

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM
SAÚDE COLETIVA

VASCO GOMES DE ALBUQUERQUE CÉSAR

RELAÇÕES DE CUIDADO ENTRE USUÁRIOS E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE: AVALIAÇÃO
QUALITATIVA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR

Recife

2014

VASCO GOMES DE ALBUQUERQUE CÉSAR

**RELAÇÕES DE CUIDADO ENTRE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE
SAÚDE: AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Integrado em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Pernambuco, em
cumprimento às exigências para obtenção
do título de Mestre.

Orientador: Paulo Henrique Martins

Co-orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Recife

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

C421r	<p>César, Vasco Gomes de Albuquerque. Relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde: avaliação qualitativa do serviço de atenção domiciliar / Vasco Gomes de Albuquerque César. – Recife: O autor, 2014. 93 f.: il.; quadr.; 30 cm.</p> <p>Orientador: Paulo Henrique Martins. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2014. Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Avaliação em saúde. 2. Serviços de cuidados domiciliares. 3. Afeto. I. Martins, Paulo Henrique (Orientador). II. Título.</p>	
614	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS2014-065)



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

VASCO GOMES DE ALBUQUERQUE CÉSAR

No dia 24 de fevereiro de 2014, às 13:30h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (Doutor(a) do Departamento de Ciências Sociais da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Islândia Maria Carvalho de Souza (Doutor(a) do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ) Membro Externo e Ronice Maria Pereira Franco De Sá (Doutor(a) do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, arguíram o(a) mestrando(a) Vasco Gomes de Albuquerque César, sobre a sua Dissertação intitulada: **"Relação de cuidado entre usuários e profissionais de saúde: avaliação qualitativa do serviço de atenção domiciliar"**. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof. Dr. Paulo Henrique N. M. de Albuquerque

Aprovado

Profa. Dra. Islândia Maria Carvalho de Souza

Aprovado

Profa. Dra. Ronice Maria Pereira Franco De Sá

Aprovado

Dedico aos usuários do Serviço de Atenção Domiciliar, aos colegas de trabalho, à maravilhosa Marcela e ao que me sobe os braços, Edgar.

AGRADECIMENTO

Aos usuários do SAD e da minha história na saúde pública, que fazem parte do sentido da minha atuação profissional em psicologia, pela oportunidade de aprendizado do cuidado.

Aos profissionais do SAD pela implicação com sua prática e pelas trocas nas discussões e críticas acerca do fazer saúde.

À maravilhosa Marcela, pelo cuidado comigo, pelas experiências saborosas e pelas viagens perfumadas da vida.

Ao filho Edgar, que me ensina o mais novo sentido de cuidado e aprendizado sem fim.

Aos meus familiares, Eliane, Zé, Laura, Henrique e Diana que me construíram, fizeram e fazem minha história de vida multiplamente temperada.

À família extensa: Wildete, Márcia, Alberto e Wanderlice pelo suporte nos cuidados familiares e conforto da casa bacana; e à Maria pela admirável habilidade do cuidado.

Ao querido orientador Paulo Henrique Martins, que acolheu essa caminhada acadêmica e me ensinou que fazer ciência é algo vibrante.

À querida co-orientadora Adriana Falangola, pelo compromisso e aprendizado, desde a Residência em Saúde até o mestrado, pelas trocas de conhecimentos em ritmo de dança.

Aos colegas do curso de Psicologia, em especial aos amigos Pedro Renan e Suzana Libardi, da eterna formação em saúde, desde a graduação de Psicologia, à distância mais próxima que sinto.

Aos camaradas do grupo de Capoeira Raízes do Brasil, pelo aprendizado da ginga e mandinga da vida e pelo primoroso espaço de saúde.

Aos colegas da Residência em Saúde, que me amoleceram nos momentos de Tacos de Livro e contribuíram no mergulho comunitário.

Aos colegas do mestrado, que oportunizaram a construção de um período acadêmico rico e cheio de questões. Em especial aos amigos do quinteto de seis: Emerson, Mariana, Juliano, Lúcia e Isis.

Aos professores e equipe do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva que se dedicaram ao espetáculo provocador de ensinar.

*O que importa é como se está habituado a temperar a sua vida; é uma questão de gosto, se se
prefere ter o aumento da potência lento ou súbito, o seguro ou o perigoso e temerário –
procura-se este ou aquele tempero sempre segundo seu temperamento.*

(Nietzsche)

RESUMO

A Atenção Domiciliar é um modelo substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou atendimento no ambulatório. Objetiva a desospitalização dos usuários e a operacionalização das equipes multiprofissionais para atendimento no domicílio. A inquietação da pesquisa surge da problemática relacional e dos sistemas de trocas no momento do cuidado a partir da Teoria da Dádiva de Marcel Mauss. O estudo teve o objetivo de analisar as relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde do Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Um estudo qualitativo descritivo, utilizando a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano, por meio de entrevista semi-estruturada e observação participante. O tratamento dos dados a partir da análise de conteúdo, com temas de discussão acerca do contexto, das motivações e da dádiva nas relações de cuidado. Os entrevistados identificaram o ambiente do hospital como espaço de controle do cuidado e de não participação do usuário nas decisões terapêuticas. Identificamos desde a necessidade da obrigação de compromisso dos participantes até a necessidade sentida pelos profissionais de serem acolhidos. As categorias construídas relativas aos atos de dar e receber foram: atitudes simbólicas e revelação, práticas do cuidado, processos de subjetivação, religiosidade, dimensão política e valores do cuidado. No que concerne à retribuição às categorias foram: afetividade e generosidade, gratificação material, religiosidade e o reconhecimento na realização da dádiva do cuidado.

Palavras-chave: Avaliação Qualitativa em Saúde. Atenção Domiciliar. Dádiva do cuidado.

ABSTRACT

The Home Care assistance is a substitutive and complementary model to the hospitalization and to the clinic models. The objective is the deinstitutionalization of the patients and the operationalization of a home care multidisciplinary team. The concern of this research arises from relational issues and from the interchange during moments of care based on Theory of Gift from Marcel Mauss. The study aimed to analyze the relationships between care users and health professionals from the Home Care Service of the State Department of Health of Pernambuco. A descriptive qualitative study, using the methodology of Everyday Life Network Analysis, through a semi-structured interviews and participant observation. The data were reviewed through content analysis, with topics of discussion: context, motivations and gift in care relationships. Respondents identified the hospital environment as a space for the control of care where the users had no participation at the therapeutic decisions. We identified from the need of obligation of commitment by the participants to the need to feel accepted by the professionals. The categories relating to acts of giving and receiving were: symbolic attitudes and revelation, practices of care, processes of subjectivity, religiosity, political dimension and values of care. Regarding the retribution, the categories were: affection and generosity, material gratification, religiosity and recognition in the realization of the gift of care.

Keywords: Qualitative Assessment in Health. Home Care. Gift of care.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 – Manifestação da dádiva do cuidado.....	55
Quadro 2 – Esquema de categorias, dimensões e conteúdos que circulam na relação de cuidado relativos ao dar e receber.....	57
Quadro 3 – Esquema de categorias, dimensões e conteúdos do cuidado relativos à retribuição.....	64
Figura 1 – Patamares constitutivos das dádivas do cuidado.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
NUCEM	Núcleo de Estudos sobre Cidadania e Processos de Mudanças
GPEPS	Grupo de Pesquisas em Economia Política da Saúde
GPP	Grupo de Pesquisas em Saberes e Práticas em Saúde
MARES	Metodologia de Análise de Redes no Cotidiano
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
PAD	Plano de Assistência Domiciliar
AD2	Atenção Domiciliar tipo 2
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
CNS	Conselho Nacional de Saúde
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. Objetivo Geral.....	17
2.2. Objetivos Específicos.....	17
3. APROXIMAÇÃO AO CAMPO E NOÇÕES CONCEITUAIS.....	18
3.1. Desospitalização: sociabilidade e subjetividade	19
3.2. A atenção domiciliar como estratégia de desospitalização.....	21
4. ABORDAGEM TEÓRICA.....	25
4.1. A dádiva e sua crítica antiutilitarista.....	25
4.2. Teoria da dádiva e vínculo social.....	28
4.3. Dádiva e noções de cuidado.....	30
5. PERCURSO METODOLÓGICO.....	34
5.1. Estratégia metodológica.....	34
5.1.1. Avaliação qualitativa em saúde.....	34
5.1.2. MARES.....	35
5.2. Local e contextualização do estudo.....	37
5.3. Perfil dos participantes e processo amostral.....	39
5.3.1. Usuários (as).....	40
5.3.2. Profissionais de saúde.....	40
5.4. Objeto da pesquisa.....	41
5.5. Técnicas de coleta de dados.....	41
5.5.1. Entrevistas.....	42
5.5.2. Observação participante.....	42
5.6. Plano de análise.....	43
5.7. Aspectos éticos da pesquisa.....	44

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
6.1. Contexto do cuidado.....	46
6.2. Motivações que facilitam ou dificultam o cuidado.....	51
6.3. Dívida nas relações de cuidado entre profissionais e usuário: categorias e conteúdos.....	54
6.3.1. Dívidas do cuidado na relação entre profissionais e usuários: categorias e conteúdos referentes ao dar e receber.....	57
6.3.2. Dívidas do cuidado na relação entre profissionais e usuários: categorias e conteúdos relativos à retribuição	64
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	76

APÊNDICES

A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	83
B- CARTA DE ANUÊNCIA.....	86
C- CARTA DE APRESENTAÇÃO AO GESTOR.....	87
D- ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS.....	88
E- ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS USUÁRIOS.....	90

ANEXOS

A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	92
----------------------------------------------------	----

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro tem passado por momento ambivalente no que diz respeito à sua manutenção, visualizando uma feição de crise no modelo de atenção à saúde. Fato que pode ser percebido na existência simultânea de modelos centrados no saber médico de atendimento dos usuários e na construção de novas políticas para fazer frente à dinamicidade da demanda, algo que é peculiar ao campo da saúde.

A crise da qual falamos se refere à medicina mercantilizada colocada como problemática que gera espaço para a construção de um sistema de saúde que vislumbra responder as demandas mais prevalentes (FLEURY, 1988). É relevante também atentar, nessa crise, para as dimensões de como a lógica da produção pode levar a circulação dos recursos públicos para uma política que reforce modelos de atenção caros e fragmentados (BAHIA, 2008).

A ambivalência leva o modelo de atenção a incentivar o uso de serviços com alta densidade tecnológica e, ao mesmo tempo, dispositivos de atenção não tradicionais. Revela, portanto, serviços em hospitais, clínicas diagnósticas e laboratoriais, com soluções centradas na prática médica; e sugere aos usuários a possibilidade de atendimento no domicílio com equipe interdisciplinar e a intencionalidade do exercício de autonomia dos usuários. No entanto, não queremos dizer que a simultaneidade de múltiplos serviços seja equivocada, mas que a fragmentação das ações de saúde e a centralidade na atenção hospitalar são fragilidades que precisam ser observadas.

A emergência de dispositivos de atenção não tradicionais como a Estratégia Saúde da Família e os serviços de atendimento domiciliar, que demonstraram considerável ampliação no Brasil a partir da década de 1990, exprime a necessidade da sua regulamentação e a criação de políticas públicas (SILVA, et al, 2010). Alguns estudos relatam que o investimento político e o debate acerca da atenção domiciliar como modelo de atenção e inovação na produção do cuidado demarca a sua dimensão substitutiva e alternativa à perspectiva hospitalocêntrica (SILVA, et al, 2007). O que nos leva a reflexão da multiplicidade de serviços, objetivos técnicos e gerenciais dos mesmos, posto que enquanto a Saúde da Família foi construída para servir de referência dos usuários e porta de entrada no sistema de saúde, os serviços de atendimento domiciliar se colocam como modelo gerenciador do processo de

desospitalização, buscando estimular a perspectiva da integralidade do cuidado e ser uma porta de saída resolutiva.

O entendimento da realização de uma atenção integral direcionada para a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que é preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2002), cerceia de modo generalista e restritivo o tema da expressão da subjetividade nos espaços de saúde. Destacamos, nesse sentido, a dimensão existencial dos atores como algo que precisa ser evidenciada nas práticas e avaliações em saúde, tendo em vista que os usuários acabam sendo exilados do seu íntimo, a partir da sua redução à experiência do adoecer e a coordenadas biológicas, uma alienação em relação a seu próprio sofrimento (GORI; VOLGO, 2005). As dimensões da autonomia e participação no projeto terapêutico; o atendimento prestado pelo profissional e a disponibilidade da família a receber as equipes; e os sentimentos e desejos expressos pelos atores (sejam usuários, familiares ou profissionais) são pouco conhecidos e explorados nas relações de cuidado.

Nesse caminho reflexivo da pesquisa, o cuidado é problematizado como uma ação que coloca em evidência tanto as práticas de atenção quanto a vida propriamente dita dos usuários. É importante considerar, para além dos objetos de intervenção, as trocas de experiências, as minúcias relacionais do processo terapêutico e a práxis que se estabelece nas relações das práticas de cuidado (AYRES, 2004). Nesse sentido, dimensiona a relevância da construção de projetos terapêuticos orientados pela complexidade e realidade dos usuários em saúde, nos aspectos sócio-econômicos, culturais e afetivos, contemplando o tratamento clínico e, ao mesmo tempo, a integralidade do cuidado. Os projetos terapêuticos enquanto projetos de cuidado, contando com as redes de saúde no território e valorizando as atividades coletivas e solidárias (IESO; OLIVEIRA, 2013).

O sistema de saúde precisa avançar para além da gestão do sistema, ou seja, é necessário evidenciar a gestão dos serviços e alterar o modelo de atenção (FLEURY, 2007), de modo coerente com as necessidades dos usuários, considerando a importância do monitoramento dos modelos construídos e análise crítica consciente dos interesses envolvidos. Destarte, compreendemos que o momento é oportuno para tratar dos debates que perpassam pela avaliação em saúde e participação do usuário na construção contínua do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em função dessa apropriação inicial com o tema da atenção domiciliar surge o interesse de compreender a construção das relações de cuidado em uma avaliação feita pelos usuários e profissionais, considerando o contexto comunitário. Um campo rico na formulação

de saberes e importante para uma constante revisão e questionamento das políticas e práticas de saúde, não reduzindo a complexidade do humano a uma instrumentalização utilitarista.

A inquietação para a pesquisa surge diante dos questionamentos acerca do processo de expansão do capital médico, considerando a marcha produtivista típica de práticas desumanizantes, e das problemáticas do ponto de vista social que coadunam numa lógica de generalização dos sistemas de trocas e prevalência de interesses utilitários e mercantis (MARTINS, 2009b). Para confrontar a lógica utilitarista e a ocasião da construção de uma política recente, como é o caso do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), vislumbramos o momento como estratégico para sua avaliação. Nesse sentido, é que construímos o problema de trabalho: Como ocorrem as relações entre usuários e profissionais de saúde na dinâmica do Serviço de Atenção Domiciliar?

A teoria da dádiva é utilizada para vislumbrar um caminho interpretativo para o problema de pesquisa. No sentido de que percebe a realidade a partir do que existe de complexidade e simplicidade simultaneamente, valoriza as manifestações de acordos e encontros na obrigação e espontaneidade. Na pesquisa, a dádiva traz um brio conceitual para coligar o preceito sistêmico de romper com as antíteses: eu e outro; obrigação e liberdade. Construir, desse modo, uma pesquisa que olha para os participantes como construtores de relações de obrigação, interesse, espontaneidade, liberdade e criatividade, ao mesmo tempo, para compor os imperativos da dádiva do cuidado (MARTINS, 2006).

A pesquisa faz parte de um projeto coletivo, intitulado “Produtivismo e Saúde Pública: os rumos incertos do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal”. Uma parceria entre os seguintes grupos de pesquisa: Núcleo de Estudos sobre Cidadania e Processos de Mudanças (NUCEM), coordenado pelo professor Paulo Henrique Martins; Grupo de Pesquisas em Economia Política da Saúde (GPEPS) do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde-UFPE, coordenado por Adriana Falangola Benjamin Bezerra; o Grupo de Pesquisas em Saberes e Práticas em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva (GPP-FIOCRUZ-PE) no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, coordenado por Islândia Maria Carvalho de Sousa; e o MOINHO JURÍDICO de Pesquisa sobre Direitos Fundamentais e Sociedade – UFPE coordenado por Artur Stamford da Silva.

O estudo se mostra relevante, pois reflete sobre as relações de cuidado entre profissionais e usuários, além de contemplar a participação do usuário numa pesquisa de avaliação em saúde. E, acima de tudo, diante da proposição de uma avaliação qualitativa que considera os componentes afetivos, sócio-econômicos, políticos, enfim, conteúdos dos vários aspectos que compõem algo tão complexo como é o cuidado.

2. OBJETIVOS

Os objetivos estão descritos a seguir:

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde do Serviço de Atenção Domiciliar enquanto estratégia de desospitalização da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A- Compreender o contexto em que se organiza o cuidado diante das relações entre usuários e profissionais;
- B- Identificar quais as motivações que facilitam ou dificultam as relações entre usuários e profissionais;
- C- Construir categorias de análise das relações de cuidado entre usuários e profissionais.

3. APROXIMAÇÃO AO CAMPO E NOÇÕES CONCEITUAIS

*“Pensei seduzir você, mudando-me qual mutante
De alguma estrela trazer um raciocínio brilhante
Bater no peito e dizer, num brado bem retumbante
Só penso em você, por que que eu não pensei nisso antes
Por quoi jene pas pense a çà avant”.*
(Itamar Assunção)

A reprodução e busca por uma suposta homeostase da saúde, após o início de um cuidado que é vinculado de forma reduzida à existência de uma doença, percebemos a geração de uma cadeia de produção de insumos e técnicas. As necessidades de saúde das pessoas são deslocadas para os interesses da trama vital do sistema capitalista, a lógica do consumo e a redução da noção de saúde à ausência de doença, ou sua negação. Deste modo, a busca é superar a noção de saúde como produção (lógica produtivista), como bem de consumo, onde não existiria saúde sem doença, para entender saúde enquanto um processo fundamentado na integralidade, vista a partir de uma perspectiva dialógica na teia saúde-doença-cuidado.

Para alcançar a integralidade propõe-se a avaliação permanente de práticas no cotidiano das instituições de saúde. Circunstância que encadeia uma oportunidade de análise científica nos espaços das políticas públicas e sociais. Nesse sentido, é importante frisar que entendemos que o cotidiano está relacionado com “manifestações simultâneas, caóticas e diferenciadas de desejos, sonhos e práticas colaborativas, coletivas e individuais”, concatenado com uma visão crítica acerca dos preconceitos e opiniões reproduzidos pelo grupo primário ou sugeridos pela mídia, através da fixação em representações superficiais do cotidiano (MARTINS, 2009a, p. 67).

No cotidiano das práticas de saúde percebemos que as situações acontecem de modo diferente do esperado pelos interesses da *racionalidade tecnocrática* e que o sistema de saúde poderia ser aparelhado a partir do que é mais importante para os interesses de cada usuário (CECÍLIO, 1997). Assim, faz-se necessária uma organização da atenção em saúde de modo que as ações e serviços sejam centrados no usuário e na perspectiva de apresentar uma prática flexível que considera as dimensões complexas das situações de saúde.

O usuário também deve estar presente na construção e transformação dos serviços e práticas de saúde na medida em que participa da avaliação. Sendo assim, assumindo

responsabilidades na produção do cuidado, juntamente com gestores, trabalhadores e com os próprios avaliadores, contribuindo nas decisões para aprimorar a atuação do Sistema Único de Saúde (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009). O diálogo entre os diversos atores prima, portanto, pela ampliação e valorização das necessidades dos usuários e trabalhadores. E, dessa forma, há uma inclusão em mecanismos de participação social, que dá voz a partir da capacidade coletiva que cada um tenha para avaliar as políticas públicas (SILVA JUNIOR et al, 2008).

Faremos, a partir de agora, uma explanação introdutória para situar o serviço de Atenção Domiciliar e sua proposta de intervenção na saúde. Mas antes, iniciaremos com uma breve contextualização sobre o surgimento do hospital como espaço de saúde e situaremos o modelo que subsidiou a criação da atenção no domicílio enquanto modelo substitutivo dos hospitais e de modalidade de internamentos. Dessa forma, buscamos refletir, também, a desospitalização e ponderar uma compreensão acerca dos objetivos e funções institucionais iniciais dos hospitais que ainda encontram repercussão nas práticas de saúde contemporâneas.

3.1. DESOSPITALIZAÇÃO: SOCIABILIDADE E SUBJETIVIDADE

No livro *Microfísica do Poder*, Foucault traz um capítulo intitulado “O nascimento do hospital” para refletir a origem do hospital na tecnologia médica e seu uso enquanto um instrumento terapêutico de intervenção sobre doença e doente. Segundo o autor, o hospital surgiu como invenção no final do século XVIII e entendido pelos médicos como instrumento de cura em torno de 1780. As confrontações acerca dessa função curativa do hospital remetem à racionalidade médica que originalmente não era uma prática hospitalar, senão uma prática de consulta privada que remontava à presença do médico no espaço da família (FOUCAULT, 1990).

O hospital no século XVIII era uma instituição de assistência aos pobres e de cuidados a pessoas no fim da vida, ou seja, em processo de morte. Em relação ao direcionamento aos pobres carregava uma intencionalidade de realizar uma separação dos doentes para isolá-los e evitar o contágio, um processo de exclusão. Nesse sentido, “um morredouro, um lugar onde morrer” (FOUCAULT, 1990, p. 101), onde o objetivo não era a cura e os trabalhadores não eram de formação médica ou da saúde, mas religiosos ou leigos que trabalhavam com implicação de caridade, ou seja, não era um local de prática médica. Mas com a reorganização do hospital, tanto na perspectiva da disciplinarização por meio do exercício de poder, quanto

pela introdução da condução das práticas médicas e formação acadêmica de seus estudantes, foi que deu origem ao hospital médico (FOUCAULT, 1990). Assim, o hospital passa a ter como objetivo a cura e tendo como centralidade o saber médico na condução do fazer hospitalar, dando origem ao modelo de saúde hospitalocêntrico.

A experiência da desospitalização tem o campo da saúde mental como uma referência de prática e construção de dispositivos de cuidado fora do hospital. A partir das críticas ao modelo manicomial, em relação ao paradigma científico cartesiano e a luta realizada pelos movimentos de desinstitucionalização da loucura, é que a desospitalização se mostra com intento transformador, especialmente durante a Reforma Psiquiátrica. Essa proposta demanda a construção de políticas de saúde a partir da dimensão da substituição do hospital por ações e serviços reformadores nos espaços e práticas de saúde (MÔNICA, 2007).

Por políticas substitutivas entendemos que são modos de realização do cuidado em saúde que partem da premissa de desinstitucionalizar o modo hegemônico e o consequente processo de criação de novas práticas. A partir da experiência no campo da saúde mental citamos que uma política é:

“(…) substitutiva porque cria mecanismos e lugares para a produção do cuidado que servem para criar alternativas à internação manicomial. A desinstitucionalização resulta da tentativa de resgatar a autonomia das pessoas” (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p.186).

A desinstitucionalização trouxe uma intencionalidade administrativa, onde a desospitalização se propõe a racionalizar administrativa e financeiramente a política de altas hospitalares. O objetivo, nesse caso, seria a redução gradual do número de leitos psiquiátricos e fechamento de hospitais, numa cadeia articulada de políticas e redes comunitárias. A desospitalização e os modelos substitutivos de serviços não asseguram por si só a efetividade das práticas de saúde. Ou seja, podem acabar por desembocar em propostas terapêuticas desarticuladas que não dão conta da cronicidade e crises dos usuários, levando a novas hospitalizações (MÔNICA, 2007). Nesse sentido, é importante que estejamos atentos no cotidiano posto que “a produção do cuidado está diretamente ligada às lógicas que a instituem, e, desta forma, as instituições efetivam o sentido de sua existência e função” (LUCENA; BEZERRA, 2012, p. 2453)

Não devemos, portanto, nos acomodar em uma discussão da desospitalização como algo que por si só basta a uma crítica à perspectiva de ação em saúde centrada no hospital. Assim, é importante reconhecer que o debate perpassa tanto pela construção de ações e serviços que possam acompanhar a desinstitucionalização do cuidado no cotidiano, quanto

pela dimensão cultural que interfere, no sentido das representações e crenças superficiais de que local de saúde é no hospital. Poderíamos valorizar, por exemplo, os elementos relacionais e político-ideológicos como possibilidade de cuidado em saúde.

Quando falamos em desinstitucionalização nos referimos a algo de desconstrução, não apenas desospitalização. Nesse sentido, a superação de um modelo que busca construir possibilidades de sociabilidade e de subjetividade, ou seja, tratar o sujeito em sua existência e condições concretas de vida. A desinstitucionalização como um processo: “não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1995, p.494). Compreendemos, então, que não é suficiente desospitalizar sem construir uma rede articulada e um modelo de cuidado que considere os usuários como participantes no sistema de saúde.

3.2. A ATENÇÃO DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE DESOSPITALIZAÇÃO

A atenção domiciliar nasce como possibilidade estratégica de desospitalização e tem como referências históricas as atividades de cuidados domiciliares originárias tanto do Egito Antigo (século XIII a.C.), quanto da Grécia Antiga. Alguns casos foram descritos por Hipócrates, no *Tratado sobre os ares, as águas e os lugares* (século V a.C.), sobre a eficiência do atendimento no domicílio em relação ao potencial êxito dessa modalidade de atenção. Já no fim do século XVII, Samuel Hanneman passou a visitar no domicílio seus pacientes (em tratamentos de homeopatia). No entanto, a modalidade de cuidados em assistência domiciliar a saúde surgiu de forma organizada no Dispensário de Boston no ano de 1796. E em 1850, nos Estados Unidos foi criado o programa *Public Health Nurse*, com visitas domiciliares de enfermagem lideradas por Lilian Wald (AMARAL et al, 2001).

Podemos citar, no caso do Brasil, que a entrada das ações de saúde no domicílio teve sua abertura em 1903, através das práticas sanitárias desenvolvidas por Oswaldo Cruz, realizando o combate à endemia de febre amarela no Rio de Janeiro. Houve, então, uma entrada abrupta de inspetores sanitários nas residências, exercendo poder de interditar, prática que foi ganhando feição de uma polícia médica. Relatavam, ainda, as condições de higiene do domicílio e orientações para realizar adequação sanitária – ações focalizadas nas casas das

pessoas pobres. Portanto, uma entrada nas casas de forma opressiva, de controle da saúde e do corpo das pessoas. Essa opressão teve como resposta uma mobilização popular, conhecida a Revolta da Vacina, em 1904, que fazia frente à obrigatoriedade da vacina de varíola, uma das intervenções sanitário-urbanas programada por Oswaldo Cruz (COSTA, 1986).

Os serviços de assistência domiciliar, propriamente ditos, foram criados aproximadamente a partir de 1950, tendo em vista a diminuição das doenças contagiosas e uma maior atenção às crônicas e degenerativas. Estudos mostram que a característica de envelhecimento populacional, ou seja, a população de 65 anos ou mais aumentou de 3,1%, em 1970, para 5,5%, em 2000; é acompanhado de projeções que demonstram um acréscimo de mais de 550 mil idosos no primeiro quarto do século XXI (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008). O que remete ao direcionamento das ações e serviços de saúde que consideram o aumento das doenças crônicas.

As principais causas de internamentos e de óbito em nossa população são de doenças crônico-degenerativas, acidentes e as diversas formas de violência. Podemos citar, por exemplo, o caso das neoplasias que possuíam média anual de 3% do total das internações hospitalares até final da década de 1990, e que em 2006 essa mesma média aumentou para 5,4% (BARRETO & CARMO, 2007).

Portanto, a construção de serviços de atenção domiciliar se fundamenta no aumento da idade da população e crescente demanda de cuidados nas doenças crônicas. Respectivamente, no que se refere à mudança do perfil demográfico – em relação ao envelhecimento populacional; e epidemiológico, no sentido do aumento de casos de usuários com doenças crônicas e degenerativas, gerando como uma das respostas do poder público, a construção de políticas de atendimento e internação domiciliar, que são regulamentadas pela Lei nº 10.424 de 2002.

Os serviços de atenção domiciliar se fundamentam a partir do disposto na Lei nº 8080/90 que trata dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa. Compreendem práticas que envolvem equipe multiprofissional para garantir o cuidado integral dos pacientes em seu domicílio, abarcando ações nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora (BRASIL, 2002).

No Brasil, o serviço pioneiro foi o do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, que visava a redução do número de leitos ocupados no hospital. O maior crescimento dos serviços de cuidado no domicílio no país é de empresas privadas. Até o início

dos anos 2000 os atendimentos centravam-se em intervenções de enfermagem ou de fisioterapia, e também alguns na perspectiva multiprofissional (AMARAL et al, 2001).

É importante relatar a existência de uma diversidade de termos utilizados para tratar da atenção domiciliar. Alguns estudos identificam esses termos e relatam os seguintes: assistência domiciliar, atendimento, atenção domiciliar, atenção médica domiciliar, internação domiciliar, hospitalização domiciliar e Home Care (REHEM; TRAD, 2005; TAVOLARI; FERNANDES, 2000). A reflexão feita sobre essa polissemia diz respeito à construção histórica, que teve uma variedade de serviços, mas não encontrou uma definição ou classificação possível da modalidade domiciliar de cuidado em saúde. Isso pode ser justificado pela multiplicidade de interesses envolvidos e do perfil de usuários e serviços.

A portaria que trouxe o marco legal da política de atenção domiciliar foi a Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Vale lembrar que a portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998 também tratava dos requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar. A reforma da atenção hospitalar no Brasil contou com o modelo de “internação domiciliar”, termo ainda com grande influência da lógica hospitalocêntrica, visando às demandas de atendimento na casa das pessoas. O Pacto pela Saúde (BRASIL, MS, 2006a), que busca a consolidação do SUS e a aprovação das suas diretrizes operacionais, por sua vez, traz a questão da saúde do idoso em destaque e o seguimento de diretrizes, dentre elas a implantação de serviços de atenção domiciliar. Esse direcionamento, como já discutido anteriormente, é determinado pela mudança do perfil demográfico e epidemiológico.

A partir de meados de 2011, o entendimento da Atenção Domiciliar passa a ser compreendido enquanto modelo substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou atendimento no ambulatório com a Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Logo após, através da Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e revoga a anterior. Traz como função o gerenciamento e operacionalização dos profissionais das equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação no domicílio, garantindo a continuidade de cuidados com acesso à rede de saúde. Tem como um dos requisitos a presença de cuidador, que seria uma pessoa com vínculo familiar, ou não, para responsabilizar-se de auxiliar o paciente (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Ainda como marco legal foi publicada a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que trouxe uma nova redefinição da Atenção Domiciliar. Dentre elas, a redefinição do financiamento, da habilitação do SAD e da organização da atenção domiciliar, partindo das

práticas de linhas de cuidado, baseadas nas necessidades do usuário e buscando reduzir a fragmentação da assistência em saúde (BRASIL, 2013).

O público alvo do serviço é composto por pessoas com impossibilidade de sair de casa para o atendimento, compreendendo em geral: pacientes com doenças crônico-degenerativas agudizadas, idosos, pacientes em processo de morte que necessitem de cuidados e pessoa com deficiência física. Além disso, vale salientar que a ação terapêutica que tem foco no usuário em seu domicílio, também deve atentar para a sua rede de apoio, no sentido do que é referência para ele no campo dos vínculos afetivos e sociais, considerando, no processo de desospitalização, a dimensão dos desejos envolvidos para a consolidação da política de atenção domiciliar.

Um serviço de desospitalização, alternativa que se mostra em constante construção, para dar continuidade ao cuidado no domicílio e na sua rede local de saúde. Outra característica é a perspectiva de processos terapêuticos humanizados, com vias para o aumento da autonomia dos usuários e seus familiares, visa acolhimento do sofrimento (como nos casos de usuários em cuidados no fim da vida). Uma das dimensões evidenciadas como justificativa para sua criação é solucionar a “alta precoce”, com o interesse na diminuição de custos para os hospitais da rede e assim proporcionar períodos maiores sem intercorrências dos pacientes crônicos.

A sede administrativa do serviço pesquisado se localiza no Hospital Agamenon Magalhães (HAM). O serviço se insere na rede através busca de articulação com a atenção primária, valoriza o elo com o hospital e utiliza a proposta de processos de “alta assistida”, além da continuidade da assistência no domicílio de pacientes dependentes de cuidados mais intensos. Atua com a proposta de projetos terapêuticos integrados entre atenção primária, hospitais e cuidadores, ou seja, uma idealização/proposição de rede articulada e engrenada para cuidado integral do usuário, contando com equipe multiprofissional.

A partir desta contextualização sobre o escopo constitutivo da atenção domiciliar que nos situou sobre a perspectiva da desospitalização, problematização dos interesses envolvidos na sua constituição, justificativa epidemiológica, marco legal e público alvo do serviço, apresentaremos, no próximo capítulo, a abordagem teórica que fundamenta o estudo e servirá de suporte para a construção da discussão dos resultados. Trata-se da teoria da Dádiva, construída por Marcel Mauss, e seu aporte teórico para refletir e debater acerca das interpelações sobre o contexto das ações de cuidado, motivações dos participantes da cena, além dos conteúdos e bens que circulam nas relações entre profissionais e usuários, relativos ao vínculo social.

4. ABORDAGEM TEÓRICA

*“O homem coletivo sente a necessidade de lutar
O orgulho, a arrôgancia, a glória
Enche a imaginação de domínio
São demônios os que destroem o poder
Bravio da humanidade”
(Chico Science)*

Apresentamos, a partir de agora, a teoria da dádiva de Marcel Mauss como marco teórico da pesquisa. Também utilizaremos as contribuições de Alan Caillé, Jacques Godbout e Paulo Henrique Martins, acerca da dádiva para pensar a relação entre os profissionais e usuários da saúde, a partir das práticas de cuidado no cotidiano da atenção domiciliar, construindo, desconstruindo representações e reconstruindo-as a partir do entendimento dos problemas de rede.

4.1. A DÁDIVA E SUA CRÍTICA ANTIUTILITARISTA

Quando refletimos sobre o atual momento histórico-cultural de ampliação do individualismo na motivação das pessoas e o mercado juntamente com o Estado ditando o que é importante nas relações humanas, Mauss parte de uma postura socialista, ao caminhar com uma sociologia prática. O Estado, nesse ponto de vista, era percebido como responsável pela alienação dos trabalhadores, mas trazendo a leitura nas relações que ocorrem na sociedade como um todo, especialmente no que diz respeito à reciprocidade total. O papel do Estado seria de propor um respaldo legal ao socialismo que nasceria por meio de instituições alternativas, de idéias associacionistas (MARTINS, 2006).

Marcel Mauss transcendeu a sociologia dominante e trouxe fundamentos com potencial de universalização não-econômicos do vínculo social. Uma crítica antiutilitarista que denuncia a redução da motivação das pessoas “apenas à moral do interesse e do egoísmo e de privilegiar a economia de mercado como instância privilegiada na produção do bem-estar social”. Posicionando-se, nessa perspectiva, contra a visão economicista e reducionista da sociedade, que se mostra direcionada pelos modelos neoliberais, mas trazendo o entendimento

de que a sociedade é primeiramente instituída pela dimensão simbólica (MARTINS, 2006, p. 97).

A resistência ao utilitarismo mercantilista busca ressaltar o ser humano em sua totalidade fenomenal (objetiva e subjetiva; individual e coletiva; masculina e feminina; cognitiva e emocional). Para isso, a ideia da intervenção nas redes desencadeia uma análise das situações sociais que se aplica nas fronteiras do público e do estatal, especificamente nas esferas públicas locais (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Ao discutir sobre a relação do homem com a sociedade Allain Caillé (2006) traz a noção de que o indivíduo é ao mesmo tempo radicalmente egoísta e perfeitamente altruísta. Uma cisão que leva, de modo simbólico, as pessoas a vivenciar uma fragmentação diante das exigências de que pensem e atuem de modos antitéticos, com atividades opostas:

“É preciso que os homens sejam, por um lado, os mais eficazes, mais ativos e mais racionais possíveis dentro da ordem das coisas profanas. É preciso que trabalhem, calculem, “façam dinheiro” e acumulem. Por outro, é preciso que obedeçam a uma lei moral que desconhece, em princípio, o interesse e que exige que os homens ajam apenas por dever” (CAILLÉ, 2006, p.32).

Conflito que o utilitarismo provoca nas pessoas e que se refere à busca de relações de interesse nos extremos, onde, por um lado, valorizam a vantagem pessoal ao máximo, com sacrifícios ao seu favor; e, por outro a felicidade da maioria, tudo sacrificando pela alteridade. A proposta, portanto, que movimenta a dádiva e a circulação de bens materiais e simbólicos seria a libertação da “dualidade do realismo cínico e do idealismo intransigente” (CAILLÉ, 2006, p. 48).

“O valor das coisas não pode ser superior ao valor da relação e o simbolismo é fundamental para a vida contemporânea”. Nesse sentido, quando aludimos ao comprometimento de uma relação entendemos que tudo é relevante, seja um gesto de simpatia e acolhimento inicial de uma pessoa ou um serviço prestado (MARTINS, 2006, p.90). No campo da saúde podemos fazer um paralelo com a entrega, ou administração, de uma medicação e a empatia, respectivamente a disponibilidade de insumo por parte da gestão e a implicação afetiva do profissional-cuidador na relação terapêutica.

É importante considerar, nessa perspectiva, os planos da autoconfiança/afetividade, autorrespeito e autoestima dos usuários como possibilidades de cidadania nas práticas de saúde, refletindo sobre as atitudes dos planejadores das políticas e rompendo com o entendimento engessado da participação do usuário. Devemos atentar para a importância de apreciar e legitimar o direito à saúde para além das determinações de legislação (MARTINS, 2009b). Dessa forma, o sujeito é compreendido como agente na construção da sua existência e

singularidade, na relação com o social e com a sua rede significativa (família, comunidade, sistemas, serviços, etc.).

Faz parte dessa existência pequenos sistemas dinâmicos, as redes sociais, que funcionam dialogicamente como novos aparelhos reguladores dos conflitos, tensões e acordos entre indivíduos e grupos. No entanto, as estratégias de colonização e de naturalização das teorias das redes delimitam as ações em motivações egoístas. O que pretendemos salientar sobre as redes sociais é o seu caráter relacional, uma compreensão que articula o subjetivo e o objetivo, o saber científico e o saber comum. Ou seja, sistemas:

“... paradoxais e abertos ao diálogo com outros sistemas interativos (dimensão hermenêutica), a vivência dos atores sociais (dimensão fenomenológica) e as obrigações coletivas que nascem da dívida simbólica entre indivíduos e grupos (dimensão da dádiva)” (MARTINS, 2010, p. 408).

Não podemos esquecer, no entanto, que existe uma complexidade na dádiva. O sistema de trocas, de circulação de bens, enfrenta a postura utilitarista que revela e fragmenta as relações do sujeito na sociedade. E, nesse ínterim, a constituição de alianças também é posta na mesa dos extremos, onde existe ao mesmo tempo a valorização do individualismo (a vantagem pessoal) e altruísmo de tudo sacrificar. Com isso, não entendemos que individualismo e altruísmo sejam posturas extremas por si, senão que podem ser cravadas numa projeção maniqueísta dependendo da pessoa, grupo ou instituição que seja referência de uma determinada ação de saúde.

A dádiva funciona como uma regra sistêmica ambivalente que “ultrapassa a antítese entre eu e outro, obrigação e liberdade, mágico e técnico”. Elementos que podem ser percebidos como obrigação e interesse por um lado, mas espontaneidade, liberdade e criatividade por outro. Coloca-se contra as representações individuais e holistas, mas, apesar disso, estas são consideradas momentos do circuito da dádiva. (MARTINS, 2006, p. 111). A visão da realidade na dádiva parte do que existe de complexidade e simplicidade ao mesmo tempo, mostra-se como um acordo entre as pessoas nas múltiplas dimensões das relações e formas de encontro na obrigação e espontaneidade.

A partir da utilização de um método de análise de redes que propõe a realização de mapeamento dos sistemas de sociabilidades coletivas em forma de redes, concebendo que elas se mostram em sociedades complexas. E, com isso, facilitando a comunicação entre os participantes (pesquisador e o pesquisado). Para tanto, busca romper com os reducionismos sociológicos, a razão instrumental e a dimensão de que a subjetivação humana é simplesmente moldada pela cognição, senão agregando os fatores sensoriais, emocionais e morais.

Valorizar, uma subjetividade mais ampliada e reforçar a importância da consciência do caráter “intervencionista” do pesquisador (MARTINS, 2011).

4.2. TEORIA DA DÁDIVA E VÍNCULO SOCIAL

A dádiva em uma definição modesta seria “toda prestação efetuada sem esperança de retorno determinado, visando alimentar o elo social” (CAILLÉ, 2006, p. 61). A espontaneidade é uma marca que traz uma questão importante referente à habilidade de saber a quem dar, tratando da constituição de um novo sujeito coletivo, não como uma questão de ordem moral, filosófica ou religiosa (que o entende como sinônimo de doação), senão como uma perspectiva política (no sentido da participação) (CAILLÉ, 2006).

Para Marcel Mauss o conceito de dádiva se refere a algo que se mostra como uma lógica organizativa do social, que tem um caráter universalizante. Não se reduz a aspectos particulares (como é o caso da dimensão religiosa ou econômica). Delimita como traços gerais da teoria a tríplice obrigação de dar, receber e retribuir (MAUSS, 1988). A dádiva é colocada enquanto sistema que se expande ou se retrai a partir das obrigações de circulação de bens simbólicos e materiais.

Nesse sentido, funciona como uma rede de trocas simbólicas e materiais que é alimentada pelos laços e vínculos sociais formados entre os atores. Por conseguinte, se remetem às coletividades que se obrigam mutuamente, que trocam e que contratam diante de conjunturas da sua trama de rituais e sentidos construídos coletivamente. É a partir de uma experiência concreta e reflexiva que a tríade de obrigações do dar-receber-retribuir assinala suas fases de desenvolvimento: o dar como essência alimentada pela disponibilidade com o outro; o receber integrante de um direito que não aceita recusa; e o retribuir como garantia, demonstrando a singularidade de cada donatário balizando o sistema de prestações no qual os indivíduos e grupos trocam tudo entre si e na retribuição como obrigação imperativa (MAUSS, 1988).

O ato de dar liga a engrenagem da dádiva e insere a pessoa ou grupo em questão na busca pela aliança, convidando o outro para as trocas simbólicas e materiais. Diante da concatenação do dar-receber e o estabelecimento da confiança no outro, o vínculo social, nasce a retribuição, numa cadeia infundável de movimento das coletividades.

Quanto à demarcação da sua constituição, podemos utilizar o entendimento de que a dádiva parte da prestação de bem ou serviço que não espera retorno, mas que tem como

intenção a construção ou reconstrução de um elo social entre as pessoas. Entendemos que se faz presente uma expectativa por parte de quem faz a doação, mas que para além do valor de uso e valor de troca do bem ou serviço está o desejo por um elo (MARTINS, 2006).

A teoria da dádiva é utilizada nessa pesquisa como uma forma de compreender os fenômenos práticos do cotidiano. Uma lente com a possibilidade de leitura da sociedade contemporânea frente a seus impasses e problemas institucionais, bem como do sofrimento das pessoas. Apresenta contribuições referentes à revalorização das experiências diretas entre as pessoas, grupos e comunidades, aderindo atmosferas de pertencimentos e sociabilidades nas organizações de sistemas (MARTINS; CAMPOS, 2006). Nesse sentido, um desenho de compreensão que nos leva ao exercício de uma reflexão crítica ao passo que vivemos numa conjuntura imediatista e alienante, de aceleração das relações, foco no tempo futuro e tirania do consumo.

Falamos de uma teoria que se aproxima da dimensão do dialético; sugere motivos como o próprio prazer de interagir, sem estar focado em vínculos monetários, no que diz respeito às vivências dos indivíduos. Um modelo interpretativo que traz como elementos os fundamentos da solidariedade e da aliança. Perspectiva que contribui para valorizar as experiências cotidianas e suscita o panorama de uma intenção imanente aos comportamentos e objetos em circulação na relação entre as pessoas. Uma forma de percebê-la seria através da observação do cotidiano para atentar sobre o que circula entre os atores e estruturas sociais para a construção do vínculo social (MARTINS, 2006).

Sustenta, desse modo, que o entendimento das reciprocidades como caráter interpessoal é constante tanto nas sociedades tradicionais quanto nas modernas. Já o Estado e o mercado não se colocam como universais nessas duas sociedades, mas constroem-se de modo complexo, tendo compromisso com a justiça social. Nesse sentido, critica e rompe com a ideia da sociedade como fruto do Estado e mercado, mas sugere a compreensão da ideia da ação social, integrando as possibilidades de redistribuição das riquezas coletivas que o Estado teria, contando com a possibilidade de empregar o poder que o mercado tem de reter o bem doado (MARTINS, 2006). O que esteia uma dádiva no cuidado que busca fazer sua função de mediação através dos processos de vinculação contando com o escopo dessa ação social.

No livro “O espírito da dádiva”, Godbout e Caillé (1999) relatam as três formas de vínculo social. Um deles se refere à esfera mercadológica enquanto possibilidade de saída da relação por uma não satisfação de uma das partes; o outro diz respeito ao debate ou discussão que demanda o direcionamento da esfera política, esfera do Estado. E a outra forma de

vínculo se daria pela lealdade, que delimita a esfera doméstica das alianças nas relações (GODBOUT; CAILLÉ, 1999).

As alianças e os elos estariam dimensionados para a construção de uma sociedade que respira a coletividade. Isso, não como uma idealização imatura, mas enquanto circulação de dádivas como regra moral que funda a coletividade e reconhece que as pessoas possuem diferentes histórias de vida e desejos singulares. Uma diversidade que suscita incertezas e paradoxos no sistema de circulação, gerando conflitos e empatias. É visto como dispositivo que não foi inteiramente abalado pela lógica utilitarista de intervenção do Estado e mercado.

Ao realizar a avaliação das experiências das práticas sociais podemos ser negligentes pelo simples fato de não captarmos as características singulares dos vínculos por onde circulam ações, bens e serviços. Ou seja, caso procedêssemos apenas com a observação estaríamos utilizando da lógica mercantil que apenas atribui um valor, como explicitado na metáfora abaixo: “Por exemplo, quando uma avó toma conta de seus netos, basta atribuir-lhe o salário de babá para comparar as duas situações?”. O vínculo, nessa situação, não tem valor monetário. Portanto, é importante compreender que todo tipo de dádiva deve ser pautado junto às características do vínculo correspondente ao que circula na relação (GODBOUT; CAILLÉ, 1999, p. 35).

4.3. DÁDIVA E NOÇÕES DE CUIDADO

O cuidado é enunciado como estrutura relacional e mediadora que estimula a corresponsabilidade, o reconhecimento, respeito à diferença, valorizando o saber científico e o saber da prática na sua construção. O cuidado compreendido como ação que valoriza aspectos simbólicos e intersubjetivos, além de ter potencial inovador, através da mediação, que combina a integralidade e a democratização da ação pública, focalizando as interações do cotidiano para a construção das práticas e políticas de saúde (MARTINS, 2011b).

A dádiva, por conseguinte, traz sua contribuição para pensar o cuidado ao suscitar um paradigma reflexivo que: “permite entender que o sucesso do cuidado na saúde depende diretamente do modo como o profissional fixa sua atenção no usuário para inseri-lo num sistema horizontal de trocas interpessoais” (MARTINS, 2011b, p. 43).

A dádiva além a reflexão sobre o cuidado a partir do enfoque na forma como a ação real entre profissional e usuário de forma participativa em trocas horizontais. Nesse sentido, cuidar:

“deixa de ser mera retórica que esconde antigas práticas hierárquicas e funcionais no serviço em saúde para designar a experiência concreta e reflexiva da ação em saúde que se realiza em três movimentos: do doar (como escuta, como palavra, como disponibilidade para acolher integralmente ao outro), do receber (como direito inato do ser humano a viver, como possibilidade de agradecer para aparecer e ser incluído) e do retribuir (como direito e possibilidade a demonstrar sua presença seu poder, sua singularidade dentro do sistema social)” (MARTINS, 2011b, p. 49).

O entendimento de cuidado perpassa pela dimensão da interação entre os participantes das práticas de saúde, devendo, contudo, considerar e atualizar o cuidado ao contexto contemporâneo. No entanto, a primazia da perspectiva das tecnologias de maior densidade na assistência clínica, que atuam diretamente no encontro terapêutico entre profissionais e usuários, negligencia a dimensão interpessoal nessa reflexão sobre o cuidado. É importante, na construção das ações de cuidado, que exista uma participação dos usuários e profissionais na construção de projetos humanos, considerando sua complexidade (AYRES, 2004).

O cuidar pode ser também um ato de tutela outorgada, e, ter um componente castrador, dependendo de intervenção realizada. A rigor existem, nessa perspectiva, ações que buscam como produto a saúde e como consequência o cuidado. Devemos considerar, contudo, que isso depende dos atores que participam, posto que possuam interesses diversos nessa relação e com a projeção de distintos resultados, funcionando como dispositivos liberadores ou castradores de autonomia, como exemplo, não podemos garantir que por se tratar de cuidado exista sempre impactos positivos, pois podem ser centrados em medicalizações e procedimentos impositivos (MERHY, 2007).

A complexidade de refletir o cuidado, especificamente para o campo da nossa pesquisa no domicílio, nos leva a observar que as ações podem ser consideradas estratégias de enfrentamento do modelo de atenção hospitalocêntrico e, ao mesmo tempo, um modo de redução dos custos hospitalares. Com isso, é importante compreender que os interesses envolvidos modulam a criação e funcionamento de determinado serviço de saúde numa teia de motivações diferentes para o cuidado. Como podemos observar, o cuidado é estabelecido por alguns teóricos enquanto:

“... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p.02).

A abordagem do profissional juntamente com os usuários pode incidir em uma dimensão ampliada de respeito e responsabilidade com a chamada perspectiva do “trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções” (MERHY, 2007, p.13). Portanto, com a valorização ou não das intenções e desejos desse encontro, nessa relação:

“Isso tudo permite o entendimento de que a produção do ato cuidador é imediatamente um responsabilizar-se diante de uma intervenção, que tem uma forte dimensão tutelar, mas que pode, e deve, estar implicada com ganhos efetivos de autonomia do usuário diante do seu modo de caminhar a sua vida, produzindo-a” (MERHY, 2007, p.14).

No entanto, podemos nos perguntar: De quem é o interesse na construção de determinada política de saúde? O modelo da atenção domiciliar é baseado na necessidade dos usuários ou dos próprios serviços/gestores? Pode parecer uma pergunta usual ou despreziosa, mas ao confrontar os entendimentos dos atores envolvidos na coordenação, execução e participação de uma política de saúde trazemos para a cena de discussão as dimensões culturais, sociais e econômicas.

Consideramos esses componentes como uma ampliação do processo de avaliação crítica, trazendo para o debate os conteúdos sobre valores, ideologias, posições de classe, *status*, etnia, crenças de seus usuários, comunidade e agentes (ATKINSON, 1993 apud DESLANDES, 1997). É nessa discussão que se insere a implicação para essa pesquisa, refletindo sobre as “(...) inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde” (MINAYO, 2004, p. 13). A saúde vista como direito, que remete a aspectos individuais com valorização da dimensão da liberdade e sociais respeitando o coletivo (BRITO-SILVA, et al, 2012).

Nesse sentido, problematizamos a importância da análise das relações de cuidado na terapêutica de usuários em saúde como agente na construção de práticas em conjunto com os profissionais. A possibilidade, portanto, de abertura do seu campo significativo-subjetivo, como na contribuição da saúde mental no sentido de experiências, trazidas por Franco Basaglia, que acompanham a dinamicidade das demandas em saúde e entendem que:

“A este sofrimento, que se revela cada vez mais complexo e ao mesmo tempo mais simples, ocorre responder com estruturas e serviços que consintam formas de cuidado e de tratamento que sejam conjuntamente espaços de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidades, de relações interpessoais e coletivas diferentes, que vislumbrem a mudança de cultura e de política mais social que sanitária” (BASAGLIA, 1996, p. 13).

O sofrimento considerado como espaço de cuidado que não reduz o usuário ao diagnóstico, mas que valoriza a dimensão psicossocial na relação terapêutica entre o profissional e o usuário. O cuidar remete, também, a um dever enquanto um dos elementos dos princípios socioculturais, um compromisso familiar determinante para a evolução clínica do paciente. Portanto, o cuidado considera como relevante a dimensão cultural, enquanto obrigação social e moral, derivando de relações solidárias, valores e crenças (GUERRA, 2013).

5. PERCURSO METODOLÓGICO

*“Abram alas, batam palmas
Poeira vai levantar
Quem sabe da vida espera
Dia certo pra chegar
Capoeira não tem pressa
Mas na hora vai lutar
Por você... Por você...”*
(Geraldo Vandré)

A partir do interesse de investigar como acontece a relação de cuidado entre profissional e usuário na atenção domiciliar a proposta metodológica adotada foi de caráter qualitativo. Foi realizada uma avaliação qualitativa do Serviço de Atenção Domiciliar a partir das relações de cuidado, por meio de um estudo prospectivo inserido no contexto, para apreensão e intervenção junto aos conflitos, transformações, dinamicidade do serviço de saúde.

5.1. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

5.1.1. Avaliação qualitativa em saúde

A pesquisa avaliativa difere da maioria das outras formas de pesquisa não em função dos métodos, mas em relação aos seus objetivos e devido ao fato de possuir relação com instituições públicas e sociais. Sua característica essencial é de ser pesquisa aplicada que, por natureza, é realizada em virtude de visualizar ações práticas (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 2004). A avaliação é vista como processo que considera o contexto, o meio que a circunda e as diferentes dinâmicas dos grupos. Pesquisar não como soma de informações e dados, mas como construção de sentidos e interpretações dos “grupos de interesse”, com espaços de negociação com vias para a mudança (FURTADO, 2001).

A avaliação qualitativa, mais especificamente, pretende explicar os detalhes das relações sociais “consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência”. Busca entender o

processo histórico que se caracteriza pelo seu dinamismo, provisoriedade e transformação contando com uma postura crítica diante dos fenômenos estudados (MINAYO, 2004, p.11).

Para poder motivar o intento de investigação, a apreensão dos sentidos dos fenômenos e a complexidade do contexto são concebidas como algo que não deve ser compactado para que caiba em “uma” metodologia “ou outra” de avaliação. Ressaltamos a valorização da vivência dos atores sociais e sua intersubjetividade da relação sujeito-investigador, dimensão pouco atentada nos estudos e sistema de avaliação de serviços e programas de saúde, assinalando aspectos subjetivos próprios de uma avaliação qualitativa (UCHIMURA; BOSI, 2002). Entendemos que avaliar serviços ou programas coaduna com interesses na reflexão da intervenção social, na perspectiva de mobilização comunitária, ação política e responsabilização terapêutica das coletividades.

Nesse sentido, a escolha por estudar o Serviço de Atenção Domiciliar do governo do estado de Pernambuco se deu em função do interesse do pesquisador em propor e participar da pesquisa, tendo em vista que faz parte da equipe de profissionais do serviço. Desenvolver, portanto, uma avaliação do Programa Hospital em Casa, como modelo de desospitalização e serviço substitutivo, que não passou por uma avaliação qualitativa que considere a dimensão dos atores envolvidos por meio do estabelecimento de critérios de observação da relação e entrevistas abertas.

Nesta fundamentação, momento da delimitação da abordagem teórica do método, traremos agora a contribuição de Martins (2009a) com a Metodologia de Análise de Redes no Cotidiano (MARES), que propõe uma leitura intersubjetiva, considerando a dinâmica das pessoas e redes sociais. Além de atentar para o envolvimento do pesquisador que repercute em trocas das vivências durante o processo de pesquisa (MARTINS, 2009a).

5.1.2. MARES: metodologia de análise de redes no cotidiano

A MARES é uma metodologia de base qualitativa que busca resgatar “a complexidade simbólica das práticas sociais articuladas em sistemas interativos sobrepostos que articulam as regiões da afetividade, da moral, do direito, da associação espontânea e da co-responsabilidade na esfera pública” (MARTINS, 2009a, p. 62). O que nos faz refletir que diante das vivências das pessoas o que existe são os processos dinâmicos e mutantes, e, por isso, o objetivo é mais entender as relações pertencentes do que as estruturas, buscando fazer uma leitura intersubjetiva (aprofundada, flexível, dinâmica e concreta) das redes sociais (MARTINS, 2009a).

A resistência ao utilitarismo mercantilista da referida metodologia busca ressaltar o ser humano em sua totalidade fenomenal. Para isso, a idéia da intervenção nas redes desencadeia uma análise das situações sociais que se aplica nas fronteiras do público e do estatal, especificamente nas esferas públicas locais. Nessa perspectiva, o cidadão é visto como usuário (personagem que luta e que participa de modo criativo), rompendo com a abstração dos números e posição de passividade. Ou seja, objetiva analisar os sistemas de relacionamentos desse usuário a partir de processos de constituição das esferas públicas locais (MARTINS, 2009a).

Ao referir o termo *cotidiano* estamos situando uma trama complexa que “tem a ver com manifestações simultâneas, caóticas e diferenciadas de desejo, sonhos e práticas colaborativas, coletivas e individuais, que conspiram a favor da organização da vida social em diversos planos: da vida afetiva, da vida social e da vida cultural” (MARTINS, 2009a, p. 67). E a MARES é uma metodologia que é capaz de refletir e interpretar a realidade do cotidiano na complexidade sistêmica, ou seja, que não são reduzidas à soma dos indivíduos que fazem parte do grupo social.

Utilizamos a metáfora do mar para entender o sentido mais profundo e diverso do conjunto das teias de ações verticais (visão de profundidade) e das teias de visões horizontais (visão de superfície) que envolvem os atores e “interferem permanentemente na construção e desconstrução das instituições sociais e de suas redes pessoais e/ou grupais de sobrevivência” (MARTINS, 2009a, p. 73). A visão de submersão e de profundidade não nega a visão de superfície horizontal, mas complementa (perspectiva do pensamento integral). Tem a pretensão de ser um método adequado para sondar as profundidades da vida cotidiana, não apenas através de um mapeamento das superfícies relacionais, mas como recurso pedagógico com vias para uma “reflexividade cooperada por parte dos participantes dos grupos” (MARTINS, 2009a, p. 74).

A MARES propõe a realização de mapeamento dos sistemas de sociabilidades coletivas em forma de redes, concebendo que elas se mostram em sociedades complexas. E com isso, o desenvolvimento de metodologias que facilitem a comunicação entre os sujeitos envolvidos (por exemplo, entre pesquisador e o pesquisado). Para tanto, a proposta oferecida busca romper com os reducionismos sociológicos, a razão instrumental e a dimensão de que a subjetivação humana é simplesmente moldada pela cognição, senão agregando os fatores sensoriais, emocionais e morais (MARTINS, 2011a).

Um dos entendimentos que fundamenta a MARES é preocupação com a superficialidade dos discursos nos conflitos relacionais, através de crenças, representações e

silêncios, de modo que o sujeito não se envolve com o conteúdo da suas vivências (com defesas de não tomar consciência ou projetar seus conflitos). Por outro lado, a solução deles visa a tomada de consciência, pela identificação de dispositivos de perpetuação e de liberação do pensamento crítico individual ou coletivo. Portanto, essa metodologia valoriza a ação em negociações permanentes entre os saberes (especializados e os comuns) para mediação dos conflitos, com o objetivo de descolonizar processos de dominação e implementar novas práticas reflexivas (MARTINS, 2011a).

A MARES investe em espaços híbridos em que haja o reconhecimento de que: a realidade social é mutante e interfere nas relações; a ilusão da neutralidade científica perpassa pelo entendimento de que os conflitos partem de representações e crenças (que podem ser desconstruídas e reconstruídas, através da reflexividade); e reforça a importância da consciência do caráter “intervencionista” do pesquisador sobre a realidade (MARTINS, 2011a).

Martins (2011) faz uma diferenciação dos momentos metodológicos da MARES, são eles: o teórico, o metodológico/técnico e o propriamente metodológico. O momento teórico se caracteriza pela organização de um quadro conceitual de referência (teorias que valorizam a dimensão interativa do cotidiano, no nosso caso a dádiva em Mauss). Já o momento metodológico/técnico, ressalta recursos que facilitem desconstruir crenças banalizadas. Delimita os métodos de análise (no caso dessa pesquisa a análise de conteúdo); das técnicas (utilizaremos a observação participante e entrevistas em aprofundamento). Por fim, o momento propriamente metodológico que tem a ver com a articulação dos outros dois momentos, organizando classificações para a descrição, análise e explicação, além da produção de relatórios e reflexões. Contempla tarefas desconstrucionista e reconstrucionista, o caráter mais interventivo da referida metodologia (MARTINS, 2011a).

5.2. LOCAL E CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Serviço de Atenção Domiciliar, Programa Hospital em Casa, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), criado na primeira metade de 2011. Ele tem como objetivo disponibilizar para a população do Recife, que não têm possibilidade de acompanhamento em regime ambulatorial, um conjunto de ações de saúde prestadas no domicílio, mas que também não exigem o ambiente hospitalar para a sua oferta, contando com equipe multiprofissional (PERNAMBUCO, 2011).

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) é composta por profissionais com a função de oferecer assistência clínico-terapêutica e psicossocial aos usuários no domicílio. A equipe atua de modo interdisciplinar e, atualmente, é composta por: uma Assistente Social, um Auxiliar administrativo, duas Enfermeiras assistentes, uma Enfermeira gerente, duas Fisioterapeutas, dois Médicos, dois Motoristas, uma Nutricionista, uma Fonoaudióloga, um Psicólogo, duas Técnicas de enfermagem, uma Terapeuta Ocupacional.

O fluxograma do serviço tem início por meio de demanda proveniente dos hospitais: Hospital Barão de Lucena, Hospital da Restauração, Hospital Otávio de Freitas, Hospital Getúlio Vargas e Hospital Agamenon Magalhães, a partir do processo de captação do usuário. A captação é uma avaliação de inclusão que é feita pela enfermeira gerente, médicos e assistente social do SAD e discussão com a equipe do hospital que o assiste, bem como o desejo do usuário e familiares na inclusão/participação do serviço, com vias para identificar a indicação e possibilidade de acompanhamento no domicílio. Essa etapa conta com a assinatura de um termo de consentimento livre, assinado pelo usuário ou seu representante legal.

Durante os primeiros dias de admissão do usuário a Assistente Social realiza um acolhimento e visita inicial ao domicílio para uma avaliação social ampla. E a equipe vai ao reconhecimento da história do usuário e da sua rede de apoio, identifica e procura contato com a equipe de referência comunitária, para abrir espaço de diálogo durante o acompanhamento. Na última visita realizada de cada usuário é feita, pela equipe, uma visita à Unidade de Saúde da Família para um repasse do caso quando o usuário estiver de alta do serviço. As visitas comportam atendimentos e intervenções compartilhadas com a possibilidade de ter mais de um profissional, ou visitas individuais.

Após a admissão na atenção domiciliar de cuidado é elaborado o Plano de Assistência Domiciliar (PAD), para discutir o caso e elaborar um projeto terapêutico com discussão entre os profissionais acerca das demandas e indicações do usuário, bem como o acolhimento das necessidades expressas pelos usuários e familiares para um acordo terapêutico. O referido plano deve ser reavaliado constantemente para modificações possíveis diante da dinamicidade do cuidado. Nesse sentido, o tempo de permanência entre a admissão e a alta ou óbito do usuário é flexível, dependendo do momento terapêutico e conquista dos objetivos traçados no PAD. A alta, ou seja, a finalização do acompanhamento do usuário da atenção domiciliar pode acontecer em virtude de internação hospitalar, estabilidade clínica, objetivos terapêuticos, a pedido do paciente e/ou responsável e óbito.

Em relação às modalidades, no que se refere ao nível de densidade tecnológica, frequência de atendimento e critérios de inclusão, o serviço preconizado pelo Hospital em Casa da SES/PE abrange atualmente a modalidade de Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2). Esta corresponde aos critérios direcionados aos usuários que possuam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção à uma unidade de saúde, que teriam uma demanda por procedimentos de maior densidade tecnológica, com condições de serem realizados no domicílio (curativos e medicações endovenosas ou subcutâneas, por exemplo). Além disso, usuários que precisam de adaptação ao uso de órteses e próteses; uso de sondas; acompanhamento pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência; necessidade de ganho ponderal e atenção nutricional permanente ou transitória; cuidados no fim da vida; dentre outras (BRASIL, 2011b). Para a inclusão no programa é condição indispensável: a presença de cuidador; habitar na cidade do Recife; o paciente e familiares aceitarem a atenção domiciliar e, conseqüentemente, assinam o termo de consentimento; e o domicílio possuir condições adequadas para o cuidado.

É importante salientar que por se tratar de um serviço que realiza atendimentos na residência dos usuários, a coleta de dados também aconteceu no ambiente domiciliar. As entrevistas realizadas com os usuários foram realizadas nos domicílios e as entrevistas com os profissionais foram realizadas no Hospital Agamenon Magalhães.

5.3. PERFIL DOS PARTICIPANTES E PROCESSO AMOSTRAL

Os participantes do estudo foram 10 (dez) profissionais que fazem parte das equipes de atenção domiciliar e 10 (dez) usuários que foram admitidos nessa modalidade de atenção. Na pesquisa foi importante situar o contexto da pessoa entrevistada, bem como dizer que os sujeitos foram escolhidos, ou seja, selecionados por intencionalidade. Devemos considerar também que o fato de o pesquisador fazer parte da equipe influencia nas respostas das entrevistas e nos momentos de observação participante.

No que se refere à amostra coletada, o número de participantes, definido inicialmente na construção amostral do projeto, foi alcançado. Com isso, demos seguimento à avaliação qualitativa, refletindo os detalhes das relações sociais da atividade humana criadora apreendida através do cotidiano.

É importante dizer que no processo de discussão e análise dos dados utilizaremos nomes fictícios para preservar o anonimato e assegurar a privacidade dos participantes. O

desfecho da investigação adotou o detalhamento das motivações das relações de cuidado como o próprio prazer de interagir, o foco em vínculos monetários no interesse material, a solidariedade e aliança, bem como as dificuldades na dinâmica do cuidado.

5.3.1. Usuários (as)

Dez usuários fizeram parte do estudo, sendo seis do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Utilizamos os seguintes nomes fictícios para os usuários: Leri, Aci, Maraíra, Aimberê, Jacimar, Jari, Arecê, Piatã, Joaci e Sabará. A faixa etária dos usuários variou entre 50 e 101 anos de idade. O período de tempo que são acompanhados pelo SAD variou entre quatro meses desde a entrada no serviço e um caso de uma usuária acompanhada há dois anos e cinco meses. Quanto ao grau de instrução quatro participantes referiram não ter estudado e saber apenas assinar o nome, uma estudou até a 3ª série, três estudaram até a 8ª série e dois completaram o ensino médio. Seis usuários eram casados, três eram viúvas e uma solteira.

A indicação clínica inicial para acompanhamento no domicílio incluía: dois casos para continuidade de medicação; duas possuíam demandas de reabilitação respiratória; dois casos com acompanhamento de feridas, após período que ficaram acamadas na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e mais duas para curativos de feridas; e dois casos de pacientes com problemáticas cardíacas em processo de alta assistida. Seis casos foram demandas provenientes do HAM, dois casos provenientes do Hospital Otávio de Freitas, um usuário por solicitação jurídica da Secretaria Estadual de Saúde e um caso para atendimento domiciliar solicitado pelo Hospital Getúlio Vargas.

5.3.2. Profissionais de saúde

Dez profissionais fizeram parte do estudo, sendo na sua totalidade do sexo feminino. Receberam os nomes fictícios: Rosa, Lírio, Begônia, Camélia, Gérbera, Calêndula, Jasmim, Violeta, Iris e Margarida. No que se refere à distribuição por profissão tivemos: uma Assistente Social, duas Enfermeiras, uma Fisioterapeuta, uma Médica, uma Nutricionista, uma Fonoaudióloga, duas Técnicas de enfermagem e uma Terapeuta Ocupacional. Metade da equipe de profissionais entrevistadas atua desde a inauguração do serviço, ou seja, desde abril de 2011; quatro profissionais atuam há aproximadamente dois anos; e outra trabalha no

serviço há cinco meses. Quatro trabalham apenas no SAD e os demais também trabalham em outras instituições de saúde, sendo que quatro atuam em hospitais e serviços privados; e duas em hospitais e serviços públicos de saúde.

5.4. OBJETO DA PESQUISA

Esse estudo teve como objeto e questão de pesquisa: Como ocorrem as relações entre usuários e profissionais de saúde na dinâmica do Serviço de Atenção Domiciliar do estado de Pernambuco, o Programa Hospital em Casa?

5.5. TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

O objetivo geral de analisar as relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde do Serviço de Atenção Domiciliar foi abordado por meio das seguintes técnicas de coleta: entrevista semi-estruturada e observação participante. A coleta de dados foi realizada a partir da aprovação do projeto no Comitê de Ética, considerando os objetivos da pesquisa.

Consideramos como relevante a dimensão da flexibilidade da pesquisa a partir do entendimento de que: “A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos” (MINAYO, 2004, p.101). Nesse sentido, o projeto foi apresentado aos usuários com a ida do pesquisador em cada domicílio, realizando uma explanação do tema e do objetivo da pesquisa, de modo que eles traziam seu interesse e logo realizávamos a leitura do termo de consentimento, bem como sua assinatura, e acordávamos uma data para a realização da entrevista. Já em relação aos profissionais, a apresentação foi feita em uma reunião da equipe, delimitando, igualmente, o tema e objetivo do estudo e a partir da disponibilidade de agenda fomos marcando as entrevistas.

Para alcançar o objetivo de compreender o contexto em que se organiza a construção social do cuidado, diante das relações entre usuários e profissionais, a inserção no cotidiano do serviço trouxe a possibilidade de uma observação ativa e contou com a sistematização através do registro das notas de campo. Já a identificação das motivações que facilitam ou dificultam as relações as entrevista orientaram o diálogo.

O desafio da pesquisa diz respeito ao último objetivo, ou seja, a construção de categorias de análise das relações de cuidado entre usuários e profissionais. Para isso, foi abordado, no processo de coleta, conteúdos que consideram a dimensão qualitativa, como elementos constitutivos das relações de cuidado, revelando características pautadas no contato individual e em situações de trocas coletivas. Atentamos, nesse sentido, para a dinâmica concreta do serviço e para a dimensão relacional entre pesquisador e pesquisado.

A coleta de dados foi realizada em um período de dois meses completos (a saber: novembro e dezembro de 2013), mais a primeira semana de janeiro de 2014. Os registros das informações foram realizados por meio de gravação das entrevistas, que foram transcritas para documento no computador, dando continuidade ao processamento dos dados; e através das notas de campo e diário de pesquisa para organizar o material da observação participante.

5.5.1. Entrevistas

Construímos a entrevista semi-estruturada contendo tópicos disparadores referentes à temática do estudo. O desenvolvimento da entrevista foi dinâmico, quanto à relação entrevistador-entrevistado, com abertura para outros questionamentos por parte do pesquisador e problemáticas trazidas pelos participantes, valorizando a perspectiva do participante.

O período de realização das entrevistas foi durante os meses de novembro e dezembro de 2013 com os usuários. Já com os profissionais as entrevistas foram do mês de dezembro de 2013 até janeiro de 2014. O tempo das entrevistas com os profissionais foi bem parecido, variando entre doze e dezoito minutos; e com os usuários a amplitude foi maior, ficando com o tempo variando entre dez e quinze minutos, sendo apenas uma de trinta minutos.

5.5.2. Observação participante

A observação foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2013, através de notas em um diário de campo. As notas foram tomadas a partir das reuniões das equipes; dos comportamentos, gestos, expressões e conversas sobre o tema da pesquisa no cotidiano do serviço; e através dos momentos das visitas das equipes aos pacientes. As observações

ajudaram na complementação das análises no que se refere a uma contextualização da prática e relação entre os profissionais e usuários.

O registro da observação era organizado a partir: da escrita da data, dos nomes das pessoas envolvidas na cena, situação observada do cotidiano (visita compartilhada, reunião de equipe, realização do plano terapêutico etc.), após isso era feita uma narração do cenário e da situação propriamente dita, e uma descrição dos comportamentos, gestos, expressões dos participantes. Foram registrados dezessete momentos de observação durante o período de coleta dos dados, sendo treze nas visitas domiciliares e quatro no Hospital Agamenon Magalhães.

5.6. PLANO DE ANÁLISE

Realizamos o tratamento dos dados encontrados na fase de exploração do campo (coletados a partir das entrevistas semi-estruturadas e das anotações dos diários sobre as observações), a partir da análise de conteúdo de Bardin (2002). Explicitaremos, no próximo capítulo dessa pesquisa, uma análise e discussão que irá identificar e caracterizar o sistema de dádivas, os bens materiais e simbólicos que circulam na relação de cuidado.

Os passos seguidos na análise foram: **a) apuração dos dados; b) classificação do material; e c) construção dos sentidos** diante da temática central, a partir dos esquemas classificatórios, blocos de falas, articulação de narrativas, descrição das narrativas, abertura e fechamento da narrativa (MARTINS, 2011a). Por fim, articulamos o momento teórico ao técnico do percurso metodológico para valorizar as expressões intersubjetivas singulares dos participantes. Isso para considerar, inevitavelmente, a dimensão propositiva e pedagógica da pesquisa (MARTINS, 2009a) de avaliação como um processo que permeia práticas libertárias e de exercício da cidadania.

Para a operacionalização da análise, na etapa da **apuração dos dados**, realizamos: a organização das entrevistas; leituras sistemáticas das transcrições e das notas do diário de campo; e uma ordenação inicial de temas seguindo os tópicos das entrevistas. Logo após, na **classificação do material**, realizamos identificação das dádivas; bem como suas características e uma classificação dos relatos em algumas dimensões (afetiva, sócio-econômica, político-ideológica etc.); e a construção de quadros analíticos.

Por fim, na etapa da **construção dos sentidos** da temática central, desenvolvemos um aprofundamento da leitura, destacando conteúdos significativos. Após isso, organizamos os

conteúdos em rede de sentidos e confrontamos aqueles em destaque para construção das categorias, agrupando semelhanças e observando os distanciamentos dos conteúdos. Ainda nessa etapa, experimentamos uma reflexão crítica acerca dos quadros analíticos e discutimos os dados com subsídio do marco teórico na próxima sessão da dissertação.

5.7. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa, usuários e profissionais, foram convidados para o estudo, concordaram em participar e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1), onde foi explicado o protocolo de estudo e esclarecido sobre o objeto do trabalho. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética respeitando as resoluções legais; segue também como apêndice o modelo de Carta de anuência e de apresentação ao gestor do local da pesquisa, bem como o orçamento da pesquisa (Apêndices 2, 3 e 4, respectivamente).

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil em maio de 2013 e teve a anuência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e do Hospital Agamenon Magalhães. Submetemos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, conforme direcionado pela Plataforma Brasil. E no dia oito de outubro de 2013 o projeto foi aprovado sem restrições através do Parecer Consubstanciado 447.691 de 2013 (ANEXO 1).

Vale lembrar que as entrevistas foram gravadas após autorização prévia dos entrevistados e que o áudio está sob a responsabilidade do pesquisador, garantindo sua utilização exclusivamente para os fins da pesquisa. Foi respeitada a autonomia, a garantido o anonimato e assegurando a privacidade quanto aos dados confidenciais, como rege a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“Quem diz muito que vai, não vai,
Assim como não vai não vem.
Quem de dentro de si, não sai,
vai morrer sem amar ninguém.
O dinheiro de quem não dá,
é o trabalho de quem não tem”.*

(Baden Powell e Vinicius de Moraes)

Neste capítulo, trataremos a identificação das dádivas e o que circula nas relações de cuidado entre profissional e usuário, ou seja, o que os vincula e influencia no modo de desenvolver o cuidado. Além disso, discutiremos as características mais marcantes das dádivas e, na classificação dos relatos, tocaremos nas dimensões afetiva, sócio-econômica, político-ideológica. Discutiremos as principais expressões de dádiva diante do cuidado, tomando os quadros de análise como suporte nessa construção e destacando conteúdos significativos acerca dos objetivos dessa pesquisa, apoiado pelo marco teórico.

Nos discursos dos profissionais e usuários, bem como por meio das observações de campo, procuramos abordar os objetivos do estudo a partir da organização deste capítulo, em três temáticas de discussão: **Contexto do cuidado**; **Motivações que facilitam ou dificultam o cuidado**; e **Dádiva nas relações de cuidado entre profissionais e usuário: categorias e conteúdos**.

Em cada um dos temas de discussão construímos categorias para arquitetar a discussão. No que se refere à temática do **Contexto do cuidado**, discutiremos as categorias: a) *ambiente favorável e tempo satisfatório*; b) *participantes aliados no cuidado*; c) *condição sócio-econômica vulnerável*; e d) *condição de trabalho dificultadoras*. Já no tema relativo às **Motivações que facilitam ou dificultam o cuidado**: a) *compromisso essencial e prazer no cuidado*; b) *acolhimento compartilhado*; c) *fator da focalização tecnicista*; e d) *rede de apoio ausente e religiosidade singular*.

Por fim, discutimos sobre **Dádiva nas relações de cuidado entre profissionais e usuário: categorias e conteúdos**. Sendo que nesta última temática realizamos a construção de categorias maiores dentro de duas seções de discussão para refletir a dádiva do cuidado nas

relações entre profissionais e usuários, a saber: *Dádivas do cuidado na relação entre profissionais e usuários: categorias e conteúdos referentes ao dar e receber*; e *Dádivas do cuidado na relação entre profissionais e usuários: categorias e conteúdos relativos à retribuição*.

Uma reflexão mais geral acerca da visão dos profissionais e usuários é a proximidade ou complementaridade dos discursos. Como iremos abordar a partir de agora, o conteúdo sobre o contexto foi saudado com elogios e críticas bem relacionados entre os participantes, especialmente no que tange à diferença entre ambiente hospitalar e domiciliar. As motivações trouxeram como forte referência a importância do compromisso para o cuidado, que exige a disponibilidade e o empenho, bem como na busca por acolhimento recíproco.

6.1. CONTEXTO DO CUIDADO

Durante as observações realizadas no campo identificamos as características marcantes que oferecem o pano de fundo das situações de cuidado. Desde uma tranquilidade dos profissionais para fazer uma escuta cuidadosa, reflexão clínica ampliada, em virtude da quantidade de pacientes vistos por turno que não passa perto dos excessos de ambulatórios e hospitais; até a presença de preocupação com o tempo da visita no que se refere aos contratempos com o trânsito da cidade, interferindo na frequência mínima de visitas a um usuário para não prejudicar o acompanhamento adequado.

O contexto do cuidado foi algo referido pelos profissionais e usuários de forma semelhante. De modo mais geral, houveram diálogos, percebidos nos momentos de observação das visitas, que tratavam da rede de saúde como um todo. A crítica eclodia da necessidade de um exame, ou medicação, que não havia em um determinado serviço de referência para aquele paciente. O que gerava uma lentidão nas decisões dos planos de cuidado e demarcava faltas nas abordagens terapêuticas já estabelecidas; em alguns casos tratava-se de um insumo ou serviço que o usuário fazia uso antes da entrada do SAD no seu acompanhamento.

Situação que vai de encontro com a nova Portaria (nº 963, de 27 de maio de 2013) de redefinição da Atenção Domiciliar. Tendo em vista que ela traz como proposta a organização da atenção domiciliar a partir do artifício das linhas de cuidado, que, por sua vez, estariam em busca de diminuir a fragmentação da assistência sendo fundamentadas nas necessidades do usuário. Vale também trazer a reflexão acerca do papel que o serviço desenvolve no sentido

de mediação da rede de saúde, diante da sua entrada no acompanhamento do usuário no caminho entre o hospital, no momento da desospitalização e adaptação à nova condição clínica do cuidado; e as unidades de atenção primária (Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas etc.), na articulação do SAD com sua rede local para co-responsabilização do caso.

a) Ambiente favorável e tempo satisfatório

Na categoria relativa ao ambiente, as falas dos profissionais entrevistados remetiam a adequação da casa e dos cômodos dos usuários para receber os cuidados da equipe, explicitado nos recortes: *“ter uma cama adequada, sentir da melhor forma possível. Se o ambiente é apertado, vai tá desfavorecendo. A gente tem que começar a ter criatividade com essas adversidades”* (Lírio), remetendo à habilidade dos profissionais em entrar na casa dos pacientes de modo a ajustar o seu cuidado ao domicílio e não adaptar o paciente à sua intervenção. O que logo é relacionado à possibilidade do ambiente domiciliar proporcionar a autonomia como algo estruturante do cuidado:

“Em casa a família vai ter mais autonomia, vai tá mais livre para fazer no horário que dá, no movimento da família” (Rosa); *“a equipe de saúde é que tenta se adequar a rotina da família, entender a rotina da família”* (Lírio); *“Acho que estrutura é a gente proporcionar dentro da dinâmica familiar esse cuidado, a gente tira de um espaço de adoecimento para proporcionar um espaço de saúde”* (Camélia).

A partir dos construtos teóricos de Martins (2006) refletimos, portanto, que tratamos de elementos das dádivas do cuidado relacionados à espontaneidade, liberdade e criatividade que leva os profissionais a se flexibilizarem diante dos imprevistos do cotidiano, em virtude de sentirem dificuldades acarretadas pela formação técnica. E, ao mesmo tempo, a característica de obrigação e interesse, no que se refere ao próprio ambiente do domicílio (nem sempre visto como ideal por membros da equipe) e coordenação que decide as ações sanitárias (MARTINS, 2006).

Existe uma comparação entre o ambiente do domicílio e do hospital no que tange, respectivamente, à liberdade e ao controle do cuidado. Além disso, percebemos a situação de não participação do usuário provocado no ambiente hospitalar e a redução do usuário a um sintoma, parte do corpo ou doença:

“A rotina hospitalar é imposta ao paciente, cabe ao paciente se adequar. Entendeu? O paciente não é visto como um todo, a gente vê o paciente por parte, tem médico que vê tal parte” (Lírio); *“Porque no hospital há uma sensação de controle entre aspas. O paciente come a hora que o hospital*

fornece, aquilo que o hospital fornece. É um cuidado controlado. Em casa não, fica nas mãos do paciente e nas mãos do cuidador. É uma parceria” (Calêndula).

Por outro lado, o ambiente gera preocupação por parte dos profissionais quando a limpeza passa a interferir no cuidado, independente da condição sócio-econômica do usuário: *“O que pode interferir que a gente pode tá insistindo na mudança é mais na questão da limpeza. Tanto faz se é num lugar assim ou se é numa casa, numa mansão” (Jasmim).* O ambiente, relacionado à higiene no domicílio ou à exposição a outros agravos no ambiente do hospital, repercute no cuidado segundo compreendem os profissionais, como exposto nos recortes: *“então tá vulnerável a infecções, a outras doenças” (Violeta); “O paciente fica no hospital, tendo risco de pegar infecção hospitalar” (Lírio).* Reflexão que é compartilhada ou incorporada pelos pacientes: *“No hospital tive muitos casos de infecção e em casa não tive nenhum” (Joaci).* E uma dificuldade relativa à querela hospital-domicílio diz respeito à disponibilidade de insumos: *“algumas coisas que não tem, em relação a equipamentos, precisamos de respirador e não tem, as vezes acaba havendo a volta dos pacientes por conta desses equipamentos” (Begônia).*

Ainda sobre o ambiente os usuários relatam a questão da saudade do ambiente de casa, do conforto e a importância da proximidade da família: *“Gosto de tá em casa. Passei 5 anos e 6 meses no Osvaldo” (Aci); “No hospital é mais sacrifício, pois não tem TV, ventilador para levar. Tenho saudade da família, do cachorro” (Sabaré).*

Os profissionais coadunam com essa importância do ambiente doméstico na qualidade do cuidado e sensação de conforto: *“No domicílio o paciente se sente mais a vontade, até a gente mesmo para cuidar dele se sente mais a vontade” (Gerbera); “E quando ele tá em casa, ele tá no ambiente dele, no quarto dele, junto com os familiares dele” (Violeta).*

Ao meditar sobre o tempo para o cuidado, usuários e profissionais relatam uma característica de valorização da escuta atenta e singular:

“O cuidado em casa é maior e no hospital ninguém tem tempo pra conversar” (Jacimar); “Então, individualizado, sem pressa, avaliando bem, cada detalhe. Como um amigo dizia, se um quadro tá mais alto mais baixo, são detalhes que num hospital não dá para a gente observar” (Jasmim).

A escuta devendo, portanto, ultrapassar a centralidade nas queixas exclusivistas dos sintomas, diagnóstico e tratamento. Valorizar o tempo de escuta repercute na dádiva enquanto disponibilidade e espontaneidade no dar e receber cuidado. Convidar, nessa medida, a história do adoecimento e de vida do usuário para construir sentidos terapêuticos diante da sua realidade. Identificar as crenças que os usuários e familiares trazem, suas dúvidas, ansiedades

e desejos frente à saúde-doença-cuidado, desconstruindo e reconstruindo conteúdos do cuidado.

No entanto, surgem as limitações e críticas, por parte dos profissionais, acerca da organização do tempo de visita domiciliar, bem como sua frequência:

“Eu acho bom, o tempo que eu tenho é suficiente, é suficiente para passar informações” (Calêndula); “os profissionais da própria equipe que não tem o entendimento que aquele cuidado precisa ser prestado dentro daquele tempo” (Camélia); “Eu não entro na casa do paciente terminando a sessão e muito preocupada com o tempo, a gente nunca sabe se vai ser rápido ou demorado o atendimento” (Iris).

A questão do tempo de visita é algo que interfere na dinâmica do cronograma dos atendimentos e reflete a necessidade de constante discussão para construir uma saída resolutiva, em busca do atendimento das necessidades dos usuários.

b) Participantes aliados no cuidado

Sobre os participantes do cuidado, esteve presente uma relevante compreensão de que sua composição seria, em grande proporção dos discursos dos profissionais, a equipe de saúde:

“A equipe inteira, desde a coordenadora até os motoristas, a união de todos” (Begônia), mas incluíam também família e amigos: “A família tem que tá envolvida, mas todos e a equipe inteira” (Rosa); “Familiares e também tem amigos, aquele que é mais chegado, que agente procura aquele cuidado” (Gérbera).

A participação do usuário, nas atividades de cuidado, foi citada com menor alusão. Por outro lado, foi citada como de grande relevância a presença do cuidador. Citado como pessoa de referência dos cuidados com o paciente, seja contratado ou pessoa da família que assume essa função: *“a esposa ou então só filhos, poucas pessoas tem um cuidador” (Margarida); “Uma outra categoria que não pode ser esquecida são os cuidadores, os pais, ou seja lá quem for o cuidador do doente” (Isis).*

Nesse sentido, segundo alguns estudos, trata-se de reconhecer as diversas parcerias existentes na construção dos contratos de cuidado entre os profissionais e os usuários. A atuação de equipes multiprofissionais deve ser constituída de modo que se apoiem e que busquem entusiasmo frente às práticas uns dos outros. Sempre com atenção para a resolutividade dos problemas de saúde das populações locais, valorizando a qualidade da ação em saúde (CECCIM, 2005). A abordagem interdisciplinar busca ir além do individual e clínico. O cuidado de pessoas de modo a estimar uma ação coletiva, transformando a atuação

diante da complexidade de saberes (LOCH-NECKEL et al, 2009). As práticas, portanto, precisam ser construídas de modo interdisciplinar e implementar a perspectiva do usuário, sua participação, desvelando suas necessidades de saúde.

Uma visão estendeu como participante do cuidado a atuação do Estado: *“Não se deve isolar, não se deve responsabilizar tão somente a família, o estado tem que estar ali dentro”* (Violeta). E também foi citada a rede de saúde como um todo: *“Todos os profissionais, os pacientes. Além de pessoas, a rede de saúde como um todo”* (Camélia).

Já os usuários identificavam logo os profissionais da equipe do SAD, citando os nomes. Nesse mesmo tom, trazem a participação de uma enfermeira do Hospital Agamenon que monitora a questão dos curativos, muito valorizada pelos usuários. Trazem também elementos da própria rede local: *“Vocês tudinho... Assistente de saúde e vizinha, ajudando com a roupa”* (Manaíra).

Destacamos também a centralidade na racionalidade médica como detentor da atribuição do cuidado: *“Só os médicos mesmo, não tem mais ninguém. Mas tem a minha filha que qualquer coisa que sinto me leva ao médico”* (Jari). Existe uma visão que reduz o cuidado aos muros do saber técnico-assistencial. A idéia de que esse saber é identificado apenas na atuação dos profissionais de “nível superior”, principalmente enfermeiras, fisioterapeutas e médicos.

c) Condição sócio-econômica vulnerável

No que concerne à categoria da condição sócio-econômica percebemos que os usuários citam que tem uma vida financeira de sufoco e difícil, mas que conseguem dar conta das suas necessidades: *“Sou aposentado e dá para ir passando”* (Jari); *“Eu só tenho um salariozinho para tudo; é pouquinho, mas sou bem atendida pelos médicos e não falta nada para mim”* (Aci).

Já os profissionais relacionam a condição sócio-econômica tanto no sentido da aquisição de bens para auxiliar no cuidado: *“A questão sócio-econômica interfere, porque muitas vezes a gente dá orientação que se a gente não tiver como disponibilizar o material necessário, muitas vezes eles também não têm como fazer essa aquisição”* (Iris); quanto na questão somática no que diz respeito à preocupação do paciente com o dinheiro interferindo no aspecto subjetivo: *“A questão econômica também influencia, se ele tá preocupado com o dinheiro, ele tá de certa forma com aquele stress, com aquela preocupação”* (Rosa).

Existe também a vertente da vulnerabilidade social, inclusive, como veia de ação da equipe para articulação com outros setores no intuito de conseguir algum benefício ou renda para o usuário e sua família: “*A gente sabe que tem pessoas com vulnerabilidade social, a gente tem que viabilizar a questão dos benefícios, da aposentadoria. Se aquela pessoa tem o direito, lógico que vai interferir sim, na compra de um remédio, na compra de alimentos*” (Violeta). A complexidade das ações em saúde ultrapassa a instrumentalização do cuidado, mas considera que existe um hiato entre a distribuição de renda e as necessidades de saúde, ou mesmo a “distribuição” de saúde.

d) Condição de trabalho dificultadora.

Dentro ainda do contexto do cuidado, a condição de trabalho nos leva à discussão da comunicação entre o serviço e os usuários, bem como a ausência dos carros que conduzem as equipes para os domicílios, situação referida pelos usuários e profissionais: “*Algumas vezes a equipe fica sem carro. O material chegou a ficar zero. A gente não sabe as dificuldades da equipe, às vezes o paciente nem fica sabendo o que ocorre lá*” (Joaci).

6.2. MOTIVAÇÕES QUE FACILITAM OU DIFICULTAM O CUIDADO

As motivações relatadas incluem o cuidado em um conjunto de elementos essenciais para a manutenção das relações entre usuários e profissionais. Identificamos, de modo geral, desde obrigação de compromisso de todos os participantes do cuidado (usuários, familiares, cuidadores e profissionais) até a necessidade sentida pelos profissionais de ser bem recebido, ou acolhido nas casas visitadas. Os usuários demandam, por sua vez, uma ampliação da sua rede de apoio, catalogando os familiares e amigos que ajudam no cuidado, mas referem uma carência de outros personagens importantes naquele momento de sofrimento.

Como expusemos nas reflexões teóricas desta pesquisa há uma crítica antiutilitarista que aponta para uma redução da motivação à moral do interesse e do egoísmo. Nessa perspectiva, a economia de mercado teria maior valorização na produção do bem-estar social do que um ato simples de escuta do carinho e dedicação ao outro. É importante que façamos aqui o reforço da ideia de que a sociedade é de modo basilar fundada pela dimensão simbólica (MARTINS, 2006). Então, refletir as motivações para o cuidado remete em evidenciar e

valorizar o que denota implicação psicoafetiva das pessoas na construção das relações no cotidiano da atenção em saúde.

a) Compromisso essencial e prazer no cuidado

No que concerne à identificação das motivações que facilitam ou dificultam as relações entre usuários e profissionais, observamos no discurso dos profissionais e usuários a implicação e compromisso com o cuidado como algo constitutivo, sua falta seria um dificultador, algumas declarações evidenciavam isso: *“O que atrapalha mais é não ter a força de vontade”* (Margarida); *“Quando não tem compromisso, da equipe do cuidador e do próprio paciente”* (Jasmim).

Nos discursos dos profissionais identificamos, como motivações que facilitam, a disponibilidade e ao *prazer no cuidado*: *“o cuidado tem que partir de uma disposição dele para o cuidado”* (Camélia); *“Para cuidar não é fácil. Mas você tem que gostar do que está fazendo”* (Margarida).

Um dos componentes que movimenta o cuidado e motiva as pessoas é o próprio prazer de interagir. Supera a primazia utilitarista dos vínculos monetários, de forma que as coisas não sejam mais valorizadas do que a relação de um com o outro. Na relação de cuidado tudo deve ser levado em consideração, devem ser valorizados desde os símbolos de alegria com a superação de um sintoma do adoecimento até um olhar de cuidado devolvido pelos usuários aos profissionais. Considerando desde o tratamento de uma ferida até a preocupação em oferecer a mão em saudação que corresponde, respectivamente, à disponibilidade do material de curativos e o envolvimento afetivo nas relações de cuidado em saúde.

b) Acolhimento compartilhado

Uma forma de evidenciar a motivação que pode dificultar perpassa pela representação do acolher o outro como acolheria si mesmo por parte do profissional, uma expectativa que pode gerar frustração: *“Eu vou amar o próximo como amaria a mim mesma. Então, eu vou cuidar do próximo como eu cuidaria a mim mesma”* (Jasmim); *“Imaginar que se ele estando no lugar dele, como eu gostaria de ser tratada”* (Begônia). E, complementando essa expectativa do desejo de ser cuidado percebemos a necessidade da profissional sentir-se acolhida:

“Quando a gente chega numa casa que não lhe oferecem uma cadeira para sentar, por mais simples que a casa seja isso gera um incomodo em mim, porque como a gente tá chegando na casa das pessoas a uma necessidade, pelo menos da minha parte, de me sentir acolhida. Eu estou entrando naquela casa sem ser convidada, entre aspas, porque eu estou indo ali oferecer o meu cuidado” (Calêndula); “Se eu me sentir acolhida, acho que estou fazendo a coisa certa. Não é nem um agradecimento, é sentir acolhida, aberto para o que eu falo, o que eu vou orientar no cuidado” (Rosa).

Parece haver a expectativa por um elo por parte do doador, algo que, segundo Martins (2006), está acima do valor de uso e de troca do bem ou serviço. Essa busca por acolhimento, ou aceitação, que os profissionais anseiam quando estão em momentos de contato com o usuário em seu ambiente doméstico pode gerar frustração. Desse modo, lança como esteio a reciprocidade do acolhimento como caráter interpessoal nas relações e dádivas do cuidado, desejando a consagração do referido elo entre usuários e profissionais, que pode em algumas ocasiões dificultar o cuidado.

c) Fator da focalização tecnicista

A focalização tecnicista no diagnóstico, como algo que limita, gera insegurança na ação dos profissionais de saúde é referida como algo que interfere negativamente no cuidado, tendo como origem intrínseca referente ao processo de aprendizagem do profissional:

“Às vezes me sinto muito insegura, porque a gente se foca muito na questão doença. E o cuidado é um contexto só, até porque o aprendizado nas faculdades a gente não vê esse contexto, é muito ligado na área curativa mesmo” (Lírio); “Quando a gente começa a atender o paciente algumas vezes eu já percebi que a gente começa a se acomodar com o diagnóstico, com o prognóstico para o paciente” (Iris).

Como refletimos no marco teórico, o modelo de saúde foi constituído de modo a centralizar o hospital como espaço de cuidado e, por sua vez, o modelo médico assistencial privatista, gerando na construção histórica da ação em saúde a ideia da velocidade e do lucro. As limitações da formação recaem sobre os currículos das graduações que ainda são montados como um pacote básico. O que se procura, por outro lado, é a formação de profissionais que se coloquem como atuantes no “modelo do cuidado”, aquele que destaca o usuário, suas necessidades e vivências, cultivando assim um fazer saúde que tem como escopo a transformação social do cuidado e libertação dos sentidos simbólicos.

d) Rede de apoio ausente e religiosidade singular

Uma categoria que toca diretamente na questão da motivação para o cuidado, nas expressões de usuários e profissionais, seria a ausência de uma rede de apoio, um fator extrínseco da motivação que interfere e gera uma dificuldade no seguimento do cuidado:

“Se você tem que cuidar 24 horas da pessoa é cansativo. Mas se você tem um apoio, seja da família, seja do Estado, seja de onde for” (Violeta); “sobrecarrega um pouco e ele não consegue mais exercer aquele cuidado da forma orientada e começa a ter um descuido” (Iris).

Os usuários relatam também as faltas que sentem da participação de algumas pessoas diante de ausências específicas da sua rede significativa subjetiva: *“A equipe toda. Tem uma participação remota da agente de saúde que vem 3 ou 4 vezes no ano, ou quando precisa” (Joaci); “Falta pessoas para ajudar no cuidado” (Aci); “Um filho ajuda como quer, as vezes me dá o dinheiro do táxi” (Aimberê); “Minha irmã não vem aqui, só liga” (Jacimar).*

Os usuários trouxeram como motivação para o cuidado a sua fé, a *religiosidade*, com pedidos de fortalecimento do corpo ou da própria fé, como relatado nos recortes: *“Deus é quem supera a gente” (Manaíra); “Não gosto de mal-tratar, porque Jesus disse respeitar e tratar bem sem olhar a quem. Só Jesus faz esse milagre para ser melhor” (Aracê).* As manifestações religiosas foram percebidas nos momentos de observação tanto, em contextos de uma solicitação da benção divina para a melhoria, ou remissão, de um sintoma e cura de uma enfermidade; quanto, na entrada e saída das equipes com o intuito de agradecimento e retribuição pelo cuidado doado.

Considerar, na perspectiva da dádiva, a realidade do usuário diz da ligação dela com os sentidos construídos no seu entorno simbólico. A religiosidade repercute no cuidado enquanto expressão simbólica que persevera na constituição de sociabilidades e sentidos construídos socialmente (MAUSS, 2003). Em cada usuário a construção de sentidos do cuidado é singular e depende, contudo, do seu campo significativo-subjetivo, da sua história de vida, enquanto partícipe de uma coletividade.

6.3. DÁDIVA NAS RELAÇÕES DE CUIDADO ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIO: CATEGORIAS E CONTEÚDOS

Nesse tópico da discussão traremos as manifestações de dádivas, refletindo acerca do que vincula as pessoas nas práticas de saúde. Articulamos as entrevistas com o material da

observação participante para explorar categorias dentro de conteúdos relativos à trilogia do dar, receber e retribuir como potenciais dispositivos de vínculo e implementação do cuidado. Esta etapa foi dividida em duas seções de discussão, a saber: *Dádivas do cuidado na relação entre profissionais e usuários: categorias e conteúdos referentes ao dar e receber*; e *Dádivas do cuidado na relação entre profissionais e usuários: categorias e conteúdos relativos à retribuição*, que organizamos em quadros remissivos para facilitar as reflexões, identificação e características das dádivas.

Na etapa exploratória de coleta dos dados e das leituras de identificação dos conteúdos listamos as dádivas manifestas (Quadro 1) através do relato dos participantes da pesquisa. Seria uma espécie de inventário, que desenvolvemos, contendo os bens que circulam na relação de cuidado. No entanto, é relevante saber que existem também dádivas latentes na relação entre as pessoas, que podem ser captadas nas vivências diretas com os usuários e contato com sua rede de apoio.

É importante lembrar que o que circula nas relações está conectado, segundo Jacques Godbout e Alain Caillé, com as bases do vínculo social que vão desde afeições até a expressão de segurança no outro (GODBOUT; CAILLÉ, 1999). Existe, portanto, uma infinidade de conteúdos no circuito da dádiva, relativos ao dar-receber-retribuir:

“do doar (como escuta, como palavra, como disponibilidade para acolher integralmente ao outro), do receber (como direito inato do ser humano a viver, como possibilidade de agradecer para aparecer e ser incluído) e do retribuir (como direito e possibilidade a demonstrar sua presença seu poder, sua singularidade dentro do sistema social)” (MARTINS, 2011b, p. 49).

As manifestações que mais se destacaram, no que se refere à frequência e ênfase dada pelos participantes do estudo, foi a de orientações do cuidado, algo que tem a característica de ser realizada por todos os profissionais, revelando-se como marca da atenção domiciliar, mas a medicação foi igualmente algo bastante referido tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais. A própria visita surge como ingrediente de bem recebido pelos usuários e foram citadas algumas manifestações relativas a valores e afetos, como o acolhimento, o compromisso, atenção e o carinho no cuidar.

QUADRO 1 – Manifestação da dádiva do cuidado

O que é doado pelos profissionais	O que é recebido pelos usuários
1. críticas e conselhos	1. críticas e conselhos

2. as orientações que são necessárias	2. as orientações que são necessárias
3. fala e escuta ao usuário	3. fala e escuta do profissional
4. um gesto de cortesia	4. um gesto de cortesia
5. olhar cuidadoso com usuários	5. olhar cuidadoso do profissional
6. a visita no domicílio	6. a visita no domicílio
7. marcação de consultas	7. consultas marcadas
8. suporte em demandas para o INSS	8. suporte em demandas para o INSS
9. realização da fisioterapia	9. atividades de fisioterapia
10. treinamento aos cuidadores	10. treinamento para os cuidados
11. realização dos curativos	11. tratamento de feridas
12. aferição da pressão arterial	12. aferição da pressão arterial
13. indicação de exames	13. coleta de exames
14. prescrição da dieta alimentar	14. observação da dieta alimentar
15. dispensação da dieta alimentar	15. dieta alimentar
16. dispensação de medicamentos	16. medicações
17. entrega de insumos e equipamentos	17. insumos e equipamento
18. o amor e o carinho de cuidar	18. o amor e o carinho do cuidador
19. acolhimento no domicílio	19. agradecimento do acolhimento
20. compromisso com o cuidado	20. compromisso com o cuidado

Fonte: próprio autor

Nas observações realizadas havia um entusiasmo dos usuários e familiares quando da presença da médica nas visitas. Em geral, havia uma demanda de escuta dos sintomas, solicitações de exames e remédios. Em uma das observações, inclusive, foi possível perceber ao mesmo tempo o ânimo com a entrada da médica no domicílio e a frustração pelo fato da equipe não ter levado a medicação esperada com ansiedade por uma usuária.

Existia, nesta situação, a expectativa de recepção, de pelo menos dois bens: um foi alcançado, o serviço de atendimento médico, e dentro disso a escuta clínica; e o outro bem cobrado foi frustrado, o bem material, a medicação. Ou seja, em uma mesma visita circulam

diversas dádivas, resguardando a característica da espontaneidade e grandeza de conteúdos da dádiva.

6.3.1 Dádivas do cuidado na relação entre profissionais e usuários: categorias e conteúdos referentes ao dar e receber

Uma das características importantes de se destacar de início sobre o sistema de dádivas é a espontaneidade. Ou seja, falamos do que está implícito no sistema. No caso do cuidado em saúde seria, por exemplo, o momento da escuta de cada profissional, ou de modo compartilhado, na realização de ações em uma clínica ampliada. No entanto existe a necessidade de se considerar a postura premente das pessoas, em relação ao entendimento da singularidade de cada usuário.

As categorias apresentadas a seguir retratam a classificação dos atos de dar e receber a partir da perspectiva relacional entre usuários e profissionais. Algo que remonta ao fundamento da dádiva na prestação de um bem seja material ou imaterial, mas acima de tudo a implicação para o cuidado, contando ao mesmo tempo com interesse e obrigação. As categorias construídas foram: Atitudes simbólicas e revelação do cuidado; Práticas aliadas ao desenvolvimento do cuidado; Processos de subjetivação emblemáticos; Religiosidade ativa; e Dimensão política e valores do cuidado, como podemos observar no Quadro 2, que destaca uma esquematização de categorias, dimensões e conteúdos que circulam na relação de cuidado relativos ao dar e receber.

QUADRO 2 – Esquema de categorias, dimensões e conteúdos que circulam na relação de cuidado relativos ao dar e receber

Categorias de apreciação das relações de cuidado entre profissionais e usuários	Dimensões características da categoria	O que circula na relação de cuidado
Atitudes simbólicas e revelação do cuidado	Palavras que disseminam bens imateriais	- a crítica e os conselhos; - as orientações que são necessárias; - tirar dúvida; - fala e escuta; - conversar com a equipe.
	Sinais do corpo e cuidado com o ambiente	- um gesto de cortesia; - o cuidado pelo olhar da outra pessoa;

		<ul style="list-style-type: none"> - observar bem; - deixar tudo com higiene.
Práticas aliadas ao desenvolvimento do cuidado	Realização de serviços que caracterizam o cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - marcação de consultas; - locomoção para paciente deficiente; - a própria visita; - resolver a coisa do INSS; - fisioterapia em casa; - treinamento de cuidadores.
	Procedimentos típicos do cuidado em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - mensuração da pressão; - realização do curativo; - prescrição da dieta; - indicação de exames; - execução de exercícios e posicionamento adequado.
	Atos de distribuição de bens materiais	<ul style="list-style-type: none"> - os insumos; - suporte de equipamentos; - a medicação; - entrega da dieta.
Processos de subjetivação emblemáticos	Afetos e acolhimento do outro	<ul style="list-style-type: none"> - atenção, acolher, empatia; - o carinho; - o amor; - alegria tão grande; - feliz e esperando.
	Expressão do desejo de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - gostar do que está fazendo; - querer aceitar, vontade; - com determinação por prazer; - o interesse de cuidar.
Religiosidade ativa	Manifestação de fé e sentido divino do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - benção divina; - força de Deus.
Dimensão política e valores do cuidado	Princípios político-ideológicos	<ul style="list-style-type: none"> - situações sociais e rede frágil; - acesso a todas as pessoas que precisam; - universalidade, ela deveria abraçar a todos; - sua autonomia, sua participação nesse cuidado;

		- responsabilidade do Estado.
	Valores e respeito junto ao outro	- proporcionar o bem-estar; - compromisso da equipe, do cuidador e do próprio paciente; - vai ter essa confiança da pessoa ao profissional; - um aprendizado; - uma construção; - se por no lugar do paciente; - paciente ser visto individualmente.

Fonte: próprio autor

1. Atitudes simbólicas e revelação do cuidado: categoria que se refere aos sinais do corpo e o cuidado com o ambiente, através de um gesto de cortesia, ou de um o olhar do outro; e às palavras que disseminam bens imateriais, por meio das críticas e dos conselhos dos profissionais para os usuários e as orientações de cuidado.

Segundo Martins (2011b), quando o profissional está imerso no sistema de dádivas, ele gera uma cadeia de doações por meio: do olhar, de palavras, de orientação e medicamentos. Desse modo, as atitudes desenvolvidas no cuidado nos mostram uma postura que não está ligada, essencialmente, a execução de um procedimento, senão estaria mais presente em gestos e palavras. Situação que repercute no cuidado e estabelecimento de vínculos, por exemplo, e deslança um ritmo de cuidado espontâneo.

As atitudes nos mostram uma postura de cuidado, não necessariamente a execução de um procedimento, estando mais presente em gestos e palavras. Situação percebida nos discursos de profissionais e usuários. Como podemos observar nos recortes:

“Com uma palavra, um conselho, uma bronca, um gesto de cortesia, um olhar, às vezes a gente se sente protegido, se sente cuidado pelo o olhar da outra pessoa” (Iris). Aceitar a condição, a crítica e os conselhos. Pessoal, através de orientações” (Joaci); “É das informações que a gente passa para ele, das orientações que são necessárias, principalmente pra prevenção de alguns complicadores” (Camélia)

É importante estarmos atentos, contudo, para que as práticas não acabem se dobrando ao modelo hegemônico de transmissão de informações na mão única do profissional para o usuário (FREIRE, 1987). Nessa perspectiva, o resultado do tratamento por meio das

orientações não refletiria na geração de autonomia e consciência para o cuidado. Ou seja, não alcançaria o objetivo de transformar a mentalidade dos usuários, muito menos a situação ampla de saúde que os deixam vulneráveis. O intento não é de adaptá-los para que exista um dominador na relação de cuidado, senão gerar questionamentos, incertezas e o não conformismo para abalizar um cuidado transformador.

2. Práticas aliadas ao desenvolvimento do cuidado: seria propriamente a realização de serviços que caracterizam o cuidado, por meio da marcação de consultas, da própria visita, da fisioterapia no domicílio; além da execução de procedimentos típicos do cuidado em saúde, como é o caso da aferição da pressão arterial e a realização de curativos; e, por fim, a distribuição de bens materiais, como medicamentos e dietas.

No que se refere à realização de serviços de cuidado, as práticas mesmo, observamos as expressões: *“Fisioterapia em casa para ver se melhora as pessoas. Para eu voltar a andar”* (Sabaré); *“Se a pessoa tem uma ferida, o curativo; se a pessoa tem sonda, a dieta; se a pessoa tá depressiva, uma conversa; estar sempre perto”* (Violeta).

Já sobre os bens materiais que circulam na relação de cuidado podemos citar as seguintes falas para ilustrar: *“Chega em minha porta e entra e pronto. Traz medicamento certinho, faz curativo”* (Aracê); *“O cuidado é bom, mede a pressão direito, só não fura o dedo da diabetes. Era bom que fosse mais vezes e mais cuidado no remédio”* (Leri).

Percebemos durante as observações que a aferição da pressão arterial é um procedimento solicitado pelos pacientes como ritual da visita, mas que é ampliado, ou melhor, estendido aos demais membros da família. Ou seja, algumas vezes existe um pedido dos pacientes e dos próprios familiares para que seja feita a aferição da pressão de membros da família e cuidadores. Nesta experiência, dar o bem solicitado, ou não, assume o interesse de aliança, um convite para a manutenção das trocas de bens, com o papel de perpetuar a dádiva na medida em que busca a conquista de outro integrante para o sistema de trocas simbólicas e materiais.

Na relação entre profissional e usuário existe uma série de situações de cuidado relativos às atribuições¹ de cada especialidade, como vimos nos recortes das falas. O cuidado também tem a característica do simbolismo, relativo ao empenho e nas trocas de experiências

¹ Dentre as atribuições dos profissionais do SAD podemos citar: a) trabalhar em equipe multiprofissional de modo integrado à rede de saúde; b) identificar e treinar (pré e pós-desospitalização) os familiares e/ou cuidador dos usuários; c) abordar o cuidador como executor das ações; d) acolher dúvidas e queixas dos usuários, familiares e cuidador; e) elaborar reuniões para cuidadores e familiares; f) utilizar linguagem acessível; g) participar da educação permanente; dentre outras (BRASIL, 2011a).

sem sobrepor o saber técnico sobre o saber popular. Entretanto, existe também o limite tênue da relação utilitarista do profissional que executa suas funções em uma instituição, levando em consideração as determinações gerenciais burocráticas que tentam interceder, ou manipular, o funcionamento construído no próprio processo de cuidado, ou seja, na aliança gerada pela dádiva do cuidado.

Percebemos aqui outra característica marcante do sistema de dádivas trazida por Godbout e Caillé (1999): a ideia de conjunto. Nesse sentido, a dádiva não se resume, por exemplo, à relação entre profissionais e usuários, mas também aos familiares, as instituições de saúde e a própria história de vida das pessoas.

3. Processos de subjetivação emblemáticos: essa categoria constitutiva das relações de cuidado remete aos afetos expressos no cuidado para com o outro, no sentido do acolhimento, carinho e amor; e, também, qualifica a expressão do desejo de cuidado, quando demonstra gostar de cuidar, ter interesse de cuidar.

A dimensão subjetiva das pessoas participantes da cena do cuidado precisa ser evidenciada nas práticas de saúde. O que repercute na construção do sentido do cuidado, uma vez que tratamos de algo com conflitos de interesses que direciona sua raiz à dureza mercadológica. Trazemos, então, alguns recortes das implicações afetivas, tanto de usuários quanto dos profissionais: “*Tenho amor no coração para dar ao próximo, recebo com amor, não tenho motivo de receber mal*” (Arecê); “*Tenho uma alegria tão grande, fico feliz e esperando*” (Aci).

Refletimos, com auxílio de Godbout e Caillé (1999), que cada momento de visita domiciliar é uma oportunidade grande de construção do vínculo de lealdade, tendo em vista que estamos na esfera doméstica dos usuários. Posto que, adentramos em uma relação no campo do ambiente privado, de muita proximidade com o usuário. Entretanto, no que se refere ao serviço, os profissionais desenvolvem um vínculo político, no sentido de que representam a esfera do Estado e tem uma relação pública (GODBOUT; CAILLÉ, 1999). Apesar disso, devemos ter uma visão crítica e considerar que algumas vezes as funcionalidades relativas aos profissionais, como possíveis representantes do Estado e da ciência, podem ser mais valorizadas na relação de cuidado do que a expressão pessoal e alegorias subjetivas (MARTINS, 2006).

No entanto, apesar de ter tomado nota, nos momentos de observação participante, acerca da abertura das casas para a entrada das equipes, posto que nos momentos das visitas sempre houvesse o recebimento cordial e acolhedor, existem situações trazidas pelos

profissionais de não se sentirem bem recebidos pelos usuários, bem como o não recebimento das orientações e dos cuidados. Os trechos abaixo destacam essas dificuldades:

“Uma coisa que às vezes me pego pensando é justamente isso desse vínculo. Um vínculo negativo, digamos assim. Como a gente vai até o paciente, entra na casa dele, quando é uma família que não acolhe, não é simpática, não há empatia” (Calêndula); *“Nem sempre, a pessoa que está aberta para receber o cuidado; e quando a pessoa não está aberta, geralmente ela não retribui, ela se fecha”* (Violeta).

A habilidade do profissional de saber caminhar por esses vínculos, e, compreender as dimensões de interesses envolvidos no cuidado, é algo que deve ser considerado como limite e possibilidade, ao mesmo tempo. Mediar os demandantes de cuidado, desde os interesses do usuário, os seus próprios e até os dos gestores é uma questão que deve ser, mínima e criticamente, identificada pelos profissionais como fator influente na sua prática e na saúde pública como um todo.

4. Religiosidade ativa: a manifestação de fé dos participantes remonta ao sentido do cuidado como ato divino, tanto da parte da realização propriamente dita, efetuada pelo profissional que foi originalmente intermediado por Deus, quanto do entendimento de que a religião, Jesus e Deus fazem parte da rede de apoio dos usuários: *“Eu sou bem atendida graças a Deus, pois vem pra casa”* (Aci); *“Deus é quem supera a gente”* (Manaíra); *“Em primeiro lugar Deus, depois ela. Graças a Deus vocês vieram”* (Aimberê).

5. Dimensão política e valores do cuidado: esta categoria se refere aos princípios político-ideológicos trazidos pelos usuários e profissionais, fatores que interferem no cuidado, como é o caso da rede de saúde, universalidade e a participação do usuário no cuidado e a co-responsabilidade do Estado; e aos valores e respeito junto ao outro, como o compromisso da equipe, do cuidador e do paciente, atenção à individualidade, no sentido aparente de dar valor à singularidade.

Na dimensão político-ideológica existe uma preocupação por parte dos profissionais relativa à rede de saúde e condição social do usuário: *“O contexto passa a ser complicador quando a gente tem situações sociais muito precárias, quando a gente tem uma rede muito frágil, um SUS que não atende a universalidade”* (Camélia). Surge, também, a discussão do papel do Estado: *“Seria perfeito o cuidado que tivesse juntamente com as políticas públicas. A gente sabe que há uma desresponsabilização do Estado, e é transferido esse cuidado para a sociedade civil e a família que é o ambiente privado”* (Violeta).

Por outro lado, um usuário expressou suas dúvidas quanto ao futuro eleitoral que pode repercutir na saúde pública: *“O que tá mais me preocupando agora é se esse governador vai ser eleito presidente. O secretário de saúde é ruim. As UPA s atendem mal. A superlotação dá nisso, o pessoal faz um atendimento mal feito e fica nisso”* (Joaci).

A característica da espontaneidade da dádiva se refere, como trouxemos no marco teórico, ao saber a quem dar. Isso, no que concerne à capacidade da dádiva em formar um novo sujeito coletivo numa perspectiva política. Em relação à ruptura de uma representação rasteira sobre a conjuntura que o envolve, para uma participação no cuidado e na sociedade como um todo (CAILLÉ, 2006). Uma participação popular reflexiva e dialógica que permita a identificação das pessoas com uma saúde não mercantilista e que não lance descrédito sobre os pensamentos e realizações, perspectiva política que valorize as relações entre profissionais e usuários.

Surgiu nos discursos a problematização sobre o acesso aos serviços, uma crítica aos critérios que o próprio programa impõe e se limita:

“Como a saúde tem o principio da universalidade ela deveria abraçar a todos, mas não é isso que acontece. A partir do momento que um programa do governo tem os critérios de exclusão, ela não está assumindo o cuidado com as pessoas” (Violeta); *“Seria uma possibilidade de cuidado de acesso a todas as pessoas que precisam”* (Camélia).

De modo que é impelido em uma das entrevistas, um discurso disparador de questões sobre a montagem das políticas de saúde para grupos determinados e os direitos dos usuários:

“Quais são os meios, quais são os instrumentos que eu posso utilizar para que exista uma inclusão de todos os usuários dentro desse programa de atenção? Que tipos de programas a gente poderia lutar para que existisse no governo para que essa saúde fosse universalizada? Será que essa estratégia tá funcionando? Será que isso é viável? Será que o usuário se sente confortável? O que a gente poderia propor a mais? Será que existe um espaço que eles possam reivindicar, lutar em favor dos seus direitos?” (Violeta).

O vínculo social parece se materializar nos relatos dos participantes da pesquisa através dos valores de compromisso e confiança: *“o segredo é esse, se você constrói um vínculo, com certeza vai ter essa confiança da pessoa ao profissional”* (Jasmim); existiria a não prestação de cuidado diante do *“empobrecimento de vínculos. Nas condições de resistência do paciente, quando ele não quer se comprometer consigo mesmo, na verdade o cuidado tem que partir de uma disposição dele para o cuidado”* (Camélia).

Um traço interessante é a postura diante do cuidado, por parte dos profissionais, no que concerne à importância dada ao vínculo. De modo que o vínculo não está relacionado aos

interesses do mercado. Segundo Godbout e Caillé (1999, p. 35): “*O vínculo, nessa situação, não tem valor monetário. Portanto, é importante compreender que todo tipo de dívida deve ser pautado junto às características do vínculo correspondente ao que circula na relação*”.

6.3.2 Dídivas do cuidado na relação entre profissionais e usuários: categorias e conteúdos relativos à retribuição

Delimitaremos, agora, as categorias que tratam da classificação dos atos de retribuir a partir das relações de cuidado entre usuários e profissionais. A construção dessa discussão perpassa pelo complemento da tríade do dar-receber-retribuir, quando traz para o estudo a reação dos usuários frente à doação dos cuidados por parte dos profissionais. Ou seja, como o cuidado repercute no seu interesse e por um estabelecimento de vínculo.

As categorias relativas à retribuição foram construídas a partir da análise das entrevistas aliadas às observações participantes. São as seguintes: Afetividade e Generosidade como bem; Gratificação material; Religiosidade ativa; e Reconhecimento positivo e realização no cuidado (Quadro 3).

QUADRO 3 – Esquema de Categorias, dimensões e conteúdos do cuidado relativos à retribuição

Categorias de apreciação das relações de cuidado entre profissionais e usuários	Dimensões características da categoria	O que circula na relação de cuidado
Afetividade e Generosidade como bem	Expressões afetivas de cultivo do cuidado	- dando carinho e atenção - Retribuo com palavras. - na forma de tratar, consideração
	Gestos de reconhecimento	- na satisfação deles de continuar aquele cuidado - esse sorriso, essa satisfação percebida é o que vale mais
	Cordialidade e agradecimento pessoal	- Agradecer - Eu não posso pagar. Posso agradecer. - pedir desculpa se atendi mal
Gratificação material	Presente material	- seja falado ou na forma de algum presente

		- retribuição material
	Expectativa de retribuição financeira	- Será que até que ponto vale a pena você tá se esforçando tanto? - Será que eu vou ser bem paga?
Religiosidade ativa	Gratidão à divindade e fé	- Todo mundo gosta de agradecer porque tem fé em deus - Fico regozizando. - Agradecendo a Deus e vocês todos
Reconhecimento positivo e realização no cuidado	Valorização do trabalho do profissional	- Seguindo as orientações. - respeito pela profissão e valorização - Se eu me sentir acolhida, acho que estou fazendo a coisa certa
	Sucesso do tratamento	- tá tendo aquela evolução - melhora clínica - a cicatrização de uma ferida
	Prazer da doação do cuidado como a própria gratificação	- Quando estou cuidando me sinto extremamente gratificada. - É só o prazer, eu sinto prazer em ajudar.

Fonte: próprio autor

1. Afetividade e Generosidade como bem: uma forma de retribuição observada no campo foi a presença corriqueira de expressões afetivas de cultivo do cuidado, através de demonstrações de carinho, retribuir com palavras, tratar com consideração. Percebemos também, os gestos de reconhecimento, como o sorriso dos usuários demonstrando satisfação com os profissionais e mesmo pela cordialidade dos agradecimentos pessoais a cada visita realizada. Gestos estes de grande valorização por parte dos profissionais.

Os profissionais e usuários remeteram bastante aos agradecimentos:

“Eu vejo muitos agradecimentos, na forma de carinho, na forma de tratar” (Lírio); “Quando a gente recebe a atenção de uma pessoa que tá sendo cuidada por a gente, então a gente tá sendo cuidada” (Calêndula); “Acho assim, dando carinho a eles, dando atenção, tem um diálogo muito bom.” (Jacimar); “Posso retribuir com carinho pelas pessoas” (Piatã).

Identificamos, também, essa forma de retribuição pela atenção dos usuários em expressar verbalmente ou com gestos as suas impressões:

“Percebo às vezes pelo discurso quando eles mesmos me trazem que foi positivo” (Camélia); “Retribuição principalmente na satisfação deles de

continuar aquele cuidado, de receber as orientações com um sorriso no rosto. Onde na verdade a gente percebe a aceitação pela face” (Jasmim); “Retribuo com palavras. Palavras boas, né?” (Jari).

O que finaliza a maioria dos atendimentos domiciliares é o gesto simples de cordialidade dos usuários concernentes aos agradecimentos pessoais a cada visita realizada: *“Agradecer, né? Agradeço mesmo” (Aimberê); “Agradecendo. Entendo que agradecer já é tudo” (Jacimar); “Fico muito agradecido. Tá me cuidando eu fico satisfeito. Eu não posso pagar. Posso agradecer” (Sabaré).*

Nesses trechos, percebemos conteúdos relacionais atinentes à característica da espontaneidade do sistema de dádivas, onde o agradecimento após cada visita domiciliar faz parte do cotidiano do cuidado. De acordo com Godbout e Caillé, ao abordarem a cadeia do dar-receber-retribuir como ininterrupta, a continuidade do circuito da dádiva está diretamente relacionada com a retribuição. Quando a dádiva é retribuída existe a concatenação estratégica de estímulo a uma sequência, ou seja, ela não cessa (GODBOUT; CAILLÉ, 1999).

2. Gratificação material: a retribuição dos usuários aos atendimentos realizados pela equipe é realizada, em algumas vezes, pela entrega de um bem material: um presente, uma comida. Os profissionais, por sua vez, trouxeram também uma expectativa de retribuição financeira pelo seu serviço, ou seja, um questionamento acerca do futuro dos seus salários, se o pagamento executado pelo empregador corresponderia as suas expectativas em função da carga e complexidade do trabalho em saúde.

Os profissionais fazem questão de dizer que os presentes em si não são o mais importante, mas sim o ato de cuidado com o profissional, ou seja, a retribuição pelo serviço prestado. Nos recortes das entrevistas percebemos que apenas os profissionais trazem os presentes materiais como retribuição:

“através do agradecimento, seja falado ou na forma de algum presente, que agente costuma receber, não que isso seja importante, mas não deixa de ser uma demonstração de cuidado” (Calêndula); “Tem também uma retribuição material. Eu sempre agradeço, digo que não precisaria disso, né? Sempre, não mostro tanto entusiasmo em tá recebendo aquele bem material, porque eu acho que esse sorriso, essa satisfação percebida é o que vale mais” (Jasmim).

Nas observações de campo percebemos a duas situações relativas à retribuição material. Em um caso, o ato corriqueiro que uma usuária encerrar a visita com a entrega a um dos membros da equipe de um *“lanchinho para vocês comerem no carro”*, onde ao final de cada visita ela oferece um pacote de biscoito, que a equipe aceita e agradece. Na outra,

situação a usuária oferece para um dos membros da equipe, que estava finalizando seu atendimento com o registro no prontuário, um “*trocado para comprar um presentinho*”, o que é recusado pelo profissional.

A dívida direciona uma das formas para sua manutenção através da conservação de uma dívida. Nesse sentido, apesar da aceitação de uma retribuição, como no primeiro caso descrito, que repercute no circuito através da busca pela aliança, como objetivo e ingrediente do cuidado, pode não ser o mesmo caminho, como no segundo caso, o na rejeição da retribuição. Uma discussão que reflete também nas determinações éticas dos conselhos de classe e legislação de trabalhadores de serviços públicos, quanto à orientação dos profissionais.

Sobre a expectativa de retribuição financeira, os profissionais trazem mais o questionamento de confrontar o seu empenho e esforço com o salário e futuro da profissão:

“Eu penso se eu vou tá com essa disposição daqui a 10, 20 anos? Será que eu vou ser bem paga?” (Rosa); *“Será que até que ponto vale a pena você tá se esforçando tanto? É uma profissão que você não recebe muito e para você ter alguma coisa precisa se esforçar muito, trabalhar muito”* (Margarida).

Como refletimos na seção de abordagem teórica a preocupação com a condição do vínculo social nos direciona para uma avaliação acerca de qual o modelo de vínculo está em evidência. Seria o modelo mercantil, diante de uma crise vivida pelos participantes da cena do cuidado, onde: *“Os vínculos são sacrificados aos bens ou, mais precisamente, os vínculos afetivos são subordinados aos vínculos utilitários”* (GODBOUT; CAILLÉ, 1999, p. 54). No que concerne aos profissionais de saúde, talvez exista uma pretensa insatisfação com a profissão escolhida, tendo em vista que seu empenho de trabalho não gera a retribuição financeira esperada de merecimentos e satisfação pessoal.

3. Religiosidade ativa: os usuários referiram muitas vezes como forma de agradecimento e retribuição pelo cuidado da equipe de atenção domiciliar uma gratidão através da divindade e da fé:

“Fico regozizando. Agradecendo a Deus e vocês todos, que cuide de vocês por onde forem. É assim que contribuo” (Manáira); *“Tenho que agradecer Deus e a vocês. É um dom de Deus”* (Jacimar); *“Não consigo retribuir. Todo mundo gosta de agradecer porque tem fé em deus e sou rica”* (Aci)

Percebemos na fala da usuária, que diz “não conseguir retribuir”, uma característica peculiar do sistema de dívidas: a dívida. Nesse sentido, o que desenvolve a manutenção do vínculo, segundo Godbout e Caillé (1999), seria o sentimento de que dá ao outro mais do que

recebe, ou seja, a dádiva funciona com a impressão de uma dívida perene entre as pessoas. O que mantém o seu sistema de modo a dar-receber-retribuir equilibrado.

4. Reconhecimento positivo e realização no cuidado: através da demonstração de valorização do trabalho do profissional, relacionado ao ato de seguir as orientações, do respeito conquistado pelo cuidado longitudinal e o estabelecimento de vínculo. Outra maneira desse reconhecimento seria por meio do sucesso do tratamento, ou seja, da conquista do objetivo terapêutico, de evolução clínica mesmo; e o prazer da doação do cuidado como a própria gratificação.

A retribuição através do reconhecimento por parte do usuário, que valoriza o serviço do profissional é algo referido enquanto expectativa pelo profissional e atitude mesmo dos usuários:

“Seguindo as orientações” (Joaci); “consideração, respeito pela profissão e valorização” (Lírio); “Se eu me sentir acolhida, acho que estou fazendo a coisa certa. Não é nem um agradecimento, é sentir acolhida, aberto para o que eu fala o que eu vou orientar no cuidado” (Rosa).

A partir das contribuições teóricas de Paulo Henrique Martins, refletimos que o objetivo, nesse caso do reconhecimento, seria a afirmação de uma aliança de modo intencional, no sentido de valorizar o outro, a dádiva da aliança. Nesse sentido, a admissão do reconhecimento como essencial. A inclusão das pessoas de modo a valorizar e evidenciar sua singularidade, ampliando as oportunidades cotidianas de gratidão do donatário, ou seja, do usuário que recebe o cuidado. Confluindo para a ideia de que *“o sentimento da gratidão é significativo para soldar laços e gerar novas solidariedades e associações”* (MARTINS, 2011b, p. 47).

No que se refere à realização na conquista do objetivo terapêutico, os profissionais relatam com muito entusiasmo o sucesso dos tratamentos como retribuição espontânea:

“Me sinto gratificada, principalmente quando agente alcança o que quer, uma melhora clínica mesmo, a cicatrização de uma ferida” (Begônia); “Acho que você chegando na casa de um paciente e passar uma lista de exercícios para fazer e você vê que ele demonstra tá fazendo aquilo, tá tendo aquela evolução” (Lírio); “Quando eu vejo que realmente tá dando certo, ele tá tendo uma melhora” (Margarida).

O que coaduna com a contribuição do estudo de Martins (2011b), acerca do reconhecimento que é, na dádiva, algo estruturante. Por isso, o bem-estar deve ser relacionado não apenas ao corpo são, senão à própria construção do cuidado e ao processo de trabalho dos profissionais:

“Tal bem-estar não se restringe à dimensão biofísica, mas se define e se corporifica com a ampliação das significações de solidariedade e de reconhecimento no ‘mundo da vida’. O bem-estar que alarga as definições da saúde apenas emerge por signos de reconhecimento que circulam como dádivas, permitindo formular ritmicamente as práticas, os lugares dos atores e os processos de organização das instituições” (MARTINS, 2011b, p. 47).

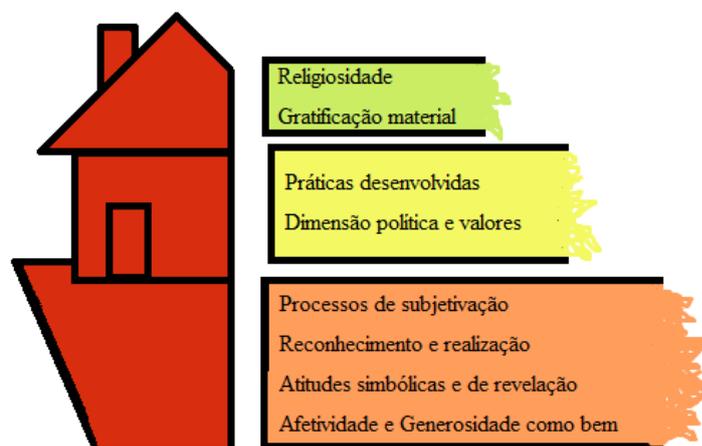
Outra reflexão teórica acerca do que deve estar em evidência nas relações de cuidado é trazida por Godbout e Caillé (1999), no sentido de que, na tríade da dádiva o dar e o receber devem ser vislumbrados, mas acima de tudo está a importância da circulação dos bens. Para, além disso, a submissão do bem ao vínculo social. Existe, segundo os autores, uma demarcação e busca de garantia da retribuição através da própria coisa dada (GODBOUT; CAILLÉ, 1999).

O que é ilustrado pela referência dos profissionais acerca da ideia de que o ato de doar o cuidado é a própria gratificação, no sentido do prazer de cuidar:

“Quando estou cuidando me sinto extremamente gratificada. Eu posso tá com o maior problema do mundo, posso estar super mal, me sentindo muito triste, mas quando eu entro dentro do quarto do paciente, ou na casa do paciente, eu começo a cuidar, a orientar, e principalmente quando é um paciente que evolui eu me sinto extremamente feliz, sinto extremamente gratificada” (Iris); “Eu me sinto bem porque é uma coisa que eu escolhi, me realiza, me satisfaz” (Calêndula); “É só o prazer, eu sinto prazer em ajudar” (Begônia).

As categorias discutidas neste capítulo, no que concerne às dádivas nas relações de cuidado entre profissionais e usuário, nos levaram a refletir sobre a ênfase de cada uma delas nos discursos dos participantes da pesquisa e notas de campo, bem como nos construtos teóricos da dádiva acerca dos seus componentes essenciais. Tal reflexão nos fez construir um símbolo associativo da tríade dar-receber-retribuir acerca das dádivas do cuidado (Figura 1).

Figura 1 – Patamares constitutivos das dádivas do cuidado



Fonte: próprio autor

Ao considerar os bens simbólicos e materiais que vinculam as pessoas nas práticas de saúde, identificados nos discursos dos participantes da pesquisa, organizamos as categorias como patamares constitutivos do vínculo social. Nesse sentido, as categorias características do cuidado foram dispostas a partir da figura de uma casa que tem: suas bases, ou seja, suas fundações; as paredes que erguem o vínculo; e a cobertura de benfeitorias relacionais.

Na base estariam as fundações que solidificam a lealdade e segurança do vínculo. Têm a potencialidade de fazer frente aos ataques do utilitarismo. Os processos de subjetivação trariam a dimensão simbólica e conteúdos latentes da relação. O reconhecimento que induz uma cadeia de doações e perpetuação da realização do cuidado, além de procedimentos. Já as atitudes simbólicas e revelação do cuidado seriam como espaços para a expressão dos sinais do corpo, de falas que alastram bens imateriais. Afetividade e Generosidade como bem na geração de acolhimento implicação com os sentimentos e desejos do outro.

As paredes que erguem o vínculo seriam delimitadoras das práticas de cuidado, propriamente ditas, e os valores envolvidos. As práticas são desenvolvidas, enquanto realização de serviços e procedimentos, no intento de convidar pessoas, a rede de saúde e instituições para habitar no cuidado. E para compreender os interesses destes participantes do cuidado conta com participação da dimensão política e com a construção dos valores instauradores do cuidado como a participação do usuário, a co-responsabilidade do Estado, vislumbrando assim a construção de um sujeito coletivo.

A cobertura, por sua vez, traz elementos para o cuidado que ficam mais na superfície. Ela abriga o vínculo de acometimentos mais acanhados. Ou seja, componentes que estão além do que é realmente essencial no estabelecimento de uma aliança. Como é a religiosidade, no que tange a diversidade de manifestações religiosa, em sentidos de fé como dívida relacionada à conservação da dádiva; e a gratificação material que se relaciona a uma retribuição através de um presente ou expectativa financeira diante de um serviço. Portanto, o modelo de vínculo em destaque nesta casa é o do cuidado, é o das dádivas do cuidado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“O que você gosta e gostaria
de estar fazendo noite e dia
Ler, andar, ir ao cinema, brincar com seu neném
e até mesmo trabalhar também.
Quando quiser, se assim quiser
se assim quiser, como quiser
como quiser, quando quiser”.*
(Arnaldo Antunes)

A partir da discussão realizada sobre as relações de cuidado entre os profissionais e usuários do Serviço de Atenção Domiciliar investigado notamos, como elementos constitutivos do cuidado, conteúdos relativos ao contexto, suas motivações e as dádivas que circulam. A identificação das dádivas, no sentido dos bens simbólicos e materiais que circulam nas relações de cuidado, são reconhecidos como promotores da aliança, do vínculo social que influencia no modo de desenvolver as práticas de saúde.

Em relação ao contexto do cuidado observamos que existe uma gama de conteúdos que trazem a importância do tempo de uma escuta cuidadosa, de uma reflexão clínica ampliada. Uma preocupação corrente seria a adequação da casa e a questão dos ajustes do seu cuidado no domicílio.

O embate do melhor espaço para o cuidado, se no hospital ou no domicílio, é relativizado pelos profissionais e usuários. Tal contenda se refere à liberdade e autonomia do usuário no ambiente familiar, e, por outro lado, o controle do cuidado que é característica do hospital. No sentido de não haver acordos terapêuticos, mas imposição da ordem médica em intervenções fragmentadas. Enquanto que o conforto, a proximidade da família e rede de apoio é trazida como grande característica do atendimento domiciliar, pelos profissionais e usuários, posto que tem potencial de romper com a redução do cuidado a intervenções nos sintomas e diagnósticos.

Os participantes do cuidado, citados nos discursos dos profissionais e usuários perpassaram pela equipe de saúde, como principal menção. Outros componentes seriam: o usuário, o cuidador como pessoa de referência, família e vizinhos. É importante atentar para o reconhecimento dos contratos de cuidado entre os profissionais e os profissionais e usuários,

no sentido de construção de um cuidado participativo e com a abordagem interdisciplinar. Foi citado também o Estado em poucas referências e sempre no sentido de co-responsabilização.

Sobre a condição sócio-econômica dos usuários observamos que existe uma preocupação, diante da vulnerabilidade social, com o sufoco e aperto com as contas, mas que é logo sobrepujado pelas conquistas religiosas ou de apoios familiares. Os profissionais, por sua vez, trazem também o ingrediente da preocupação, que os pacientes teriam com o dinheiro, como fonte estressora e que interfere no cuidado.

A dimensão simbólica é fundamental para a formação da sociedade, o que é relacionado com as impressões e motivações reconhecidas pelos entes de uma aliança (MARTINS, 2006). As motivações percebidas nos discursos estavam relacionadas ao prazer e disponibilidade para cuidar, listados como componente que sobrepujam as experiências utilitaristas dos vínculos monetários. Os profissionais demandaram a necessidade de ser bem recebido pelos pacientes e familiares. Já os usuários a necessidade de ampliação rede de apoio. Parece-nos haver, em um e outro caso, a busca pelo elo social.

Ainda sobre a motivação, a focalização tecnicista mostra-se como dificultador, na medida em que reduz a ação em saúde à resoluções de pendências diagnósticas. Algo que é relacionado à formação dos profissionais e que não considera o “modelo do cuidado” que destaca o usuário e suas necessidades. O cuidado deve agarrar sua dimensão simbólica e valorizar as trocas de experiências fazendo a comunhão entre o saber técnico e o popular.

É emergente a necessidade de problematizar a formação dos profissionais de saúde que são treinados para uma atuação baseada em manuais e regras de procedimentos, com objetivos curativistas, além de apresentarem a falaciosa idéia de uma neutralidade no campo afetivo ao lidar e intervir diante de um caso clínico. Portanto, trazer o interesse pela compreensão acerca das competências e habilidades que os profissionais precisam para lidar com a complexidade da existência-sofrimento dos usuários, as representações do processo saúde-doença e o posicionamento ético-ideológico em equipes multiprofissionais e ação interdisciplinar na atenção domiciliar.

Adentramos agora para comentar as dádivas do cuidado entre profissionais e usuário. Nesse sentido, identificar o que vincula as pessoas nas práticas de saúde, suas características e as categorias de análise nos conteúdos e dos bens que circulam na relação de cuidado. De antemão é relevante ratificar a manifestação das “orientações do cuidado” como algo incomum dentre as práticas dos profissionais. Seria esse bem imaterial a marca da atenção domiciliar. O que nos remete a identificá-la enquanto exemplo de dádiva que traz como característica fundante a espontaneidade.

As atitudes simbólicas e a própria revelação do cuidado se configuram como categoria que se refere aos sinais do corpo e às palavras. Repercutem no cuidado e estabelecimento de vínculos e tem bom potencial transformador, valorizando questionamentos, incertezas e o não conformismo. As práticas aliadas ao desenvolvimento do cuidado, por sua vez seriam serviços e procedimentos típicos da saúde que foram citados pelos usuários com grande frequência. E os bens materiais mais citados que circulariam nessa relação foram as medicações, dietas e materiais de curativo.

Refletir afetos e subjetividade no campo da saúde está diretamente relacionado, à construção do vínculo de lealdade (GODBOUT; CAILLÉ, 1999). Valorizar os bens simbólicos seria algo crucial para as sociabilidades e estabelecimento de vínculo, como ocorre nas discussões acerca da categoria dos processos de subjetivação, que remete aos afetos expressos, ao acolhimento e o desejo de cuidado. O que vai de encontro com o costume estabelecido culturalmente da fragmentação da assistência e do usuário a um sintoma, em divisões de um corpo e doença.

A categoria da dimensão política e dos valores do cuidado expõe os princípios político-ideológicos trazidos pelos usuários e profissionais: dentre eles a universalidade, acessibilidade, a participação do usuário e a co-responsabilidade do Estado. Trazem a estima o atendimento de forma individual, aparentemente no que concerne ao sentido de valorizar a diferença e a singularidade.

Ao identificar as dimensões relativas à retribuição das dádivas, uma das categorias que construímos foi referente à afetividade e generosidade como bem retribuído. O cultivo do cuidado por meio de expressões de carinho e palavras de consideração. Além dos gestos de reconhecimento, gratificação pela melhora clínica e próprio prazer da doação do cuidado como gratificação que repercutem na continuidade do circuito da dádiva. A categoria da gratificação material, por outro lado, foi referida por meio da entrega de presentes pelos usuários, bem como através da expectativa de retribuição financeira, numa busca por valorização pelo serviço dos profissionais.

A religiosidade surge como motivação e partícipe da trilogia do dar, receber e retribuir. A manifestação de fé dos participantes traz um sentido do cuidado como ato divino, como força de vontade e forma de retribuição ao usar expressões religiosas pelo cuidado recebido da equipe de atenção domiciliar.

A característica das dádivas de cuidado de maior expressão que observamos nos conteúdos coletados acerca das relações de cuidado entre profissionais foi a espontaneidade. Uma demonstração da cadeia de doações e da abundante concretização do cuidado que

chegava associada da liberdade e criatividade. Outra característica presente foi a busca pela manutenção do vínculo através da impressão de uma dívida perene entre doador e donatário.

A busca pela aliança traz o reconhecimento como estruturante ao passo que valoriza as ações dos profissionais e cuidadores. Relacionado também a lealdade e segurança. A dádiva faz entender a formação do humano como categoria moral, ou seja, o reconhecimento do profissional e não profissional; a aplicação da lei na inclusão/exclusão da relação; e uma análise dos conteúdos sobre o sistema de dádivas que traz o cuidado como mediação em saúde.

Comprendemos, portanto, que a relação de cuidado remete a processos de acolhimento e inclusão no plano de cuidado; valorização da subjetividade e identificação interpessoal; vínculo de confiança e sigilo; relação de poder e ênfase na necessidade do paciente. Nesse sentido, a relação de cuidado pode ser compreendida como uma habilidade, ou um elemento terapêutico que não aceita: sujeito passivo e controlado; a redução do usuário aos seus sintomas; soberanias ou abuso de poder, por parte dos profissionais; desconfiança ou exposição do campo do que é privado. Não queremos, com isso, idealizar as relações de cuidado como algo inquestionável, intocável e certo, mas as observar de perto e discutir seus ingredientes e características.

Ao apreender a dinâmica do serviço, a forma da interação usuário-profissional e os sentidos em relação às práticas desenvolvidas compreendemos que realizamos neste estudo uma pesquisa avaliação qualitativa em saúde. Algo que dá abertura à construção de novos estudos, inclusive, com a construção de indicadores de avaliação dos serviços de saúde, de modo a valorizar conteúdos simbólicos e práticos que permeiam as relações de cuidado, através da impressão das pessoas.

Devemos, portanto, reafirmar algumas dimensões que precisam continuar a ser investigadas, dentre elas: a formação dos profissionais de saúde; utilização da perspectiva dos usuários na avaliação em saúde; e expressão da subjetividade dos participantes da cena de saúde. Tratamos, portanto, de uma reflexão complexa tendo em vista que existem vários atores que modulam os mais diversos interesses projetados nos serviços de atenção domiciliar.

Em relação à avaliação e a construção dos serviços de atenção domiciliar problematizamos os indicadores de avaliação resumidos exclusivamente à dimensão quantitativa da avaliação. E devemos, por isso, atentar para os mecanismos pelos quais esses indicadores são introduzidos como critério no sistema decisório, e propor a construção de

variáveis de redes interativas segundo níveis de institucionalidade e na formação identitária dos usuários do serviço público em saúde, como é o caso desse estudo.

Trazemos, portanto, como proposta de reflexão a construção de redes de cuidado para ampliar o bojo de possibilidades de intervenção inovadoras em um local de práticas fora do hospital. Tendo em vista que há uma normalização da análise e avaliação das práticas e do entendimento de redes sociais a partir dos moldes utilitários propomos, nesse sentido, a construção e análise dos serviços que coloquem os usuários em evidência, salientando o seu olhar, como agente no processo de construção da sua singularidade e na relação com a sociedade.

REFERÊNCIAS

AMARAL, N. N., et al. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. **Revista de Neurociências**, v. 9, n. 3, p.111-117, 2001.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde, **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003- fev.2004.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos público para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BASAGLIA, F. O. Apresentação. In: AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 16 abr. 2002. p. 1. Disponível em: URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm. Acessado em 08/01/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS, que define ações de cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, vinculados à Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: URL: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109382-2029.html>. Acessado em: 09/01/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.527, de 27 de outubro de 2011.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as normas para cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), a habilitação dos estabelecimentos de saúde no qual estarão alocados e os valores do incentivo para o seu funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acessado em: 09/01/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acessado em: 20/01/2014.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, mar. 2012. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100019&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 15/01/2013.

CAILLÉ, A. O dom entre interesse e desinteressamento. *In* MARTINS, PH; CAMPOS, RBC. (Org.). **Polifonia do Dom**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Saúde, sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. **Saude soc.** São Paulo, 2013. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600004&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 11/02/2013.

CARVALHO, J. A. M.; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>.

CECÍLIO L. C. O.; MEHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, org. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic Saúde, Educ**, v. 09, n. 16, set.2004/fev.2005. Disponível em: URL: <http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>

COSTA, N. R. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: Articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, p. 103-107, 1997.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

FLEURY, S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma Sanitária - Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC-CEBES, p.195-207, 1988.

FLEURY, S.; DUVERNEY, A. **Gestão de redes: A estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio : FGV, 2007.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do poder**. Roberto Machado (Org. e trad.). 9. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, p. 179-191, 1990.

FURTADO, JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 06, n. 1, p. 165-181, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7034.pdf>. Acessado em: 08/01/2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 57-74, 1987.

GODBOUT, J.; CAILLE, A. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas, 1999. 270 p.

GORI, R. & DEL VOLGO, M-J. La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Denoël. In: PEREIRA, M. E. C. A saúde mental e a razão sanitária. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 509-513, 2008.

GUERRA, J. F. P. **Cuidados paliativos sob a perspectiva do usuário: o modelo do IMIP**. 2013. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

IESO, L. C.; OLIVEIRA, P. R. S. Las prácticas de cuidado en los servicios de salud. Ensayo hermenéutico sobre posibilidades en la superación del ideario individualista: una revisión desde el caso brasileiro. In: KRMPOTIC, C. S.; MITJAVILA, M. R.; SAIZAR, M. M. (Org.). (Sub) **Culturas profesionales**. Poder y prácticas en salud. Buenos Aires: Rustica, v. 01, p. 139-155, 2013.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, 2009. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf>. Acessado em: 12/02/2013.

LUCENA, M. A. S.; BEZERRA, A. F. B. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2447-2456, 2012.

MARTINS, A. Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2004. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400009&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 11/02/2013.

MARTINS, P. H. A sociologia de Marcel Mauss: dádiva simbolismo e associação. *In* MARTINS, PH; CAMPOS, RBC. (Org.). **Polifonia do Dom**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006.

_____. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC/IMS-UERJ; Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009a. 376 p.

_____. Fundamentos da cidadania na saúde na perspectiva do reconhecimento: caminhos da pesquisa. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009b. p. 131-138.

_____. **Redes Sociais como novo marco interpretativo das mobilizações coletivas contemporâneas**. Salvador: CADERNO CRH, v. 23, n. 59, p. 401-418, Maio/Ago. 2010.

_____. MARES: Desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC, IMS/UERJ; Editora Universitária da UFPE, ABRASCO, 2011a. 312p.

_____. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. *In* PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC, IMS/UERJ, Editora Universitária da UFPE, ABRASCO, 2011b. p.39-50.

MAUSS, M. **Ensaio sobre a dádiva**. Lisboa: Edições 70, 1988. 209 p.

_____. **Sociologia e Antropologia**. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MERHY, E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir antimanicomial. In: MERHY, E.; AMARAL, H. (Orgs). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p. 25-37.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MÔNICA, S. C. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/95> Acessado em: 20/02/2013.

PEIXOTO JUNIOR, C. A. A lei do desejo e o desejo produtivo: transgressão da ordem ou afirmação da diferença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100007&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 11/02/2013.

PERES, W. S. Subjetividade e Cultura em Tempos de Aids. In: CARVALHO, M. E. G.; CARVALHÃES, F. F.; CORDEIRO, R. P. (Orgs.). **Cultura e subjetividade em tempos de aids**. Londrina (PR): Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids, 2005. p. 11-20.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Atenção Ambulatorial e Hospitalar. **Manual de Normas - Projeto Piloto de Atenção Domiciliar no Hospital Agamenon Magalhães**. Regimento interno para definição do tipo de atenção domiciliar prestada e as diretrizes básicas para nortear o funcionamento do Programa Hospital em Casa da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), Recife: abril de 2011.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC / IMS-UERJ; Editora Universitária UFPE; ABRASCO, 2009. p. 37-52.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 10, p. 231-42, 2005.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**: Delineamentos de Pesquisa. 2 ed. São Paulo: EPV: EDUSP, 2004. v. 2.

SILVA; É. R. Psicologia clínica, um novo espetáculo: dimensões éticas e políticas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, 2001. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400009&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 11/02/2013.

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

_____. Atenção domiciliar no Brasil: avanços e desafios para mudança no modelo tecnoassistencial em saúde. **SIICsalud**, Buenos Aires, v. 18, n. 1, 2007.

SILVA JUNIOR, A. et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. **Cienc. Saude Colet**, v. 13, n. 5, p. 1489-1500, 2008.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. **Rev ADM em Saúde**, v. 09, n. 3, 2000.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 1561-1569, 2002. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>. Acessado em: 11/01/2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care**. Geneva: World Health Organization, 2002.

APÊNDICE - A -**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde: avaliação qualitativa do Serviço de Atenção Domiciliar”, que está sob a responsabilidade do pesquisador Vasco Gomes de Albuquerque César (Endereço: Av. Prof Moraes Rego s/n – Hospital das Clínicas – Bloco E 4º andar. Cidade Universitária – CEP 50670-901. Recife/PE Fone 2126 3766, email: vascoalbuq@yahoo.com.br). Participa desta pesquisa como orientador: Paulo Henrique Martins (Endereço: Av. Prof Moraes Rego s/n – Hospital das Clínicas – Bloco E 4º andar. Cidade Universitária – CEP 50670-901. Recife/PE Fone 2126 3766). E está sob e a co-orientação de Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Endereço: Av. Prof Moraes Rego s/n – Hospital das Clínicas – Bloco E 4º andar. Cidade Universitária – CEP 50670-901. Recife/PE Fone 2126 3766).

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso não queira participar o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Tem como objetivo principal analisar as relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde do Serviço de Atenção Domiciliar do governo do estado de Pernambuco mediante pesquisa e intervenção no cotidiano. Este estudo faz parte da construção do mestrado em saúde coletiva de Vasco Gomes de Albuquerque César, estudante do Programa de Pós-Graduação Integrado de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Os dados serão coletados através de entrevistas e observação participante.

Quanto ao risco direto da pesquisa: pode haver constrangimento do participante com a presença do observador; desconforto com as questões da entrevista; o usuário pode não identificar as relações de cuidado em saúde; e, por haver um contato próximo entre o pesquisador e os pesquisados a entrevista pode ser anulada. E no que se refere aos benefícios:

a proposta de uma análise qualitativa do serviço pode levar a reflexão avaliativa do serviço; ocasionar novas formas de intervenção social de mobilização comunitária; e percepção do cuidado entre os participantes levando a confiança terapêutica. A avaliação qualitativa pretende explicar os detalhes das relações sociais da atividade humana observada através do cotidiano.

O período da participação na pesquisa será de novembro até dezembro de 2013. Portanto, entende que é uma atividade voluntária, da qual pode desistir quando quiser e que a participação não envolve qualquer forma de remuneração. A pesquisa não envolve riscos ou danos à saúde e que é garantida a confidencialidade e o anonimato das declarações que solicitar, de modo que nada do que disser terá validade em juízo ou investigações profissionais. Ao mesmo tempo, possui o direito de autoria pelas idéias que expressar nas situações de entrevista individual. Tendo o direito de determinar que sejam excluídos do material da pesquisa elementos que já tenham sido fornecidos.

Além disso, as atividades serão gravadas e o áudio estará sob a responsabilidade do pesquisador, garantindo sua utilização, exclusivamente, para os fins da pesquisa. Tendo sido acordado que as informações fornecidas não serão utilizadas para outro fim além deste. E que os registros escritos e de voz, realizados durante a entrevista, serão guardadas com sigilo, no domicílio do pesquisador, em armário contendo documentos de trabalho e estudo, por um período de cinco anos, devendo posteriormente ser destruídos.

Em caso de dúvidas relacionadas ao estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/
CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde: avaliação qualitativa do Serviço de Atenção Domiciliar”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os

possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou do responsável legal: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE - B -

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que concordamos em receber o pesquisador Vasco Gomes de Albuquerque César, mestrando do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC), do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (DMS/CCS/UFPE), que está sob a orientação do Professor Doutor Paulo Henrique Martins e co-orientação da Professora Doutora Adriana Falangola Benjamin Bezerra no serviço _____, que fica localizado no _____ para desenvolver a pesquisa intitulada “Relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde: avaliação qualitativa do Serviço de Atenção Domiciliar”, cujo objetivo é analisar as relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde do Serviço de Atenção Domiciliar, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética _____.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, ____ de _____ de 2013.

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição

APÊNDICE - C -**CARTA DE APRESENTAÇÃO AO GESTOR**

À _____

Att. _____

Esta pesquisa, cujo título é “Relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde: avaliação qualitativa do Serviço de Atenção Domiciliar” será realizada pelo pesquisador Vasco Gomes de Albuquerque César. Tem como objetivo principal analisar as relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde do Serviço de Atenção Domiciliar do governo do estado de Pernambuco mediante pesquisa e intervenção no cotidiano.

Será respeitada a autonomia e a garantia do anonimato e assegurando a privacidade quanto a dados confidenciais, como rege a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Quanto aos resultados da pesquisa será enviada uma cópia contendo esses dados sob a forma de dissertação.

Reafirmo, portanto, minha responsabilidade e mantendo o discernimento consoante às dimensões éticas no processo da coleta de dados, bem como comunicação ao Comitê de Ética e as instâncias envolvidas nesta pesquisa de eventual modificação da proposta supracitada. Assim, mediante esta carta de apresentação, solicitamos agendamento do trabalho de campo para início da pesquisa, colocando-me disponível para maiores esclarecimentos através do número (81) 96206121 e/ou por email: vascoalbuq@yahoo.com.br.

Recife, ____ de _____ de 2013.

APÊNDICE - D -

ENTREVISTA – USUÁRIO

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Nome (Iniciais):
2. Idade:
3. Sexo:
4. Cor:
5. Grau de instrução:
6. Profissão:
7. Estado civil:

II. APROXIMAÇÃO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

1. Há quanto tempo é usuário do SAD?
2. Qual foi indicação clínica para ser acompanhado pelo SAD?
3. Existe alguma demanda inicial para que ocorra o cuidado?
4. Como é formulada essa demanda?

III. CUIDADO

- 1- Você poderia falar sobre como compreende o significado do cuidado?
- 2- Como você é cuidado (a)?
- 3- Possui uma idéia de como gostaria que fosse o cuidado?
- 4- Você sabe receber o cuidado?
- 5- Como e por quais meios você recebe o cuidado?
- 6- Como se sente e reage quando está sendo cuidado (a)?
- 7- Como e por quais meios você retribui o cuidado?

- 8- Quais pessoas participam do cuidado?
- 9- O contexto (ambiente, tempo, condição de trabalho e sócio-econômica) favorece ou interfere no cuidado?
- 10- Existe diferença entre o cuidado no hospital e no domicílio?
- 11- Em quais condições o cuidado deixa de existir?
- 12- O profissional deixou de cuidar em alguma situação?

APÊNDICE - E -

ENTREVISTA - PROFISSIONAL

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Nome (Iniciais):
2. Idade:
3. Sexo:
4. Cor:
5. Grau de instrução:
6. Profissão:
7. Estado civil:

II. APROXIMAÇÃO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

1. Há quanto tempo trabalha no SAD?
2. Trabalha em outra instituição? Qual?
3. Existe alguma demanda inicial para que ocorra o cuidado?
4. Como é formulada essa demanda?

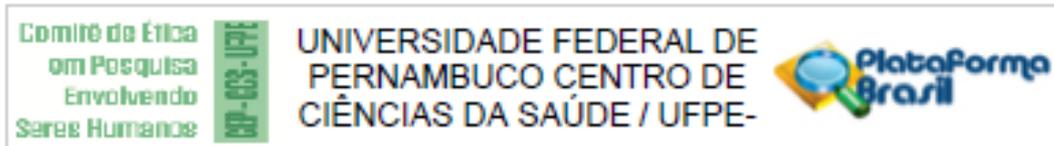
III. CUIDADO

- 1- Você poderia falar sobre como compreende o significado do cuidado?
- 2- Você sabe cuidar?
- 3- Possui uma idéia de como gostaria que fosse o cuidado?
- 4- Como o usuário recebe o cuidado?
- 5- Como e por quais meios ele recebe o cuidado?
- 6- Como se sente e reage quando está cuidando?
- 7- Como e por quais meios o cuidado é retribuído?
- 8- Quais pessoas participam do cuidado?

- 9- O contexto (ambiente, tempo, condição de trabalho e sócio-econômica) favorece ou interfere no cuidado?
- 10- Existe diferença entre o cuidado no hospital e no domicílio?
- 11- Em quais condições o cuidado deixa de existir?
- 12- O usuário deixou de receber o seu cuidado em alguma situação?

ANEXO - A -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÕES DE CUIDADO ENTRE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Pesquisador: Vasco Gomes de Albuquerque César

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14654413.9.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 447.691

Data da Relatoria: 08/11/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Sem recomendações.

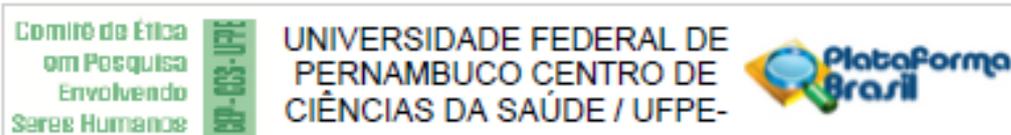
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 447.001

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de Notificação e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 05 de Novembro de 2013

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br