de saber que a gente não é capaz de ser perfeito em tudo [...] você lida com um paciente que tá morrendo, e você não tem o que fazer, porque você não tá treinado para fazer, para salvar, para curar [...] a gente lida com muita miséria e querendo ou não a gente vive com muita coisa, a gente é saudável, a gente tem comida, a gente tem um monte de supérfluo. E aí perceber que mesmo com tudo isso, a gente não tava... eu, eu! Eu não tava dando conta da minha própria vida, assim! Eu tinha muito benefício e não tava conseguindo conviver com isso [...] o Programa, assim, pode ser um programa que eu amo fazer, que a gente aprende todo dia, mas que tava me causando muito sofrimento, por causa disso de viver com o sofrimento alheio, né? [...] estou entrando na fase que eu estou conseguindo lidar com as minhas questões pessoais e fazer com que o trabalho não seja só sofrimento [...] (GF27).

O último relato é de uma trabalhadora que, durante o grupo focal, manifestou o modo como os desafios pessoais, familiares e profissionais a levaram a procurar terapia. Essa mesma trabalhadora afirmou, em trecho citado anteriormente, no item Estratégias de enfrentamento, que os poucos momentos de acolhimento dos trabalhadores visavam muito mais a motivação para mantê-los produtivos, do que o cuidado com a saúde. Retomamos a narrativa:

Na verdade, a estratégia para os nossos problemas, eu acho que falta estratégia. [...] é muito de motivação para você produzir mais, sabe? Não é pra te... [trabalhadora ficou bastante emocionada] [...] É, o que eu sinto é mais pressão, que é que você se mantenha motivada, apesar de todo o seu... que o seu rendimento continue o mesmo, e não pra gente... terapêutico! [...] (GF27).

O posicionamento da trabalhadora é significativo e sintetiza diversos tensionamentos observados no campo. Há muita clareza por parte dos profissionais em torno das singularidades da atenção domiciliar e dos seus impactos na saúde do trabalhador. Há uma verdadeira (des)construção de valores, conhecimentos, afetos e

relações. Nesse redemoinho, os trabalhadores são amparados pelos pares e fortalecidos pelos pacientes e familiares, os quais reconhecem seu trabalho e valorizam sua atuação.

O reconhecimento não precisa necessariamente ser proferido. São pequenas ações e atitudes que revelam sentimentos de gratidão, e contemplam o estágio de valorização e reconhecimento pelo trabalho prestado.

[...] tem dias que às vezes você não tá bem, você chegar e dar um bom dia pra ele, você se colocar nas condições que ele está ali. [...] você perceber que o paciente ontem tava tão, assim, ruinzinho e que hoje ele já teve uma melhora ali, isso é muito gratificante pra nós, [...] às vezes não recebo dele, mas lá na frente eu recebo algo muito mais gratificante, isso pra mim é importante (GF59).

Os trabalhadores apresentam um reconhecimento mútuo, pois são valorizados pelos pacientes, que os tratam com reconhecimento e valorização. A gratidão pelo serviço oferecido alimenta o prazer no trabalho.

[...] a gente não trata o paciente por número, trata pelo nome e é interessante que eles também nos tratam pelo nosso nome, né [...] essa questão de cuidado personalizado [...] E aí as pessoas tem uma confiança na equipe que é muito grande e essa parte social também de poder ajudar em algum momento [...] pra nós é gratificante, pra eles é também, espero (GF51).

[...] é um convívio muito bom, [...] a gente não trata o paciente, a gente trata a pessoa ali, [...] você aprende a conviver com ela no dia a dia e eles também transmitem pra gente isso, porque você acaba pegando uma experiência de vida diferente do convívio do hospital para o convívio domiciliar, [...] (GF60).

[...] a gratificação é o olhar deles para com a equipe, eu sinto isso, [...] é como se eles me olhassem, e eu fosse parte da família deles e eles se sentem a vontade como se a gente fosse integrado mesmo, [...] uma coisa muito boa, essa sensação de que você faz parte é uma coisa muito boa [...] eu sendo melhor, eu torno o que está perto de mim melhor e a gente tem uma recompensa muito grande [...] aqui é um espaço onde eu posso exercitar a minha humanidade com o próximo (GF46).

[...] O particular nunca é igual à pública, nunca! E aqui é a home care mais completa de trabalhar. Qualquer lugar que eu fui, que é caro, que você paga muito caro pelo serviço não tem nem 10% da qualidade que aqui tem [...] (GF18).

O Programa oportuniza experiências intensas e complexas de encontro humano, que vão além do trabalho oferecido, além da humanização do cuidado e do serviço. O PMC exige a imersão do trabalhador no cotidiano e na vida das famílias, desvela as iniquidades sociais e os determinantes sociais em saúde, e reafirma a importância do sistema único de saúde e da garantia do direito à saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Esqueça toda essa dor, não pense mais nessa tristeza,
O meu mundo é de esplendor, vem contemplar essa beleza,
Não há razão para temor, tenha mais fé nos dias teus,
Ponha na vida mais amor, menos mundo e mais Deus”.*
Prado Júnior e Paraense.

Importante neste momento sintetizar pontos importantes da pesquisa e que amarram as ideias apresentadas, propondo um novo olhar em torno do cuidado que o trabalhador da atenção domiciliar exerce no paciente, aquele que “lida com o sofrimento do outro”.

No capítulo “O programa Melhor em Casa no município mineiro” descrevemos o município estudado, seus pontos de acesso à rede de saúde e verificamos que o Programa Melhor em Casa foi implantado no município em abril de 2013, sendo que as equipes da Instituição Federal de Ensino já contavam com uma longa trajetória na oferta da AD. A implantação do PMC no município trouxe uma (re)organização desses serviços e um novo momento para a história da IFE.

Descrevemos o público atendido sob o olhar dos trabalhadores pesquisados e verificamos que a maior demanda é a de pacientes crônicos, com doenças sem cura, em cuidado paliativo, mas não necessariamente em fase final, além de casos de reabilitação e cura. Observamos que as famílias são formadas por pessoas com histórias sofridas, muitas vivendo em precárias condições financeiras. Em menor escala, também estão os usuários com melhores condições. Nesse sentido, é importante resgatar a universalidade do SUS, efetivada na prática do PMC.

A atuação é definida como um trabalho humanizado, individualizado e integral, em especial pelo atendimento observar o todo: paciente, família, ambiente, tendo um olhar para as singularidades de cada família. A proximidade e o vínculo dos profissionais, usuários, família e cuidadores é característica marcante do trabalho na AD, a qual proporciona melhoras significativas no quadro de saúde dos usuários e exige desses trabalhadores flexibilidade, criatividade e adaptações em diversas circunstâncias.

Compreendemos a grandiosidade da figura do cuidador, podendo ser formal ou informal, e sua centralidade na organização da atenção à saúde no contexto domiciliar. Além disso, é oportuno observar que, em diversos momentos, o cuidador também demanda cuidados das equipes do PMC.

Os serviços oferecidos são variados, devido ao programa abarcar toda a gama de demandas e públicos tão diversos. A AD no PMC é marcada por humanização e desospitalização. Os serviços apontam para a criação de novas modalidades de cuidado, em novos espaços de atuação. Reforçamos a desospitalização como ponto positivo para os usuários e redes de saúde, principalmente dentro da perspectiva de humanização e integralidade da atenção.

Quanto aos impactos da AD para o cuidado humanizado e para a redução de custo hospitalar, nossa pesquisa acrescenta a garantia do cuidado continuado por meio da mobilização e acionamento da Rede SUS, bem como da compreensão ampliada sobre o processo saúde-doença-cuidado. As equipes do PMC concretizam a atenção integral à saúde de modo territorializado e com o envolvimento da família. O trabalho de campo e a análise das experiências relatadas pelos trabalhadores do PMC do município mineiro superam entendimentos equivocados de que, no território e no contexto domiciliar, só ocorram ações de menor complexidade. Até mesmo a definição do que é complexidade é ressignificada pelo trabalho dos profissionais, como procuramos demonstrar ao longo do trabalho.

No capítulo “Perfil dos Trabalhadores do PMC” exploramos, de modo detalhado, a caracterização dos participantes do estudo. Nesse momento, chamamos atenção para a diversidade de gerações ocupando o mesmo espaço e a predominância do sexo feminino.

Um dado importante foi a considerável porcentagem dos trabalhadores que exercem funções por mais de 60 horas semanais, quase 20% dos profissionais estão com jornadas duplas ou triplas, com número de horas bastante elevado. A carga horária mais exercida é de 40 horas semanais, porém destes, 53% trabalham 40 horas semanais, 27% 30 horas, 7% 36 horas, 7% 20 horas, 3% 66 horas e 3% 74 horas. O excesso de horas tem se tornado comum, sobretudo pelo crescimento da demanda por serviços de saúde e, também, pela precarização dos vínculos e salários.

O estudo também trouxe a complexidade do trabalho em saúde na contemporaneidade, com destaque para a elevada carga de trabalho, o trabalho em diversas instituições e a variedade de vínculos trabalhistas, tanto nas equipes vinculadas ao governo municipal quanto nas equipes vinculadas à instituição federal de ensino. Tais dimensões são fundamentais para problematizarmos os desafios relacionados à efetivação do SUS e à promoção da saúde dos trabalhadores.

Outra dimensão a ser destacada referente ao perfil dos trabalhadores do PMC participantes do estudo é a religião e a espiritualidade. Tais temas permearam diversos relatos e, segundo os participantes, são acionadas como refúgio ou forma de enfrentamento de situações difíceis, tanto na esfera pessoal quanto no cotidiano de trabalho, especialmente diante da terminalidade e do sofrimento.

No capítulo “Trabalhando no Melhor em Casa” preocupamo-nos em definir a organização do trabalho e o modo como impacta no sofrimento do trabalhador. Observamos boa condição no que diz respeito à divisão e às relações de poder e responsabilidade, porém o conteúdo da tarefa é um ponto importante a ser enfatizado na atenção domiciliar, já que os tipos de relações e situações vivenciadas pelos profissionais tornam o trabalho motivo de sofrimento.

Pelas condições de trabalho, que fazem referência aos impactos no corpo por conta de elementos estruturais que compõem o processo de trabalho, percebeu-se a necessidade de melhoras, pois as condições inadequadas também influenciam no desempenho das atividades. Dentre essas, podemos destacar a questão da falta de insumos e suprimentos, distribuição de remuneração/salários e, principalmente, a questão da diversidade de vínculos trabalhistas, o que gera insatisfação aos trabalhadores.

Percebeu-se ainda que os trabalhadores têm dupla motivação para a inserção e permanência no PMC, sendo inicialmente a motivação pelo trabalho em setor público e a segunda pelo viés do vínculo, reconhecimento e gratidão dos usuários pelos serviços oferecidos.

Para o desempenho do serviço, identificamos a necessidade de habilidades valorizadas, definidas pelos trabalhadores como essenciais para conviver com as particularidades do serviço e dos usuários. Essas habilidades foram definidas como únicas do profissional da AD. Entre elas estão a empatia, solidariedade, atitude de escuta e posição de organizador do meio. Embora tais características também possam ser observadas em outras instituições de saúde e sejam consideradas como condições para o cuidado em saúde, o que os trabalhadores destacaram é a singularidade com que se efetivam na AD e no contexto domiciliar.

De modo mais amplo, é possível afirmar que o trabalho no PMC evidencia e mobiliza, a todo o momento, as tecnologias leves e leveduras. No contexto familiar e comunitário, elas também permitem vislumbrar as potencialidades da desospitalização e

de uma forma de cuidar, resgatando a importância das relações entre os trabalhadores, pacientes, familiares/cuidadores.

O trabalho em equipe é o ponto primordial do PMC na perspectiva dos trabalhadores, tendo sido bastante discutido e valorizado. O estudo evidenciou o modo como as equipes compreendem a importância de sua articulação com a qualidade da atenção ofertada.

Observamos que o trabalho é efetivamente interdisciplinar, pois todas as especialidades convivem, trocam opiniões em prol da saúde do outro. Verificamos uma relação de parceria e amizade entre as equipes. Diante das demandas e do serviço em si, os trabalhadores acreditam que a flexibilidade define o trabalho na atenção domiciliar. Contudo, é importante salientar que o “jogo de cintura” e a flexibilidade foram diversas vezes citadas pelos trabalhadores como habilidades pessoais e como condição para o trabalho em equipe. Foram ainda citadas em contextos nos quais os problemas são estruturais, como, por exemplo, na falta de medicamentos, de insumos, de vaga e no acionamento de outras instituições de saúde. Assim, há que se problematizar a responsabilização dos trabalhadores em questões estruturais, cuja superação demanda esforços coletivos e investimentos no fortalecimento do SUS.

Como visto na literatura, o trabalho é fonte de prazer e sofrimento. Por meio do trabalho nos organizamos na sociedade, encontramos nosso lugar e nos reconhecemos como ser sociais, sendo esse entendimento essencial para a vida humana. No último capítulo, “Saúde do Trabalhador”, ressaltamos a centralidade do trabalho no processo de vida dos trabalhadores e destacamos o modo como este trabalho se efetiva no PMC. No estudo identificamos problemas, como defasagem de remuneração, condições de trabalho desfavoráveis, trabalho intensificado e precarizado. No entanto, também percebemos que, para os participantes do estudo, o sentido do trabalho supera o reconhecimento financeiro.

Diante disso, precisávamos captar o olhar dos trabalhadores sobre sua própria saúde. Entendemos que olhar de frente o sofrimento de outro ser humano é uma atividade penosa, e que traz algum impacto no trabalho e na saúde do trabalhador, embora haja certa invisibilidade desse sofrimento no cotidiano, especialmente pela falta de espaços e processos reflexivos que oportunizem ao profissional dialogar sobre suas experiências. Ao nos colocarmos no lugar do outro, desencadeamos um olhar para si, mesmo que confrontando nossos próprios medos.

O PMC também oferece ao trabalhador algo novo, que é a relação com os cuidados paliativos, onde é necessário entender o limite entre cura e qualidade de vida, especialmente por colocar os princípios do profissional em julgamento, pois ainda é um tabu a morte, o cuidado sem cura, a possibilidade de morte. O vínculo e o envolvimento com os usuários foram recorrentes nos diversos momentos da pesquisa e, dentre outras questões, acenam para a questão do apego.

Podemos compreender que o sofrimento é individual e inerente a cada pessoa devido à sua formação psíquica e experiência de vida. Inicialmente, propusemo-nos a observar o sofrimento gerado no trabalhador, sobretudo ao conviver com o sofrimento de outro ser humano em sua individualidade e no seu processo de adoecer, mas, ao mesmo tempo, compreendemos o sofrimento em outra via, que é inerente a qualquer processo de trabalho por conta das expectativas da organização e do trabalhador. Portanto, a pesquisa apresenta um sofrimento duplicado à vida dos trabalhadores do PMC.

Entendemos ainda a necessidade de um espaço voltado ao trabalhador, para que ele possa refletir sobre suas experiências e frustrações, as quais, como apresentamos, são tão diversificadas no dia a dia. No PMC, os trabalhadores são desafiados a todo o momento e acolhem situações inimagináveis, como as que presenciamos ou colhemos por meio dos relatos. Igualmente, precisam estar dispostos a criar formas de manejo, cuidado e comunicação, o que implica em inúmeros desdobramentos em seu trabalho, aprendizado e, também, na sua saúde.

Concluimos que a necessidade de espaços de resignificação e cuidado psicológico para os trabalhadores do Programa, além da criação de estratégias que visem à promoção de saúde dos mesmos, são essenciais para o trabalho que desempenham. No campo da Psicologia, poderíamos propor plantão psicológico, grupo de encontro fora do trabalho, relaxamento em período do trabalho ou roda de conversa.

De modo mais amplo, são necessárias ações governamentais para incrementar melhores condições de trabalho, como vínculos seguros, melhoria da remuneração, garantia de insumos e materiais fundamentais para a execução dos cuidados.

Outras “estratégias, como reuniões de equipe e capacitação profissional devem ser desenvolvidas durante o processo de trabalho com o objetivo de se relacionar a dimensão do processo cognitivo com a dimensão interventiva da interdisciplinaridade, através do confronto entre teoria e prática” (SOUZA; SOUZA, 2009, p. 121).

Os profundos impactos da pesquisa em minha formação pessoal e humana não

poderiam ser deixados de lado. A pesquisa propiciou novos parâmetros de humildade e respeito, trazendo à tona a beleza da simplicidade e a importância de darmos valor aos pequenos gestos de afeto e aos encontros que a vida nos traz. Isso é o que me incentiva a continuar seguindo o mesmo caminho, pois ainda há muito que aprender dentro da atenção domiciliar, do cuidado com o outro.

A pesquisa é ínfima diante da imensidão de vias que poderiam ser abordadas tanto em relação à atenção domiciliar quanto em relação à saúde desses trabalhadores. Há inúmeros temas a serem aprofundados e desafios que emergiram no caminho da pesquisa e que não eram o objetivo central do estudo.

Concluimos com alegria, pois nossa expectativa de produzir conhecimento e, de alguma forma, contribuir com a luta pelas melhores condições de trabalho na atenção domiciliar foi alcançada.

REFERÊNCIAS

AIUB, M. Interdisciplinaridade: da origem à atualidade. **O Mundo da Saúde** [Online], v. 30, n. 1, p. 107-116. São Paulo: 2006. Disponível em: <<http://institutointersecao.com.br/artigos/Monica/interdisciplinaridade.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2017.

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. 6. Ed. São Paulo: Brasiliense, 2008 (Coleção Primeiros Passos).

ALMEIDA, M. **Transferência e Contra-Transferência numa Psicoterapia**. (Dissertação de Mestrado) - Instituto Universitário ISPA, 2010, 145f. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2565/1/6955.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

ALMEIDA, M. A. B. GUTIERREZ, G. L. MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012, 141f. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2017.

AUGUSTO, M. M. FREITAS, L. G. MENDES, A. M. Vivências de Prazer e Sofrimento no Trabalho de Profissionais de uma Fundação de Pesquisa. **Psicologia em Revista** [Online], v. 20, n.1, p. 34-55. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n1/v20n1a04.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

AMARAL, N. N. et al. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): Sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. **Revista Neurociências** [Online], v. 9, n. 3, p. 111-117. 2001. Disponível em <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2016.

AMARAL, V. L. **A vida afetiva: emoções e sentimentos**. Psicologia da educação [Online]. Natal, RN: EDUFRN, 2007, 208f. Disponível em: <http://www.ead.uepb.edu.br/arquivos/cursos/Geografia_PAR_UAB/Fasciculos%20-%20Material/Psicologia_Educacao/Psi_Ed_A03_J_GR_20112007.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2017.

AMORIM, D. S. GATTÁS, M. L. B. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Revista Medicina Ribeirão Preto** [Online], v. 40, n. 1, p. 82-84. 2007. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n1/pv_modelo_pratica_interdisciplinar.pdf>. Acesso em: 01 Fev. 2017.

ANTUNES, R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? **Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008 [Online]. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa>>

%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2016.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. Ed. 16. São Paulo: Cortez, 2015.

ARAÚJO, J. S. et. al. O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. **Revista Enfermagem em Foco** [Online], v. 2, n. 4, p. 235-238. 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/191>>. Acesso em 02 ago. 2016.

ARAÚJO, J. S. et. al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [Online], v. 16, n. 1, p.149-158. 2013. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838809015.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

ARENDT, H. **A condição humana**. Ed. 8. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. In: GASTÃO, G. W. S. et al. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 483-512.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**: edição revisada e ampliada. São Paulo: Edições 70. 2011.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Processo de enfermagem**: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo [Online], 2015. 113 p. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

BATISTA, K. B. C. GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Revista Saúde e Sociedade** [Online], v.20, n.4, p. 884-899. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007>. Acesso em: 02 fev. 2017.

BEBBER, J. C. Danos extrapatrimoniais (estético, biológico e existencial): breves considerações. **Revista Eletrônica do Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região** [Online], v. 73, n. 1, p. 30-35. 2009. Disponível em: <<http://www.trt4.jus.br/RevistaEletronicaPortlet/servlet/download/72edicao.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

BETTINELLI, L. A. WASKIEVICZ, J. ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saúde** [Online], v. 27, n. 2, p. 231-239. 2003. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf)>. Acesso em: 15 Fev. 2017.

BISSOLI, S. S. P. O conceito de transferência nos “estudos sobre a histeria” (Breuer e Freud, 1895), **Paidéia** [Online], v. 16, n.33, p.19-23. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n33/04.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

BOCK, A. M. B. FURTADO, O. TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias – Uma introdução ao estudo de psicologia**. Ed. 13 (reformulada e ampliada). São Paulo, Editora Saraiva, 1999.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORGES, J. C. **A Qualificação Profissional do Trabalhador para o Mercado de Trabalho e Ambiente Organizacional**. (Artigo de Mestrado) - Faculdades Integradas de Taquara – FACCAT, 2015, 17f. Disponível em: <<https://www2.faccat.br/portal/sites/default/files/borges.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

BRASIL. Senado Federal. **Decreto nº 46.349, de 3 de Julho de 1959**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 08 jul. 1959. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=177109>>. Acesso em: 19 jul. 2016

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 05 out. 1988. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/constituicaoofederal1988.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2016

BRASIL. Senado Federal. **Lei 8.112 de 12 de dezembro de 1990**. Publicada no Diário Oficial da União de 12 de dezembro de 1990 e republicada no Diário Oficial da União de 18 de março de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 06 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 10.424 de 15 de Abril de 2002**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 16 abr. 2002. Disponível em: <<http://www.domtotal.com/direito/pagina/detalhe/4392/lei-n-10.424-de-15-de-abril-de-2002>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Documento Preliminar. 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC n. 11, de 26 de Janeiro de 2006**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 jan. 2006. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/rdc_anvisa.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2015.

BRASIL, Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**, Abril, 2008b. Disponível em: <http://bvsmig5.iciet.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/02/relatorio_cndss.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BRASIL. **Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM N°2.527 de 27 de outubro de 2011**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 de jan. 2011. Seção 1, p. 44. Disponível em <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.out.11/Iels205/U_PT-MS-GM-2527_271011.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM N°2.029 de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de ago. 2011. Seção 1, p. 91. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em: 04 ago. 2015

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM N°963 de 27 de maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 mai. 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 01 jul. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM N°1.208 de 23 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2013b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html>. Acesso em: 28 abr. 2014.

BRASIL. Tribunal de Justiça. **Diário de Justiça do Estado de Pernambuco (DJPE)** 07/12/2015, Pg. 4566. 2015a Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/105821361/djpe-07-12-2015-pg-4566/pdfView>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (STJ). **Diário da Justiça Eletrônico**. 13/11/2015, Pg. 2518. 2015b. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/104173090/stj-13-11-2015-pg-2518/pdfView>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825 de 26 de Abril de 2016**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 abr. 2016a. Disponível em:

<<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/03/portaria-825-de-25-de-abril-de-2016---REDEFINE-ATEN----O-DOMICILIAR-ATUALIZA-AS-EQUIPES--HABILITADAS.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Gerencial do Programa Melhor em Casa**, 2016b. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/?link=sistemas/relatorio/relnovo&flt=true¶m=null>>. Acesso em: 22 mai. 2016.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enfermagem** [Online], v. 23, n. 1, p.131-135. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021>. Acesso em: 15 fev. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. Ed. 2. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

CARVALHO, V. A. A vida que há na morte. In: BROMBERG, M. H. P. F. KOVÁCS, M. J. CARVALHO, M. M. J. . CARVALHO, V. A. **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p. 36-76.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem do Trabalho**. Ed. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CARVALHO, C. M. S. et al. Trabalho emocional e gestão de emoções em equipes de saúde oncológicas: um estudo qualitativo. **Revista de enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro** [Online], v. 22, n. 1, p. 9-15. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a02.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: R. B. Barata (org). **Condições de vida e situações de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-75.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturalmente na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINEHRIRO, R. MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001.

COSTA, G. M. C. GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [Online], v. 17, n. 4. p. 925-937. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000400005> Acesso em: 16 mai. 2016.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. **Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Cremesp, 2008.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde**

Ocupacional [Online], v.14, n. 54, p. 7-11. 1986. Disponível em: <https://corepsp.files.wordpress.com/2010/05/apostila_formacao_saude_corep.pdf> Acesso em: 16 nov. 2016.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, JF. (coord.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1993.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. Ed. 2. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção** [Online], v. 14, n. 3, p. 27-34. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004>. Acesso em: 06 ago. 2016.

DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S. SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Brasília: Paralelo 15. 2008.

DELGADO, G. N. RIBEIRO, A. C. P. C. Os direitos sociotrabalhistas como dimensão dos direitos humanos. In: DELGADO, G. N. PEREIRA, R. J. M. B. (org.). **Trabalho Constituição e Cidadania: a dimensão coletiva dos direitos sociais trabalhistas**. São Paulo: LTr, 2014.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciências e Saúde Coletiva** [Online], v. 9, n. 1, p. 7-14. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2017.

DUARTE, Y. A. O. DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ESCUDEIRO, A. (org.) **Tanatologia: conceitos - relatos - reflexões**. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2008.

FERNANDES, J. C. et al. Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Online], v. 21, n. 5. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1104.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2017.

FIGUEIREDO, V. L. **Trabalho em equipe: um desafio para a equipe de saúde família**. (Monografia) – Programa de Pós Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4038.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

FERREIRA, M. C. MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira**. Brasília: Ler, pensar e Agir. 2003.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**. Ed. 12. Petrópolis: Vozes, 2000.

FREIRE, G. D. CAMPOS, D. R. BOEMER, M. R. Compreendendo o Paciente Gravemente Enfermo e Sua Família na Realidade Domiciliar. **Revista gaúcha de enfermagem** [Online], v. 25, n. 3, p. 346-356. 2004. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4528/2458>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

FREUD, S. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996. In: A. V. P. R. VELHO. **Transferência e repetição: conjunções-disjunções**. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014, 105f. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/128857/329165.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. Ed. 5. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-americana de Enfermagem** [Online], v. 2, n. 2, p. 103-114. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n2/v2n2a08.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

GONÇALVES, D. A. FIORE, M. L. M. Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade. **Módulo Psicossocial UNASUS – UNIFESP** [Online]. 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_16.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

HORTA, N. C. et al. Prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Online], v. 62, n. 4, p. 524-529. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/05.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

ILHA, S. et al. Vínculo Profissional-Usuário em uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. **Ciências Cuidado em Saúde** [Online], v. 13, n. 3, p. 556-562. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/19661/pdf_229>. Acesso em: 19 fev. 2017.

KOVÁCS, M. J. Comunicação em cuidados paliativos. In: PIMENTA, C. A. M. MOTA, D. D. C. F. CRUZ, D. A. L. M. (Org.), **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri: Manole, 2006. p. 86-102.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde** [Online], v. 34, n. 4, p. 420-429. 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Revista Saúde e Sociedade** [Online], v. 15, n. 2, p. 88-95. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7486/8997>>. Acesso em: 19 mai. 2016.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado de enfermeira**. (Tese de Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000, 219f. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/publicacoes/lacerda_tese.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2017.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Ciência e Saúde Coletiva** [Online], v. 15, n. 5, p. 2621-2626. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

LEMO, J. C. CRUZ, R. M. BOTOME. Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem. **Revista Estudos de Psicologia Natal** [Online], v. 7, n. 2, p. 407-409. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a22v07n2.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

LOCKE, E. A. *The nature and causes of job satisfaction*. Chicago: Rand McNally, 1976. p. 1297-1349. In: M. C. MARTINEZ, A. I. B. B. PARAGUAY. Satisfação e Saúde no Trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho** [Online], v. 6, n. 1, p. 59-78. 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v6/v6a05.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

LUKÁCS, G. “As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem” in Temas de Ciências Humanas, São Paulo, Ed. Ciências Humanas, nº4. 1978. In: ANTUNES, R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? **Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho** – São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008 [Online]. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

MACIEL, M. G. S. Modelo de intervenção em cuidados paliativos: a experiência do HSPE-SP. In: PIMENTA, C. A. M. MOTA, D. D. C. F. CRUZ, D. A. L. M. (Org.), **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri: Manole, 2006. p. 384-408.

MARTINEZ M. C. PARAGUAY, A. I. B. B.. Satisfação e Saúde no Trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho** [Online], v. 6, n. 1. p. 59-78. 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v6/v6a05.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

MARTINS, S. K. **Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira**. Curitiba (Dissertação de Mestrado), 2006. 124f. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSorianeMartins.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MARTINS, L. S. S. **Terceirização e precarização social do trabalho: uma análise das possibilidades de configuração do dano existencial ao trabalhador terceirizado**. (Monografia). Universidade de Brasília – UnB, 2015, 66f. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10939/1/2015_LuizaSoaresSabioniMartins.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2017.

MARX, Karl. **O capital**. Vol. 1/1, Ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1971. In: R. ANTUNES. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? **Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho** – São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008 [Online]. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno Saúde Pública** [Online], v. 20, n. 5, p. 1411-1416. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

MEDEIROS, G. T. C. et al. A diversidade nas organizações contemporâneas: um enfoque na transversalidade de gênero. **XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, SEGeT**, 22, 23 e 24 de Outubro, 2014. Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/40920488.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

MENDES, A. M. TAMAYO. A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psico-USF** [Online], v. 6, n. 1, p. 39-46. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v6n1/v6n1a06.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

MENDES, R; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública** [Online], v. 25, n. 2, p. 341-349. 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

MENEZES, L. S. Por uma noção freudiana de ‘trabalho’(arbeit). **Psicanálise e saúde do trabalhador**: nos rastros da precarização do trabalho. São Paulo: Primavera Editorial, 2012. p.117-124.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 113-50.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [Online], v. 9, n. 16, p. 172-174. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015>. Acesso em: 02 ago. 2016.

MINAYO, M. C. S. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para a avaliação de programas. In: MINAYO, M. C. S. ASSIS, S. G. SOUZA, E. R. S. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 53-71.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. Editora Hucitec, Ed.12ª. São Paulo, 2010.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MURAKAMI, R. CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Online], v. 65, n. 2, p. 361-367. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

NOGUEIRA, O. **Pesquisa Social**: introdução às suas técnicas. Ed. 4. São Paulo, Editora Nacional, 1977.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. Trad. Salvador Obiol de Freitas. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, N. T. Somatização e sofrimento no trabalho. **Revista Virtual Textos & Contextos** [Online], v. 1. n. 2, p. 1-14. 2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/958/738>>. Acesso em: 20 out. 2015.

OLIVEIRA, A. C. SILVA, M. R. F. **Desvalorização do Trabalhador Terceirizado pela Administração Pública**, [Online], 2011. Disponível em:

<<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d4a93297083a23cc>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

OLIVEIRA NETO, A. V. DIAS, M. B. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa. **Revista Divulgação em Saúde para Debate** [Online], n. 51, p. 58-71. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Definições de Assistência Domiciliar. In: J. M. C. LOPES (org.). **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2016.

PAULA, M. G. MARCON, S. S.. Percepções de Cuidadores Domiciliares sobre a Atuação da Equipe de Saúde da Família no Atendimento à Indivíduos Dependentes. **Família, Saúde e Desenvolvimento** [Online], v. 3, n. 2, p. 135-145. 2001. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/refased/article/download/5043/3809>>. Acesso em: 09 jul. 2016.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** [Online], v. 35, n. 1, p. 103-109. 2001. Disponível em <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_4p/trabalho_em_equipe/Peduzzi_2001.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2017.

PEREIRA, M. S. **Sofrimento psíquico em psicólogos que atuam no contexto organizacional: um estudo na cidade de Uberlândia**. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2005, 153f.

PEREIRA, E. F. TEIXEIRA, C. S. SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte** [Online], v. 26, n. 2, p. 241-50. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo; São Paulo: Loyola, 2001.

PESSINI, L. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar**. Mundo Saúde. 2003.

PIMENTA, C. A. M, TEIXEIRA, M. J. Dor no idoso. In: DUARTE, Y. A. O. DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 373-87.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, J. L. A. GOIS, J. B. H. Amplitude da gestão da (s) diversidades (s) – implicações organizacionais e sociais. **Revista de Carreiras e Pessoas** [Online], v. 3, n. 2, p.72-90. 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/ReCaPe/article/viewFile/16535/12413>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

REZENDE, L. C. S. GOMES, C. S. MACHADO, M. E. C. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Revista Psicologia e Saúde** [Online], v. 6, n. 1, p. 28-36. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a05.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

RICOEUR, P. **O si-mesmo como um outro**. Tradução de Lucy Moreira Cessar. Campinas, SP: Papirus, 1991.

RIBEIRO, E. E. **Tanatologia: vida e finitude**. Rio de Janeiro: Unati, 2008.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **Revista de Enfermagem. UERJ** [Online], v. 20, n. 4, p. 526-32. 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a19.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

ROCKEMBA, J. M. CASARIN, S. T. SIQUEIRA, H. C. H. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. **Revista RENE** [Online]; v. 11, n. 2, p. 63-71. 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a07v11n2.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2017.

SANCHES, P. G. CARVALHO, M. D. B. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [Online], v. 30, n. 2, p.289-296. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3294>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

SANTIN, S. Cultura corporal e qualidade de vida. 2002. In: E. F. PEREIRA, C. S. TEIXEIRA, A. SANTOS. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte** [Online], v. 26, n. 2, p. 241-50. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cadernos de Saúde Pública** [Online], v. 18, n. 5, p. 1147-1166. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/10988.pdf>>. Acesso em: 23 nov.2016.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [Online], v. 9, n. 18, p. 521-536. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

SCHIMITH, M. D. LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vincula em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública** [Online], v. 20, n. 6, p. 1487-1494. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SERAFIM, A. P. RIBEIRO, R. A. B. Internação Domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde** [Online], v. 22, n. 2, p. 163-168. 2011. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022_2_8_Internacao.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

SILVA, A. L. P. O acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos terminais no cotidiano hospitalar. **Interação em psicologia** [Online], v. 7, n. 1, p. 27-35. 2003. Disponível em: <<HTTP://REVISTAS.UFPR.BR/PSICOLOGIA/ARTICLE/DOWNLOAD/3204/2566>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SILVA, B. M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem** [Online], v. 15, n. 3, p. 442-448. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072006000300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 mar. 2017.

SILVA, M. J. P. ARAÚJO, M. M. T. Comunicação em cuidados paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

SIQUEIRA, N. L. **Desigualdade social e acesso à saúde no Brasil**. (Monografia) Universidade Federal de Juiz De Fora, Instituto de Ciências Humanas Graduação em Ciências Sociais, 2011, 60f. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/graduacaocienciasociais/files/2010/11/DESIGUALDADE-SOCIAL-E-ACESSO-%C3%80-SA%C3%9ADE-NO-BRASIL-Nat%C3%A1lia-Le%C3%A3o-Siqueira.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SIQUEIRA NETO, A. C. Dor e sofrimento na evolução humana. **O portal dos Psicólogos** [Online], 2004. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0036>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SOUZA, D. R. P., SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Online], v. 11, n. 1, p. 117-123. 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a15.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.

STEUER, R. S. Satisfação no trabalho, conflito e ambiguidade de papéis: estudo junto às enfermeiras de Maternidade Escola do Município de São Paulo. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989. In: MARTINEZ, M. C. PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e Saúde no Trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho** [Online], v. 6, n. 1, p. 59-78. 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v6/v6a05.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

TAVOLARI, C. E. L. FERNANDES, F. MEDINA, P. O Desenvolvimento do “Home Health Care” no Brasil. **Revista de Atenção à Saúde** [Online], v. 3, n. 9, p. 15-18. 2000. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=246&p_nanexo=%202> Acesso em: 19 mai. 2016.

TAMAYO, M. R. Burnout: Implicações das Fontes Organizacionais de Desajuste Indivíduo-Trabalho em Profissionais da Enfermagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [Online], v. 22, n. 3, p. 474-482. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722009000300019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 nov. 2016.

TORRES, T. L. **O psicólogo centrado na pessoa e a instituição hospitalar**. In: FÓRUM BRASILEIRO DA A.C.P., 3, 1999, Ouro Preto, Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.apacp.org.br/art055.html>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

VASCONCELOS, J. F. et. al. Desospitalização para Cuidado Domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde** [Online], v. 7, n. 2, p. 110-115. 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n2/a4974.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

VELHO, A. V. P. R. **Transferência e repetição: conjunções-disjunções**. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014, 105f. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/128857/329165.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

YALOM, I. **De frente para o sol: como enfrentar o medo e superar o terror da morte**. Tradução: Daniel Lembo Schiller. Rio de Janeiro: Agir, 2008. 230p.

ZEMKE, R. O. Respeito às Gerações. In: MARIANO, S. R. H. MAYER, V. F. (Org.). **Modernas Práticas na Gestão de Pessoas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 51-55.

ANEXO – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE CONVIVEM COM O SOFRIMENTO DO OUTRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Pesquisador: Rosimár Alves Querino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51195315.9.0000.5154

Instituição Proponente: Pro Reitoria de Pesquisa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.392.869

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

"A atenção domiciliar é uma modalidade de assistência à saúde disponível em vários países. Segundo Duarte e Diogo (2000), diversos fatores contribuíram para o aparecimento e crescimento dessa modalidade, sendo causas importantes:

A transição demográfica, que demonstra um envelhecimento populacional cada vez mais acentuado; a mudança no perfil epidemiológico da população, no qual se evidencia um aumento das doenças crônico-não transmissíveis; os custos do sistema hospitalar cada vez mais elevado; o desenvolvimento de equipamentos tecnológicos, que têm possibilitado maior taxa de sobrevivência das pessoas; o aumento da procura por cuidados de saúde; o interesse dos profissionais de saúde por novas áreas de atuação; a exigência por maior privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde, além da necessidade de maior integração da equipe profissional com o cliente e sua família (DUARTE; DIOGO, 2000, p.62).

Serafim e Ribeiro (2011) relatam em breve histórico da atenção domiciliar que nos Estados Unidos, a partir do final da década de 1950, houve uma elevação dos custos hospitalares levantando discussões sobre a assistência domiciliar. Em 1965, o Medicare modificou seu programa para proporcionar benefícios aos pacientes no atendimento domiciliar, logo foi seguido pelo Medicaid,

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3318-5776 Fax: (34)3318-5776 E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 1.392.559

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, após a aprovação do projeto pelo CEP institucional, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil o início do mesmo, bem como efetivar os relatórios parciais (semestrais) e final.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado na reunião de Colegiado do CEP-UFTM em 11/12/2015.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_616457.pdf	20/11/2015 14:14:01		Aceito
Outros	termo_parceria_secretaria.pdf	20/11/2015 14:12:43	Rosimar Alves Querino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_equipe_executora.pdf	20/11/2015 14:10:53	Rosimar Alves Querino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	20/11/2015 14:09:10	Rosimar Alves Querino	Aceito
Outros	ROTEIRO_GRUPO_FOCAL.pdf	01/11/2015 17:58:05	Rosimar Alves Querino	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_COORDENADOR.pdf	01/11/2015 17:57:30	Rosimar Alves Querino	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_PROFISSIONAIS.pdf	01/11/2015 17:56:54	Rosimar Alves Querino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS.pdf	01/11/2015 17:53:59	Rosimar Alves Querino	Aceito

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Brs. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5776

Fax: (34)3318-5776

E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br

APÊNDICES

Apêndice A - Modelo de TCLE para profissionais das equipes do PMC

Título do Projeto: “SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE CONVIVEM COM O SOFRIMENTO DO OUTRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR”

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo **“SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE CONVIVEM COM O SOFRIMENTO DO OUTRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR”** por atuar como profissional de saúde, componente da Equipe do Programa Melhor em Casa. Os avanços na área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é entender os impactos da convivência com o sofrimento do outro na atenção domiciliar sobre a saúde dos profissionais de equipes do Programa Melhor em Casa, em município mineiro, e, caso você participe, será necessário conceder respostas para questionário estruturado e participação de grupo focal, referente à experiência e práticas do serviço. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Espera-se que os benefícios decorrentes da participação nesta pesquisa proporcionem aos participantes, os quais serão submetidos às metodologias e instrumentos propostos, reflexão sobre o tema proposto, pois o trabalho é tão rotineiro que, muitas vezes, nos esquecemos de verificar a satisfação e condição de saúde do trabalho, condição de saúde das relações e do enfrentamento de desafios diários, diante de uma proposta de trabalho com objetos variáveis, como é o caso da Atenção Domiciliar. A metodologia de grupo focal irá permitir trocas importantes para os profissionais, pois a integração de opiniões poderá trazer novas construções de saberes e produção coletiva. Será um momento privilegiado de contato entre os profissionais.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: “SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE CONVIVEM COM O SOFRIMENTO DO OUTRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR”

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará seu trabalho na Equipe do Programa Melhor em Casa.

Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

...../...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da Orientadora

Telefone de contato das pesquisadoras

Profª Dra. Rosimár Alves Querino: 34-3700-6924

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3318-5776.

Apêndice B - Modelo de TCLE para coordenadores/gestores do PMC

Título do Projeto: **“SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE CONVIVEM COM O SOFRIMENTO DO OUTRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR”**

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo **“SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE CONVIVEM COM O SOFRIMENTO DO OUTRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR”** por atuar como profissional de saúde, componente da Equipe do Programa Melhor em Casa. Os avanços na área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é entender os impactos da convivência com o sofrimento do outro na atenção domiciliar sobre a saúde dos profissionais de equipes do Programa Melhor em Casa, em município mineiro, e, caso você participe, será necessário conceder respostas para questionário estruturado e participação de grupo focal, referente à experiência e práticas do serviço. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Espera-se que os benefícios decorrentes da participação nesta pesquisa instiguem os coordenadores/gestores das equipes do PMC à reflexão sobre os desafios enfrentados pelos profissionais e as demandas por melhores condições de trabalho e de acolhimento, ensejando, inclusive, a emergência de ações e projetos de acolhimento e promoção da saúde desses profissionais.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: “SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE CONVIVEM COM O SOFRIMENTO DO OUTRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR”

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará seu trabalho na Equipe do Programa Melhor em Casa.

Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

...../...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da Pesquisadora orientadora

Telefone de contato dos pesquisadores:

Profª Dra. Rosimár Alves Querino: 34-3700-6924

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3318-5776.

Apêndice C - Roteiro para entrevista semiestruturada com coordenadores do PMC

- 1- Qual seu estado civil, sexo, idade e etnia?
- 2- Conte-me sobre sua trajetória de formação profissional.
- 3- Há quanto tempo atua na área da saúde?
- 4- Há quanto tempo atua na equipe do PMC?
- 5- Qual seu tipo de vínculo trabalhista (tipo de contrato e carga horária)?
- 6- Que elementos de sua trajetória profissional você gostaria de destacar?
- 7- Como foi o seu processo de formação para atuar com o PMC?
- 8- Como é composta a equipe PMC?
- 9- Conte-me sobre o processo de escolha dos profissionais das EMC.
- 10- Como é organizado o trabalho?
- 11- Quais as condições de trabalho desses profissionais?
- 12- Em sua percepção, qual perfil dos usuários atendidos pelo MC?
- 13- Quais as estratégias desenvolvidas pela coordenação da equipe do Programa Melhor em Casa para avaliar o estado emocional dos profissionais diante da atuação na atenção domiciliar?
- 14- Como essas estratégias contribuem para a sua condição de saúde como trabalhador?
- 15- Quais as iniciativas do governo municipal no sentido de garantir as condições para a promoção da saúde dos trabalhadores no Programa Melhor em Casa?
- 16- Que impactos essas iniciativas trazem para a promoção da saúde dos trabalhadores no Programa Melhor em Casa?
- 17- Em sua percepção, os profissionais do PMC conhecem as iniciativas para a promoção da saúde?
- 18- Há alguma dimensão não tratada anteriormente e que gostaria de comentar?

Apêndice D- Roteiro para condução do grupo focal com profissionais do PMC

- 1- Como são compostas as equipes do Programa Melhor em Casa?
- 2- Quais foram as motivações para atuar no Programa Melhor em Casa?
- 3- Conte-nos um pouco sobre como é a dinâmica de trabalho.
- 4- Qual o perfil dos usuários atendidos? Quais as características marcantes do público atendido?
- 5- Como são as condições de trabalho das equipes do Melhor em Casa nas quais atuam?
- 6- Quais as singularidades do cuidado em saúde na atenção domiciliar? O que diferencia esse tipo de serviço de saúde com os anteriores nos quais já atuaram?
- 7- Na avaliação de vocês, a atenção domiciliar e o trabalho com esse público têm algum impacto sobre a condição de trabalho das equipes e de saúde dos profissionais?
- 8- Quais estratégias (individuais e coletivas) utilizam para lidar com as demandas geradas pelo trabalho na atenção domiciliar?
- 9- Como essas estratégias contribuem para a sua condição de saúde como trabalhador?
- 10- Neste momento, vocês se consideram saudáveis?
- 11- Neste momento, quais são os cuidados/práticas/serviços de saúde nos quais são atendidos?
- 12- Há iniciativas do governo municipal no sentido de promover a saúde dos trabalhadores do Programa Melhor em Casa?
- 13- Na percepção de vocês, o que influenciou/influencia na condição de trabalho das equipes do Programa Melhor em Casa?
- 14- O que consideram mais significativo nas experiências com a atenção domiciliar do Melhor em Casa?

Apêndice E- Questionário aplicado aos profissionais das equipes do PMC

I. IDENTIFICAÇÃO

1. **Idade:** _____
2. **Sexo:** () Masculino () Feminino
3. **Cor:** () Branco () Preto () Amarelo () Pardo () Indígena () Sem declaração
4. **Religião:** () Católica () Evangélica () Espírita () Candomblé () Umbanda () Sem religião () Outra: _____
5. **Estado Civil:**
() Solteiro () Em união (casado/união estável/etc.) () Separado/ Divorciado () Viúvo
6. **Em que cidade mora:** _____

II. ESCOLARIDADE

7. **Nível de escolaridade:**
() Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo
() Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo
() Ensino Superior incompleto () Ensino Superior completo
() Outro: _____
8. **Se nível técnico, qual curso?** _____
9. **Se graduado, qual curso superior?** _____
10. **Pós-Graduação:**
10.1. Especialização: () Não () Sim – Qual? _____
10.2. Mestrado: () Não () Sim – Qual? _____
10.3. Doutorado: () Não () Sim – Qual? _____

III. UTILIZAÇÃO DA REDE SUS

11. **Que instituições de saúde do município utiliza?**

12. **Há Unidade Básica de Saúde em seu bairro?** () Sim () Não
13. **Você é atendido (a) por equipe saúde da família?** () Sim () Não

III. ATUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

14. **Há quanto tempo atua como profissional da Saúde?**

15. Em que tipo de instituição já atuou antes de ser inserido nas equipes do Programa Melhor em Casa?

- ☐ Equipe Saúde da Família
☐ Unidade Básica de Saúde
☐ Unidade de Atenção Integral (UAI)
☐ Instituições hospitalares
☐ Pronto Socorro
☐ Pronto Atendimento
☐ Clínica privada
☐ Outra – Qual? _____

16. Há quanto tempo atua no Programa Melhor em Casa?

- ☐ pouco mais de um mês
☐ de 02 a 06 meses
☐ de 06 meses a 01 ano
☐ de 01 a 02 anos
☐ acima de 02 anos – Quantos? _____

17. Qual sua carga horária semanal de trabalho no Programa Melhor em Casa?

- ☐ 20 horas
☐ 30 horas
☐ 40 horas
☐ Outra – Qual? _____

18. Qual seu vínculo trabalhista com o Programa Melhor em Casa?

- ☐ contrato temporário
☐ concursado/profissional de carreira
☐ outro – qual? _____

19. Trabalha em outra instituição neste momento?

- ☐ Não
☐ Sim

19.1. Se sim, em qual instituição? Com qual carga horária semanal?

Instituição: _____
Carga horária semanal: _____

20. Você possui alguma doença?

- ☐ Não
☐ Sim – Qual (is)? _____

21. No último ano, você esteve afastado do trabalho em decorrência de sua condição de saúde?

- ☐ Sim
☐ Não

22. Se recorda quanto tempo ficou afastado do trabalho e o motivo?

23. Você é atendido em algum programa ou projeto específico para saúde do trabalhador?

() Não

() Sim – Qual(is)? _____

24. Qual característica considera mais POSITIVA de sua prática no Melhor em Casa?

25. Você concordaria em participar de um encontro para dialogar com outros profissionais do Programa Melhor em Casa sobre sua experiência?

() Sim

() Não

Obrigado por sua participação no estudo!

*“E é nisso que se resume o sofrimento: cai a flor,
E deixa o perfume no vento”.
Cecília Meireles.*