

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A migração do cuidado em saúde: do hospital para o domicílio

Maria de Fátima Medeiros Saldanha

Natal
2008

MARIA DE FÁTIMA MEDEIROS SALDANHA

A migração do cuidado em saúde: do hospital para o domicílio

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Profa. Dra. Soraya Maria de Medeiros

Natal
2008

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Saldanha, Maria de Fátima Medeiros.

A migração do cuidado em saúde: do hospital para o domicílio / Maria de Fátima Medeiros Saldanha. – Natal [RN], 2008.

72 f.

Orientador: Soraya Maria de Medeiros.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem – Dissertação. 2. Equipe interdisciplinar de saúde – Dissertação. 3. Serviços de assistência domiciliar – Dissertação. I. Medeiros, Soraya Maria de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 616-083(043.3)

BANCA EXAMINADORA

A Dissertação **A migração do cuidado em saúde: do hospital para o domicílio**”, apresentada por Maria de Fátima Medeiros Saldanha ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada e aceita como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____/ ____/ 2008.

Profa. Dra. Soraya Maria de Medeiros – Orientadora
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profa. Dra. Lenilde Duarte de Sá - Titular
Departamento de Enfermagem da UFPB

Profa. Raimunda Medeiros Germano - Titular
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profa. Rosineide Santana de Brito - Titular
Departamento de Enfermagem da UFRN

DEDICATÓRIA

*Dedico aos **meus pais** (in memoriam), que na simplicidade de suas vidas foram exemplos de trabalho, honestidade e dedicação aos filhos.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por todas as coisas boas que revelam Sua presença em minha Vida.

À Prof^a. Mestre em Enfermagem **Jacinta Maria de Morais Formiga**, que me incentivou a dar o primeiro passo rumo a um sonho antigo de ingressar no Mestrado.

À Prof^a. Dr^a. **Soraya Maria de Medeiros** que me incentivou à prática da leitura ainda na graduação e, agora, como orientadora, me encaminhou no universo da pesquisa científica sempre com a mesma coerência, competência e dedicação. Seus ensinamentos, compreensão, paciência viabilizaram a realização dessa trajetória.

Aos **profissionais entrevistados** do Programa de Internação Domiciliar do Hospital Dr. José Pedro Bezerra, que aceitaram, sem nenhuma objeção, participar como colaboradores da pesquisa, contribuindo, imensuravelmente, para a efetivação deste estudo. Com os agradecimentos segue o desejo de que este relatório possa servir de contribuição para a reflexão do trabalho e, conseqüentemente, para o crescimento do grupo enquanto equipe.

Às **profissionais** do PID do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel e do Hospital Dr. Deoclécio Marques de Lucena, que se dispuseram a participar da testagem do instrumento de pesquisa.

Aos **doentes** do Programa de Internação Domiciliar do Hospital Dr. José Pedro Bezerra, que, indiretamente, contribuíram com este estudo, munindo os profissionais assistentes com os conteúdos revelados nas entrevistas aqui analisadas.

Ao diretor-geral do Hospital Dr. José Pedro Bezerra, **Dr. João Moreira Pinto**, que prontamente autorizou a realização deste estudo na referida Instituição.

À minha turma de Mestrado, especialmente a **Erika, Cléa Moreno e Vilani** pelo que trabalhamos e aprendemos na convivência durante todo o curso das aulas presenciais.

A **Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira**, graduando de Enfermagem, que, na qualidade de bolsista de iniciação científica, me auxiliou nos trabalhos protocolares do Projeto deste estudo.

*As instituições criam certezas e, desde que sejam aceitas,
eis o coração apaziguado, a imaginação acorrentada.*

Illich

RESUMO

O presente estudo trata de uma análise sobre as possibilidades e desafios da migração do cuidado em saúde do hospital para o domicílio a partir da abordagem sobre o Programa de Internação Domiciliar-PID em Natal/RN. Busca identificar as formas de atuação da equipe multiprofissional e conhecer as histórias dos profissionais da equipe sobre a trajetória vivenciada na transição entre o instituído e o *instituinte* nas formas de cuidado domiciliar. O PID tem como foco prioritário a pessoa idosa em condições clínicas estáveis, não para substituir a atenção hospitalar, mas oferecer um suporte terapêutico voltado para o exercício de sua autonomia e convivência com a situação da doença presente. O domicílio em suas normas internas de convivência preserva costumes próprios. Na medida em que o cuidado hospitalar migra para o domicílio, ele se dá no confronto e na negociação das racionalidades e passa a ser algo *novo*, ou seja, passa a orientar-se por uma dimensão *instituinte*. Sob a ótica da História Nova que propõe uma abordagem interdisciplinar e interpreta os problemas à luz do seu tempo e a técnica da história oral temática pode-se constatar que o trabalho em equipe interdisciplinar é capaz de incorporar novos valores ao modo de cuidar em saúde, prima pela manutenção da capacidade funcional máxima do doente, apresenta resultados como a prevenção de agravos, redução de custos em relação ao Serviço Hospitalar, amplia e potencializa as possibilidades de recuperação do doente, pela aproximação com a vida cotidiana e pela oportunidade do doente ser cuidado por uma equipe multiprofissional interagindo sobre a realidade concreta. Portanto, o PID está em sintonia com as demandas contemporâneas e se apresenta como um instrumento a ser considerado na revisão de um conceito mais abrangente do processo saúde-doença.

PALAVRAS-CHAVES: Enfermagem; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Serviços de Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

This study is an analysis of opportunities and challenges of health assistance migration from hospitals to home care from the approach of the Domiciliary Internment Program (PID) in Natal / RN. The research aims to identify the ways that the multidisciplinary team act and know the stories of these professionals about the situation experienced in the transition between the instituting and *instituted* on home care modalities. PID has as a prior focus the elderly person in stable medical conditions, not to replace the hospital care, but to offer a therapeutic support turned to the exercise of their autonomy and coexistence with the situation of diseases. The home in their internal coexistence rules preserves own customs. As the hospital care migrates to the home care, it happens in the confrontation and rationality negotiation and becomes something *new*, that is going to be directed by an *instituting* dimension. In the view of New History, that suggests an interdisciplinary approach and interprets the problems on its time and from the technique of thematic oral history, it can be seen that working in interdisciplinary team is able to incorporate new values in the way of healthcare assistance, it longs for maintaining the maximum functional capacity of patients, it presents results as the prevention of diseases, costs reduction in connection with the Hospital Service, empowers and expands the possibilities for the patient recovery – by aligning with the daily life and the opportunity of the patient being assisted by a multiprofessional team, interacting on the concrete reality. Therefore, PID is in line with the contemporary demands and as an instrument to be considered in the review of a wider concept of the health-disease process.

KEYWORDS: Nursing; Interdisciplinary Healthcare Team; Domiciliary Assistance Services.

LISTA DE SIGLAS

PID – Programa de Internação Domiciliar

RN – Rio Grande do Norte

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VNAS – Visiting Nurses Association

EUA – Estados Unidos da América

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SESAP – Secretaria de Estado da Saúde

HJPB – Hospital José Pedro Bezerra

MS – Ministério da Saúde

SUMÁRIO

	RESUMO	
	ABSTRACT	
	LISTA DE SIGLAS	
1 -	INTRODUÇÃO	11
	1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	11
2 -	OBJETIVOS	22
	2.1 GERAL	22
	2.2 ESPECÍFICOS	22
3 -	CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	23
	3.1 TIPO DE ESTUDO	23
	3.2 O CENÁRIO E OS ATORES	23
	3.3 COLETA E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES.....	25
4 -	NA TRILHA DA HISTÓRIA DO CUIDADO DOMICILIAR.....	28
5 -	A HISTÓRIA NOVA COMO FORMA DE CONTAR ESSA HISTÓRIA	33
6 -	AS NARRATIVAS SINALIZAM PARA UMA NOVA FORMA DE VIVENCIAR O CUIDADO EM SAÚDE.....	37
	6.1 OS COLABORADORES DO ESTUDO.....	37
	6.2 AS CATEGORIAS	37
	6.2.1 EXPERIÊNCIA NO PID	38
	6.2.2 MIGRAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE	50
7 -	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	60
8 -	REFERÊNCIAS.....	67
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente estudo trata de uma análise sobre a migração do cuidado em saúde do espaço hospitalar para o domicílio, a partir da abordagem sobre o Programa de Internação Domiciliar – PID, da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte.

O Ministério da Saúde estabelece, através de legislação como a Lei nº 10.424, de abril de 2002 e da Portaria nº 2.529, de outubro de 2006, a modalidade de atendimento no domicílio a ser desenvolvida por equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas (BRASIL, 2002; 2006).

O cuidado no domicílio deve ser destinado ao doente em condições clínicas estáveis, não para substituir a atenção hospitalar, pois se reconhece sua importância e necessidade, mas para atender a uma demanda de usuários que precisa, acima de tudo, de um suporte terapêutico voltado para o exercício de sua autonomia e convivência com a situação da doença presente.

No Rio Grande do Norte, a experiência de internação domiciliar no âmbito do serviço público de saúde foi iniciada, em 2005, prioritariamente para a pessoa idosa. Esse Programa vem se apresentando como modalidade assistencial a ser ampliada para outras cidades pólos do Estado por se reconhecer a importância desse Serviço, tanto para o hospital no que concerne à rotatividade no uso dos leitos e, conseqüentemente, no aumento da oferta de vagas para a população, como também, e principalmente, para o doente que dispõe de um acompanhamento qualificado no próprio domicílio.

Conforme dados do IBGE, atualmente a população com idade acima de 60 anos já ultrapassa 8% do total da população geral do Brasil, e as projeções para o ano de 2020 é de que esse extrato populacional alcance a cifra de 13%. A mudança do perfil demográfico, resultante de fatores como a queda da

fecundidade e queda da mortalidade, aponta para a formação de uma população mais velha que vai requisitar uma maior oferta de serviços médicos e previdenciários (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005).

O aumento da longevidade, fenômeno que vem se confirmando nas estatísticas demográficas em todo o mundo, sempre foi desejo do homem desde os primórdios da civilização. No entanto, a falta de planejamento socioeconômico para garantir ao idoso uma vida com qualidade vem produzindo conseqüências graves para o conjunto da sociedade a cada dia que passa, particularmente nos países em desenvolvimento (PAPALÉO NETO; YUASO; KITADAI, 2006).

De acordo com esses autores o ritmo de crescimento da média de vida que se observa no Brasil deve-se muito mais aos avanços das descobertas tecnológicas e da medicina do que à melhoria dos níveis de condições sociais e econômicas de desenvolvimento. Tem-se como conseqüência o crescimento cada vez maior de uma população idosa desassistida, vivendo em situação de risco de adoecimento e desamparo.

A velhice passa a ser vista, por parte da sociedade, como um problema social, principalmente quando a pessoa idosa já não pode sustentar a família, porque seus proventos são utilizados para fins de cuidados médicos.

Os problemas sociais de distribuição de renda, pobreza e acessibilidade aos serviços de saúde atingem em primeiro lugar aos segmentos extremos da população, crianças e idosos, que não são economicamente ativos. Se, por um lado, eles não são produtivos a ponto de garantirem seu próprio sustento, por outro, são eles os que mais requisitam os serviços de assistência social e de saúde, tornando-se, portanto, onerosos para uma sociedade que cultua a superutilização e a valorização do lucro (PAPALÉO NETO; YUASO; KITADAI, 2006).

Despreparada para assumir as conseqüências do envelhecimento da população, a sociedade vai construindo, particularmente nos grandes centros urbanos, o processo de exclusão do idoso. A aposentadoria parece atestar sua inutilidade, a viuvez lhe confere a solidão, o conflito de gerações acarreta a exclusão, a urbanização desenfreada lhe desaloja e lhe deixa fadado à pobreza.

A concentração de renda verificada no Brasil é apontada como um dos

fatores responsáveis pela exclusão e pobreza da população. Em 1997, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revelou que, entre 1960 e 1990, a fração de renda dos 20% mais ricos aumentou de 54% para 65%, enquanto a fração de renda dos mais pobres decresceu de 18% para 12%. Nesse cenário de disparidades, encontra-se grande parte da população vivendo em situação de pobreza extrema, incluindo aí os idosos morando em favelas, cortiços e nas instituições asilares (IPEA, 1997).

Confirmando essas desigualdades, Karsch (2003) diz que a velhice sem independência e autonomia neste país ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo conservada no interior dos domicílios ou nas instituições asilares, mantendo-se invisíveis e mascarando a necessidade de uma política de proteção social.

O enfrentamento da transição demográfica impõe o desafio de elaboração e implementação de políticas públicas que contemplem a população idosa nos mais diferentes aspectos: econômicos, políticos, sociais, culturais e espirituais. Nesse sentido, torna-se necessário implementar mecanismos e estratégias para a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade máxima funcional do idoso, preservando o respeito, o direito a uma vida de boa qualidade e possibilitando-lhe uma velhice amparada (PAPALÉO NETO; YUASO; KITADAI, 2006).

A prevalência das doenças crônico-degenerativas que acometem esse extrato populacional, aliada à insuficiência dos serviços de atenção básica, assim como o despreparo da família para lidar com o idoso doente, somados à ausência de centros de atenção à saúde do idoso, tudo isso resulta em freqüentes internações hospitalares do longevo.

A própria longevidade, a multiplicidade de diagnósticos, o distanciamento da família e a abordagem terapêutica reducionista, centrada na doença, são fatores que implicam, comumente, hospitalizações de longa permanência, gerando a reincidência de infecções, a superlotação hospitalar, o aumento significativo nos custos financeiros e trabalho humano em uma assistência pouco resolutiva, que não raramente demanda novas internações.

Como a percepção que o hospital tem do doente é descontextualizada da sua história de vida porque, segundo Pitta (1999), é cenário privilegiado da

tecnologia médica e cumpre finalidades terapêuticas, para o idoso a hospitalização é particularmente sofrida, pois altera seus hábitos diários, submete-lhe a uma rotina institucional de horários padronizados, exames e exposição da intimidade. Somam-se a isso as características propriamente técnicas da relação terapêutica, que a tornam uma relação assimétrica e de dependência, na qual, conforme Boltanski (2004) um dos parceiros, o doente, representa efetivamente o papel de objeto.

Pitta (1999) afirma que, por uma cultura própria do hospital, as relações de poder e disciplina atravessam as diversas atuações no seu interior, sem serem vistas ou examinadas de forma clara, ou seja, não se desenvolvem de modo transparente. Há uma tendência instituída de infantilizar o doente, submetendo-o ao paternalismo, fato que se manifesta de incontáveis maneiras no dia-a-dia do hospital. Por exemplo, a linguagem utilizada constitui-se em uma forma de dominação, enquanto o doente utiliza uma linguagem coloquial e simples, o técnico com linguagem própria se reserva a oferecer informações mínimas.

Segundo Boltanski (2004), essas informações variam em função da classe social do doente. Para esse autor, os médicos, em geral, não dão longas explicações quando não àqueles que julgam “bastante evoluídos para compreender o que vai lhe ser explicado”, no que é seguido também pelos demais técnicos que integram o corpo de assistentes do hospital.

Ao doente cabe confiar no médico e na medicina, comunicando suas experiências íntimas, pessoais e corporais. Em contrapartida, não é considerado sequer de bom tom uma vez que contraria as recomendações éticas e técnicas mais elementares, que qualquer manifestação ou um gesto afetivo faça parte da relação do técnico com o doente (PITTA, 1999).

As questões trazidas por essa autora, remetem a uma discussão muito mais complexa, envolvendo as concepções e as práticas dos profissionais de saúde, as políticas e culturas institucionais em suas interlocuções com a população, que, por seu lado, também de alguma maneira, é detentora de algumas formas de saberes e práticas relacionadas com a saúde, isto é, há um diálogo explícito ou implícito de racionalidades. Há, nesse sentido, um movimento constante entre o instituído e o instituinte, na busca de hegemonias que conformam, em cada momento e/ou situação peculiar, o desenho de uma forma

de pensar e agir em saúde.

Sobre essas questões, Medeiros (1995) chama a atenção para um movimento que vem ocorrendo no Brasil, mais nitidamente a partir da década de 1970, que expressa sua insatisfação com a medicina oficial, por esta não conseguir dar respostas à problemática da saúde no contexto da sociedade brasileira atual, questionando a relação médico-doente como uma de suas maiores queixas, não somente por parte das classes populares, mas também das classes médias e altas.

Esse movimento critica a relação entre os profissionais de saúde no seu atendimento à população, quanto ao desrespeito, negligência, autoritarismo ou puramente mercantilismo. Contesta o pensamento clínico e o modelo curativo que lida com a doença e não com o doente, considerando o corpo puramente em sua dimensão biológica e fragmentado em partes.

Segundo Medeiros (1995), para além da crítica ao pensamento clínico, há, em geral, por parte da população um descontentamento ante a forma de atendimento oferecido pelo sistema oficial público, tanto nas Unidades Básicas como nos Hospitais. Nesses últimos, as maiores queixas são em relação à superlotação, e à falta de pessoal qualificado para a o atendimento.

Quanto às Unidades Básicas e de referência especializadas do sistema público de saúde, Medeiros(1995) refere-se a uma expressão denominada atendimento conhecido como **receita pronta**. Essa expressão, segundo a referida autora, foi cunhada pelos profissionais e usuários, divulgada em eventos de discussão sobre as condições de trabalho, em face das exigências das demandas cotidianas dos serviços de saúde.

De acordo ainda com Medeiros (1995), os profissionais procuram desvencilharem-se o mais rapidamente possível dos usuários das unidades de saúde, utilizando o fenômeno da **receita pronta** no qual, por ocasião da consulta, entregam a receita sem ouvir com atenção as queixas do doente ou examiná-lo adequadamente. Uma das principais causas do atendimento de **receita pronta** é a adoção do multiemprego por parte dos profissionais.

O Serviço Público insere-se no contexto do multiemprego como o trabalho que assegura os direitos trabalhistas e confere estabilidade aos profissionais, embora não seja aquele para o qual esses profissionais dedicam o maior tempo

do seu trabalho e esforço; ao contrário, no geral, grande parte desses profissionais, particularmente médicos e dentistas, não cumprem o horário de atendimento contratual, permanecendo o menor tempo possível nas unidades, indo atender em seus consultórios particulares.

Vale ressaltar que, contextualizando o estudo de Medeiros (1995), no qual o processo de precarização do trabalho em saúde e sua conseqüente adoção do multiemprego por parte dos profissionais, ainda estava mais circunscrito aos profissionais tradicionalmente de prática liberal, isto é, o médico e o odontólogo. No momento atual, outros profissionais também estão aderindo a múltiplas jornadas de trabalho, inclusive o profissional de enfermagem. Estudos mais recentes sob a orientação de Medeiros (1995) tais como: Veras (2003); Fernandes (2005) e Macedo (2006) mostram essa realidade nos hospitais públicos do estado do Rio Grande do Norte.

Em relação à assistência hospitalar, há que se considerar que, além da assistência de caráter reducionista, verificam-se outros aspectos do funcionamento dos hospitais que contribuem para a manutenção desse modelo assistencial. Nesse sentido, Santos (2006) afirma que os serviços hospitalares constituem um dos problemas do sistema público de saúde, particularmente no que se refere a sua gestão que não se modernizou, tampouco conseguiu capacitar profissionais para gerir a complexidade de um sistema hospitalar que parece continuar na contramão de todos os avanços da informatização, da incorporação tecnológica, do tratamento humanístico, da mobilização e do desenvolvimento de recursos humanos comprometidos com o serviço público.

Conforme Pereira et al. (2005), reconhecem-se os avanços do setor saúde do Brasil, mas também se reconhece que há um grande desafio a enfrentar, ou seja, alterar o modelo de atenção à saúde, atualmente caracterizado pelo predomínio da concepção do processo saúde/doença, unicamente como fenômeno individual, centrado no corpo do paciente, reforçando o valor da doença e não do doente, como objeto de trabalho dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde ressalta a necessidade de uma reforma na assistência hospitalar brasileira, e a proposta da modalidade de internação no domicílio poderá ser uma das medidas que vem contribuir decisivamente para o reordenamento interno de serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Em relação à saúde do idoso, há de se destacar que essa população envelhecida necessita do controle sistemático das doenças crônicas, o que implica a necessidade de mudança da estrutura de serviços não somente hospitalares, mas de uma rede de serviços que o Estado protela em oferecer porque, segundo Santos (2006), nunca deixou de tentar minimizar os custos da Constituição de 1988 com os direitos sociais, muitos deles de caráter universal e gratuito, oneroso, portanto, para os cofres públicos.

O enfrentamento do desafio de mudar o modelo assistencial implica a construção de estratégias que operem nos serviços de saúde, estabelecendo uma relação acolhedora entre o trabalhador de saúde e o usuário, marcada pelo compromisso e responsabilização pela saúde deste, e também pela preocupação com o desenvolvimento da sua autonomia, objetivando que o mesmo se aproprie de diversas tecnologias, possibilitando-lhe, cada vez mais, ir resolvendo ou minimizando parte do que tem lhe causado sofrimento (PEREIRA et al., 2005).

Nessa perspectiva, essas autoras apontam a Assistência Domiciliar – AD – como possuidora de potência *instituinte* para a transformação da prática de saúde e, em especial, da enfermagem, na direção do modelo assistencial acima assinalado.

No contexto desse incremento tecnológico, há que se ressaltar a importância da capacitação das equipes de profissionais cuidadores, visando à condução de uma assistência qualificada que contemple tecnologias que diminuam o sofrimento e prolonguem a vida, respeitando a autonomia do domicílio.

O espaço do domicílio estabelece suas normas internas de convivência e preserva costumes próprios, tem, portanto uma dimensão de um universo instituído próprio. Na medida em que o espaço do cuidado hospitalar, que também lida internamente com a sua própria dimensão de normas instituídas, migra para o espaço do domicílio do doente, esse cuidado também irá mudar. Ele passa a orientar-se por uma dimensão *instituinte*. Essa dimensão *instituinte* se dá no confronto e na negociação das racionalidades que passa a ser algo *novo*, que não é mais o modelo de cuidado tipicamente hospitalar e nem também é mais a forma cotidiana e conhecida daquela família, residente naquele domicílio, de lidar com a doença e o doente.

Para compreender a dimensão do *instituído* e a dimensão *instituinte* buscou-se a obra *A instituição imaginária da sociedade* (1982) de Cornelius Castoriadis. Nela a instituição é entendida, por esse autor, como *uma rede simbólica, socialmente sancionada, onde se combinam, em proporções e em relações variáveis, um componente funcional e um componente imaginário* (CASTORIADIS, 1982, p. 159),

A dimensão funcional corresponde às normas definidas que atendem às necessidades vitais e específicas, referentes à sobrevivência individual e coletiva.

Sobre o componente imaginário, Castoriadis (1982) destaca que o Homem é, por excelência, um ser pensante detentor de uma liberdade de pensamento que vai além da elaboração racional codificada, já que está aberta para o *imaginário*, numa dimensão *instituinte*, criadora de significações e novas formas com um jeito próprio de ser, que escapam à elaboração estritamente racional das informações, não significando, portanto, ilusório ou fictício, mas uma produção própria da realidade em que se vive.

Vale salientar que no PID cada experiência em um domicílio configura uma experiência única. Cada doente e seu entorno é um universo a ser vivenciado nas singularidades das interlocuções, das relações interpessoais e da construção cotidiana que tem como resultado a pactuação do cuidado realizado.

O cuidado no domicílio, que valoriza a escuta e se desenvolve considerando os modos de vida do doente e de sua família estabelece uma ordem inversa de prestação de assistência, o que sugere a reorganização das práticas de saúde e lança o desafio de mudança no modelo assistencial centrado na doença.

Essa nova ordem possibilita a efetivação de ações desinstitucionalizadoras que vão sendo construídas sob a luz da necessidade do usuário em seu ambiente de morada a partir da interação entre ele, sua família e a equipe assistente. Esta, por sua vez, composta multiprofissionalmente, poderá desenvolver a assistência em uma forma interdisciplinar de produção de serviço de saúde, deixando para trás a visão unilateral do modelo tradicional de assistência.

Nesse sentido, o Hospital em estudo, situado na Zona Norte de Natal, objetivando oferecer uma assistência mais humanizada, procurando alterar minimamente o modo de vida do doente, reduzir os custos hospitalares, diminuir o

risco de infecção, utilizar mais racionalmente os leitos e recursos hospitalares implantou o Programa de Internação Domiciliar - PID em março de 2006. Esse Programa é desenvolvido por duas equipes compostas por médicos, enfermeiras, assistentes sociais, nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e auxiliares de enfermagem. A autora da presente pesquisa participa como enfermeira e gerente local do Programa.

O trabalho do PID é realizado através da visita domiciliar e prioriza o enfoque na atividade educativa ao cuidador familiar e ao doente, buscando promover a autonomia e a manutenção da capacidade máxima funcional do indivíduo que envelhece valorizando sua autonomia e independência. O cuidado em saúde no domicílio que tem como característica básica o trabalho em equipe, implica a reorganização das práticas de saúde e segue em direção à reversão do modelo assistencial centrado no hospital e na doença. Essas práticas passam a ser construídas sob a luz da necessidade do doente em uma forma interdisciplinar de produção de serviço de saúde.

Para a maior parte dos profissionais integrantes dessas equipes, a experiência de atendimento domiciliar é nova. Conforme Almeida (2003), essa modalidade de serviço requer da equipe multiprofissional a construção de novos conceitos e práticas. O doente sob seus cuidados passa a ser compreendido a partir de seu espaço de morada, ou seja, o domicílio, não é somente um espaço físico e geográfico, mas um ambiente onde as relações intra e extra-familiares se desenvolvem.

Esse novo campo de saber não deve ser, apenas, um espaço de elaboração de novas relações interpessoais, mas também de percepções e habilidades possibilitadoras de novos hábitos de educação, de saúde e de satisfação, e não apenas de identificação de sinais e sintomas dentro de uma compreensão meramente curativa (ALMEIDA, 2003).

Na dinâmica do cuidado da equipe multiprofissional nessa modalidade de cuidado domiciliar, destaca-se, aqui, o trabalho da enfermagem, por constituir-se em uma categoria que traz em seu cerne, por sua vez, uma dimensão de tradição histórica de cuidado em saúde. Essa importância do trabalho da Enfermagem, nesse contexto, comporta novos desafios e perspectivas para a categoria nas formas de cuidado desse novo saber.

Almeida (2003) afirma que a enfermagem aprenderá quais os caminhos que deverá seguir, a partir do constante movimento de olhar a família, buscando compreender suas características, necessidades e relações. Poderá também voltar-se para si própria como profissão, enfrentando desafios, possibilidades e limitações, como também se inter-relacionar com outras áreas de conhecimento.

Considerando essas afirmações, buscou-se compreender que lições podem-se apreender através das histórias e das vivências cotidianas desses profissionais do PID tais como: Que dimensões de práticas e concepções do cuidado em saúde estão utilizando, ou seja, até onde esses profissionais estão lidando com esse arsenal de conhecimento e onde se inicia o *novo*, o que é instituído coletivamente?

Quais os sinais e emblemas de um novo tempo, uma nova história dessa prática em fase de transição, migrando de o espaço hospitalar para o domicílio, no âmbito do mundo do trabalho atual e nas relações intersubjetivas entre os atores envolvidos nesse processo?

Partindo dessas indagações pretende-se desenvolver uma pesquisa, cujo objeto de estudo aborda as possibilidades e desafios do cuidado no espaço domiciliar, para os integrantes das equipes de profissionais cuidadores do idoso no domicílio, do Programa de Internação Domiciliar desenvolvido pelo Hospital em questão. Tem-se como pressuposto que o cuidado em saúde no domicílio favorece a recuperação do doente porque permite-lhe o reencontro com o seu ambiente familiar e a sua vida cotidiana, ao mesmo tempo que potencializa a instituição de um novo modelo de cuidar em saúde.

A motivação para desenvolver essa pesquisa antecede a implantação do PID. Ao ingressar no Serviço Público, no interior do Rio Grande do Norte, em 1990, o município onde a autora deste estudo foi trabalhar, como enfermeira, não dispunha de Instituição Hospitalar. Os serviços que fossem além da assistência ambulatorial eram realizados no próprio domicílio do doente. A interação era com a família, em um trabalho cheio de limitações e solitário do ponto de vista profissional.

Atualmente, a autora da pesquisa integra a equipe multidisciplinar que conta com o hospital como retaguarda para as situações de assistência necessárias, sentindo-se, assim, instigada pelas indagações que essa experiência

suscita sobre as possibilidades e desafios do cuidado interdisciplinar no domicílio e que motivaram a realização deste estudo.

Sob a orientação do referencial da Teoria da História Nova utilizado neste estudo, pretende-se ponderar as possibilidades e desafios que se apresentam para os atores envolvidos no PID, a fim de contribuir para a reelaboração de novos conceitos na incorporação de tecnologias e práticas de saúde destinadas à melhoria de saúde e às formas de cuidado do idoso, elevando sua qualidade de vida no seu espaço domiciliar.

Nesse sentido, justifica-se a pertinência científica e social do presente estudo, por considerar que, sendo o PID um programa de implantação recente no país e na região Nordeste, os estudos disponíveis sobre o tema são escassos, carecendo, pois, de aprofundamento acadêmico sobre o assunto. O caráter científico desse aprofundamento tem implicação social na medida em que contribui para a reflexão, não só do enfermeiro, mas de todos os profissionais envolvidos no desenvolvimento do cuidado em saúde no domicílio, sobre a prática cotidiana.

Vale ressaltar que essa modalidade de serviço aflora e se posiciona como um caminho viável, do ponto de vista econômico, mas também e particularmente do ponto de vista assistencial, haja vista a possibilidade de desenvolver o modelo assistencial sob a égide da interdisciplinaridade, mas que, a despeito de toda discussão empreendida nos meios acadêmicos e assistenciais em defesa de um novo modelo capaz de romper com a assistência fragmentada e reducionista, encontra suas limitações na inexperiência, na falta de vontade política dos gestores, na falta de orientação e na escassez de estudos pertinentes realizados no plano local.

Dessa forma, esse estudo, na qualidade de pioneiro no Rio Grande do Norte, se constitui em um instrumento de abertura de fronteiras a novos estudos que poderão preencher a lacuna que se evidencia nesse campo de conhecimento.

O trabalho está organizado em oito itens: os três primeiros compreendem a introdução, os objetivos que se pretende alcançar e o arcabouço metodológico que detalha a proposta da pesquisa.

O quarto traz uma revisão de literatura acerca de alguns aspectos da

história da saúde no Brasil e a assistência domiciliar até o momento da construção do PID. O quinto aborda o referencial da História Nova, utilizado para orientar a análise do estudo.

O sexto apresenta a pesquisa desenvolvida com as respectivas falas dos entrevistados, entremeadas por um diálogo com os autores que iluminaram a análise das informações.

O sétimo e o oitavo itens se reportam às considerações finais com enfoque para a resposta dos objetivos inicialmente propostos, e as referências bibliográficas respectivamente. Por último estão os apêndices e os anexos, necessários para a efetivação do presente estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar as possibilidades e desafios da migração do cuidado em saúde do espaço hospitalar para o espaço domiciliar no Programa de Internação Domiciliar-PID, em Natal/RN.

2.2 ESPECÍFICOS

- 1 Identificar as formas de atuação do cuidado interdisciplinar da equipe multiprofissional no espaço domiciliar;
- 2 Conhecer as histórias dos profissionais da equipe multiprofissional sobre a trajetória vivenciada na transição entre o instituído e o instituinte nas formas de cuidado domiciliar.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Ao ser definido o objetivo deste estudo, deliberou-se o método qualitativo como o caminho mais adequado de entender a natureza de um fenômeno social (RICHARDSON, 1999).

A eleição por essa natureza de pesquisa justifica-se pelo fato de que ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, a pesquisa qualitativa segue em direção às relações sociais e afetivas, trabalhando com o universo das crenças e valores, compreendendo e explicando essa dinâmica (MINAYO, 2000).

A inserção do debate do qualitativo no campo da saúde, conforme essa autora deve-se ao fato de que a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social, mas integra o conjunto das ciências sociais e está submetida aos aspectos econômicos, políticos, sociais e ideológicos de uma realidade mais ampla e complexa, que demanda conhecimentos distintos e integrados para a compreensão dos fatos visando à transformação da prática a partir de um repensar permanente (MINAYO, 2000).

As ciências sociais estão submetidas às grandes questões de nossa época e tem seus limites dados pela realidade do desenvolvimento social. Portanto, tanto os indivíduos como os grupos e também os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico (MINAYO, 2000).

Nesse sentido, a História Nova preocupada com o tempo presente, com as pessoas comuns, com a problematização dos fatos atuais, mas que, segundo Le Goff (2005), não despreza a velha história, apresenta características que se identificam com a proposta do método qualitativo e oferece os caminhos para o alcance dos objetivos deste estudo.

3.2 O CENÁRIO E OS ATORES

Este estudo foi realizado em um Hospital público do Rio Grande do Norte. Trata-se de um hospital geral que integra a rede de hospitais do SUS, inaugurado em 1985, considerado o segundo maior hospital público do Estado. Nele são oferecidos os serviços padrões de urgência e emergência, tem o título de *Hospital Amigo da Criança*, é especializado em atendimento à gestação e ao parto de alto risco. Comporta um total de cento e setenta e nove leitos distribuídos em UTI adulto, UTI neonatal, enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica e clínica pediátrica.

Os serviços desse hospital incluem também ambulatório de urologia, uma agência transfusional, serviço de radiologia e ultrassonografia, laboratório de análises clínicas e microbiologia, um banco de leite humano e desenvolve o Programa de Mãe Canguru e o Programa de Internação Domiciliar.

A referida instituição atende a uma demanda acima de sua capacidade. A modalidade de assistência no domicílio, desenvolvida pelo Programa de Internação Domiciliar - PID, que visa, entre outros objetivos, otimizar o uso dos leitos hospitalares, teve sua implantação no mês de março de 2006. É nesse Serviço, que tem seu núcleo básico de abordagem o ambiente domiciliar, onde foi desenvolvido este estudo.

A Unidade Hospitalar em questão conta com uma equipe de plantão permanente composta por obstetras, cirurgiões gerais, anestesistas, clínicos gerais, pediatras, neonatologistas, intensivista, bioquímicos, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e técnicos de laboratórios. Há ainda um grupo de profissionais médicos que permanecem de sobreaviso para conceder pareceres de cardiologia, nefrologia e oftalmologia.

Em uma sala anexa ao prédio do Hospital funciona a sede do PID, equipada com bureau, cadeiras, estantes, computador e linha telefônica. Nessa sala, são realizadas as reuniões de equipe, o planejamento de trabalho, registro de atendimentos, além do expediente em tempo integral (manhã e tarde).

O Hospital fica situado na Zona Norte do município de Natal, capital do Rio Grande do Norte. A Zona Norte corresponde a maior região administrativa do

município, em quantitativo populacional e em área territorial, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005). A referida região também registra a maior taxa de crescimento da capital, correspondendo a sete bairros, subdivididos em 35 conjuntos habitacionais e 56 loteamentos, segundo a Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo (SEMURB, 2005). Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005), a estimativa para o ano de 2005 dessa região era de uma população de 291.253 pessoas e a renda média dessa área da cidade, em 2000, era de 2,92 salários mínimos, o que posicionava a região em quarto lugar quando comparada às outras três áreas da capital, que detêm níveis superiores de renda média.

Os colaboradores do estudo corresponderam à totalidade da equipe multiprofissional do universo a ser estudado do PID da Zona Norte. Um total de onze profissionais, a saber: dois médicos, duas enfermeiras, dois assistentes sociais, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta e uma psicóloga.

3.3 COLETA E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O material utilizado para a análise que dá sustentação ao presente estudo foi coletado através de entrevistas, com roteiro estruturado, contendo questões abertas a partir de perguntas geradoras, realizadas no próprio local de trabalho, colhidas individualmente com cada profissional colaborador, em sala fechada, utilizando-se um gravador. Além da entrevista, também foi utilizado um diário de campo para registrar informações julgadas relevantes para o alcance dos objetivos deste estudo, a partir das observações durante todo o processo de coleta das informações.

O roteiro de entrevista, para Minayo (2000, p.99), visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa e orientar uma *conversa com finalidade*. A entrevista deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

Seguindo esse pensamento, Haguette (1997) define a entrevista como um processo de interação social entre entrevistado e entrevistador, cujo objetivo é a obtenção de informações.

Foi utilizada como técnica de coleta de informações a história oral temática. Para Meihy (2005), a história oral como registro de experiências de pessoas vivas, expressão legítima do tempo presente, responde a um sentido de utilidade prática, pública e imediata, o que não quer dizer que ela se esgote no momento de sua apreensão, mas se mantém como algo que tem continuidade e cujo processo histórico não está acabado. É isso que marca a história oral como história viva.

Também sobre a história oral, Thompson (1998) refere que a história oral é uma história construída em torno de pessoas. Ela lança a vida para dentro da própria história e isso alarga seu campo de ação. Admite heróis vindos não só dentre os líderes, mas dentre a maioria desconhecida do povo. Traz a história para dentro da comunidade. Ajuda os menos privilegiados, e especialmente os idosos, a conquistar dignidade e autoconfiança. Propicia o contato e a compreensão entre classes sociais e entre gerações. Em suma, contribui para formar seres humanos mais completos. Paralelamente, a história oral propõe um desafio aos mitos consagrados da história, ao juízo autoritário, inerente a sua tradição, além de oferecer os meios para uma transformação radical do sentido social da história.

Retomando Meihy (2005), a técnica da história oral possibilita escrever a história a partir de relatos de pessoas e grupos comuns, de minorias silenciadas e, preferencialmente, tem dado espaço a aspectos ocultos das percepções gerais buscando valorizar as identidades, através das falas a respeito do mundo e dos acontecimentos. Dessa forma, considera-se, neste estudo, que a utilização da técnica da história oral favorece a abordagem do referencial da História Nova.

A História Nova segue em busca de uma abordagem interdisciplinar, voltada para os problemas e interpretados à luz de seu tempo. Trata do homem por inteiro, proporcionando-lhe equilíbrio entre os elementos materiais e espirituais, o econômico e o mental, sugerindo-lhe opções sem impô-las (LE GOFF, 2005).

Ao se eleger o tema, a natureza e o método do estudo, assim como o local

que serviria de sede para o mesmo, foi encaminhado ao diretor-geral da Instituição em questão ofício solicitando o campo de pesquisa, no que foi prontamente atendido.

Considerando que o PID é um Serviço de implantação recente e que o depoimento de cada profissional teria importância relevante para a análise proposta neste estudo, definiu-se a *colônia*, ou seja, o grupo que reúne as características de identificação com o trabalho, a partir dos profissionais com escolaridade em nível de terceiro grau do Programa em questão. Uma vez definida a *colônia*, iniciou-se a articulação das entrevistas, o que possibilitou estabelecer a *rede* a partir da terceira entrevistada, que veio a se constituir em informante chave, cuja entrevista passou a ser considerada como o ponto zero e como tal passou a nortear o desenvolvimento das demais entrevistas do grupo.

O contato prévio com os profissionais foi realizado pessoalmente pela entrevistadora, no próprio local de trabalho, ocasião em que todos se puseram a disposição para o estudo. Antes da realização das entrevistas, o roteiro foi testado previamente com profissionais do PID de outros hospitais públicos de Natal/RN. Nesse momento, verificou-se a autenticidade do instrumento que seria utilizado na referida entrevista.

A pesquisa de campo foi procedida no hospital em estudo, em sala fechada, utilizando um equipamento tipo gravador, com autorização do profissional. A coleta das entrevistas compreendeu o período de 09 de novembro a 11 de dezembro de 2007. Essa fase foi antecedida pela leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, em atendimento aos aspectos éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa com seres humanos, tendo sido submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em parecer cujo protocolo recebeu o número 54/2007.

Foi entrevistado um total de onze pessoas, representando 100% dos profissionais em nível de terceiro grau que integram as duas equipes que atendem no PID do Hospital em estudo. O transcorrer das entrevistas se deu sem obstáculos, sendo necessário, apenas, conciliar os horários conforme disponibilidade de cada um colaborador da pesquisa.

Em atendimento à orientação do autor que dá sustentação à abordagem da

historia oral temática como método de estudo (Meihy, 2005), os profissionais entrevistados passaram a ser considerados colaboradores da pesquisa. Para a garantia do sigilo da identidade dos colaboradores foi atribuído um número a cada um deles antecedido da inicial “E”, de Entrevistado. A numeração está disposta de 1 a 11.

Após a obtenção das entrevistas, estas foram transformadas em textos escritos que, conforme Meihy (2005), passam pelas etapas de: **transcrição**, processo de mudança do estágio da gravação oral para o código escrito. Após a escuta detalhada das entrevistas, elas foram escritas na íntegra, tal como narradas pelos colaboradores; **textualização**, etapa na qual foram retirados os erros gramaticais e corrigidas as palavras sem peso semântico, tornando o texto mais claro.

Procedeu-se, em seguida, à conferência das entrevistas pelos colaboradores, momento em que eles, ratificaram verbalmente o que estava escrito. E por fim a **transcrição**, etapa em que o texto foi recriado em sua plenitude com a interferência da autora. Foram então construídos os eixos temáticos e estabelecidas as categorias que serviriam de farol e guiariam o desenvolvimento do estudo.

Utilizou-se, também, o caderno de campo, Meihy (2005) aconselha o uso do caderno de campo para o registro da evolução do projeto. Esse caderno destina-se ao registro de observações tanto da pesquisa quanto das entrevistas.

Concluídos os passos da coleta de informações, iniciou-se a etapa seguinte da pesquisa, ou seja, a análise das informações. A análise qualitativa seguiu a orientação da teoria da História Nova que considera as categorias da interdisciplinaridade e da história voltadas para os problemas atuais.

4 NA TRILHA DA HISTÓRIA DO CUIDADO DOMICILIAR

Para a contextualização da construção histórico-social do PID serão abordados alguns aspectos da história da saúde no Brasil.

O modelo de assistência hospitalar vigente no Brasil apresenta uma

abordagem tecnicista, indiferente à história de vida do usuário. Para Rehem e Trad (2005), aspectos como estes apontam para a necessidade de implementações e práticas humanizadoras, que respeitem os direitos dos usuários, com preservação das relações familiares e valores culturais.

Ao se reportar à instituição hospitalar há que se considerar o processo histórico sobre o qual Foucault (1980) revela em sua obra. Na tradição médica do século XVIII, a doença se apresenta ao observador segundo sintomas e signos. O sintoma é a forma como se apresenta a doença; o signo anuncia, prognostica o que vai se passar. Essa prática descontextualizada no agir médico ainda hoje é observada e reproduz, no interior dos hospitais, uma assistência fragmentada e indiferente à dimensão individual do paciente.

Para Foucault (1980), a clínica foi tomada como tema principal da reorganização institucional da medicina, era um meio de pôr fim a perigosa experiência de uma liberdade total, como também uma via para restaurar, conforme desejo de alguns, algumas estruturas do regime antigo.

A clínica não é, sem dúvida, a primeira tentativa de ordenar uma ciência pelo exercício e decisões do olhar. A História Natural, desde a segunda metade do século XVII, também se propusera a analisar e classificar os seres naturais segundo suas características visíveis.

Ainda sobre a relação da história natural e a clínica, Foucault (1980) afirma que esta pede ao olhar tanto quanto a história natural. Tanto e até certo ponto a mesma coisa: ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, ou seja, o modelo naturalista continua ativo nos dias atuais e os médicos continuarão por muito tempo a exercitar sua prática no campo patológico.

Veras (2003, p.707) afirma que o aumento da oferta do número de leitos hospitalares no Brasil segue em oposição à tendência mundial da redução da oferta desses serviços. Verifica-se, nesse fenômeno, o crescente aumento dos custos no setor saúde, onde ocorre uma situação de *paradoxo tecnológico*. Enquanto a incorporação de novas tecnologias vem reduzindo custos em todos os ramos da economia e melhorando produtos e serviços, na saúde, produtos e serviços ficam cada vez mais caros, sem que haja melhora na qualidade do processo, ou seja, a cura ou a melhora na qualidade de vida.

O cuidado com o doente no domicílio foi a assistência predominante até o início do século XX (Mendes, 2001). As primeiras iniciativas de estruturação de assistência no domicílio que se tem registro aconteceram nos Estados Unidos, no estado de Carolina do Norte, pertencente a empresas privadas, no século XIX. A assistência era pautada na lógica do ideário liberal, obedecia ao modelo assistencial centrado no indivíduo e na doença, era um trabalho realizado por mulheres *cuidadoras*. Com ou sem fins lucrativos, era o Estado que em maior ou menor grau financiava esses serviços.

Na Inglaterra, as mudanças introduzidas por Florence Nightingale resultaram em importante impacto na formação das enfermeiras, possibilitando aos EUA a criação da *Visiting Nurses Association (VNAS)*, que congregava as empresas de prestação de serviços domiciliares desenvolvidos pelas enfermeiras visitadoras.

Atualmente, com a evolução e incremento tecnológico na área da assistência à saúde, o Estado americano funciona com franca ampliação da oferta de serviços domiciliares com implantação do *Home Care* (Cuidados no lar), desenvolvido pelo *Medicare*, denominação do programa oficial do governo mais importante no financiamento da assistência domiciliar à saúde. Para Falcão (1999), o que se observa, além do salto de eficiência na recuperação do doente, é a redução drástica nos custos que variam de 20% a 70% em relação aos custos cobrados pelos hospitais daquele país.

Em outros países das Américas, a experiência de assistência domiciliar vem-se consolidando como alternativa viável sob vários aspectos; em Cuba, por exemplo, Torre et al. (1998) apresentam um elenco de vantagens dessa modalidade de serviço como a redução do risco de eventos infecciosos, relação médico-doente mais humanizada, mínima alteração do modo de vida do doente, redução de custos e racionalização do uso dos leitos hospitalares.

Também sobre a atenção domiciliar em Cuba, Soto et al. (2002) revelam que a assistência domiciliar prestada por profissionais de saúde representa atualmente a maior parte da atenção sanitária proporcionada por aquele país.

Na Argentina, Roubicek et al. (1999) apresentam resultados semelhantes em trabalho realizado no serviço de internação domiciliar naquele país, o que confirma a tendência de um crescimento da oferta dessa modalidade assistencial

em nível internacional. Esses autores assinalam ainda a satisfação e a confiança estabelecidas na relação com o doente como facilitadoras do tratamento no próprio domicílio, sem a complexidade de um hospital.

Na Espanha, essa modalidade assistencial vem-se desenvolvendo desde o início da década de 1980, e confirma-se como alternativa à internação hospitalar convencional, conforme López Perona (2003) e representantes da Federação Espanhola de Internação no Domicílio (WANDEN-BERGHE et al., 2006).

No Brasil, segundo Augusto e Franco (1980), a visita domiciliar institucionalizada tem seu marco inicial em 15 de outubro de 1919, em artigo publicado pelo “O JORNAL”, no qual o Dr. J. P. Fontelle defende a educação sanitária e a necessidade de formação de enfermeiras visitadoras, sugerindo a criação do serviço de assistência domiciliar visando, não a prestação de cuidados ao indivíduo, e, sim, ao controle da cadeia de transmissão de doenças infecto-contagiosas.

Conforme Mazza (1994), em 1920 foi criado um curso de visitadoras sanitárias na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha. E nesse mesmo ano foi instituído o serviço de visitadoras pelo Serviço de Profilaxia de Tuberculose do Departamento Nacional de Saúde Pública, pertencente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

No ano seguinte vem ao Rio de Janeiro um grupo de enfermeiras americanas, a pedido de Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, para ministrar treinamento de visitadoras visando à assistência aos portadores de tuberculose e a saúde infantil. As orientações eram, prioritariamente, voltadas para os cuidados primários e de higiene (MAZZA, 1994).

O trabalho das enfermeiras visitadoras americanas no Brasil deu origem à criação da Escola de Enfermagem Ana Néri, em 1922, a primeira do país, ligada a Universidade do Rio de Janeiro (AUGUSTO; FRANCO, 1980).

Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, para desenvolver um trabalho de controle sanitário nas áreas da região amazônica. A principal atividade era a visita domiciliar, realizando um trabalho de controle focal, mas, sobretudo de educação e assistência à saúde. Esse Serviço posteriormente foi expandido para outras regiões do Brasil (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

A criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – SAMDU, em 1949, pelo Ministério do Trabalho, foi outra experiência de serviço de assistência e cuidados à saúde no domicílio, cuja iniciativa foi dos sindicatos, insatisfeitos com a assistência vigente na época (MENDES, 2001).

Mais um marco na assistência à saúde no domicílio foi a criação, em 1967, pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, da assistência domiciliar para o atendimento de portadores de patologias crônicas, que funciona até os dias atuais. Experiências mais recentes sob iniciativas de prefeituras, empresas privadas, cooperativas médicas e medicina de grupo encontram-se em funcionamento (MENDES, 2001).

Atualmente, com o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado pela Constituição de 1988, firmados pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, a modalidade da assistência domiciliar é compreendida como uma estratégia que pode contribuir para reverter o modelo de atenção, sob a ótica da humanização da assistência, da prevenção de agravos à saúde, da promoção da autonomia do paciente e sua família (BRASIL, 2006).

A assistência domiciliar deve ser destinada ao paciente em condições clínicas estáveis, não para substituir a atenção hospitalar, pois se reconhece sua importância e necessidade, mas para atender a uma demanda de usuários que precisa, acima de tudo, de um suporte terapêutico voltado para o exercício de sua autonomia e convivência com a situação da doença presente.

O cuidado no domicílio implica a reorganização das práticas de saúde e segue em direção à reversão do modelo assistencial centrado no hospital e na doença. Práticas substitutivas passam a ser construídas sob a luz da necessidade do usuário em uma forma interdisciplinar de produção de serviço de saúde.

Embora o cuidado em saúde no domicílio seja uma prática que remete a um passado distante, particularmente o cuidado de enfermagem, a prática assistencial realizada por equipes multiprofissionais é relativamente nova e pouco difundida. No Estado do Rio Grande do Norte, as experiências mais conhecidas são da iniciativa privada. No âmbito do serviço público de saúde, teve início somente no ano de 2005, com a implantação do Programa de Internação Domiciliar.

Essa nova construção, em suas tentativas de atendimento às necessidades

do usuário, lança mão de novas e velhas idéias, revestidas de elementos que emergem do cotidiano, transformando-se e transformando a forma de cuidar em saúde.

5 A HISTÓRIA NOVA COMO FORMA DE CONTAR ESSA HISTÓRIA

Neste item buscou-se algumas aproximações entre o referencial teórico da História Nova e a construção histórico-social do PID. Considerando-se que esse referencial possibilita uma melhor apreensão do objeto estudado.

Para o desenvolvimento deste estudo optou-se pela teoria da História Nova. A Escola dos Annales propõe uma história *não automática, mas problemática*. E, mais do que nunca, os problemas de uma história para o tempo presente, para nos permitir viver e compreender *num mundo em estado de instabilidade definitiva* (LE GOFF, 2005, p. 51).

A História Nova tem sua gênese no Movimento dos Annales que se organizou na França a partir de 1929, sob a liderança dos historiadores Lucien Febvre e Marc Bloch. Para exercer uma liderança intelectual nos campos da história social e econômica, foi criada a Revista dos Annales, que seria o porta-voz de difusão dos apelos de seus editores em favor de uma abordagem nova e interdisciplinar da história (BURKE, 1997).

As idéias diretrizes da revista que criou entusiasmo em muitos leitores, na França e no exterior, podem ser brevemente elencadas. Em primeiro lugar, a substituição da tradicional narrativa dos acontecimentos por uma história-problema. Em segundo lugar, a história de todas as atividades humanas e não apenas a história política. Em terceiro lugar, visando completar os dois primeiros objetivos, a colaboração com outras disciplinas, tais como a geografia, a sociologia, a psicologia, a economia, a lingüística, a antropologia social. Como dizia Fernand Braudel, a História Nova tem como *provar que a história pode fazer mais do que estudar jardins murados* (BURKE, 1997 p. 12).

A revista teve quatro títulos: **Annales d'histoire économique et sociale (1929-1939); Annales d'histoire sociale (1939-1942); Mélanges d'histoire**

sociale (1942-4); Annales: économies, sociétés, civilisations (1946 até os dias atuais).

Conceitualmente Burke (1997) cita Robinson (1912), ao referir que História inclui qualquer traço das coisas que o homem fez ou pensou, desde o seu surgimento sobre a terra.

Esse entendimento também é partilhado com o pensamento de Le Goff (2005) quando esse autor afirma que a História Nova é a história econômica, a história das técnicas e dos costumes e não apenas a história política, militar, diplomática, é também a história dos homens, de todos os homens, não unicamente dos reis e dos grandes. É uma história das estruturas, não apenas dos acontecimentos e, por isso, é história em movimento, história das evoluções e das transformações e não é história estática ou história quadro. Para esse autor, há uma diferença: a História Nova é história explicativa, não apenas narrativa, descritiva ou dogmática.

Citando Reis (1994), Guimarães (2001) refere que, em relação ao conceito de tempo histórico, a História Nova realizou a terceira revolução epistemológica aliando-se às ciências sociais. A primeira revolução teria sido produzida pela Religião ao romper com a interpretação mitológica da História, e a segunda produzida pela Filosofia ao romper com a religião na visão teológica da História. O rompimento com a Filosofia e a aproximação com as Ciências Sociais contribuíram para o aparecimento de novos objetos, de novas fontes e de novas técnicas da História em busca de um lado mais objetivo do mundo humano.

Febvre e Bloch pensavam sob a perspectiva de uma história-problema, a história aberta para outras ciências sociais, defendiam que todo fenômeno histórico devia ser explicado em linguagem de seu tempo. Tinham como foco de abordagem a tríade composta pelo campo *econômico-social-mental* (BURKE, 1997).

Fernand Braudel historiador francês, considerado o filho intelectual de Febvre, estudou História na Sorbonne, lecionou história na Argélia(1923-32), lecionou na Universidade de São Paulo (1935-37), conheceu Gilberto Freire e se impressionou com a trilogia sobre a história social do Brasil, em Casa Grande e Senzala, escrita por esse historiador-sociólogo brasileiro, que antecipa uma nova história no Brasil nos anos 1970 e 1980. Braudel foi o líder do Movimento dos

Annales no período compreendido entre 1956 e 1969 (BURKE, 1997).

Segundo Le Goff (2005), sempre coube à história desempenhar um papel social, no mais amplo sentido, e, em nossa época, esse papel é mais do que necessário. A História Nova tem o dever de responder, a pelo menos, algumas das grandes interrogações da nossa época.

No mundo onde muda a memória coletiva, onde o Homem, o homem qualquer, diante da aceleração da História, quer escapar da angústia de tornar-se órfão do passado, sem raízes, onde os homens buscam apaixonadamente sua identidade; onde se procura por toda parte inventariar e preservar o patrimônio, constituir bancos de dados, tanto para o passado como para o presente, onde o homem apavorado procura dominar uma história que lhe parece escapar; assim, quem melhor do que a História Nova pode lhe proporcionar informações e respostas? (LE GOFF, 2005, p. 72).

Le Goff (2005), historiador francês que atualmente empreende os seus estudos acerca da História Nova, define a História Nova pelo aparecimento de **novos problemas**, de **novos métodos** que renovaram os domínios tradicionais da história através da interlocução com outros campos que integram as ciências sociais como: a história religiosa, a demografia histórica, a antropologia, a história social. E principalmente pelo aparecimento de **novos objetos** no campo da História. Nesse sentido, o campo da saúde, por se apresentar como uma instância da realidade social complexa submetida aos aspectos econômicos, religiosos, antropológicos e ideológicos, oferece os elementos necessários para uma análise à luz da História Nova.

Le Goff nasceu em 1924. Estudou em Paris, Praga, Oxford e Roma. É professor da École des Hautes Études em Sciences Sociales, membro do Comitê Nacional de Pesquisa Científica, membro do Comitê de Trabalhos Históricos e co-diretor do *Annales, Économies-Sociétés-Civilisations*.

Para esse autor, se lhe forem proporcionados os meios de pesquisa, de ensino e de difusão de que necessita está a História Nova em condição de respondê-las. É, portanto, sob essa ótica que o PID foi abordado neste estudo.

Nesse contexto, os profissionais envolvidos na prestação de cuidados no domicílio são os atores que, desafiados pelas possibilidades de efetivação de uma prática inovadora, têm em primeiro plano a oportunidade de introduzir as

mudanças da prática assistencial à saúde, rompendo com o modelo habitual de cuidado, e serão contadores de uma história a partir das residências, dos barracos, dos cortiços e das favelas, onde moram os anônimos e as pessoas comuns com suas vivências, experiências e suas formas de lidar com a saúde e a doença.

Proporcionar *uma história não automática, mas problemática* é a posição e a ação dos annales. A História Nova em sua fecundidade e seus limites pode ser apreendida na recusa à história superficial e simplista que se detém na superfície dos acontecimentos e investe tudo em um só fator. O apelo da História Nova é por uma história profunda e total onde o econômico, o artístico e o antropólogo ocupam o primeiro plano (LE GOFF, 2005, p. 45).

Comungando desse pensamento Braudel, conforme Burke (1997), afirma que para a contribuição especial da história às ciências sociais é no sentido de que a consciência de que todas as estruturas estão sujeitas a mudança, mesmo que lentas. Nesse contexto, a história do PID trata de uma narrativa sobre mudanças, talvez inicialmente não tão visíveis a uma primeira aproximação, mas que se podem vislumbrar através dessa história os sinais e os emblemas de um novo signo, de uma nova forma de cuidar em saúde.

Nesse sentido, a autora do presente estudo considera que identificar as formas desse cuidado em saúde e conhecer as histórias dos colaboradores que atuam no PID, não poderia e nem deveria ser vista como uma história factual e linear, e sim buscar uma história profunda trazendo para o primeiro plano as narrativas e as vivências concretas dos atores reais em seus contextos sócio-econômico e cultural pela mediação da História Nova.

A História Nova, segundo Sá (1999), se preocupa com movimentos coletivos e individuais e se interessa por toda a atividade humana. Portanto, para essa autora, a História Nova favorece a busca de caracteres dos indivíduos nos seus processos de saúde e doença, tanto dos que cuidam como daqueles que por eles são cuidados.

É importante destacar que a história do PID encontra-se em consonância com a teoria da História Nova porque rompe com o modelo de abordagem reducionista, centrado na doença, desintegrado do universo do doente, próprio do modelo vigente de assistência hospitalar que vem ancorado numa história factual,

passiva diante dos fatos, encerrada nos protocolos.

A compreensão do PID no presente estudo vem demonstrando em sua gênese, sinais emblemáticos que remetem à História Nova, e à luz dessa teoria ganham novas matizes, passíveis de interpretações muito pertinentes do ponto de vista social e científico, enquanto contribuição para a saúde e para a enfermagem.

6 AS NARRATIVAS SINALIZAM PARA UMA NOVA FORMA DE VIVENCIAR O CUIDADO EM SAÚDE

6.1 OS COLABORADORES DO ESTUDO

Os colaboradores do estudo corresponderam à totalidade da equipe multiprofissional do universo estudado do PID da Zona Norte em Natal/RN, perfazendo onze profissionais, a saber: dois médicos, duas enfermeiras, dois assistentes sociais, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta e uma psicóloga. A idade varia de vinte e oito a cinquenta e três anos de idade. O tempo de trabalho no PID é de um ano a um ano e oito meses. Quanto ao tempo de trabalho na profissão varia de dois a vinte e cinco anos. Do total de onze profissionais, sete têm vínculo com mais um emprego.

6.2 AS CATEGORIAS

Examinando as respostas dos colaboradores do estudo foi possível agrupar os conteúdos em duas categorias: EXPERIÊNCIA NO PID e MIGRAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.

6.2.1 EXPERIÊNCIA NO PID

Essa categoria subdivide-se em Motivação no Trabalho; Satisfação no Trabalho e Atividades no Trabalho.

MOTIVAÇÃO NO TRABALHO

Segundo Ferreira (1999), motivação é o conjunto de fatores psicológicos, conscientes ou inconscientes, de ordem fisiológica, intelectual ou afetiva, os quais agem entre si e determinam a conduta de um indivíduo. É o ato de motivar. Está associado aos motivos que levam uma pessoa a definir o que deseja realizar.

Ao analisar as motivações dos colaboradores entrevistados para o ingresso no PID, verificou-se que esses motivos variaram, posto que alguns profissionais desconheciam o Serviço antes de ingressar nas equipes, outros escolheram por motivos de identificação e/ou outros interesses pessoais.

Inicialmente, foi constatado que alguns profissionais desconheciam a proposta do trabalho, o que se mostrou compreensível, considerando-se que o PID corresponde a um Serviço de recente implantação. Essas afirmações podem ser observadas nas falas a seguir:

[...] ingressei no PID por incentivo de colegas (E5, E10, E11);

[...] por insatisfação com o trabalho anterior (E1);

[...] estava a procura de emprego (E6);

[...] eu vim para uma área que até então eu não tinha trabalhado ainda, mas é uma área que sempre me chamou a atenção (E9).

Outros profissionais já haviam experimentado uma anterioridade na abordagem como o cuidado no domicílio.

[...] é uma experiência enriquecedora, embora tenha experiência anterior de atendimento no domicílio, mas o paciente do PID é um paciente especial e nos obriga a estudar mais, aprender mais, a se qualificar mais nessa área, principalmente com o paciente geriátrico, para atendê-lo melhor (E5).

Os motivos relacionados às formas de identificação remetem às experiências anteriores dos colaboradores, que consubstanciava todo um referencial de anterioridade e familiaridade para esses trabalhadores, conferindo certa segurança e motivação positiva, facilitando uma adaptação mais rápida e resultando em uma melhor produtividade e qualidade do trabalho.

[...] interesse em continuar trabalhando com o idoso em um trabalho diferente com a participação de uma equipe multidisciplinar (E3);

[...] identificação com o trabalho no domicílio como alternativa ao trabalho hospitalar, prevenindo os agravos da longa hospitalização (E10).

Observa-se, também, como motivo de ingresso no PID, a busca de alternativas que venham contribuir para a acomodação de conveniências pessoais tais como: a possibilidade de flexibilidade e adequação no horário de trabalho com outros vínculos empregatícios e a oferta de uma remuneração salarial compatível com a jornada especial hospitalar que resultem em benefícios à sua vida particular, como se vê nas falas a seguir:

[...] houve o incentivo por parte da flexibilidade do horário de trabalho (E5);

[...] a proposta do Programa, um trabalho multidisciplinar e o salário também [...] (E6).

As questões pessoais sofrem a influência da dinâmica do mercado de trabalho que se apresentam através do multiemprego e da busca de melhor oferta de remuneração, de forma que se torna necessário estabelecer um diálogo de negociação das regras de funcionamento, visando à participação e à divisão de

responsabilidades.

O argumento levantado pelos colaboradores E5 e E6 quanto ao aspecto da flexibilidade de horário constitui-se como uma forma de incentivo para o ingresso no PID, ou seja, funcionando como um aspecto positivo de atrativo e agregando valor à proposta de trabalho como elemento de opção para o mesmo.

Convém refletir sobre essa flexibilidade de horário sob a ótica do mundo do trabalho atual. Estudos recentes realizados no estado do Rio Grande do Norte (Veras, 2003; Fernandes, 2005; Macedo, 2006), apontam para a importância conferida pelo trabalhador a formas de inserção em postos de trabalho que permitam essa flexibilidade de horário. Esse componente vem demonstrando que agrega valor a esses trabalhos pelo fato de possibilitarem, por vezes, a compatibilização com tempo disponível para a convivência familiar, para a continuação de estudos e/ou aperfeiçoamentos profissionais.

Outro motivo destacado, nesses estudos, como um fator positivo dessa flexibilidade de horário foi a possibilidade de compatibilizar **mais de um emprego, facilitando o multiemprego e/ou simplesmente o aumento da jornada de trabalho** em uma mesma instituição, embora com formas diferenciadas de contratação. Esse argumento deve-se ressaltar que se constitui como o de maior relevância e frequência nos referidos estudos.

Em relação ao multiemprego, há que se reportar ao que Veras (2003) pontua como conseqüências na vida dos trabalhadores, determinando a sua vida *dentro* e *fora* da esfera do trabalho. O aumento na jornada de trabalho por meio do multiemprego e de horas extras absorve o tempo livre do trabalhador, que deveria estar à disposição do descanso necessário para a recuperação das energias físicas, para o lazer, para a convivência familiar de forma mais harmônica e menos conflituosa, assim como para a participação política nos fóruns de atividades de organização dos trabalhadores.

Confirmando os achados de Veras (2003) no estado do Rio Grande do Norte, Antunes (2002) refere que o chamado tempo livre tornou-se também submetido aos valores do sistema produtor de mercadorias e das suas necessidades de consumo. Tornou-se tempo para consumir mercadorias, instituído sobre trabalho coisificado e estranhado. Na sociedade contemporânea, na qual predomina a lógica do capital, tornou-se ilusão falar-se em um trabalho

com dimensões humanas e caráter social, assim como em um tempo livre cheio de sentido, para além da esfera de trabalho.

Estudos realizados por Medeiros (2000), sobre a força do trabalho em saúde no município de Natal apontam para a existência de um processo de transformação no mundo do trabalho caracterizado pelos contratos temporários, flexibilização do emprego e dos direitos trabalhistas e terceirizações. Essas modalidades de trabalho produzem uma insegurança no vínculo empregatício e fica dependendo sempre de negociações e da vontade política dos gestores.

Medeiros e Rocha (2004) afirmam que na realidade da saúde de um modo geral, e especificamente da Enfermagem brasileira, o mercado de trabalho tem levado a uma ampliação do multiemprego, como forma de compensar as perdas salariais, tornando o trabalho uma fonte de desgaste e estresse.

Estudo realizado por Fernandes (2005) sobre a problemática do trabalho em saúde, essa autora, citando Luz (2000), refere que os serviços de saúde sofrem, a exemplo dos demais setores do campo social, os reflexos da reestruturação produtiva, aliados à política neoliberal implementada pelos governos. Se, por um lado, o neoliberalismo apresenta um discurso favorável às políticas sociais e prega a democratização do acesso a bens e serviços, por outro lado se pode observar, concretamente, um empobrecimento da sociedade. Na saúde, constata-se o corte de verbas, o desmonte do setor público e o desvio de verbas destinadas ao setor saúde para outros fins.

Em outro trabalho, também citado por Fernandes (2005), Pires (2001) pontua que o Estado brasileiro vem abrindo o caminho para a precarização do trabalho através da desregulamentação dos direitos trabalhistas constitucionais e pela redução dos investimentos na saúde e na educação. O trabalho destaca também algumas ações com importante reflexo no setor público como a desvalorização dos salários, a redução da jornada de trabalho com redução dos salários, os planos de demissões voluntárias e a contratação de pessoal não qualificado e com relação precária de trabalho, levando ao agravamento da exclusão social.

Estudo realizado, também no Rio Grande do Norte, por Macedo (2006) apresenta o multiemprego como revelador da necessidade de uma complementação no orçamento familiar, exigindo que os trabalhadores busquem

outros vínculos ou uma outra escala extra de trabalho.

Dessa forma, vê-se que, no interior das pequenas relações com o mundo do trabalho atual, se inicia o desdobramento de uma macro-política que atende a interesses para além das fronteiras nacionais, determinada pelo mundo dos negócios que têm como meta principal o crescimento e o domínio do capital estrangeiro e a concentração de poder.

SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Martinez e Paraguay (2003), tomando como referência a definição de Locke (1976), define a satisfação no trabalho como um estado emocional agradável ou positivo, que resulta da avaliação de algum trabalho realizado, ou de experiências desenvolvidas no trabalho.

Conforme Campos (2005), baseada em estudos de Ardila (1986), a maioria das pessoas passa um terço do dia e metade da sua vida no trabalho, como uma maneira de ganhar dinheiro para satisfazer suas necessidades básicas, obter *status* e se sobressair dos demais.

Considerando como pressuposto de que a motivação leva à satisfação destaca-se que o trabalho exerce papel preponderante na vida do Homem, infere-se, portanto, que o indivíduo precisa estar motivado para exercer seu trabalho com satisfação (DI LASCIO, 1980 apud CAMPOS, 2005).

Os profissionais envolvidos no PID, em sua totalidade, expressam em seus depoimentos que o trabalho em equipe apresenta-se como um celeiro de oportunidades para o crescimento profissional, aprendizado, respeito aos demais integrantes da equipe e com os doentes atendidos. Nesse sentido, a satisfação no trabalho apresenta-se como subcategoria, na qual os colaboradores se reportam ao trabalho de equipe multiprofissional como responsável pelo elevado grau de satisfação no trabalho.

Para alguns, a experiência é nova e esse *novo* traduz-se por vezes em satisfação pelo desafio; em algo gratificante quando o desafio enfrentado demonstrou a capacidade da equipe, descortinou outros horizontes, trouxe novas

experiências enriquecedoras e por seu turno, mais uma vez desafiadoras:

[...] é a primeira experiência com o cuidado no domicílio, é um trabalho pioneiro que traz muita satisfação e grande aprendizado (E2).

Alguns profissionais já haviam experimentado uma anterioridade na abordagem com o cuidado no domicílio. Essa condição de conhecedor do ambiente domiciliar confere a esses colaboradores uma familiaridade que lhes permitem o desenvolvimento do trabalho com mais segurança e propriedade.

[...] já tive experiência com atendimento a domicílio, mas um trabalho completamente diferente, o PID é um trabalho de equipe muito integrado, onde a gente aprende a respeitar os profissionais, como também os pacientes, a gente atende de uma forma que respeite a individualidade dele dentro do ambiente em que ele vive (E10).

A possibilidade de desenvolver um trabalho em equipe interdisciplinar não anula as especificidades de cada profissional em particular, pelo contrário, conforme Peduzzi (1998), possibilita a contribuição da divisão de trabalho para a melhoria da assistência prestada. Vale considerar que essa autora estabelece uma distinção entre dois tipos de noções que recobre a idéia de equipe: a equipe tipo **agrupamento** de agentes e a equipe com **integração** de trabalho.

A equipe tipo agrupamento de agentes é caracterizada pela fragmentação e pela justaposição das ações. E a equipe integração é caracterizada pela construção de possibilidades de recomposição, pela articulação das ações e interação dos agentes. Sendo esta, consoante à proposta da integralidade das ações de saúde e à necessidade contemporânea de recomposição dos saberes e trabalhos especializados (PEDUZZI, 1998).

A considerar essa distinção é possível compreender, a partir das falas a seguir, que o grupo de profissionais em estudo apresenta características que se aproximam da equipe integração. A atuação interdisciplinar não só representa a clareza da especificidade do seu trabalho no coletivo, mas se constitui em elemento de satisfação pessoal.

[...] exercita a possibilidade de fazer uma clínica inovadora (E8);

[...] tenho a oportunidade de trabalhar com uma equipe interdisciplinar podendo exercer o meu papel (R6).

Segundo Adms (1997), estudos em psicologia social confirmam que o desenvolvimento dos grupos também depende da cooperação entre os membros. Se há forte coesão e laços de afeto entre os participantes, o grupo tem alto poder de barganha nas relações sociais. Dessa forma, acredita-se que certamente os Serviços saberão aproveitar ao máximo os talentos e potenciais humanos quando acreditarem e incentivarem o exercício da liberdade nas relações interpessoais, quando as relações se basearem na ética, no respeito, no amor e na procura do bem comum, em substituição ao conformismo e ao descomprometimento com a evolução e o bem-estar social.

Na busca de compreender melhor o que se concebe como trabalho em equipe multiprofissional, tomou-se por base a definição sintetizada por Peduzzi (2001), quando afirma que o trabalho em equipe multiprofissional consiste em 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, por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Por outro lado, Adms (1997) chama a atenção para o seguinte: quando os membros da equipe não são unidos, o grupo perde sinergia, e a capacidade de influenciar o processo de trabalho fica reduzida. Nesse sentido, observa-se que, mesmo não sendo um caso de falta de união especificamente, existem situações difíceis nas quais, embora não tenham ficado explicitadas diretamente nas falas que se seguem, constata-se, nas entrelinhas, que é reconhecida a necessidade de maior empenho, em algumas situações para não comprometer o andamento do trabalho.

[...] procuro trabalhar em equipe, é muito enriquecedor, mas também é muito complicado (E6);

[...] gosto de trabalhar em equipe, embora reconheça que, como em todo trabalho, existe situações problemas e a gente está no dia a dia tentando resolver conflitos que possam surgir (E3);

[...] como toda equipe tem aqueles que se interessam mais pelo trabalho... e tem aqueles que vem faz sua parte e só..(E1).

Entretanto evidencia-se um esforço da equipe no sentido de contornar os percalços do cotidiano. Esse esforço se revela como um investimento na manutenção da coesão da equipe, por haver uma compreensão de que a união da equipe se traduz em recompensa no sentido de cooperação, interação e crescimento individual e coletivo com conseqüente melhoria da assistência prestada.

[...] a gente aprende cada vez mais a respeitar os colegas de trabalho (E10);

[...] é uma equipe entrosada e comprometida com o paciente (E9);

[...] em uma equipe multidisciplinar a gente acaba aprendendo um pouco de cada área (E 7);

[...] o trabalho de uma equipe multiprofissional é uma experiência enriquecedora, de multiaprendizado e oportunidade de socializar experiências (E5).

Para compreender o fenômeno de interdisciplinaridade, buscou-se em textos de Japiassu (1976), Almeida Filho (1997) e Stroili (2007), onde se viu que em uma época de tantos questionamentos e de tantos saberes e poderes como a época atual, esses saberes não podem estar desvinculados.

Para Japiassu (1976), primeiro estudioso brasileiro a escrever sobre este tema em seu livro *Interdisciplinaridade e a patologia do saber*, a interdisciplinaridade pode desenvolver uma edificante reorganização do meio científico, se for evocada como atitude científica. E aponta para a ampliação da formação plural dos profissionais, para o questionamento de possível acomodação de cientistas e profissionais baseada em uma leitura parcial de fenômenos e para a atualização dos conhecimentos práticos e teóricos. Esse autor pontua ainda que a interdisciplinaridade por estar tomando uma extensão considerável, merece ser elucidada, tanto em nível dos conceitos, de seu domínio de investigação, quanto em sua metodologia própria e ainda incipiente.

Sobre esse tema, em artigo publicado em 1997, Almeida Filho parte de uma avaliação epistemológica de estudos anteriores Jantsch (1972), Vasconcelos (1996) e Bibeau (1996), para apresentar a definição de disciplinaridade e correlatos, ou seja, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. No sentido contemporâneo o termo *disciplina* implica rigor na atuação, continuidade ou perseverança no enfrentamento de problemas. Etimologicamente o termo *discipuli* é proveniente do latim, inicialmente era utilizado para designar os seguidores de um mestre ou de uma escola, passando em seguida a integrar aqueles que aderiam à filosofia ou a um mesmo modo de pensar. Assim, o termo disciplina significava a ação de aprender, de instruir-se. Posteriormente passou a referir-se a um tipo particular de iniciação a uma doutrina, ou a um método de ensino. Com a organização das primeiras universidades no séc. XIV, a palavra disciplina passou a designar uma matéria ensinada, um ramo particular do conhecimento, o que depois viria a se chamar de ciência (ALMEIDA FILHO, 1997).

Conceitualmente Almeida Filho (1997), designa disciplinaridade como sendo uma estratégia de organização histórico-institucional da ciência, baseada na fragmentação do objeto e numa crescente especialização do sujeito científico. Em uma classificação evolutiva das alternativas de interação e integração de distintos campos disciplinares esse autor apresenta, baseado no esquema Jantsch-Vasconcelos-Bibeau, as definições das seguintes etapas sucessivas:

Multidisciplinaridade é o conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, sem que os profissionais envolvidos estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico. É um sistema que funciona através da justaposição de disciplinas em um único nível, estando ausente uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares.

Pluridisciplinaridade consiste na justaposição de diferentes disciplinas científicas que, em um processo de tratamento de uma temática unificada, efetivamente desenvolveriam relações entre si, podendo existir algum grau de cooperação mútua entre as disciplinas.

Interdisciplinaridade é entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de

poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação destes conceitos, e, dessa forma, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos.

Nesse sentido, mais recentemente, Stroili (2007) refere que a interdisciplinaridade é caracterizada por uma gama de disciplinas que interagem desde a comunicação das idéias até a integração de conceitos, terminologias e procedimentos, preservando, contudo, suas especificidades.

Para essa autora, a interdisciplinaridade se apresenta como uma perspectiva estratégica para a evolução da estruturação do campo da saúde e vai além da integração, embora não prescindida dela, pois pressupõe mudança de postura frente ao objeto de estudo de uma área, exigindo o enfrentamento das convergências e divergências, e a capacidade de reportar-se ao referencial de outra área, o que deve instigar ambas as áreas a reelaborar os seus conhecimentos internos e específicos, assim como a busca de novos conhecimentos e novas alternativas, o que a faz condição essencial para a construção coletiva de um novo saber.

Essas concepções sobre interdisciplinaridade remetem às falas dos colaboradores da presente pesquisa quando estes destacam a importância do trabalho interdisciplinar na equipe do PID.

[...] gosto da diversidade de conhecimento [...] identidade com o trabalho [...] aprendizado de outras áreas (E2);

[...] no trabalho interdisciplinar, a gente vai aprendendo a cada dia com outros profissionais [...] essa oportunidade que a gente tem é muito rica... (E9);

[...] o trabalho em equipe multiprofissional [...] tem sido uma riqueza de conhecimento muito grande [...] (E3).

Retomando Almeida Filho (1997), esse autor propõe uma definição de transdisciplinaridade baseada na possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo. E procura clarificar a proposta

através de um exemplo do campo da saúde coletiva, isto é, do complexo saúde-doença-cuidado, como sendo um daqueles objetos do conhecimento indisciplinados, não-lineares, múltiplos, plurais, emergentes, multifacetados que exigem dos pesquisadores um tratamento substancial e totalizante.

Esse autor se reporta também ao perfil dos atores que serão os operadores transdisciplinares da ciência, como sendo mutantes metodológicos, sujeitos prontos para o trânsito interdisciplinar, transversais, capazes de transpassar fronteiras, à vontade nos diferentes campos de transformações, agentes transformadores e transformantes.

ATIVIDADES DO TRABALHO

Buscando compreender a definição de atividade recorreu-se a Lopes (2002). Essa autora, baseada nas afirmações de Marx (1968) e Leontiev (1978), define atividade como uma unidade de vida mediatizada pelo reflexo psicológico, com a função de orientar o sujeito no mundo objetivo e se dá num sistema de relações sociais. É a atividade sensorial prática, durante a qual os homens se põem em contato prático com os objetos do mundo, experimentam em si a resistência desses objetos e atuam sobre ele, subordinando-se as suas propriedades objetivas.

Vimos, também, o que Luria (1987, p. 21) refere acerca do que significa a atividade humana

[...] a atividade vital humana caracteriza-se pelo trabalho social e este, mediante a divisão de suas funções, origina novas formas de comportamento [...]. O trabalho social e a divisão do trabalho provocam a aparição de motivos sociais de comportamentos. É precisamente em relação com todos esses fatores que no homem criam-se novos motivos complexos para a ação e se constituem essas formas de atividades psíquicas específicas do homem. Nestas, os motivos iniciais e os objetivos originam determinadas ações e essas ações se levam a cabo por meio de correspondentes operações especiais.

Nesse sentido, os profissionais do PID em estudo desenvolvem suas

atividades específicas de cada área, assim como as atividades comuns no momento da visita domiciliar. A visita domiciliar é a atividade que mediatiza a interlocução entre os profissionais e a família e possibilita a efetivação do cuidado em saúde ao doente assistido. Portanto o momento da visita domiciliar é, por excelência, uma ação coletiva de atividades multiprofissionais orientadas pelos saberes específicos, promovendo na ação a interdisciplinaridade. Para kawamoto;Santos;Matos(1995), *visita domiciliar é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativa como assistencial.*

Para Takahashi;Oliveira (2001), a visita domiciliar constitui uma atividade realizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade. Nesse sentido, Souza;Lopes;Barbosa(2004) orientam que a visita domiciliar deve ser direcionada no sentido de promover a educação em saúde e contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida por meio da prevenção de doenças e promoção da saúde.

Considerando que, no trabalho em equipe, há uma flexibilização na divisão de trabalho, retomou-se o entendimento que Peduzzi(1998) expõe sobre flexibilidade, como a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações realizadas, indistintamente, por membros de diferentes campos de atuação. Para essa autora, isso significa dizer que os profissionais executam intervenções próprias de sua respectiva área de atuação, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes de diferentes campos.

Essa flexibilização é necessária ao desenvolvimento do trabalho do PID para que seja garantida a continuidade das atividades, estabelecida em uma rotina considerando frequência temporal, conforme quadro abaixo:

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO

DOMICILIAR

Freqüência	Atividades Comuns a todos os profissionais	Atividades Específicas de cada área de atuação profissional
Diária	-A avaliação do paciente no leito hospitalar; -A avaliação do paciente em seu contexto domiciliar, avaliação da família e a assistência prestada pelos familiares; -Orientações gerais sobre o funcionamento do PID -Admissão e alta -Exame físico	Enfermagem: instalação de sondas, curativos, supervisão do trabalho das auxiliares e técnicas de enfermagem, cuidados gerais de enfermagem.
Semanal	-Orientações gerais sobre o funcionamento do PID -Reunião de equipe (avaliação de cada paciente e a terapêutica a ser instituída) -Pedido de insumos,	Médico: prescrição de medicação, solicitação de exames; Assistente Social: entrevista social; Nutricionista: avaliação e orientação nutricional; Fonoaudióloga: testes fonoaudiológicos; Psicóloga: assistência psicológica; Terapeuta ocupacional: prescrição de cadeira de rodas adaptadas, prescrições de adaptações que auxiliam o paciente na sua independência, manutenção e/ou retorno da capacidade funcional; Fisioterapeuta: orientações ao cuidador sobre posicionamento adequado do doente, modo de transferi-lo da cama para a cadeira e exercícios respiratórios.
Mensal	-Socialização dos resultados mensais da estatística	-Reunião do Grupo terapêutico envolvendo os doentes, os cuidadores familiares e psicóloga; -Consolidação das informações produzidas no dia-a-dia; -Estatística mensal -Elaboração de escalas de serviço
Anual	-Curso de Noções Básicas do Cuidado para os cuidadores; -Oficina anual de avaliação e planejamento;	-Relatório anual das atividades

Fonte: PID/HJPB

6.2.2 MIGRAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Essa categoria subdivide-se em duas subcategorias: *Possibilidades do Cuidado em Saúde no Domicílio* e *Desafios do Cuidado em Saúde no Domicílio*.

Para se abordar a categoria da ***Migração do Cuidado em Saúde***, faz-se necessária uma breve abordagem sobre as concepções do cuidado em saúde.

Waldow (1995) aborda o cuidado no contexto da ciência. Para essa autora, a ciência para o cuidar/cuidado não pode ser neutra em relação a valores humanos, ou seja, não pode manter-se separada ou indiferente às emoções humanas. Desta forma, a base científica do cuidar/cuidado integra tanto as ciências biofísicas como as ciências comportamentais, necessitando, para isso, do reconhecimento e a utilização da abordagem humanística. A ciência para o cuidar/cuidado requer também a análise e a compreensão do significado das ações humanas e dos valores que determinam as escolhas humanas na saúde e na doença.

Waldow (1995) também chama a atenção para o fato de que a necessidade de cuidar/cuidado nos dias atuais é maior do que nunca. No presente estudo, destaca-se que essa necessidade do cuidado no contexto atual vincula-se, em parte, às questões do mundo do trabalho atual e suas implicações na vida e na saúde das populações nos diferentes grupos sociais.

Chama-se a atenção aqui para uma das principais implicações que vêm sendo a incorporação crescente de novas tecnologias e a emergência de novas formas de organização de trabalho, facilitadas, em parte pelo desenvolvimento da tecnologia (MEDEIROS, 2000).

Nesse contexto, grande parte desse trabalho passou a ser desenvolvido no domicílio. Vem ocorrendo, portanto, um fenômeno que a autora do presente estudo denominou *migração do cuidado do espaço público para o âmbito do privado, o domicílio*. Essa migração do espaço de trabalho do público para o privado também vem se delineando como um novo horizonte no trabalho em saúde, trazendo novas perspectivas de inserção para esse mercado e abertura de novos postos de trabalho.

Segundo Lima et al. (2005), o trabalho em saúde é produzido em sua maioria, seja no ambulatório, seja no hospital, seja em unidade de saúde, de forma ainda muito atrelado à complexidade e à tecnologia hospitalar. Porém

essas autoras ressaltam que esse trabalho vem crescendo em espaços diferenciados, como o domiciliar, empresas e outros.

Considerando as transformações do mundo do trabalho atual, Medeiros (2000) refere que o mercado de trabalho em saúde possui características diferenciadas dos demais setores de prestação de serviço, visto que é um trabalho especializado, exigindo autonomia e não submetido ao ritmo serializado e rotineiro.

POSSIBILIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE NO DOMICÍLIO

As possibilidades do cuidado em saúde no domicílio passam, inicialmente, pela necessidade de elaboração de alternativas que apontem para uma condição de atendimento menos onerosa, tanto do ponto de vista tecnológico como também do ponto de vista de gastos financeiros, garantindo, no entanto, um acompanhamento adequado e compatível com a necessidade do doente assistido. Para além da questão financeira, vem se observando que esse cuidado no domicílio pode ser um caminho criativo que vem demonstrando ser, não só uma alternativa viável do ponto de vista econômico, mas também adequada considerando a recuperação do doente, como se pode constatar nas falas a seguir:

[...] o contato com a família a gente vê bem quando ele melhora, que volta a atividade, a família sai daquele ambiente de doença e passa para uma situação de bem estar, de satisfação (E1);

[...] o envolvimento e a participação da família na assistência ocasiona ao paciente uma melhora na recuperação, melhora na humanização e na qualidade de vida (E2);

[...] o paciente quando está hospitalizado a vontade dele é ir para casa, é ter a alta. Aí quando consegue vai melhorar tudo pra ele: a auto-estima, a proximidade da família, e no nosso caso, [os profissionais] ele tem um acompanhamento de uma equipe completa (E4);

[...] com toda certeza é bem melhor quando o paciente está com a

família [...]. O paciente melhora, é diferente o cuidado, o carinho que a família tem com o paciente, a gente tem notado que o paciente tem uma melhora sensível (E11).

Nas falas dos colaboradores, observa-se que, para eles, a migração do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio implica, sobretudo, a prevenção de agravos como as infecções, muito comuns nas internações de longa permanência. Em uma visão mais abrangente do processo terapêutico, esses colaboradores sinalizam com bastante ênfase o ambiente familiar e o cuidado da família, como importantíssimos para o cuidado e o bem-estar do paciente. Há também uma preocupação em relação aos custos operacionais com a assistência hospitalar.

[...] implica na prevenção de agravos dentro do hospital como a própria infecção e também implica em menor custo para o hospital (E10);

[...] eu acho que é o ideal, a gente sabe o risco de infecção que o paciente internado tem, acho que você tirar para o domicílio quando tem uma assistência abrangente do que ele necessita como é no caso do PID, aí bom, é excelente!(E8);

[...] o tratamento do paciente no domicílio só traz benefício para o paciente, e para a família também, porque o paciente está sendo cuidado junto da família, é o ambiente dele e tem a questão da infecção que no hospital eles contraem.. (E1);

[...]. acho que a assistência deveria sair o mais rápido possível do hospital. Primeiro pela questão de infecção, segundo pelo ambiente familiar. O ambiente familiar implica diretamente na resposta ao tratamento, porque o paciente está na sua casa, com o apoio de sua família, o hospital deixa o paciente meio para baixo, porque às vezes ele está do lado de um paciente que está gritando (E6).

O retorno para o domicílio com a segurança de saber que o tratamento iniciado no hospital vai ter continuidade, parece se constituir em um motivo de bem-estar, de restauração da força interior do paciente para vencer a doença. O reencontro com o espaço de morada e com as pessoas do convívio habitual confere ao paciente segurança pela familiaridade com seu mundo subjetivo e seu entorno.

[...] eu vejo um lado muito bom do atendimento no domicílio, está no

domicílio dele, junto da família, ajuda na recuperação, sai do ambiente hospitalar que não favorece muito, quando ele chega em casa tem a idéia de que está melhor, ele volta para o quarto dele, para junto das coisas dele, então eu acho que isso é uma coisa boa (E9);

[...] muito benéfico em todos os aspectos, primeiro ninguém gosta de estar em hospital, todo mundo quando está no hospital tem vontade de voltar para sua casa, para sua cama, para o seu ambiente que você está acostumado[...] e a segurança com a atuação não só do médico, mas de toda equipe, de você saber que para qualquer coisa pode dá uma orientação, ele pode ser transferido para o hospital, ele pode ser socorrido; Eu acredito que dá um certo bem estar (E5).

A dimensão educativa é desenvolvida junto aos cuidadores familiares, nas várias ocasiões de encontro entre estes e os profissionais. Por um lado, através de Cursos de Noções Básicas sobre o Cuidado, em momentos específicos programados; em outros momentos, através de orientações individualizadas às famílias, por ocasião das visitas domiciliares. Esse processo educativo contínuo de troca de informações e aprendizado coletivo se traduz em um aprimoramento do conhecimento desses cuidadores e da equipe assistente, resultando em uma autonomia que se reflete na qualidade do cuidado assistencial e conseqüentemente na melhora do quadro clínico do doente.

*[...] eu acho que é uma grande ajuda para a família que sai do hospital sem nenhuma experiência de como cuidar de uma pessoa doente [...]
(E7);*

[...] eu acho que o PID [...] é um grande diferencial no sentido de que o paciente sai do hospital sabendo que vai ter uma continuação da assistência, porque antes ele podia até sair numa situação de necessitar de cuidados, mas que ia depender de uma família leiga que não tinha orientação e nesse sentido eu gostaria também de citar a questão dos cursos de cuidadores que o PID vem desenvolvendo [...] e realmente tem feito muito bem, as pessoas colocam que esses cursos, que são de noções básicas, mas eles estão ajudando a família a cuidar melhor do seu familiar (E3);

*[...] o PID faz um trabalho muito bom de orientação que facilita demais para o cuidador, como muitas vezes a gente vai lá e a pessoa diz: **olha eu nem sabia que isso existia, se eu soubesse ele já estaria melhor** (E9).*

A autonomia, para Castoriadis (1982), é a instauração de uma outra relação entre o discurso do outro e o discurso do sujeito e não a eliminação pura

e simples do discurso do outro. Esse autor ressalta que, na elaboração desse discurso, em que o outro não é material indiferente, porém conta para o conteúdo do que ele diz que uma ação intersubjetiva é possível e que não está fadada a permanecer inútil ou a violar, por sua simples existência, o que estabelece como seu princípio.

É por isso que pode existir uma política de liberdade e que não se fica reduzida em uma ação intersubjetiva, a escolher entre o silêncio e a manipulação. Na concepção de Castoriadis (1982), não se pode ao mesmo tempo desejar a autonomia sem desejá-la para todos e que sua realização só pode conceber-se plenamente como empreitada coletiva, ou seja a autonomia tem, aqui, o sentido de superação de todas as formas de alienação.

Nesse sentido, o PID se apresenta com potencial para estabelecer uma relação de caráter educativo em um processo de negociação socialmente construído sem perder de vista o conhecimento pré-existente dos cuidadores, conformando um conhecimento *novo* nascido de uma relação de hombridade e respeito em um ambiente que lhe é próprio, que é o domicílio, evitando-se portanto, a importação de um modelo de relação de fabricação hospitalar.

Esse componente emerge como algo novo, *instituinte*, visto que rompe com o modelo *instituído* do saber/fazer do ambiente hospitalar; remete aqui à dimensão da História Nova neste estudo, considerando que é uma história atual feita por sujeitos comuns construindo a partir deles, algo próprio, do qual todos têm autonomia nas relações estabelecidas.

DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE NO DOMICÍLIO

A despeito dos benefícios evidenciados pelos colaboradores deste estudo em relação ao cuidado em saúde no domicílio, verifica-se a existência de um *outro lado* que, a princípio, não se revela, mas que a partir das experiências com essa prática assistencial, esse *outro lado* vai se delineando e precisa ser ressaltado, haja vista que, por vezes, se traduz em dificuldades para a efetivação da assistência planejada para determinados doentes, correspondendo, portanto, à

segunda subcategoria da Migração do Cuidado em Saúde. Ressalta-se a importância dessa dimensão, como contraponto à discussão anterior referente às possibilidades desse cuidado.

[...] claro que se encontram alguns entraves, por exemplo, nem sempre a gente tem um cuidador que assuma o paciente como deveria (E8);

[...] tem famílias que são desajustadas, mas tem sempre alguém que se interessa, tem um vizinho... (E1);

[...] bem melhor quando o paciente está com a família, embora no caso não sejam todas as famílias, é importante registrar isso (E11);

[...] por outro lado tem as famílias que são problemáticas o paciente está ali vendo os conflitos da família [...] (E2).

Entre a família e a equipe assistente se pressupõe uma relação de confiabilidade e crédito de ambas as partes. Poder-se-ia dizer uma relação de parceria, uma vez que o trabalho da equipe acontece em nível de visita ao domicílio, e ao cuidador, e, por vezes, ao doente, são feitas as orientações inerentes ao cuidado necessário para a recuperação clínica do doente. Constatase então, que um descompasso entre as partes envolvidas se constitui em um desafio a ser considerado.

[...] você tem que entender que nem sempre as suas orientações, muitas vezes, ele não está fazendo e essa situação pode, de repente, gerar uma piora do quadro desse paciente. Então hoje eu avalio principalmente isso, é uma coisa que a gente faz, mas que em relação a supervisão tem se tornado um pouco complicado (E3).

Sobre esse aspecto, em conversa posterior à gravação da entrevista, mas que ficou registrado no caderno de campo, uma das colaboradoras (E1), afirmou que acredita que em algumas famílias o sofrimento, as dificuldades financeiras e o cansaço do dia-a-dia contribuem ou determinam, algumas vezes, o desinteresse de algumas famílias em relação ao cuidado e às orientações da equipe assistente.

Para Medeiros (1995), no cotidiano, há formas de aproximação do contínuo

saúde/doença mais coerentes com as condições de existência individual e coletiva dos grupos e classes sociais em uma dada sociedade. A dificuldade de incorporar/assimilar os conhecimentos básicos de saúde no cotidiano por parte das classes populares é devido, por um lado, às suas condições reais de existência (pobreza, falta de saneamento, má alimentação), associados a essas limitações têm-se o analfabetismo, falta de acesso à oferta de serviços de saúde e educação, entre outros. Há que se investigar como se articulam as percepções e as formas de lidar com a saúde no cotidiano dos grupos e classes sociais.

Daí a importância de se lançar um olhar sobre a vida privada e a saúde. A vida privada não quer dizer a vida privada em oposição à vida pública. Tampouco a chamada vida profana em oposição ao mais nobre mundo oficial, *na cotidianidade vive tanto o escriturário como o imperador* (KOSIK, 1989, p.69).

É no contexto da cotidianidade que se inserem os atos e os modos de cuidar da saúde de cada pessoa, de cada individualidade e de cada grupo social em suas relações com a sociedade. Nesse sentido, delinear os limites do público e do privado parece necessário, particularmente para que se possa relacionar com a vida cotidiana: o cotidiano aqui não deve ser interpretado como individualidade pinçada de forma ahistórica, descontextualizada da formação social da qual está inserida.

Para Heller (2000), filósofa húngara, nascida em 1929, que pertenceu à Escola de Budapeste e atualmente vive nos EUA, em Nova York, onde é professora de Filosofia na New School Social Research, a vida cotidiana é a vida do homem inteiro, ou seja, o homem participa da vida cotidiana com todos os aspectos da sua individualidade, de sua personalidade. No cotidiano, esse homem inteiro coloca em funcionamento todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideais e ideologias. Embora todas as capacidades estejam em funcionamento, o homem na sua vida cotidiana não realiza com intensidade nenhuma dessas capacidades. O homem em sua cotidianidade, para essa autora, é ativo e ao mesmo tempo receptivo em suas atividades, com aspectos diversificados e em gradações diferenciadas em relação ao conteúdo, significações e importância nas atividades e modos de expressão.

Essa autora ressalta também que, em qualquer sociedade, o

amadurecimento do homem é reconhecido como a aquisição das capacidades e habilidades necessárias e imprescindíveis para a vida cotidiana na sociedade, momento em que o homem está apto a manipular as coisas do seu meio ou reproduzir comportamentos inerentes à sua comunidade. Portanto, é adulto quem é capaz de viver por si mesmo na sua cotidianidade.

Considerando essas afirmações infere-se que a equipe assistente, que lida com o homem na sua cotidianidade, precisa estar atenta para identificar o nível de receptividade, de compreensão e de aptidão do cuidador e do doente para interagir no processo assistencial. E ser capaz de despertá-los para uma participação ativa, de troca recíproca e desalienante, que aponte para uma condição em que sejam eles (cuidador e doente) capazes de identificar os sinais de melhora clínica a partir de sua interação com a equipe no processo de cuidar.

Verifica-se, também, que há um confronto cultural que precisa ser reconhecido para que se transforme, não em impedimento para o trabalho, mas em uma interlocução de subjetividades e valores, em um nível de respeito às alteridades. Alteridade, neste estudo, é visto como a aceitação do diferente, entendendo o outro como outro, em sua condição de diferente do sujeito que o vê.

[...] é a gente perceber que está conhecendo aquela história da família de hoje, e essa família tem toda uma história junto disso, principalmente uma história social que alguns momentos têm atrapalhado muito a evolução do tratamento[...]. A adesão a esse tratamento, a essas orientações[...] não é fácil a gente mudar[...] um perfil de uma pessoa que, vamos dizer, está com setenta anos e de repente acreditou até hoje numa coisa e você chegar e mudar isso aí ..! mas como a equipe trabalha em conjunto, então eu acho que a gente tem conseguido fazer um bom trabalho[...] (E3);

[...] a equipe vai adquirindo maturidade (E3);

[...] é muito bom você poder fazer um trabalho conhecendo o domicílio da pessoa, aí você vai voltar o seu trabalho baseado no que realmente aquela pessoa tem de estrutura (E3).

Vale salientar que no domicílio não há recursos específicos do aparato hospitalar, considerados importantes para atender adequadamente ao doente. Tais dificuldades se constituem em desafios para a equipe assistente.

[...] a questão de não ter uma cama específica, uma aparelhagem específica, em casa não tem essa condição (E2);

[...] o domicílio não tem outros recursos que o hospital oferece (E9);

[...] eu gostaria de contar com uma estrutura melhor em relação a instituição, assim a questão de alguns exames, algumas dosagens pro idoso [...] por exemplo de algumas vitaminas, quando tem um idoso muito desnutrido a gente não tem um local aonde fazer, tem uns exames que são válidos como triglicerídeos, colesterol, glicose, mas assim algumas dosagens que a gente não tem acesso [...] (E3);

[...] são dificuldades de medicação, dificuldades de materiais, um aparelho as vezes que falta, até mesmo uma coisa simples um tensiômetro que falta [...] (E5).

Nessa discussão de subjetividades e intersubjetividades, as formas de cuidado em saúde no cotidiano passam necessariamente pela negociação, tendo a equipe que ter sempre o cuidado de levar em consideração as alteridades em jogo nesta negociação. Por sua vez, os profissionais de saúde com suas interfaces disciplinares, que em si já se constitui uma forma de cuidado coletivo parcelado e partilhado de forma negociada, sob a égide da interdisciplinaridade.

Trabalhar essa interdisciplinaridade, segundo os colaboradores, representa um dos maiores desafios, e também, um dos maiores avanços no trabalho em equipe: este elemento é responsável por grande parte do trabalho bem-sucedido, consubstanciando um dos sinais do *novo* que se vislumbra nesse processo de migração do cuidado em saúde no PID.

Há, por outro lado, a relação com as estruturas institucionais, uma faceta dessa alteridade que passa pelas políticas de saúde nas suas dimensões micro e macro estruturais. A dimensão micro diz respeito à Instituição na qual a equipe encontra-se vinculada e que lhe garante o apoio logístico e a estrutura para funcionamento. Porém essa instituição está, por sua vez, vinculada a uma macro estrutura que comporta a rede de serviços e suas subdivisões no município, no estado e sua relação com a União, através do Ministério da Saúde - MS. É no âmbito da macro estrutura que se verifica um distanciamento entre as equipes do PID que atuam nos demais hospitais da rede pública pertencentes à Secretaria de Estado da Saúde – SESAP.

[...] a gente deveria ter coisas que todos nós fizéssemos da mesma forma, porque na verdade eu acho que criam-se pequenos PIDs, que faz parte de um grupo grande, mas que se tivesse maior integração eu acho que funcionaria melhor, profissional, socialmente, até de intercâmbio cultural, eu acho que seria muito válido para o PID enquanto PID instituição digamos assim (E8).

Considerando a fala da colaboradora E8, constata-se que existe a necessidade talvez de uma maior intercomunicação do PID em nível de SESAP, no próprio Estado, na perspectiva de se estabelecer algumas padronizações que possam dinamizar o trabalho e, simultaneamente, possibilitar uma melhor articulação e troca de experiências. Esse tipo de estratégia garantirá um maior fortalecimento da proposta de trabalho, além de contribuir para sua expansão em outras dimensões dos serviços de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Considerando-se a necessidade de elaboração de um último capítulo para as análises conclusivas deste estudo, buscou-se no referencial teórico da História Nova uma conexão com a vivência do trabalho do PID, para uma melhor compreensão das narrativas dos colaboradores entrevistados.

A História Nova trata de *uma história particularmente sensível às diferenças* (Le Goff, 2005 p.60). Aberta para as maneiras de ver e de pensar as coisas do mundo. Aberta aos sentimentos e as crenças. É nessa História do cotidiano e do concreto, identificada nas narrativas dos colaboradores, que se pode constatar e concluir que a história do PID é uma história aberta a novas possibilidades e novas maneiras de ver e de pensar a saúde e o cuidado dentro de outra forma de ver o mundo: sob uma nova ótica, a ótica dos cuidadores e dos doentes em seus contextos familiares e seu entorno.

As questões essenciais da História Nova permitem situar a essência das possibilidades e dos desafios do PID, em seus enfrentamentos cotidianos.

Para a efetivação da análise desse estudo, foi procedida à categorização dos temas abordados a partir das falas dos colaboradores em duas categorias: **EXPERIÊNCIA NO PID e MIGRAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE**. A primeira

categoria subdivide-se em três subcategorias: *Motivação no Trabalho*; *Satisfação no Trabalho* e *Atividades no Trabalho*.

Para o ingresso no PID, verificou-se que a *Motivação* está relacionada à identificação com o trabalho, pois confere segurança e facilita uma adaptação mais rápida, resultando em uma melhor produtividade e qualidade do trabalho. Outra motivação identificada foi a acomodação de conveniências pessoais, tais como: a possibilidade de flexibilidade e adequação no horário de trabalho com outros vínculos empregatícios e a oferta de uma remuneração salarial compatível com a jornada especial hospitalar que resultem em benefícios à sua vida particular.

A subcategoria *Satisfação no Trabalho* identificou o *trabalho em equipe multiprofissional* como o maior responsável pela satisfação dos colaboradores no trabalho. Constata-se, também, que a interdisciplinaridade oferece muitas oportunidades para o crescimento profissional, aprendizado, respeito aos demais integrantes da equipe e com os doentes atendidos.

Quanto às *Atividades do trabalho*, os colaboradores desenvolvem suas atividades específicas de cada área, assim como as atividades comuns no momento da visita domiciliar. A visita domiciliar é a atividade que mediatiza a interlocução entre os profissionais e a família e possibilita a efetivação do cuidado em saúde ao doente assistido. Portanto o momento da visita domiciliar, é por excelência, uma ação coletiva de atividades multiprofissionais orientadas pelos saberes específicos, promovendo na ação a interdisciplinaridade.

A segunda categoria **Migração do Cuidado em Saúde** subdivide-se em duas subcategorias: *Possibilidades do Cuidado em Saúde no Domicílio* e *Desafios do Cuidado em Saúde no Domicílio*.

As *Possibilidades do Cuidado em Saúde no Domicílio* implicam, sobretudo, a prevenção de agravos e permite uma visão abrangente do processo terapêutico. O ambiente familiar e a aproximação da família são vistos como excelentes aliados para o cuidado e o bem-estar do doente. Verifica-se, também, uma preocupação em relação aos custos operacionais com assistência hospitalar e o enfoque educativo da assistência, que resulta em uma autonomia que se reflete na qualidade do cuidado assistencial e conseqüentemente na melhora do quadro clínico do doente.

A subcategoria denominada de *Desafios do Cuidado em Saúde no Domicílio* identificou que, em algumas famílias, o sofrimento, as dificuldades financeiras e o cansaço do dia-a-dia, dificultam em relação ao cuidado e às orientações da equipe assistente. Identificou-se também que há um confronto cultural que precisa ser reconhecido para que não se transforme em impedimento para o trabalho, mas em um nível de respeito às alteridades envolvidas. Por último, são referidas como dificuldades, e se constitui em desafios para a equipe assistente, a ausência de alguns recursos que fazem parte do aparato hospitalar, considerados importantes para o melhor atendimento ao doente.

Constata-se, portanto, a confirmação do pressuposto que, inicialmente, norteou esse estudo: *O cuidado em saúde no domicílio favorece a recuperação do doente porque permite-lhe o reencontro com o seu ambiente familiar e a sua vida cotidiana, ao mesmo tempo que potencializa a instituição de um novo modelo de cuidar em saúde.*

Quanto ao primeiro objetivo proposto pelo estudo – analisar as possibilidades e desafios da migração do cuidado do espaço hospitalar para o espaço do domicílio – constatou-se o seguinte:

- Diante da situação encontrada, é possível inferir que as repercussões oriundas do envelhecimento da população têm proporções bem maiores no cotidiano das pessoas e em particular demanda mais atenção dos serviços de assistência à saúde, constituindo-se, portanto, no primeiro desafio. Embora o PID seja considerado uma iniciativa muito válida e exitosa do ponto de vista dos resultados positivos na resolução de problemas e na atuação de equipes multiprofissionais, observa-se que o município e o estado do RN ainda precisa ampliar esses serviços e dispor de uma capacidade de cobertura bem maior.
- Há, também, uma preocupação relativa aos altos custos operacionais com a assistência hospitalar. Cabe aqui considerar que o PID apresenta uma redução de custos em relação ao Serviço Hospitalar, e ao mesmo tempo apresenta resultado como a prevenção de agravos. Além disso, esse Serviço prima pela manutenção da capacidade funcional máxima do doente, e está em sintonia com as demandas contemporâneas, devendo receber uma atenção singular no incremento das políticas públicas de

saúde. Constitui-se, portanto, como uma possibilidade bastante viável de cuidado em saúde com excelentes perspectivas de crescimento, considerando-se a transição demográfica, o envelhecimento da população e respectiva necessidade de cuidados domiciliares. Para além dessa questão, há que se considerar as perspectivas da migração do trabalho em geral, no contexto do mundo do trabalho atual, com o avanço da tecnologia, principalmente o avanço do chamado mundo virtual. Por esse lado, o PID constitui-se em novo campo de abertura de postos de trabalho.

- Ressalte-se aqui a situação de pobreza, o analfabetismo, o abandono e a exclusão dentro do próprio ambiente familiar que acometem muitos idosos. Esses fatores contribuem para o agravamento do quadro de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida dessas pessoas. Nas falas dos colaboradores, nos momentos gravados e nas conversas informais, registradas no caderno de campo, pode-se constatar os casos de dificuldade de vinculação de um cuidador familiar. Há também casos de dificuldade de definição de cuidador no domicílio. Casos são constatados em que ocorreram conflitos, em determinados momentos da vida, entre o doente e os familiares e estes, na ocasião presente, se omitem assumir responsabilidades por esse doente. Nesse sentido é imperiosa a necessidade de um repensar de novas abordagens de assistência à saúde e novos enfoques por parte das políticas públicas destinadas a esse extrato populacional;
- A aproximação com a literatura pertinente ao tema estudado, a experiência vivida em diferentes momentos da vida profissional e o desenvolver desse estudo permitem a autora acreditar que o PID, por ser capaz de incorporar novos valores ao modo de cuidar em saúde, se apresenta como um instrumento a ser considerado na revisão de um conceito mais abrangente do processo saúde-doença. Produz um conhecimento de *tipo novo*, como refere Almeida Júnior (1997) sobre a transdisciplinaridade. Nesse sentido, infere-se que esse conhecimento de tipo novo produzido coletivamente por sujeitos comuns em sua vivência *cotidiana*, contempla elementos essenciais da História nova: uma história construída no cotidiano e aberta sempre a mudanças.

Quanto às formas de atuação do cuidado interdisciplinar da equipe multiprofissional no espaço domiciliar, correspondente ao segundo objetivo deste estudo, vale destacar:

- A migração do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio implica, sobretudo, a prevenção de agravos como as infecções, muito comuns nas internações de longa permanência. Para além do enfoque do processo terapêutico biomédico, verificou-se que o cuidado em saúde no domicílio amplia e potencializa as possibilidades de recuperação do doente, pela ação terapêutica do ambiente familiar e da aproximação com o seu mundo particular e pela oportunidade do doente ser cuidado por uma equipe multiprofissional interagindo de forma muito mais próxima e problematizadora sobre a realidade concreta;
- Por outro lado, no domicílio não se dispõe de recursos que fazem parte do aparato hospitalar, que são necessários para o melhor atendimento do doente. Essa é uma limitação inicialmente, porém em médio e longo prazos vem emergindo como um diferencial de mudanças e abertura de novas fronteiras para a construção e consolidação de uma nova forma de cuidado em saúde. Foi identificada como uma importante aliada na atuação da equipe multiprofissional a relação negociada e a busca conjunta de estratégias de superação dos problemas junto às famílias.
- Foi identificada uma preocupação na atuação da equipe multiprofissional, quanto a *não reprodução no espaço domiciliar* da forma de cuidado hospitalar com todo seu aparato. Essa preocupação foi justificada pelos colaboradores entrevistados, principalmente durante as conversas informais como forma de não criar dependências na família do doente, visto que as condições do domicílio são diferentes.

Quanto ao terceiro objetivo proposto no estudo, conhecer as histórias dos profissionais da equipe multiprofissional sobre a trajetória vivenciada na transição entre o *instituído* e o *instituinte* nas formas de cuidado domiciliar no PID, considerando-se a teoria da História Nova (Le Goff, 2005), esse *conhecimento* foi problematizado e visto na perspectiva de história movimento na evolução das transformações:

- A partir das falas dos colaboradores entrevistados, das consultas ao

caderno de campo e do diálogo com os autores, foi problematizada a trajetória vivenciada no processo de transição entre a forma de cuidado *instituído*, correspondente ao arsenal técnico-científico e de suporte estrutural da instituição hospitalar em estudo, para o *instuinte*, correspondente ao espaço domiciliar. Essa discussão passou necessariamente pelas questões das subjetividades e das intersubjetividades, chegando-se à conclusão de que as formas de cuidado em saúde no cotidiano são mediadas pela negociação, tendo a equipe que ter sempre o cuidado de levar em consideração as alteridades envolvidas nesse processo.

- Foi constatado que essa negociação foi bastante beneficiada pelo fato do trabalho ser desenvolvido em equipe junto à família e ao doente. E que esse processo de trabalho, apesar de ser coletivo e parcelado como o trabalho hospitalar (*instituído*), mostrou-se mais aberto às mudanças e interdisciplinar, com uma visão maior de comunicação entre os pares e não, apenas, o resultado de um trabalho realizado por uma equipe agrupamento, sem uma ação comunicativa, conforme Peduzzi (1998).
- Foi constatado, também, que para haver a transição entre o *instituído* e o *instuinte*, além da negociação entre a equipe, a família e o doente, há ainda a relação com as estruturas micro e macro da rede de serviços de saúde. A dimensão micro diz respeito à Instituição na qual a equipe encontra-se vinculada e que lhe garante o apoio logístico e a estrutura para funcionamento. Essa instituição, por sua vez, está vinculada a uma macro estrutura que comporta a rede de serviços e suas subdivisões no município, no estado e sua relação com a União, através do Ministério da Saúde - MS. Foi observado, através das falas dos colaboradores, que, na macro estrutura, ainda existem aspectos que necessitam ser melhorados para uma melhor dinamização do trabalho desenvolvido pelo PID no estado do RN, e na sua articulação como política de saúde. Há um distanciamento entre as equipes do PID que atuam nos demais hospitais da rede pública pertencentes à SESAP e em relação à Portaria Ministerial nº 2.529, de outubro de 2006, que estabelece as diretrizes e orienta a implantação do PID nos estados da Federação.

- Finalmente, concluiu-se que o espaço do domicílio estabelece suas normas internas de convivência e preserva costumes próprios tendo, portanto, uma dimensão de um universo *instituído* próprio, diferente do *instituído* no hospital, com suas normas, rotinas e protocolos. Essa dimensão *instituída* do domicílio, através do diálogo de alteridades, com autonomia de todos, irá emergir a dimensão *instituinte*. Esse confronto de racionalidades passa a gerar algo *novo*, diferente do modelo de cuidado tipicamente hospitalar e também da forma cotidiana e conhecida da família, de lidar com a doença e o doente, mas um conhecimento híbrido, de *tipo novo*, resultado de uma atendimento pautado pelo respeito e confiança recíproca.

RECOMENDAÇÕES

- Ampliação do PID para outras cidades do RN e sua articulação com outros serviços de saúde no estado e no país.
- Reforço da necessidade de se trabalhar em equipe em outros serviços de saúde tendo o PID como referência de experiência exitosa.
- Considerando-se a importância de se trabalhar com as alteridades, deverão ser implementadas estratégias para reforçar e manter um processo educativo contínuo para garantir junto às equipes e ao doente e seus familiares, uma relação de aprendizado coletivo e de parceria no cuidado ao doente de forma negociada, respeitando as diferenças socioculturais, mas com autonomia de todos os envolvidos.
- Considerando a aceleração da transição demográfica com o envelhecimento da população, faz-se necessário e urgente um repensar de novas abordagens de assistência à saúde e novos enfoques por parte das políticas públicas destinadas à pessoa idosa.

8 REFERÊNCIAS

ADAMS, J. O trabalho em equipe e a criatividade. In: Oliveira, Milton de. **Energia Emocional** – Base para Gerência eficaz. São Paulo: Makron Books, 1997.

ALMEIDA, M. I. Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no Programa de Saúde da Família. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 25, n. 2, p. 227-235, jul. / dez. 2003.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. ½, p. 5-20, 1997.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**: ensaios sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

AUGUSTO, I.; FRANCO, L. H. R. O. Aspectos históricos da assistência de enfermagem domiciliar. **Laes Haes** 1980; 1(5): 50-52.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 10.424 de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à lei 8080, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF), 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF), 2006.

BURKE, P. **Escola de Annales (1929-1989)**: a revolução Francesa da Historiografia. São Paulo: Fundação Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

CAMPOS, R. M. **Satisfação da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) no ambiente de trabalho**. Natal, 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

FALCÃO, A. H. "Home-Care": uma alternativa ao atendimento da saúde. **Revista de Medicina**, v. 2, n. 7, jul. / ago. / set., 1999.

FERNANDES, S. M. B. de A. **Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual**: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras de uma instituição hospitalar pública – Natal / RN. Natal, 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Aurélio** O Dicionário da Língua Portuguesa Século XXI. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

GUIMARÃES, J. **Sobre a criação do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto**: outras raízes de uma história. Ribeirão Preto, 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1997.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. Rio Grande do Norte, 2005.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Bem-Estar, pobreza e desigualdade de renda**: uma avaliação da evolução histórica e das disparidades regionais – 1997. Rio de Janeiro, 1997.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003.

KAWAMOTO, E. E.; Santos, M. C. H.; Matos, T. M. **Enfermagem Comunitária: visita domiciliária**. São Paulo: EPU, 1995.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 5. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

LE GOFF, J. **A História Nova**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LIMA, R. de C. D. et al. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. **Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 63 – 67, mai. / ago. 2005.

LOPES, J. I. P. **A atividade laboral como elemento constituinte da consciência humana**: Um estudo na Companhia São Geraldo de Viação. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

LÓPES PERONA, F. Qué es la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y la introducción a su gestión. Enfermería Global. **Revista Eletrônica Semestral de Enfermagem**, n. 3, nov. 2003. Disponível em: <www.um.es/eglobal>. Acesso em: 29 mai. 2007.

LURIA, A. R. **Pensamento e linguagem**: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MACÊDO, M. L. A. F. de. **Trabalho noturno em saúde**: histórias de mulheres trabalhadoras de enfermagem. Natal: 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B. Satisfação e Saúde no Trabalho - aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. de Psicologia Social do Trabalho**. Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo: vol.6 Dez. 2003.

MAZZA, M.M.P.R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. **Rev. Bras. de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: USP. jul. / dez. 1994. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/MAZZA.HTM>. Acesso em: 20/04/2006.

MEDEIROS, M. S. **Formas de conhecimento em saúde**: confrontos e viabilização em uma prática de educação em saúde. João Pessoa, 1995.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, 1995.

_____. **As novas formas de organização do trabalho na terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde:** estudo em Natal/RN. Ribeirão Preto, 2000. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

MEDEIROS, S. M. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força do trabalho em saúde em Natal. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 399 – 409, 2004.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual da História Oral**. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

MENDES, W. **Home Care:** uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MINAYO, M.C. de S, **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em Saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

PAPALÉO NETO, M.; YUASO, D.R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. In: _____. **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Ed. Loyola, 2006. p.159 – 286.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: v. 35, n. 1, fev. 2001.

_____. **Equipe multiprofissional em saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, 1998.

PEREIRA, M. J. B. et al. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, nov. / dez. 2005. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 20 jun. 2007.

PITTA, A. M. F. **Hospital:** dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 10, supl. 0, set. / dez. 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROUBICEK, J. et al. Servicio de internación domiciliaria para pacientes con enfermedades agudas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 6, n. 3, set. 1999. Disponível em: < www.scielosp.org/pdf>. Acesso em: 29 mai. 2007.

SÁ, L. D. **Parahyba: uma cidade entre miasmas e micróbios**. O Serviço de Higiene Pública, 1895 a 1918.: Ribeirão Preto, 1999. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Pulo, 1999.

SANTOS, E.M. dos; KIRSCHBAUM, D.I.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008; 10(1). Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1> >, Acesso em 10 abr. 2008.

SANTOS, L. Da Reforma do estado à Reforma da Gestão Hospitalar Federal: Algumas Considerações. **Fórum Sul da Saúde**. Campinas, 2006. Disponível em:< www.fss.ogr.br >, Acesso em: 05 mar. 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL MEIO AMBIENTE E URBANISMO. **Anuário de Natal 2005**. Natal, 2005.

SOTO, C de la C. S. et al. Aspectos bioéticos del ingreso domiciliario. **Revista Cubana de Enfermeria**, Ciudad de la Habana, v. 18, n. 1, ene. / mar. 2002.

SOUZA, C. R; LOPES, S. C. F; BARBOSA, M. A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da Universidade Federal de Goiás**, v. 6, n. especial, dez. 2004. Disponível em: <www.proec.ufg.br>. Acesso em: 07 fev. 2007.

STROILI, M. H. M. Saúde mental na formação do psicólogo. **Revista Educação Temática Digital**. Campinas, v. 8. n. 2, p.278-294, 2007.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: **Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília (DF), 2001.

THOMPSON, P. **A voz do passado** História Oral. Trad. Lólio Lourenço de Oliveira. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

TORRE, I. S. et al. Ventaja Del ingreso em el hogar como forma de atencion ambulatoria. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 14, n. 3, p. 494-498, set. / out. 1998.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 705-715, maio / jun. 2003.

VERAS, S. V. D. **Aumento da jornada de trabalho**: qual a repercussão na vida dos trabalhadores de enfermagem? Natal, 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2003.

WALDOW, V.R. Cuidar/Cuidado: O domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. A enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WANDEN-BERGHE,C. et al. Desnutrición em los enfermos de Hospitalización a Domicilio. **Nutrición Hospitalaria** (versión impresa), v.21, n.1, Madrid: ene-feb, 2006.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Campus Universitário, s/n, BR 101, Lagoa Nova – Natal/RN - CEP 59072-970

Fone/fax: (84) 3215-3196 / E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada **A migração do cuidado em saúde: do hospital para o domicílio**, que é coordenada pela Prof^a. Dr^a. Soraya Maria de Medeiros e a coleta de informações será feita por Maria de Fátima Medeiros Saldanha, mestranda no programa de Pós-Graduação de Enfermagem.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Essa pesquisa procura analisar as possibilidades e desafios da migração do cuidado em saúde do espaço hospitalar para o espaço domiciliar no Programa de Internação Domiciliar-PID, em Natal/RN.

Caso decida aceitar o convite, você participará respondendo a um roteiro de entrevista semi-estruturado. Ao participar desta pesquisa você estará contribuindo para o aprofundamento do conhecimento de uma modalidade assistencial em construção em nosso estado, cuja maior beneficiada é a comunidade.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e o seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Caso você tenha algum gasto que seja devido a sua participação na pesquisa, você será ressarcido(a), caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente dessa pesquisa, você terá direito à indenização. As referidas despesas ficarão sob responsabilidade da pesquisadora responsável e da instituição.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente a coordenadora Dr^a. Soraya Maria de Medeiros, que é Professora do Departamento de Enfermagem/UFRN. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP-UFRN pelo telefone 3215-3135 ou pelo end: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Cep. 59072-970.

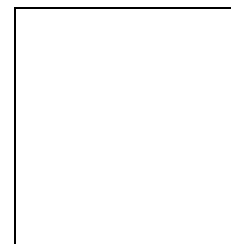
Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da mesma.

Natal, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Colaborador:

Assinatura da Pesquisadora



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário sn – Lagoa Nova, Natal/RN
Cep. 59072-970, Fone 3215 3196

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DO PID**

PARTE I

- 1) Nome da pesquisa: **A migração do cuidado em saúde: do hospital para o domicílio.**
- 2) Nome da Orientadora da pesquisa: Prof^a. Dr^a. Soraya Maria de Medeiros.
- 3) Mestranda: Maria de Fátima Medeiros Saldanha.
- 4) Data da Entrevista: _____/_____/2007.
- 5) Início da entrevista: _____ Término da entrevista _____
- 6) Identificação dos (as) Entrevistados (as):
 - Sexo: _____ Idade: _____
 - Estado civil _____ Categoria _____

Parte II

- 1) Pergunta geradora: Fale um pouco sobre sua experiência no PID.

OBS: Após a exposição espontânea do informante, o entrevistador observará o que não ficou explicitado devidamente e complementarará com as perguntas a seguir, caso sejam necessárias:

-Há quanto tempo você trabalha no PID?

-Você já teve outra(s) experiência(s) de trabalho de assistência no domicílio? Qual?

-Quais os motivos que levaram você a trabalhar no PID?

-Fale sobre as atividades que você realiza no PID.

-Como você avalia a sua atuação na equipe do PID?

- 2) Pergunta geradora: para você, quais as implicações da migração do cuidado do espaço de atuação profissional do hospital para o domicílio do paciente?

OBS: Após a exposição espontânea do informante, o entrevistador observará o que não ficou explicitado devidamente e complementarará com as perguntas a seguir, caso sejam necessárias:

-Quais as dificuldades que você identifica no desenvolvimento do cuidado no domicílio?

-Quais as possibilidades que você observa no trabalho do PID que podem contribuir para melhoria da qualidade da assistência oferecida ao paciente e sua família?

- Fale sobre o que você mais gosta e o que menos gosta no trabalho do PID envolvendo o seu trabalho e a equipe.

Obrigada pela colaboração