

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Ivani Bueno de Almeida Freitas

**A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM UM PROGRAMA DE
ATENDIMENTO DOMICILIAR AO ACAMADO DO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE, RS.**

São Leopoldo

2007

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Ivani Bueno de Almeida Freitas

**A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO
DOMICILIAR AO ACAMADO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS**

São Leopoldo

2007

Ivani Bueno de Almeida Freitas

**A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO
DOMICILIAR AO ACAMADO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS**

**Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva**

**Orientadora: Prof. Dra. Stela Nazareth Meneghel
Co-orientadora: Prof. Dra. Lucilda Selli**

São Leopoldo

2007

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

F866c Freitas, Ivani Bueno de Almeida.
A construção do cuidado em um programa de atendimento domiciliar ao acamado do município de Porto Alegre, RS / Ivani Bueno de Almeida Freitas. – 2007.
194 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2007.
“Orientadora: Prof. Dra. Stela Nazareth Meneghel”.

1. Cuidados. 2. Cuidados com os doentes – Aspectos morais e Éticos. 3. Cuidadores. 4. Saúde pública – Brasil. 5. Enfermagem domiciliar – Aspectos morais e éticos. 6. Enfermagem domiciliar - Porto Alegre (RS). 7. Idosos – Cuidado e tratamento. I. Título.

CDU – 616-083

Catlogação na publicação:
Bibliotecário Flávio Nunes – CRB 10/1298

À Renato, companheiro que tem incentivado meu crescimento humano.

Agradecimentos

Foram muitos, os que me ajudaram a concluir este trabalho.

Meus sinceros agradecimentos...

A Deus, pois, sem sua ajuda, nada teria sido possível;

A minha família, pela confiança e pelo apoio;

A minha mãe, cuidadora de todos, que me cuidou na fase final de escrita do relatório e incentivadora dos meus estudos;

A minha colega Giselda, que sempre acreditou em meu potencial;

Às colegas de mestrado, pelas conversas, pela amizade;

Aos professores Henrique Nardi e Maria da Graça Crossetti, pelas valiosas sugestões, na banca de qualificação;

À direção, aos colegas da equipe de saúde e cuidadores que participaram deste trabalho;

À professora Lucilda Selli, por aceitar a co-orientação deste estudo e auxiliar nas discussões filosóficas;

À professora Elida Azevedo Hennington que gentilmente apontou caminhos neste estudo;

À professora e amiga Stela Meneghel, por aceitar a orientação deste estudo, conduzir seu desenvolvimento, com sabedoria e paciência diante de minhas limitações;

À todas e todos que de alguma forma estão perto de mim e fazem com que eu tenha a sensação de confiança e de estar acompanhada para o que for necessário.

SUMÁRIO

1 PROJETO DE PESQUISA	09
1.1 INTRODUÇÃO	12
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	16
1.2.3 O Cuidado: aspectos históricos e conceituais	16
1.2.4 Políticas Públicas de atenção integral à saúde e o cuidar	21
1.2.5 Cuidado Domiciliar	23
1.2.6 O Cuidador e a politicidade do cuidar	26
1.3 OBJETIVO	29
1.4 TRAJETO METODOLÓGICO	30
1.4.1 Caracterização do Estudo	30
1.4.2 Campo de Estudo	30
1.4.2.1 Sujeitos do estudo	31
1.4.3 A construção da pesquisa	33
1.4.3.1 Análise das práticas discursivas	34
1.4.4 Considerações Éticas	36
1.5 ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO PROJETO	38
1.5.1 Cronograma	38
1.5.2 Orçamento	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNCIDE A	46
APÊNDICE B	47
ANEXO A	48
2 RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA PESQUISA	49
2.1 O CUIDADO NA VIDA DA PESQUISADORA	51
2.2 A SAÚDE PÚBLICA	52
2.3 A SAÚDE COLETIVA NA VIDA DA PESQUISADORA	53
2.4 A ESCOLHA DO TEMA DE PESQUISA	53
2.5 O PADA	55
2.5.1 Caracterização do PADA	56
2.5.2 Cuidando dos cuidadores – Os encontros	61
2.6 O ATO DE CUIDAR	75
2.6.1 A Escuta	75

2.6.2 Artefatos como Expressão do Poder	78
2.6.3 O Oráculo de Delfos	82
2.6.4 O Cuidado de Si	85
2.6.5 Tecnologias de Si	89
2.6.6 O Tecido Grupal em Discurso – As contradições e os significados do cuidado no PADA	93
2.6.7 A Politicidade do Cuidado	97
2.7 ALGUMAS PALAVRAS FINAIS	101
2.8 A ARTE DE REALIZAR PESQUISA NA TEMÁTICA O CUIDADO	102
GLOSSÁRIO	103
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICE A	108
APÊNDICE B	119
APÊNDICE C	152
3 ARTIGO	158
3.1 INTRODUÇÃO	161
3.2 MÉTODO	163
3.3 RESULTADOS	165
3.4 DISCUSSÃO	166
3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
3.6 REFERÊNCIAS	172
4 ARTIGO	176
4.1 INTRODUÇÃO	178
4.2 TRAJETO METODOLÓGICO	181
4.3 CONSTRUINDO O CUIDADO NO PADA	184
4.3.1 O oráculo de Delfos	184
4.4 CONTRADIÇÕES: DISCURSO DA AUTONOMIA VERSUS DISCURSO DO DEVER	187
4.5 A POLITICIDADE DO CUIDADO	189
4.6 ALGUMAS PALAVRAS FINAIS	192
REFERÊNCIAS	194

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Ivani Bueno de Almeida Freitas

**O CUIDADO NO DOMICÍLIO: UM ESTUDO DE CASO NO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

São Leopoldo

2006

Ivani Bueno de Almeida Freitas

**O CUIDADO NO DOMICÍLIO: UM ESTUDO DE CASO NO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

**Projeto de Pesquisa apresentado para a banca
de qualificação**

**Orientadora: prof. Dra. Stela Meneghel
Co-orientadora: Prof. Dra. Lucilda Selli**

**São Leopoldo
2006**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 O Cuidado: aspectos históricos e conceituais	16
2.2. Políticas Públicas de atenção integral à saúde e o cuidar	21
2.2.1 Cuidado Domiciliar	23
2.2.2. O Cuidador e a politicidade do cuidar	26
3 OBJETIVOS	29
4 TRAJETO METODOLOGICO	30
4.1 Caracterização do Estudo	30
4.2 Campo de Estudo	30
4.2.1 Sujeitos do estudo.....	31
4.3 A construção da pesquisa	33
4.3.1 Análise das práticas discursivas	34
4.4 Considerações Éticas	36
5 ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO PROJETO	38
5.1 Cronograma	38
5.2 Orçamento	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A	46
APÊNDICE B	47
ANEXO A	48

1 INTRODUÇÃO

Em 1999, na cidade de Porto Alegre, os Estabelecimentos de Saúde vinham se adequando às normas definidas no processo de municipalização. A cidade estava habilitada, segundo a legislação vigente, para a condição de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde (SUS). Um conjunto de iniciativas foi desencadeado pela gestão municipal da saúde para a viabilização dessa condição. Em 2001, foi apresentado aos trabalhadores do município de Porto Alegre o Planejamento Plurianual da Secretaria Municipal de Saúde. A partir dele, o gestor municipal do SUS, por meio de suas Gerências Distritais, maximizou esforços no sentido de atender às disposições e às deliberações da III Conferência Municipal de Saúde, às diretrizes do SUS e às necessidades da população, expressas nos indicadores de saúde, nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde (CLIS) e do Conselho Municipal de Saúde (PORTO ALEGRE, 2001).

Os Estabelecimentos municipais de Saúde, diante do desafio de construção do SUS, vêm organizando os serviços de acordo com as potencialidades e a demanda da população. Desta forma observa-se, de modo cada vez mais incisivo, a produção de arranjos gerenciais dos serviços, de acordo com realidade de cada região.

Há cinco anos, a Unidade Básica de Saúde (UBS) do Centro de Saúde (CS), onde será desenvolvido este projeto, vem investindo em sistematizar e utilizar informações sobre o território e demanda, objetivando reconhecer as necessidades da população para a implementação de ações em saúde. A autora deste projeto compõe a equipe de saúde desta UBS, tendo sido responsável pela implantação do Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado. Há uma parceria da UBS com universidades como a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com os cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição; Universidade Luterana do Brasil do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Vale do Rio dos Sinos, com o curso de Enfermagem; Instituto Metodista, com o curso de Fisioterapia, Fundação Instituto de Cardiologia, com o curso Técnico de Enfermagem.

Foi a partir do ano de 2002, com a realização de um estudo de Caracterização de Idosos da Área de atuação da UBS/IAPI e da experiência com o

Projeto Piloto de Atendimento Domiciliar ao Idoso Acamado que surgiu o interesse em realizar o estudo ora proposto, sobre o cuidado em ações de saúde, realizadas em nível domiciliar.

No Brasil, o decréscimo de uma situação de alta fecundidade e alta mortalidade tem propiciado mudanças significativas na pirâmide populacional, caracterizada por um aumento progressivo e acentuado da população idosa¹. As ações sociais e em saúde vêm contribuindo para a longevidade da população, mas as doenças crônicas não transmissíveis acometem grande parte dos idosos, exigindo um rearranjo social para lidar com essa situação.

O número de idosos chega a 14,5 milhões, passando a representar 9,1% da população brasileira, enquanto no início da década de 1990 somava 11,4 milhões, isto é, 7,9% do total (IBGE 2000). Esse aumento da população idosa implica uma busca de informações para dar conta da atenção à saúde deste grupo populacional. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou, em 2003, uma pesquisa sobre a população idosa. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/2003, a participação das pessoas de 60 anos ou mais de idade alcançou 9,6%. Esta população idosa referiu ser portadora de, pelo menos, uma doença crônica, sendo que 79% haviam consultado um médico, na época da entrevista. Em relação ao financiamento do atendimento em saúde, 57,2% foram realizados pelo SUS. Os principais motivos para o não atendimento foram: numa primeira busca, a indisponibilidade de senha ou vaga (48,9%) e a falta de médico para o atendimento, em 25,5% das entrevistas realizadas (IBGE, 2003).

O novo desenho da pirâmide populacional brasileira acarretou uma série de conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas. A rápida transição nos perfis de saúde, com predomínio das enfermidades crônicas não transmissíveis, e a importância crescente de fatores de risco para a saúde, têm requerido, dos profissionais, da sociedade e do Estado ações preventivas e curativas. Embora envelhecer não signifique diretamente adoecer e estar dependente, sem dúvida indica uma maior fragilidade e vulnerabilidade (CANÇADO, 1994).

Frente a este cenário, no ano de 2002, a UBS/IAPI somou esforços e realizou uma pesquisa para a caracterização de idosos adscritos ao seu território, com

¹ A Organização das Nações Unidas, desde 1982, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos; o Brasil, na Lei 8842/94, artigo 2 do capítulo 1, adota essa mesma faixa etária. (Brasil, 2002).

dados socioeconômicos e níveis de dependência. O interesse por este estudo partiu da procura da UBS pela população em busca de atendimento domiciliar a idosos acamados. Naquela ocasião essa demanda era atendida por uma médica geral comunitária que realizava visitas domiciliares aos seus pacientes; portanto, não era uma atividade reconhecidamente institucional. Os sujeitos da pesquisa (68 idosos) eram, em sua maioria, mulheres, predominantemente na faixa etária entre 75 a 84 anos e moradores de bairro próximo à Unidade. O familiar era o cuidador principal que assumia as funções de cuidado da casa e do idoso acamado. Quanto aos aspectos socioeconômicos, observou-se que as famílias eram multigeracionais e pertencentes às camadas populares, moradores antigos do bairro, em casa própria, com adequadas condições sanitárias. Quanto ao nível de dependência desses idosos, observou-se que 22 foram considerados dependentes totais, sendo que 12 deles apresentavam incapacidade funcional para os quatro itens avaliados (alimentação, eliminação, cuidado corporal e atividade física) e 17 sujeitos foram identificados como dependentes parciais para os itens avaliados (FREITAS et al., 2003). Este estudo e a disponibilidade da equipe da UBS/IAPI subsidiaram a construção de um Projeto Piloto de Atendimento Domiciliar ao Idoso Acamado. Freitas e Marques (NO PRELO) relatam que os cuidados realizados pelos profissionais do Projeto Piloto de Atendimento domiciliar ao Idoso Acamado são instrumentais, e levam a crer que as práticas são operacionalizadas como tecnologia, ou seja, atividades práticas e normatizadas de auxílio ao idoso. Essa situação gera cuidados médicos e de enfermagem que envolve a família do idoso e incluem a necessidade de serviços de transporte e ajuda nas atividades domésticas e de compras, socorro nas situações de emergência, recorrendo ao sistema de cuidado formal, quando necessário (ANGELO, 2000).

Na avaliação do Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso Acamado constatou-se que:

[...] a família era capaz de suprir demandas diárias de cuidado quando apoiada pelos profissionais de saúde. Aos profissionais coube orientar e oferecer suporte a idosos e cuidadores para que o cuidado acontecesse de forma tranqüila e com menor desgaste para ambos, de forma que a integração dos envolvidos no processo trouxesse benefício ao doente e a sua saúde (FREITAS e MARQUES, no prelo).

Atualmente o Programa já está inserido formalmente na estrutura administrativa da Unidade e atende a pessoas acamadas, da área de atuação da UBS por

meio da busca pelo recurso por familiares, vizinhos, cuidador contratado e o agendamento efetuado pelos pesquisadores e alunos das Escolas já mencionadas.

No que se refere ao cuidado, resta porém, uma série de dúvidas e inquietações acerca de como os cuidadores vêm operando, no domicílio. A equipe de saúde vem se organizando para dar conta das demandas específicas desses cuidadores, e um dos dispositivos encontrados foi a proposta de nucleação de um grupo aberto aos cuidadores do Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA). A idéia inicial da equipe de saúde era a de constituir-lhes um espaço de cuidado. Este é o momento histórico, em que há o encontro daqueles que operam com o cuidado - equipe de saúde e cuidadores. Nesse momento ocorreram as primeiras iniciativas de construção do cuidado ao cuidador. Importante salientar a participação desta autora como membro da equipe, cooperadora desse processo e como ator interessado na construção do conhecimento nesta área.

A partir desse quadro, formulam-se as seguintes questões norteadoras:

Como vem ocorrendo a construção do cuidado no PADA?

Quais os significados e sentidos da ação de cuidar para os atores que operam o cuidado?

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

2.1 O CUIDADO: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Historicamente, a temática do cuidado foi abordada na obra de Martin Heidegger – Ser e Tempo. A obra é um estudo de Filosofia, à luz da Fenomenologia, que trata da existência do ser. O ensaio remonta ao ano de 1927, surgiu em plena crise da cultura europeia, após a primeira guerra mundial (STEIN, 1998).

A estrutura sistemática da obra possui seis teses centrais, segundo Stein (1988): o sentido do ser – ontológico; a compreensão do ser– homem ‘estar aí’ (Dasein); o ‘estar aí’ é o ser-no-mundo, o ser-no-mundo é cuidado, cura; o cuidado é temporal – manifesta-se na morte. A temporalidade do cuidado constitui a estrutura do ser.

O estar-aí (homem) se articula no mundo de acordo com a sua visão de mundo, como entende e pensa o ser-no-mundo. Esta visão possibilita um arranjo de conhecimento que “é sempre um modo de ser do estar-aí na base de seu já-estar-junto-do-mundo” (STEIN, 1998 p.26). Este conhecimento advém da práxis do ser-no-mundo, e da “quotidianidade em direção da temporalidade do estar-aí” (STEIN, 1998 p.37) quando se manifestará o sentido do ser (ontológico). Ser-no-mundo significa ter como seu ser, o cuidado (a cura). O ‘mundo’ do estar-aí se estrutura a partir do cuidado que se manifesta com a morte, demonstrando sua temporalidade. É na morte que se compreende sua tarefa finita (STEIN, 1988).

A arte de Heidegger se insere num universo de racionalidades, abandonando a metafísica e despindo o homem do modelo teológico: ser racional, e do mundo natural: animal, para, então, a partir do sentido do ser, da compreensão do mundo pelo homem, dar lugar aos construtos do estar-aí como cuidado. O autor utiliza a alegoria da cura para fazer uma análise existencial do homem. Ao definir o homem como cuidado, violenta a definição tradicional de homem, impondo “uma nova relação deste homem, cujo ser é o cuidado com o mundo, com os entes disponíveis” (STEIN, 1988, p.84).

Para Heidegger, portanto, a definição de homem ocorre a partir da descrição fenomenológica.

O conceito de cuidado, de acordo com o Dicionário de Filosofia, Abbagnano, 2000, significa:

“Cuidado (lat. Cura; al. Sorge, et. Cura). A preocupação que, segundo Heidegger, é o próprio ser do ser-aí, isto é, da existência. O Cuidado é a totalidade das estruturas ontológicas do ser-aí enquanto ser-no-mundo: em outros termos, compreende todas as possibilidades da existência que estejam vinculadas às coisas e aos outros homens e dominadas pela situação. Todavia Heidegger adverte: ‘essa expressão nada tem a ver com aflição, tristeza, preocupações da vida como se revelam onticamente em cada ser-aí. Ao contrário, é onticamente possível algo como despreocupação e alegria, justamente porque o ser-aí, ontologicamente entendido, é cuidado’ (cura)”.

Heidegger utilizou uma alegoria, uma fábula-mito sobre o cuidado para defender seu pensamento acerca da existência do ser, a qual, conhecida como a fábula de Hígino, seria de origem grega, porém reelaborada por Hígino (BOFF, 1999; STEIN, 1988, e AYRES, 2005).

Leonardo Boff (1999) a descreve na versão livre em português:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

Você Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura.

Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.

Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.

E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada *Homem*, isto é, feita de *húmus*, que significa terra fértil.

Para Boff (1999) a fábula-mito mostra o cuidado como princípio generativo, dotado de corporeidade, porém, incomensurável, com capacidade transcendente ao corpo e de utopia como construção de um caminho real vislumbrado de realidade, passando a um constructo de presença, essência e superação de uma existência no

tempo. Este autor entende o cuidado em sua dimensão simbólica e como a “chave decifradora do humano e de suas virtualidades” (BOFF, 1999 p. 83).

Ayres (2005), ao interpretar a fábula-mito, na perspectiva do cuidado em saúde, destaca alguns aspectos como:

Movimento: no ato de viver no mundo, o cuidado assume a identidade humana, acompanhando sua evolução, pondo-se em construção pelo ato de viver.

Interação: a construção de interações entre o criador, criatura e demais seres que compartilham da contenda, e que possuem projetos diferentes para a criatura, havendo a determinação do que cabe a cada um.

Identidade e alteridade: relação com o outro; na presença do outro, participa da construção da identidade e da existência do ser vivente.

Plasticidade: na capacidade de transformação, de moldagem de nossa existência se concebe o ser vivente. O cuidado de posse desse ser sustenta a sua existência, enquanto o mantém vivo.

Projeto: o ser, de posse do seu movimento, plasticidade, é capaz de criar, conceber e construir projetos próprios de cuidado.

Desejo: na ação dos personagens sem determinismo prévio, mas no encontro com a forma criada, nasce a resolução dos diversos projetos, manifestando-se o desejo da existência, vindo a fluir as dimensões corpórea e espiritual, “gerando mútuos convites, resistências e conflitos entre o eu e o outro”.

Temporalidade: o juiz da questão, o senhor do tempo – Saturno é quem confia à habilidade de construção de um projeto de vida (material e espiritual) a tarefa de gerir, no tempo, a presença de cada uma, no devir da existência.

Não causalidade: não é possível racionalizar uma condição necessária e suficiente para a existência de um e de outro, quem antecede ou sucede o outro, já que o cuidado não é o ser, mas sem ele não há ser; assim como os personagens dão existência e identidade ao ser vivente, cada qual, em sua parte, dá sentido ao todo.

Responsabilidade: numa ontologia existencial do homem no mundo, “o ser humano resulta de sua ocupação de si como resultado de si”, ou seja, responsabilizando-se por sua existência.

Na elaboração dessa temática, Ayres (2005) aponta que “o cuidado de si constitui-se, simultaneamente, como um atributo e uma necessidade universais dos seres humanos”. O homem dotado de corporeidade é sensível e vulnerável em sua relação com o mundo.

De acordo com a Antropologia, o homem é um ser vulnerável, sendo a vulnerabilidade antológica em sua constituição, pois ele não é um ser absoluto e auto suficiente, mas sim “um ser dependiente y limitado, radicalmente determinado por su finitud” (ROSELLÓ, 1998, p.245). Ainda de acordo com este autor, o cuidar não é uma ação artificial ou banal na condição humana, mas constitutivo dela mesma; ele se refere ao cuidar como uma arte, citando Hipócrates. Uma arte realizada por meio de três elementos fundamentais, na medida em que: integra técnica, intuição e sensibilidade.

Para este autor, o cuidado possui dimensões biofísicas, culturais, psicológicas aqui entendidas como afetivas e espirituais; ambientais incluindo o social, podendo-se designar a atitude de cuidar como *epimeleia*. *Epimeleia* é uma expressão usada por pensadores gregos que traduz uma atitude de consideração e ação. Cuidar pode referir-se a pessoas e objetos. Refere-se o autor à existência de um intervalo abismal entre pessoas e objetos e que o cuidado com o ser humano é mais complexo, rico e árduo, devendo a ação de cuidar adquirir a dimensão da realidade humana. Quer dizer ainda, que cuidar de alguém não é privá-lo de sua liberdade, arrastá-lo à força; é caminhar com alguém, é cercá-lo, respeitando seu ritmo. Pode ainda ser pontual ou contínuo, singular ou coletivo, requer tempo. Pode ser considerado complexo, polissêmico e polifônico. O cuidado, em seu movimento incessante no mundo, utiliza a plasticidade para auxiliar o ser humano em seus projetos de existência no tempo.

O cuidado vem sendo pronunciado num crescente entre as disciplinas das Áreas das Ciências Sociais e Humanas, porém, apesar de ser uma ação intrinsecamente humana, acredita-se que não deve legar patrimônio a determinadas profissões. O cuidado adquire caráter técnico, quando realizado por profissionais, mas vem exigindo da equipe de saúde a humanização da tecnologia de cuidar em saúde, de acordo com as políticas públicas atuais.

Infelizmente, ao longo do tempo, as disciplinas se somaram ao cenário político, econômico e social e patrimoniaram a ação de cuidar, desencadeando um processo de encastelamento e encobrendo-o de tecnologia. O cuidado foi capturado por algumas disciplinas e pela tecnologia e utilizado na dominação dos corpos (PIRES, 2005).

A arte de cuidar exige o domínio de uma técnica, mas também sensibilidade e intuição (ROSELLÓ, 1998 e BUÓGO, 2000). Na escuta do acompanhado, no espaço de interseção de diálogos o artesão vai realizando a sua obra, mas também é no silêncio que o ser humano usa uma linguagem distinta – a corpórea, podendo ser o gesto, o toque, o sorriso, a expressão de dor, de desespero ou simplesmente do silêncio.

Para Roselló (1998) a linguagem corporal é plural e heterogênea; existe o gesto breve e suave, aquele que expressa ansiedade social ou dor psicológica, e ainda aquele de culpabilidade pela infração de normas sociais. O grito ou o silêncio também são formas de expressão. Para o autor, o silêncio ambiente propicia a escuta de sons insignificantes, palavras, respiração tranqüila, fadiga, emoções, um suspiro. Já o silêncio humano é mais significativo. Quando o silêncio do amor compassivo se apresenta, ele une, ao invés de separar, pois se une à dor do outro como que não há nada a dizer, só silenciar. Há o silêncio ético, quando a palavra é inútil e a presença cúmplice do estranho que aplica os cuidados compreende o sofrimento do homem. Nesses silêncios existe aquele que expressa funções negativas, como a negação de uma comunicação. Há também o calar-se, que é o silêncio concentrado. Afirma, ainda, o autor, que o exercício do cuidar exige observação rigorosa dessa linguagem corpórea.

Buógo (2000) caracteriza o cuidado como aquele não técnico, mas humano e cultural, de compartilhar, de empatia e de reflexão. No encontro da sensibilidade entre duas existências a arte de cuidar expressa os sons e o silêncio do cuidado e seus silêncios. O cuidado pode emergir desse espaço de trocas sentido pelo outro como o descuidado, o toque que desagrada, o olhar que desaprova. O toque ainda pode ser aquele do ritual diário: “o seu modo de ser, cuidando”, aquele onde se pode “sentir o medo, a angústia, a dor, a alegria, a tristeza”, pode significar “eu estou aqui com você, eu o entendo na sua existência, na sua angústia, nos seus medos, e você pode contar comigo” ou ainda significar para o ser cuidado “eu necessito do seu auxílio, eu sinto que você se importa comigo, que posso confiar e me sentir seguro” (BUÓGO, 2000 p. 112 e 113).

O cuidado tem por característica central a desnudez da humanidade do ser.

Por vezes, a sua humanidade se encobre, resultando em atitude de não cuidado, mas de qualquer forma o cuidado expressa características de estar junto, de reconhecer no outro a sua humanidade, de sentir, de tocar.

2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE E O CUIDAR

A institucionalização do processo de humanização, no SUS, tem suas origens nos movimentos da Reforma Sanitária, incluindo as conferências de Saúde e os grupos que militam uma consciência cidadã, ganhando reordenamento teórico e operacional com a estruturação do SUS (REIS et al., 2004).

Campos (2005) introduziu no cenário brasileiro dois conceitos importantes para um processo de trabalho em saúde humanizante: o de defesa da vida e o de Paidéia. A defesa da vida incorpora, no cotidiano, a dimensão das políticas públicas orientadas para uma meta central a ser buscada permanentemente, combinando a defesa da vida com a construção de novos padrões de qualidade de vida. Já a Paidéia busca a plasticidade que cabe na resposta às necessidades de cada sujeito, unindo saberes e práticas. Estes conceitos instigam a produção de “novas utopias” e interferem na prática dos sistemas de Saúde (CAMPOS, 2005).

Tomando-se como ponto de partida os conceitos de Campos (2005) que caracterizam o termo humanização, observa-se que as práticas humanizantes ainda se verificam em instâncias isoladas no Território Brasileiro. A mudança no modelo assistencial, por meio de programa específico em saúde, vem possibilitando a reconstrução do cuidado, na sociedade, fortalecendo a autonomia de todos os atores que compõem este cenário, sejam profissionais ou usuários.

Por outro lado, existem experiências de práticas com viés, relatadas por Reis et al. (2004) como distorções do projeto de humanização, ocorrendo simples melhoria no espaço físico de trabalho, instituição de grupos de acolhimento para populações específicas, treinamentos dirigidos à enfermagem e funcionários de recepção nas Unidades de Saúde, e trabalhos de orientação para situações específicas. O processo de

mudança é lento e a resistência se veste com roupagens diferentes. A cultura brasileira em saúde ainda é permeada pelo estilo de gestão autoritário, e existe a necessidade de fixar o processo de humanização de amplo alcance, no Território Nacional, para que não sofra deturpações, de acordo com a vontade do governante. Além disso, a escuta do usuário no processo de humanização é ferramenta importantíssima, assim como a criação de dispositivos para intervir na gestão institucional dos problemas como instância de libertação (REIS et al., 2004).

Pinheiro e Guizardi (2004) abordam a noção de cuidado como uma ação integral, com significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser, e não apenas relativo ao nível de atenção do Sistema de Saúde ou como procedimento técnico. A ação integral é entendida como o “entre – relações” de pessoas, traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Ao estudarem equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) observaram que essas equipes operam como “dispositivos abertos, configuradas pela imanência dos encontros que as atravessam e conformam” (GUIZARDI e PINHEIRO, 2004 p.50), e que as atividades de saúde não estão pautadas somente pela doença.

Alves e Guljor (2004) conceituam o cuidado baseando-o em premissas fundadoras como:

- a) A liberdade, em negação ao isolamento, o que quer dizer a ruptura de manter o sujeito afastado do seu meio.
- b) A negação à seleção, quando o olhar é deslocado da doença para se envolver com o “andar a vida”, abarcando a construção de projetos de vida.
- c) O enfrentamento do problema e do risco social (ou da desvantagem) em contraposição ao diagnóstico, o que quer dizer a incorporação da conduta terapêutica, considerando a rede onde o sujeito se insere.
- d) O conceito de direito sobre a noção de reparo, ou seja, as pessoas possuem direito de ser assistidas de maneira digna, sem ser regidas pelo entendimento que o profissional tem do que é melhor para o cliente.

Aliados a este pensamento, Puccini e Cecílio (2004) afirmam que se faz necessária a inclusão da integralidade assistencial como a superação de dicotomias do preventivo e curativo. A integralidade do cuidado deixaria a junção técnica dessas atividades para que a concretização da valorização do encontro do singular entre indivíduos possa se processar no convívio com o cuidador, e que as diferentes práticas e saberes, o cuidado e atenção dispensados pelos profissionais de saúde são necessários à

sua realização. Os autores enfatizam que as tensões do mundo, a tensão do geral e do particular incidem de forma agressiva e abrupta sobre o convívio singular dos atos cuidadores; que o desafio político do SUS e de sua proposta humanizante se encontra com um mundo de potes de mágoa, sofrimento, desatenção beirando limites, como cantado por Chico Buarque de Holanda:

Já lhe dei meu corpo, minha alegria; já estanquei meu sangue quando fervia; olha a voz que me resta; olha a veia que salta; olha a gota que falta pro desfecho da festa; por favor; deixe em paz meu coração; que ele é um pote até aqui de mágoa; e qualquer desatenção, faça não; pode ser a gota d'água”Chico Buarque de Holanda (Gota d'Água).

2.2.1 Cuidado Domiciliar

Assistência, tradicionalmente remete à idéia de que exista “quem assiste” e “quem é assistido”. Na conformidade do modelo de atenção que caracteriza o SUS, com ações abrangentes, múltiplas, não considerando o usuário um excluído, a assistência, neste contexto, não confere aos assistidos a característica de passividade (CANDEIAS, 1992), e a proposta é de substituir assistência domiciliar por cuidado domiciliar.

No Brasil, a experiência de cuidar, em uma abordagem domiciliar, iniciou no Rio de Janeiro, em 1919, pelo Serviço de Enfermeiras Visitadoras e, mais adiante, pelo Serviço Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU), em 1949, passando a ser incorporado pelo INPS, em 1967. Outra experiência foi a da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 e extinta em 1990, havendo alguma semelhança com o modelo assistencial do Programa da Saúde da Família, pois a abordagem de atendimento era familiar, destacando que o foco desta modalidade de atendimento se concentrava nas puérperas e recém-nascidos (REHEM e TRAD, 2005; FABRÍCIO et al., 2004).

A legislação brasileira tem considerado a necessidade da população e sua aceitação quanto a esse modo de abordagem em Saúde Pública. O Ministério da Saúde publicou a portaria GM/MS nº. 2.416, de 23 de março de 1998 (disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2416.html>) estabelecendo requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a internação domiciliar no

SUS e mais recentemente a Portaria nº. 11 da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) de 26/01/06 na qual são indicadas disposições sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, no SUS, serviços públicos e privados, de internação e assistência domiciliar (disponível em <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word>). Estas medidas da legislação brasileira vêm estabelecer critérios e qualificar a Assistência Domiciliar (AD) no Território Nacional.

A experiência brasileira com AD vem sendo focada em situações específicas, e construída de acordo com as necessidades da clientela. A assistência vem sendo feita de forma fragmentada pela iniciativa pública e privada, dividindo-se em assistência domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar, sendo ainda incipientes as iniciativas hierarquizadas e regionalizadas para todo um Território. A visita domiciliar se caracteriza pela ida da equipe de saúde ao domicílio do usuário com o objetivo de avaliar suas necessidades e as de sua família considerando a disponibilidade do serviço, constando de plano assistencial e orientações. Atendimento domiciliar pressupõe ações mais complexas, exigindo técnica e periodicidade de atendimento pela equipe de saúde, no domicílio do usuário, de acordo com as necessidades evidenciadas. Já a internação domiciliar requer recursos mais apurados, incluindo os equipamentos, medicamentos, pessoal, ou seja, mínimos recursos hospitalares, exigindo baixa densidade tecnológica (FABRÍCIO et al., 2004).

Os Programas de Internação Domiciliar (PIDs) contribuem para uma nova lógica na atenção à saúde e na humanização da atenção. Esses programas são mais uma estratégia de política pública de Saúde na reversão da tensão centrada em hospitais, destacando que esta prática não substitui a internação hospitalar, mas pode ser utilizada no intuito de humanizar (SILVA et al., 2005; FABRÍCIO et al., 2004).

Nesse sentido, as práticas de saúde em programas específicos para a construção da integralidade no espaço público, emergem movimentos e formas de vinculação para concretizar o cuidado. Nos serviços de saúde onde existe a esterilização do vínculo social, pautado pela produção, pelo resultado, pelo produto, pela ação mútua marcada pelos recursos de troca, onde a dádiva (ação que pressupõe retribuição) não encontra terreno frutífero (possibilidade de diálogos onde se estabeleçam relação de vínculo), a saúde se torna um mero produto (PINHEIRO E GUIZARDI, 2004 p. 42).

Os PIDs são espaços de construção de trabalho em equipe e uso das tecnologias leves, permitindo a emergência de ações pautadas no vínculo e na integralidade.

O termo tecnologias em saúde, utilizado por Merhy et al. (1997b) não deve ser confundido com o termo equipamento, pois é caracterizado por saberes que permitem operar os recursos para a realização das finalidades perseguidas pelos atores no campo da saúde. Merhy et al. (1997b), definem tecnologia leve como o acolhimento e o vínculo; e tecnologia dura, como condutas normatizadoras. A partir daí, ocorre a reconceitualização da premissa de recursos escassos, pois para este autor “a tecnologia leve nunca é escassa, ela sempre é um processo, em produção” (MERHY et al., 1997b p.128).

Para Merhy (1997a), o trabalho vivo constitui uma dimensão-chave que é a de sempre estar em situação de governo, em estreita relação com os sujeitos em ação e com o conjunto de teorias (caixa de ferramentas). O agir do trabalho vivo em ato na saúde é micropolítico, operado em espaços intercessores, que se caracterizam pelas relações dialógicas no processo de trabalho do trabalhador com os processos organizacionais.

Ayres (2005) considera que para além dos saberes científicos, o cuidado na saúde opera com o saber tecnológico proposto por Merhy et al. (1997b), chamando a atenção para o fato de que a tecnologia leve possibilita a reconstrução da dimensão comunicacional das Unidades de Saúde.

Diversos autores destacam ainda que rearranjos tecnológicos possam ser somados a essa pluralidade dialógica, tais como expressões artísticas da linguagem, incluindo o trabalho com linguagens corporais e outras racionalidades (AYRES, 2005; LACERDA E VALLA, 2004; MACHADO et al., 2004) assim como as práticas populares de cuidado (ACIOLI, 2004) propiciando um intenso protagonismo comunitário na reconstrução da humanização.

Neste contexto, verifica-se que a assistência domiciliar pensada como tecnologia leve, tem seu propósito basilar no cuidado, fundamentalmente na família, no vínculo, na integralidade, no uso das tecnologias leves em saúde.

Ayres (2001, p.71) afirma que para cuidar:

[...] há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo.

E que a atitude de cuidar não precisa se restringir a ser apenas uma pequena e subordinada parte da tarefa das práticas de saúde, mas deve se expandir no encontro com os sujeitos.

2.2.2. O Cuidador e a Politicidade do Cuidar

O que cuida pode ser interpretado como cuidado; tanto é que está em voga, na atualidade, a expressão cuidador. O cuidador é o responsável pelo auxílio no dia-a-dia da pessoa com dependência. Usualmente esse cuidador adota estratégias para lidar com as situações instrumentais ou de manejo da dependência da pessoa enferma, na provisão dos cuidados domiciliares. Medidas simples e fundamentais para a proteção do cuidador como o rodízio de funções, transferência de conhecimento com suporte educativo, ou mesmo a institucionalização dos cuidados e o incentivo de participação em grupos de apoio poderão ser introduzidos como forma de suporte a esses cuidadores, denotando então o cuidado ao cuidador (FLORIANI e SCHRAMM, 2006).

A arte de cuidar não se restringe às ações instrumentais, mas ao acompanhamento do outro, percebendo suas possibilidades de viver, seus desejos, projetos, redescobrimo novos dispositivos para cuidar, deixando emergir a humanidade na diversidade do ser e na adversidade do mundo.

Para Ferla (2004) o corpo como superfície que aprisiona uma identidade fixa do sujeito e a vida que pode vingar como a superfície invisível que necessita de escuta, atenção, cuidado, faz emergir o humano. Este sujeito que possui diversidade, que produz sentido, possui vida e não somente a doença para ser cuidado. Para o trabalhador de saúde o cuidar implica reconhecer-se mestiço e assumir o uso de novos dispositivos para o exercício da profissão. O autor entende por mestiço um ser que se molde a reconfiguração da situação concreta de atendimento, utilizando a escuta à vida (como um dispositivo) para realizar ações de cuidado vislumbrando, a partir daí, “mil saúdes” que estão no campo de possibilidades do humano.

O modelo neoliberal, a precarização do trabalho, as desigualdades expõem o homem a sofrimentos de determinações econômicas, sociais, laborais, que podem se manifestar em nível do corpóreo e em nível da subjetividade. Valla (1999, 2004) denominou de sofrimento difuso a este mal-estar que acomete grandes contingentes da

população brasileira, manifestos por adoecimento, necessidade de atenção médica, sintomas de ansiedade, medo, depressão, angústia e dores generalizadas.

Neste contexto o cuidador acompanha o outro no caminho da vida, vivenciando processos assimétricos na ação de cuidar. Para Roselló (1998) este acompanhamento pressupõe uma assimetria na experiência da vulnerabilidade, pois o acompanhante não padece do que acomete o acompanhado em sua vulnerabilidade humana, como a “sua dor que desespera” (ROSELLÓ, 1998 p.325). Esta assimetria é fundamental, mas não é absoluta, pois o exercício de cuidar tem como finalidade a reconstrução da autonomia, que se embasa na informação, devendo, então, reduzir-se à assimetria do saber e da vulnerabilidade. Aponta o autor para a experiência de caráter comunitário para com a assimetria mencionada, sendo possível a coesão do trabalho em comunidade (cuidar-em-comunidade), da ação do cuidar em coletividade. Sendo assim, não exclui a intervenção de outros sujeitos, a colaboração efetiva entre as pessoas (famílias, voluntários, profissionais).

Já Camargo Junior (2004) refere-se à assimetria do cuidado como dominação, um “mais poder”. Explica a questão com o termo “medicalização” usado por Foucault. A medicalização, explica Camargo Junior, é entendida pela ocultação das relações sociais codificadas como “problemas de saúde” e a expropriação do cuidado das camadas populares, vindo estas a se tornar dependentes dos profissionais, principalmente do médico. Menciona ainda o autor a assimetria epistemológica, quando diferentes racionalidades terapêuticas criticam o conhecimento, e também quando se enfrenta o desafio de incluir o conhecimento do outro, advindo o problema de identificar expertise como padrão mais elevado de um processo, havendo, então, o “reencontro do conhecimento científico com o senso comum”. Esse reencontro pressupõe uma negociação para a construção de “processos consensuais de validação do conhecimento” (CAMARGO JUNIOR, 2004 p. 167).

Pires (2005) aplicou a concepção de politicidade do cuidado no processo de trabalho em saúde, quando promove a construção da emancipação de sujeitos na tensa relação entre ajuda e poder presente no gesto de cuidar. A autora referencia Pedro Demo para explicar esta politicidade como uma razão humana fundamental que quer dizer: saber pensar e intervir criticamente, quando frente a questões sociais, econômicas, culturais ou biológicas. Essa politicidade permitiria lidar com as iniquidades, objetivando a construção de uma sociedade menos desigual, ética e justa. É desse autor,

ainda a referência que Pires (2005, p.1026) faz sobre “igualitarismo (possível pela democratização do poder) em oposição à igualdade (contraditório porque este mesmo poder, sendo estrutural, não desaparece facilmente)”. Pires (2005, p.1032) aborda o desafio dessa mudança, apontando para a necessidade de se “retornar a politicidade do cuidado, numa tentativa de antever indícios libertários”, pois o cuidado humano tanto oprime quanto liberta. A autora afirma, ainda, que a “politicidade do cuidado está calcada na reconstrução da autonomia de sujeitos por meio da gestão da ajuda-poder”, e que deve ocorrer o tensionamento do poder, do conhecimento e da autonomia para a concretização da emancipação do ser. O triângulo emancipatório previsto por ela compõe: *‘conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar’*. Portanto, cuidado é poder.

Na atenção à saúde, o cuidado vem se construindo sob múltiplas formas de agir e pensar, redescobrimo-se nas adversidades e diversidades na sua relação com o mundo.

Não resta dúvida de que uma forma participativa e construtiva de atenção à saúde necessita de um embasamento normativo baseado em competências, habilidades e atribuições definidas para a equipe no desempenho das atividades assim como uma relação integrada com a comunidade. É nessa nova construção do cuidado, na abordagem de programas voltados especificamente para uma abordagem integral, que se espera frutifiquem diálogos e produções de interação capaz de dar conta da realidade, emergindo uma nova lógica de cuidar equitativa, libertadora, ética, estando aqueles que operam com o cuidado na viva criação da arte de cuidar, onde se inclua a emancipação dos sujeitos.

Atualmente, a universalidade, a integralidade e a equidade, princípios do Sistema Único de Saúde vêm trazendo mudanças no processo de trabalho em saúde, inclusive na organização de práticas humanizantes. Torna-se fundamental garantir a presença do cuidado como um dispositivo de integração e de efetivação desses princípios.

3 OBJETIVO

Entender como está se construindo o cuidado em um Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA) de uma Unidade Básica de Saúde IAPI (UBS/IAPI) do município de Porto Alegre/RS, por meio dos sentidos atribuídos ao cuidado enunciado em grupos de cuidadores.

4 TRAJETO METODOLOGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, caracterizado como Estudo de Caso.

O Estudo de Caso é um tipo de pesquisa focada em um tópico específico e em atividades que interessam tanto aos atores quanto ao pesquisador, por se tratarem de fenômenos contemporâneos e que contextualizam a vida real. Este tipo de estudo é uma das estratégias preferidas, quando existem questões do tipo “como”, “o que”, “quem” e “por que”. Estas perguntas são o ponto chave para se traçar a metodologia de pesquisa a ser adotada, contribuindo “para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos” (YIN, 2002 p.21), ou seja, fenômenos sociais complexos.

Com este tipo de estudo se descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida das pessoas e grupos. Desta forma, acontece em um espaço de multiplicidade de práticas, exigindo escuta dialética dos atores sociais. A compreensão participativa é produzida a partir de conversas e diálogos, quando existe a possibilidade de evidenciar mediações e contradições entre a parte e o todo, tornando esta compreensão progressiva, contínua e esclarecedora sobre os significados (DENZIN, LINCOLN e cols., 2006).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo irá se desenvolver no município de Porto Alegre, no Distrito de Saúde Noroeste, tendo como foco um Programa de Saúde Pública, onde a equipe de

saúde realiza atendimento domiciliar à pessoa acamada, programa este denominado Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA).

O CS/IAPI onde será realizado o estudo que ora é apresentado, está inserido na Região Noroeste de Porto Alegre, presta atendimento nos níveis primário e secundário de Atenção à Saúde. Sua UBS possui uma área adscrita de 12,2 km², sendo sua população de referência (63.690 habitantes, IBGE, 2000) residente em sete bairros: Passo D'Areia, São João, Santa Maria Goretti, Higienópolis, Parque São Sebastião, Jardim São Pedro e Boa Vista. Esta Região é considerada a segunda no Município, mais populosa em número de idosos, com 11.120 (IBGE, 2000) indivíduos neste grupo etário. Além da UBS, o CS possui um Ambulatório de Especialidades, referência estadual, onde oferece 17 especialidades, incluindo a Fisioterapia e Fonoaudiologia, cujos profissionais participam da equipe do PADA.

4.2.1 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo serão os operadores de cuidados no Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA) constituídos pela equipe técnica da UBS, composta por uma médica geral comunitária, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma assistente social e cuidadores domiciliares constituídos de familiar ou pessoa contratada pela família para prestar cuidados à pessoa acamada. Dados do PADA apontam para a prevalência do cuidador domiciliar como uma pessoa da família, seguido de um conjunto de pessoas da família, estando os cuidadores contratados presentes, com raras exceções, no atendimento dos usuários do PADA, de acordo com o Relatório do Programa (PORTO ALEGRE, 2005). Deve ser mencionado que para a atividade em grupo com os operadores do cuidado, realizada quinzenalmente, na UBS, comparece, via de regra, somente um cuidador domiciliar por usuário do PADA, variando esta participação em oito a doze participantes por encontro, estando presente ainda dois técnicos do Programa, que se encarregam da dinâmica, incluindo relatoria da atividade realizada.

Em dezembro/2005 o Relatório do Programa (PORTO ALEGRE, 2005) aponta o acompanhamento, naquela ocasião, de 24 usuários, com idade média de 76 anos, em sua maioria mulheres, moradores do bairro do entorno do CS, com nível de dependência grau cinco.

O protocolo do programa estabelece que a inclusão de usuários para atendimento ocorre quando: ele é morador da área de atuação da UBS/IAPI, possui um cuidador que se responsabilize por ele e esteja impossibilitado de sair do domicílio.

Para a classificação do nível de dependência, o PADA utiliza o mesmo escore adotado pelo Programa de Atendimento Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição/Porto Alegre (PAD/GHC). Convém mencionar que o PAD/GHC realiza internação domiciliar, atividade que não é realizada pelo PADA/UBS/POA.

O escore assim é categorizado:

Grau zero: pessoa totalmente capaz.

Grau 1: a pessoa realiza atividade de vida diária. Caminha com alguma dificuldade.

Grau 2: a pessoa possui alguma dificuldade para realizar atividades de vida diária. Caminha com ajuda de um cuidador. Apresenta incontinência ocasional.

Grau 3: a pessoa apresenta grave dificuldade para realizar atividades de vida diária. Caminha ajudada por duas pessoas. Apresenta incontinência habitual.

Grau 4: a pessoa necessita de ajuda para quase todas atividades de vida diária. Caminha com auxílio de duas pessoas. Apresenta incontinência habitual.

Grau 5: a pessoa está acamada, necessita de ajuda para realizar todas atividades de vida diária, e apresenta incontinência habitual.

A atividade básica de vida diária é entendida por: atravessar um cômodo da casa, comer, deitar-se e levantar da cama, usar o vaso sanitário, vestir-se e despir-se e tomar banho. A atividade instrumental de vida diária é entendida como: comprar e preparar alimentos, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, ir a outro lugar sozinho, usar o telefone, tomar os próprios medicamentos e manejar dinheiro (LIMA-COSTA, 2003).

4.3 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

Na realização da pesquisa serão utilizados dados obtidos em diversas fontes:

- a) Encontros de cuidadores (familiar ou cuidador contratado) realizados quinzenalmente na UBS, com a equipe de saúde. Participam dessa atividade 12 cuidadores e dois membros da equipe, que se revezam.
- b) Observação participante registrada em um diário de campo. A observação ocorrerá nos domicílios, cujos cuidadores participam das atividades em grupo e solicitam ajuda ou que a equipe entenda que eles estejam em situação de vulnerabilidade. Será utilizado um roteiro de observação (Apêndice A).

A observação participante segundo Marconi e Lakatos (2004), é uma das técnicas mais utilizadas por pesquisadores que visa a observar modos de vida implicando interação entre o investigador e grupos sociais.

A escolha pela atividade de grupo se dará pela riqueza do momento já que participam numa só atividade todos os operadores envolvidos no processo de cuidado à pessoa acamada. Pode-se considerar o grupo como terapêutico, já que possibilita acolhimento e suporte ao cuidador domiciliar. Os temas para discussão serão escolhidos no coletivo, devendo haver, em alguns dos encontros, dinâmicas elaborada pela equipe técnica, em razão da demanda anterior dos participantes. Uma das dinâmicas sugeridas pela pesquisadora será focada no uso da argila, a ser realizada em um encontro onde a leitura da fábula mito do cuidado (BOFF, 1999) será o fio condutor. Após a leitura da fábula será solicitado que os operadores do cuidado (equipe técnica e cuidadores domiciliares) produzam uma peça esculpida que caracterize o cuidado. Para a dinâmica proposta será necessário o auxílio de um observador externo que também possa fazer as vezes do relator do grupo. Esse observador será uma enfermeira da UBS que não tenha vínculo com o PADA. Nas demais atividades em grupo do PADA participarão dois profissionais da equipe técnica, revezando-se quinzenalmente. Por vezes encontrar-se-ão mais do que os dois técnicos para a atividade em grupo, mas o combinado é que dois deles coordene a atividade no dia e um deles realize a relatoria do encontro. Os demais técnicos presentes terão voz no grupo, se solicitada a manifestação pelos participantes.

A observação participante no domicílio foi escolhida pela possibilidade de observar atitudes e ações dos operadores do cuidado não verbalizadas no encontro em grupo, ou somente percebidas no contato deste com a pessoa acamada, já que se trata de um campo de domínio do cuidador domiciliar.

A atividade em grupo e observação participante são ferramentas elencadas como importantes para a construção da pesquisa; tratam-se de diferentes abordagens das relações dos operadores do cuidado em campos de domínio, ora dos cuidadores domiciliares, ora da equipe técnica.

No período de outubro a dezembro de 2006 serão realizados aproximadamente, seis encontros com os cuidadores na UBS. Desses, serão selecionados dois e os diálogos serão gravados e transcritos imediatamente após esta atividade. A seleção dos grupos se dará a partir da presença do tema cuidado, na discussão.

Quanto à observação participante efetuada no momento da visita domiciliar, serão selecionadas duas delas, correspondendo a famílias de maior vulnerabilidade econômica, social ou emocional.

A seleção de duas fontes diferentes de dados - o grupo e a observação participante objetiva ouvir, contextualizar e compreender as diferentes vozes.

Quanto aos cuidados éticos com os sujeitos da pesquisa, haverá o processo de acreditação dos textos digitados pelos envolvidos como forma de validação dos dados fornecidos pelos informantes.

4.3.1 Análise das Práticas Discursivas

Assume-se a análise do discurso como proposta teórico-metodológica de análise embasada na perspectiva construcionista do estudo da linguagem e na produção de sentidos conforme proposto por Spink (1999). O termo construcionismo utilizado pela autora não se forma na perspectiva individualista, mas pensa o indivíduo como uma construção social.

O construcionismo social parte do pressuposto de que a realidade é socialmente construída, face-a-face, e não se trata de modelo estático, mas resignificado,

transformado socialmente, decorrente de rupturas, de enfrentamento, exigindo pensamento e reflexão. Incorpora historicamente a vertente utilizada por Hegel e Dilthey, numa multiplicidade de abordagens, iniciando pela virada lingüística que instituiu mudanças nas concepções de mundo, no exercício do pensamento e constituição de idéias, focando a partir daí, o interesse pela linguagem e a compreensão dos discursos nas diversas Áreas de saber, vindo a formular a expressão análise de discurso (SPINK e FREZZA, 1999). Estas autoras propõem que o estudo da produção de sentidos, a partir das práticas discursivas busque entender o cotidiano, não somente no âmbito da língua, mas do senso comum, da visão de mundo, e da própria crítica.

Spink e Medrado (1999) apontam que a base do desenvolvimento da Psicologia Social está na perspectiva de dar sentido ao mundo, numa vertente interacional que comporta os processos de comunicação e a atividade de interpretação que os acompanha na linguagem em uso. Mencionam, ainda, que o discurso remete às regularidades lingüísticas, ao uso de expressões características de macros sistemas e grupos sociais tendendo à permanência, embora o contexto histórico possa mudar o discurso. Desta forma, os discursos se aproximam das linguagens sociais, peculiares a estratos sociais, num contexto, em determinado momento histórico.

Bakhtin (2000, p.311) refere-se a essa forma peculiar de linguagem em uso como gêneros de discursos. Para este autor a escolha da palavra para a elaboração de um enunciado compõe um estilo, um gênero. Acrescenta que os gêneros são muitos na vida cotidiana, por exemplo, “os comandos e as ordens na vida militar, na vida profissional” (BAKHTIN, 2000 p. 314) e que os gêneros dependem da estrutura social. Lembra o autor que a significação da palavra está na emoção, “no juízo de valor como a alegria, aflição, belo, alegre, triste, etc.” e que em uma análise de uma oração isolada, sem considerar o contexto e a perspectiva de ressonância dialógica, tudo se perde, apaga-se.

As práticas discursivas podem ser consideradas linguagem em ação, ou as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas. As práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica, que são os enunciados, as formas ou os gêneros lingüísticos, que são os tipos de discurso, conforme estudado por Bakhtin e, em último lugar, os repertórios lingüísticos (SPINK, 2004).

Os repertórios lingüísticos são considerados sistemas usados para caracterizar e avaliar ações, eventos e outros fenômenos. Compreendem o conjunto de recursos tais como categorias, vocabulário, metáforas, usados na linguagem do dia-a-dia. Esses

recursos se originam na comunidade lingüística onde ocorre a socialização das pessoas e se transmitem por meio de dispositivos e relações, bem como de uma espécie de catálogo de termos e formas de falar. Para a análise das práticas discursivas é necessário conhecer os usos e funções dos repertórios e os efeitos decorrentes de sua existência. Para análise dos repertórios lingüísticos serão considerados os diálogos em seqüências de turnos constituídas por dois falantes ou em linhas narrativas compostas por diversas elocuições de um mesmo ator.

Outro aspecto a ser considerado é a variabilidade nos repertórios, evidenciado pelas incongruências no uso da linguagem e pelo fato de as pessoas construírem diferentes versões sobre um acontecimento, as quais permitem fazer novas leituras. A variação é uma consequência da grande quantidade de atos que podem ser performatizados por um mesmo ator enquanto fala. Analisar os discursos sob o ponto de vista da variabilidade significa apontar as similaridades e as exceções, as consistências e inconsistências, incluindo as negações. Além disso, faz parte do estudo da variabilidade, a identificação de sentimentos e emoções expressos pelo choro, pelos acentos, as entonações, os silêncios, as lacunas, as interrupções, ou seja, de todos os aspectos relacionados à modulação e construção de elocuições, durante o diálogo. Incluir a variabilidade em uma análise significa respeitar a polissemia dos discursos, ao invés de homogeneizá-los ou reduzi-los (SPINK, 1999; MENEGHEL E INIGUEZ, 2006; OLIVEIRA, 2006).

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto faz parte de um estudo denominado “A Rota Crítica: o caminho das mulheres no enfrentamento do sofrimento” aprovado pelo CEP/UNISINOS sob o número do Termo de Aprovação 038/2005.

Este projeto será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, acompanhado de carta de apresentação da Direção do Serviço (ANEXO A) concordando com a realização do estudo.

Considerando a resolução 196/96 do CNS-NS, será elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), onde os sujeitos serão informados quanto à justificativa e objetivos da pesquisa, conteúdo do instrumento de entrevista, da não obrigatoriedade de participar da pesquisa, isenção de prejuízos ou ônus.

Será garantido o direito de resposta a qualquer pergunta e liberdade de abandonar a pesquisa. Terão, ainda, a garantia de que sua identidade, sigilo e privacidade das respostas serão preservados, não sendo divulgados individualmente.

A pesquisadora se compromete com a divulgação dos resultados do estudo aos sujeitos por meio de apresentação oral e publicação de artigo.

5.2 ORÇAMENTO

A previsão dos custos será descrita abaixo e deverá ser reavaliada conforme desenvolvimento do projeto.

RECURSOS	UNIDADE	VALOR EM REAIS
1 Material de Consumo		
1.1 CD gravável	10 un.	30,00
1.2 Canetas, lápis, borrachas, envelopes, marcadoras de texto, pastas de cartolina, grampos	-----	80,00
1.3 Papel para impressão		80,00
1.4 Argila		50,00
Sub Total		240,00
2 Material Permanente		
Gravador digital	1 un.	170,00
Microfone	1 un.	50,00
Sub Total		220,00
3 Serviços de Terceiros		
3.1 Reprodução de cópias		200,00
3.2 Encadernação		100,00
3.3 Revisão gramatical		100,00
Sub Total		400,00
4 Transporte		
4.1 Combustível		230,00
4.2 Estacionamento		30,00
Sub Total		260,00
Total Geral		1120,00

Os recursos acima listados são de responsabilidade da autora do projeto.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 187-203.

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 221-240.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A. (Org.). **Críticas e apologias às ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 91-108.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

ANGELO, Margareth. O contexto familiar. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux (Org.) **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

BAKHTIN, Mikhail. Os gêneros do discurso. In: _____. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 277 – 289.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BUÓGO, Míriam. **Toque: um olhar sobre o encontro de cuidado**. 2000. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília DF, 2002.

_____. Portaria GM/MS nº. 2.416, de 23 de março de 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2416.html>>. Acesso em: 1 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância em Saúde. Portaria nº. 11, de 26 de janeiro de 2006. Disponível em: <<http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word>>. Acesso em: 1 maio 2007.

CANDEIAS, José Alberto Neves. Assistência e atenção. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 215-216, ago. 1992.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth R. Epistemologia numa hora dessas?: (os limites do cuidado). In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier. **Noções práticas de geriatria**. Belo Horizonte: COOPMED Ed.; HEALTH Cultura e Representações, 1994.

CUIDADO. In: ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 224.

DENZIN, Norman. K.; LINCOLN, Yvonnas S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 721-726, set./out. 2004.

FERLA, Alcindo Antônio. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 171-186.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 527-534., mar. 2006.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**, 04 abr. 2001. Comunicação social.

_____. **Pesquisa nacional para amostra de domicílios**. Rio de Janeiro, 2003.

FREITAS Ivani B. A. et al. Caracterização de idosos de uma área adscrita de uma Unidade Básica de Saúde: níveis de dependência e tendências socioeconômicas. **Revista**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 184-200, ago. 2003.

FREITAS Ivani B. A.; MARQUES, Giselda Quintana. Assistência domiciliar a idosos de uma Unidade Básica de Saúde e o espaço da enfermagem em uma experiência piloto. **Caderno de Estudos e Pesquisas**, Rio de Janeiro, 2007. No prelo.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vincent. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 91-102.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio 2003.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 57-74.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias, ONOCKO, Rosana. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a. p.71–111.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p.113–150.

MENEGHEL, Stela Nazareth; IÑIGUEZ, Lupicínio. **Contadores de histórias: práticas discursivas e violência de gênero.** Relatório produzido no estágio pós-doutoral realizado no Doutorado de Psicologia Social/UAB, sob a orientação do Professor Doutor Lupicínio Iñiguez Rueda. Universidade Autônoma de Barcelona: Barcelona, 2006.

OLIVEIRA, Maria Luisa. **Construção de identidades e modos de subjetivação de mulheres negras: efeitos da discriminação racial.** 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2006. A ser apresentada.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 21–36.

_____.; _____. Quando a dívida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 37–56.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1025-1035, out. 2005.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes estratégicas.** Porto Alegre, 2001.

_____. **Relatório 2005: Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado.** Porto Alegre, 2005.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

REIS, Alberto Olavo Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p. 36-43, set./dez. 2004.

REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Leny Alves Bomfim, trad. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 231-242, set./dez. 2005.

SILVA, Kênia Lara et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, jun. 2005.

SILVA, Rafael Vieira Braga da et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, jan./jun. 2003.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

_____.; FREZZA, Rose Mary. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, Mary Jane. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 17-39.

_____.; MEDRADO, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 41-61.

_____.; MENEGON, Vera Mincoff. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, Mary Jane. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 63-92.

STEIN, Ernildo. **Seis estudos sobre Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1988.

TORRALBA ROSELLÓ, Francesc. **Antropologia del cuidar**. [Madrid]: MAPFRE, 1998.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 7-14, jan. 1999.

_____.; GUIMARÃES, Maria Beatriz; LACERDA, Alda. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 103 -117.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2002.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

O presente roteiro se presta a nortear a observação no domicílio para fins de coleta de dados da pesquisa intitulada “O cuidado no domicílio: um estudo de caso no município de Porto Alegre/RS”.

Deve a pesquisadora realizar o registro das observações em diário de campo e observar:

1. Recepção no domicílio entre os operadores do cuidado e o acamado.
2. Condições de organização do domicílio para o manejo com o acamado.
3. Diálogos entre os operadores do cuidado, entre o acamado e os operadores do cuidado e vice-versa.
4. Expressão corporal dos operadores do cuidado e do acamado.
5. Atitude e comportamento entre os operadores do cuidado, entre o acamado e os operadores do cuidado e vice-versa.
6. Organização dos operadores do cuidado para com o atendimento ao acamado.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Estamos desenvolvendo a pesquisa O CUIDADO NO DOMICÍLIO:
UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

A finalidade do estudo é contribuir com a compreensão de como os cuidadores vivenciam o cuidado num Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA) de uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre/RS (UBS/POA).

A sua participação não o obriga ao comparecimento na Unidade de Saúde em horários adicionais.

AUTORIZAÇÃO

Solicitamos sua autorização para participar na pesquisa, assim como realizar gravação dos grupos e divulgação de escultura produzida em dinâmica de grupo.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos, da pesquisa.

Fui esclarecido (a), ainda:

Da garantia de informação dos resultados da pesquisa, da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga algum prejuízo ao desempenho de minhas funções na Unidade ou impedimento na prestação de serviços por parte da UBS, e ainda da garantia de não ser identificado (a), e do caráter confidencial das informações prestadas, não acarretando ônus.

A pesquisadora responsável por este projeto é:

Nome: Ivani Bueno de Almeida Freitas

Telefone: (51) 3388-6126 e 91564370.

A orientadora deste projeto é:

Nome: Prof. Dra. Stela Meneghel.

Telefone: 92946704

Tendo este documento ter sido aprovado pela Instituição de Saúde e Comitê de Ética em Pesquisa, é assinado em duas vias, ficando uma cópia para o participante do estudo e outra para a pesquisadora.

Data: ____/____/____.

Professora orientadora da pesquisa: _____

Pesquisador: _____

Participante: _____

ANEXO A

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu, _____, matrícula
_____, responsável pelo Serviço

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado

_____, tendo como
Pesquisador Responsável

_____ declaro

que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, ____/____/____.

ASSINATURA

Secretaria Municipal de Saúde – porto Alegre
Av. João Pessoa, 325 – 4º andar – CEP 90040-000
Fones: 3289-2704/ 3289-2705/Fax: 3212-5457

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA PESQUISA

“Embora aí esteja a questão: de onde você pretende falar, você que quer descrever – de tão alto e de tão longe – os discursos dos outros? Responderei somente: eu acredito que falava do mesmo lugar que estes discursos e que, definindo seu espaço, eu situaria minha intenção, mas devo agora reconhecê-lo: de onde mostrarei que eles falavam sem dizê-lo, eu mesmo só posso falar a partir dessa diferença, dessa ínfima descontinuidade deixada, já atrás dele, por meu discurso” (FOUCAULT, 2005).

O cuidado na vida da pesquisadora

O fato de pertencer a uma família grande em número e generosidade, seis irmãos de sangue, três de criação e tantos outros considerados filhos e irmãos, contribuiu para minhas primeiras experiências no cuidado. Eram tantas as demonstrações de auxílio ao próximo que o desejo de cuidar não se restringia mais àqueles do meu caminho natural de vida. Na primeira oportunidade de definição de uma carreira profissional, a Enfermagem traduziu meu aprendizado, naquela família. A aprendizagem acadêmica trouxe o elemento para apaziguar a sede acerca do humano e do cuidado.

Minhas primeiras experiências profissionais com o cuidado e as atuais se referem ao ser humano em vulnerabilidade. Nos idos tempos do início profissional, os cuidados realizados às pessoas em situação de urgência e emergência pareciam saciar a busca pela oportunidade de cuidar. Logo a carreira profissional me inseriu na atividade de Saúde Pública; no entanto, o desafio de novos conhecimentos pelas mudanças políticas em Saúde me levou ao envolvimento com a Academia de forma distante da que estou agora, porém proveitosa, pois projetos de pesquisa em parceria com professores de curso de Graduação possibilitaram novas vivências. Entender como as práticas de saúde podem colaborar para o cotidiano das pessoas trouxe novo sentido às inquietações que rotineiramente embalavam meu fazer em saúde. No entanto, ainda distante das minhas exigências na construção do conhecimento acerca do humano e do cuidado, novamente retorno ao berço do conhecimento.

A saúde pública

As mudanças ocorridas no cenário político em saúde nos últimos 20 anos desacomodaram as relações no cuidado humano.

Ressignificar o trabalho em saúde, incluir a participação popular nas decisões sobre o agir em saúde trouxeram um novo significado ao exercício da cidadania e das relações entre o Estado e o ser humano.

O comprometimento com a defesa da vida, os princípios norteadores do trabalho em saúde expressos pelo Decreto – lei do Sistema Único de Saúde (SUS) geraram novas inquietações e modos do fazer, olhar e propor ações saúde.

A aproximação do trabalho do profissional de saúde com o universo familiar, com o ser humano que possui mais do que um corpo, possui vida, desejos e esperança no enfrentamento de seus problemas e necessidades, oportunizou para ambos a valorização e o resgate do cuidado e do Humanismo alinhado aos princípios do movimento que nasceu na Itália, na segunda metade do século XIV, e constituiu a cultura moderna. Está fundado esse movimento na natureza humana, resgatando o valor humano na sua totalidade e reconhecendo que o ser humano é formado por alma e corpo.

Os trabalhadores em saúde vêm movimentando estruturas, quando em suas instâncias de produção procuram desenvolver ações que valorizem o cuidado como arte e fundamento do trabalho em saúde.

É neste cenário turbulento e de harmonia desejante que no passar do tempo, venho participando de ações em saúde que se pautam pela valorização do ser humano, da auto-estima, das relações interinstitucionais, na busca da reestruturação de serviços.

Em 1999, recém chegada à Porto Alegre, transferida do estado de São Paulo, iniciei minhas atividades na Unidade de Saúde em que permaneço até hoje. Naquela ocasião foi árdua a tarefa de conhecer uma outra cultura, neste imenso Brasil, tão rico em diversidades e oportunidades.

Finalmente em 2002 capturada pela vontade de fazer pesquisa, pelas condições do contexto profissional, tendo como aliados escolas do curso de Graduação em Enfermagem da cidade e da Grande Porto Alegre e pautada pelas necessidades da população de referência da Unidade de Saúde, fui uma das profissionais responsáveis pela introdução do Atendimento Domiciliar no seu rol de atividades em saúde.

A partir daí o Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado surgiu como resultado de produtivo e árduo trabalho que completa 5 anos e culmina com esta dissertação de Mestrado.

A saúde coletiva na vida da pesquisadora

Depois de muitos anos de dedicação à Saúde Pública, com imenso desejo de contribuir para o cenário brasileiro em Saúde e por acreditar nos princípios do SUS, procurei um curso que pudesse ampliar meus conhecimentos, que me proporcionasse discussão sobre as minhas inquietações e pudesse me preparar para o convívio com os futuros profissionais em Saúde.

A composição do curso de Mestrado em Saúde Coletiva, com a presença de profissionais de diferentes formações acadêmicas e a diversidade de racionalidades foi fundamental para o comprometimento de todos os alunos e o compartilhamento de vivências, unidos pelo desejo de aquisição de conhecimento visando contribuir com a prática em saúde e na melhoria das condições de vida das comunidades.

As transformações naturais advindas de tal experiência fortaleceram a convicção de todos sobre melhorar-se como atores sociais em saúde.

Este foi o marco de uma nova história em minha vida profissional.

A escolha do tema de pesquisa

Iniciei meu estudo no programa de Pós-Graduação com a frágil certeza de que o tema de pesquisa seria Tecnologia de Informação em Saúde no âmbito de uma Unidade Básica de Saúde sob a forma de Observatório. Este tema fora abordado em um projeto elaborado por exigência de conclusão do curso de Especialização, que estava cursando na ocasião em que fui selecionada por este programa de Pós-Graduação (sensu stricto).

O curso de Especialização mencionado foi organizado pela iniciativa pública com a participação do Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz e o Gestor

Municipal de Porto Alegre, cabendo a minha participação nesse curso por indicação da Gerente Distrital em Saúde.

As recentes mudanças ocorridas, em 2005, na gestão política do município de Porto Alegre, que há anos convivia sob a batuta de forte gestão participativa, trouxe como impacto a mudança temporária de planos sobre o projeto pensado na Área da Tecnologia de Informação.

Arrebatada de longo processo de amadurecimento de um projeto de pesquisa, não fosse o cuidado da experiente, sensível e competente orientadora, seria acometida por profundo sentimento de frustração em não realizar tal tarefa.

Deu-se, aqui, minha primeira experiência transformadora.

A mudança de foco, na construção de novo projeto de pesquisa, permitiu-me resgatar minha infância, a essência de minha profissão e o estudo do Programa que ajudei a “parir e embalei” por alguns anos.

Por vezes somos acometidos por cegueira que nos remete a caminhos que não consideram uma construção histórica de nós mesmos. Em tempo, descortinou-se aos meus olhos nova oportunidade. O cuidado pertencia a mim assim como a minha história de vida e as minhas relações de trabalho. Desta forma foi apresentado por mim, minha orientadora e co-orientadora o projeto de pesquisa que tem um pertencimento relevante na minha vida.

Aqui começa o relato da implementação da pesquisa e das descobertas sobre o Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA).

O PADA

O Município de Porto Alegre possui uma divisão territorial em Saúde composta por 16 Distritos Sanitários e 8 Gerências Distritais. A região Noroeste é considerada a segunda mais populosa em idosos 29.933 (2,2%) no ano de 2000 (IBGE, 2001). É nesse território que se insere o Centro de Saúde IAPI. Sua estrutura física e administrativa conta com um Ambulatório de Especialidades (atenção de média complexidade) e a Unidade Básica de Saúde (UBS) IAPI, participantes da Rede Pública de Saúde municipalizada e que possui o Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA). Essa é a única Unidade no Município que possui tal programa. Uma pesquisa realizada com moradores do bairro do entorno dessa UBS subsidiou a implantação desse Programa, no ano de 2003. Nessa ocasião tratava-se de um Projeto Piloto vindo a se inserir formalmente na estrutura da Unidade de Saúde, em 2004. Inicialmente o Projeto Piloto do PADA atendia somente idosos acamados da área de atuação da UBS/IAPI e em sua equipe não havia médico, somente 1 enfermeira, auxiliares de enfermagem, que eram chamados quando havia a necessidade de atendimento no domicílio, 1 fonoaudióloga e 1 fisioterapeuta. No primeiro semestre do ano de 2005, o Programa passou a atender qualquer pessoa acamada e já contava com uma médica geral comunitária e 1 enfermeira, sendo que, a fisioterapeuta e fonoaudióloga atendiam sob consultoria, no PADA, nessa época. Os profissionais que trabalharam e trabalham no PADA dividem seus afazeres na Unidade com a atividade de atendimento domiciliar.

Em outubro de 2005, integrei-me à equipe do PADA com o objetivo de reorganizar o programa. Naquela ocasião a equipe do PADA era constituída por uma médica geral comunitária e uma assistente social que acabara de ingressar na UBS/IAPI, além de uma enfermeira que havia se inserido na equipe recentemente e que havia aproximadamente 8 anos participava do Programa do Climatério nesta mesma Unidade.

Depois de um rápido levantamento da situação do Programa e alguns contatos com colegas da Unidade de Saúde aconteceram reuniões de trabalho, definindo a equipe. Em dezembro de 2005, foi apresentado à Direção da Unidade de Saúde um relatório sobre os atendimentos do ano. A partir daí integrou-se à equipe uma nutricionista, uma técnica de enfermagem e a fisioterapeuta do Ambulatório de Especialidades/IAPI. Em junho de 2006, com a equipe já constituída, houve a primeira divulgação de dados sistemáticos do PADA referentes ao período de fevereiro a junho daquele ano. A participação de alunos dos cursos de Graduação (Enfermagem,

Fisioterapia e Nutrição) foi fundamental para o cumprimento da meta de reorganização do PADA, alcançando tempo recorde.

Pesquisa com dados secundários previstos no projeto auxiliaram na construção da caracterização do Programa.

Caracterização do PADA

No ano de 2006, foram cadastrados 60 usuários, dos quais 31 foram incluídos; atendendo aos critérios de inclusão do PADA: ser morador da área de atuação da UBS/IAPI, estar acamado e possuir cuidador. Desde abril de 2007, esse critério vem sendo discutido pela equipe porque estão surgindo usuários que não são acamados e estão em vulnerabilidade.

Devido às características da população moradora da área de atuação da UBS/IAPI, o PADA vem atendendo idosos, na sua maioria. O mais jovem atendido pelo Programa, no ano 2006, tinha 22 anos e o mais idoso, 106 anos, ambos mulheres. De acordo com o sexo, 41 eram mulheres (67%) e 20 homens (33%), a maioria (33 usuários) estava na faixa etária dos 80 aos 89 anos e 54% deles apresentava grau de incapacidade 5 (Tabela 1). A maioria das pessoas em atendimento (67%) morava no bairro de entorno da Unidade de Saúde (Passo D'Areia) sendo que 5 usuários moravam no bairro mais distante da UBS (Parque São Sebastião) e de sua referência em saúde.

As doenças mais comuns foram as cardiovasculares, seguidas de doença de Alzheimer/demência, depressão e esquizofrenia, sendo que o sofrimento mental é a situação que mais causa estresse aos cuidadores. Dez usuários foram acometidos por úlcera de pressão, sendo observada tal lesão de pele nos casos de emagrecimento, desnutrição e período de pós-internação hospitalar. Sete pessoas fizeram uso de sonda nasoentérica, sendo que somente uma delas necessitava de aspiração freqüente em traqueostomia. O uso de sonda nasoentérica foi introduzido ao longo do tratamento para alguns usuários, porém tal procedimento não foi aceito de pronto pelos familiares. Em quase todos esses casos, a indicação ocorreu por desnutrição grave.

Os cuidadores eram, em sua maioria, familiares, sendo os filhos (62%) seguidos pelos companheiros (24%), os cuidadores mais presentes. Havia também a participação de cuidadores contratados, vizinho, mãe e religiosas. Não havia registro da idade de

todos os cuidadores, porém observou-se uma grande quantidade de cuidadores idosos e mulheres, situação que se sabe presente em todo o País e que sobrecarrega ainda mais o contingente feminino. As famílias, em sua maioria, eram multigeracionais, havendo somente uma idosa sem familiar para o cuidado, e alguns dos idosos moravam sozinhos, recebendo visitas periódicas de familiares.

O relato dos cuidadores, nos grupos quinzenais realizados na UBS/IAPI, aponta como principais fatores de sofrimento: o estresse, a sobrecarga de atividades, o afastamento de familiares, a insegurança e a angústia na realização do cuidado. A atividade em grupo, nesta Unidade de Saúde, foi um dispositivo encontrado pela equipe para “cuidar do cuidador”.

Do total de usuários que receberam atendimento 13 foram a óbito e apenas 1 usuário recebeu alta por melhora.

A não inclusão de 29 pessoas no Programa ocorreu pelos seguintes motivos: não atendia ao critério de inclusão, institucionalização, não pertencia à área de atuação da UBS/IAPI, possuía convênios particulares, não necessitava do atendimento; houve, também, óbito e mudança de domicílio. A maioria de usuários não incluídos no PADA tinha idade acima de 80 anos. Mais da metade dos usuários (16 usuários) foram ou já estavam vinculados a algum Serviço de Saúde do Município de Porto Alegre e 2 deles faleceram antes de receber atendimento pelo PADA. Em dezembro de 2006, havia cinco usuários em lista de espera para avaliação de sua inclusão no Programa. Em fevereiro de 2007, já eram 10 usuários na lista de espera e a equipe de saúde do Programa aguardava decisão da Direção sobre sua reivindicação em ter mais um médico na equipe.

Os dados sobre os idosos que foram a óbito, no ano de 2006 revelaram que 56% (9 usuários) possuíam grau de incapacidade, 5 (ver projeto de pesquisa) estando na faixa etária dos 80 a 89 anos, muito idosos, portanto. As doenças mais comuns no momento do cadastro no Programa foram: Doença de Alzheimer, Diabetes Mellitus, Demência, AVC e Câncer. Observou-se que, das pessoas cadastradas e que foram a óbito, em 2006, o tempo de espera (máximo) foi de 41 dias para o primeiro atendimento domiciliar, depois de realizado o cadastro na Unidade de Saúde, sendo que 56% deles foram a óbito em pouco tempo após o cadastro no PADA. Isto significa que a procura pelo Serviço de Saúde de referência para o Atendimento Domiciliar a esses usuários, cadastrados no ano de 2006, ocorreu tardiamente, ou seja, numa fase de difícil manejo das suas necessidades e tratamento de recuperação do seu estado ou manutenção da sua qualidade de vida.

Aconteceram 6 hospitalizações, no ano de 2006, o que corresponde à internação de 4 usuários. Um desses usuários internou por 3 vezes, evoluindo para óbito na última internação. De acordo com os registros, percebeu-se a ocorrência de um número um pouco maior de óbitos hospitalares (9 óbitos) comparando-os com os ocorridos no domicílio (7 óbitos), não chegando a ser expressiva esta diferença.

Em dezembro de 2006, havia 39 usuários em atendimento, sendo que o número máximo de pessoas atendidas por mês no período estudado foi de 45 usuários. Essa capacidade máxima correspondeu a um aumento de 100% no volume de atendimentos em relação ao ano de 2005, quando foram realizados 54 cadastros para atendimento domiciliar, sendo que, em dezembro desse ano, 22 pessoas estavam em atendimento pelo PADA. As altas neste período foram 3, havendo ainda a ocorrência de 1 abandono.

A letalidade, em 2006 (41,9%), foi menor que em 2005 (48,6%), sugerindo que as atividades da equipe tenham contribuído com este índice.

Tabela1 – Usuários **incluídos** pelo PADA, 2005-2006 de acordo com Faixa etária, Sexo, Grau de incapacidade, Principais agravos e Tipo de alta.

2005			2006		
Faixa etária	N	%	Faixa etária	N	%
<60	2	6	<60	2	7
60 a 80	16	46	60 a 80	5	16
>80	17	48	>80	24	77
Total	35	100	Total	31	100
p=0,03					
Sexo			Sexo		
M	13	37	M	09	29
F	22	63	F	22	71
Total	35	100	Total	31	100
p=0,66					
Grau de incapacidade			Grau de incapacidade		
1 a 3	10	29	1 a 3	8	26
4 e 5	19	54	4 e 5	23	74
Ignorado	6	17	Ignorado	0	0
Total	35	100	Total	31	100
p=0,65					
Principais agravos			Principais agravos		
Alzheimer/ Demência e Transtornos mentais	12	34	Alzheimer/ Demência e Transtornos mentais	7	23
Doença Neurológica (AVC)	12	34	Doença Neurológica (AVC)	10	32
Outra **	11	32	Outra **	14	45
Total	35	100	Total	31	100
p=0,06					
Tipo de alta			Tipo de alta		
Óbito	17	49	Óbito	13	42
Melhorado	3	9	melhorado	1	3
Ignorado	4	11	Ignorado	0	0
Abandono	1	3	Abandono	1	3
Total	35		Total	31	
p=0,17					

Fonte: dados de pesquisa.

**Outra: refere-se a outras doenças crônicas (Diabetes, Degeneração óssea, Hipertensão Arterial), agudas (pneumonia, fratura de ossos principalmente coxofemoral) e câncer.

“O que vale é uma potência de variação que o sujeito sente como alheia e que somente pode ser acessada através de um *aparelho* – um novo dispositivo? – que intermedia a relação da subjetividade com a consciência que se tem dela” (CARDOSO Jr., 2005, p. 349).

Cuidando dos cuidadores – Os encontros

Em maio de 2006, a equipe do PADA iniciou uma atividade em grupo para os cuidadores, a partir da constatação da necessidade de dar apoio a esses sujeitos. Foram realizados 13 encontros, no ano de 2006, nos quais 28 cuidadores participaram sendo a maioria mulheres, idosas e familiares.

As características das pessoas acamadas,, a necessidade de reorganização familiar pelos contextos socioeconômicos da modernidade e de vida de cada família, a situação de estresse dos cuidadores familiares, evidenciada nas visitas, foram indicadores da situação de vulnerabilidade desses sujeitos, reforçando a percepção da equipe de saúde em propor um espaço aos familiares cuidadores. Este cenário impulsionou a adoção do trabalho em grupo, como estratégia educativa e de cuidado.

Fernández (2001) em suas notas para uma genealogia do campo grupal reflete sobre a complexidade do trabalho em grupo e comenta que o seu componente histórico é a singularidade porque cada grupo possui movimentos próprios, o que significa ser ímpar em suas imbricadas utopias, imagens, significações e construções. Segundo a autora, este dispositivo foi paulatinamente desenvolvido nas Ciências Humanas e na Antropologia, a partir da temática da individualidade e da identidade pessoal, sendo o vocábulo *grupo* uma produção contemporânea que se construiu para a representação do mundo social. A autora afirma que é nos pequenos agrupamentos que a subjetividade moderna se origina e constitui, figurando enlaces e desenlaces entre os membros do grupo e possibilitando intercâmbios neste acontecimento.

O planejamento para o trabalho em grupo na Unidade de Saúde foi simples, previu: dia, hora, local, tempo de duração dos encontros e reuniu profissionais que tinham experiência no uso deste dispositivo. A urgência na implementação desta estratégia se justificou na fala da assistente social “este grupo está caindo de maduro; se tivermos que planejar muito, nunca vai sair”. Assim, os cuidadores foram convidados para o primeiro e encontro por meio de telefone e durante as visitas domiciliares.

Nos primeiros encontros foram discutidas, coletivamente, as características de funcionamento do grupo: a formação circular (as pessoas dispunham suas cadeiras espacialmente formando um círculo), a expressão de sentimentos de fraternidade e solidariedade, a proposta e realização de técnicas, o estímulo à construção de redes

sociais, a participação coletiva no intento de desnodoamento de problemáticas, relatadas a partir de um enfoque individual e, por vezes, tratado pelo tensionamento de idéias ou jogo de forças.

Fernández (2001) apresenta o trabalho de pesquisadores que utilizaram o dispositivo do grupo, descrevendo os elementos constituintes dessa ferramenta de trabalho. Aponta experiências de grupos ou rede de iguais que operam com o suporte solidário, produzindo um espaço restitutivo da identidade e dignidade perdidas, da expressão das emoções no campo grupal como meio curativo e de efeitos terapêuticos.

No transcurso do processo grupal, os cuidadores constituíram um espaço, que se associa metaforicamente ao oráculo de Delfos, como lócus de acolhimento, de escuta e de suporte ao que sofre. O grupo possibilitou a problematização coletiva do processo de “cuidar do outro”. Desta maneira, eles procuraram entender o que se passava em suas vidas, realizando uma reflexão, passada e presente, inquirindo os sentimentos, a noção de dever, os nós e os pontos obscuros em relação ao cuidado. A discussão provocou o desnodoamento de alguns desses pontos e o emergir de estratégias de resistência e conhecimento de si.

Mais adiante se retornará a esta questão, por se tratar do centro da pesquisa e exploração vital dos acontecimentos para a concretização da utopia do cuidado.

Para a descrição dos encontros foram utilizados dados secundários, como as anotações do relator do grupo registradas em ata e dados primários, como as gravações e transcrições realizadas pela pesquisadora, além das anotações em diário de campo. A gravação dos encontros não aconteceu em sua totalidade sendo que alguns deles tiveram tempo de gravação diminuído devido à falha do equipamento ou à brevidade das anotações do relator do grupo. A transcrição de um encontro, gravado na sua totalidade encontra-se como Apêndice deste Relatório.

Os temas explorados nos encontros foram:

1º encontro: 04/05/06

Equipe: assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira, acadêmicas (duas) do Curso de Fisioterapia.

Cuidadores: S, V, G, M. D., W e C.

O PADA foi apresentado pela equipe de saúde, assim como os membros da equipe e os/as cuidadores (as). Estes se apresentavam a partir da descrição do acamado que cuidavam, omitindo suas identidades pessoais e validando a si próprios, pela sua

função de cuidador (a). Isto ocorreu naturalmente. A Equipe de Saúde problematizou a situação ficando os cuidadores surpresos ao se darem conta do quanto já não possuíam uma identidade própria.. Nesse primeiro momento de apresentação, eles já expressaram sentimentos de culpa, estresse, sobrecarga emocional e financeira, sofrimento e até desespero. A participação dos cuidadores foi intensa, evidenciando necessidade de expressão. Eles falaram muito, às vezes, vários ao mesmo tempo, disseram parecer um “enxame de abelhas” e se encontrar no “olho do furacão”. Os sentimentos eram relatados profusamente. A equipe de saúde tentou colocar uma ordem no trabalho (normatização), afirmando que o encontro era um espaço para o cuidador, e que a partir daquele momento haveria um contrato entre todos de sigilo e respeito sobre os diálogos e que todos teriam espaço para falar. Um cuidador expressou que aquela era a Arca de Noé, que eles seriam os “escolhidos e possivelmente aqueles que sobreviveriam”.

2º encontro: 25/05/06

Equipe: nutricionista, médica.

Cuidadores: D., E.

Este encontro foi coordenado pela nutricionista e a médica, focando os cuidados dietéticos e técnicas de boa alimentação. O tema proposto foi a relação das pessoas acamadas com a comida e os avanços que ocorreram relativos à alimentação e ao humor devido ao estímulo da equipe de saúde nos atendimentos domiciliares.. Houve a solicitação de atendimento de dentista para um dos acamados.

3º encontro: 08/06/06

Equipe: assistente social, nutricionista, enfermeira, acadêmicas (duas) do Curso de Nutrição.

Cuidadores: G, M. B., D., M., S., I.

A pesquisadora se apresentou ao grupo, explicou a pesquisa e solicitou permissão para realizar a gravação dos encontros, o que foi aceito por unanimidade. Havia uma mensagem no quadro branco: “Agradecemos a presença de vocês, cuidadores, neste dia. Desejamos que este sol que nos aquece, esta paisagem da natureza que embeleza, e a companhia, nos conforte a todos”. Os cuidadores relataram a vontade de levar as pessoas que cuidam para o sol, mas afirmaram também, que esta atividade é desgastante. Comportamentos das pessoas acamadas como teimosia e

negação para a vida surgiram como as dificuldades do cuidado; apesar disto, os cuidadores mencionaram o cuidado como um ato de amor e não de dever (na realidade é dever). Os cuidadores pareciam não querer demonstrar suas fragilidades ou se deparar com a reflexão sobre a utilização de seu tempo no recesso do cuidado instrumental.

Quando perguntado sobre o que faziam nos momentos de descanso do fazer e cuidar, a resposta da maioria foi: “assistimos televisão”, embora alguns considerassem que a TV não satisfazia, não proporcionava momentos de descanso ou tranquilização dos sentimentos. A televisão também era usada como recurso ou “companhia para o sono do acamado, ele só fica dormindo, tá numa fase de negação para a vida, antes eu lia para ele, hoje é a TV”. Outro cuidador disse que “gostava de escutar a mãe, mas hoje ela aceita ver TV”. Se no passado a televisão não era aceita pela acamada e havia um diálogo prazeroso entre ambos, por que atualmente a acamada aceita ver TV? Dois cuidadores familiares relatam as dificuldades que enfrentam pois as pessoas de quem cuidavam tinham Doença de Alzheimer e não os reconhecia, um deles disse “não tenho prazer algum” e o outro “é capaz de irmos antes dos acamados”. A relatora do grupo escreveu no Diário de Campo: “tenho a impressão de que, nesta vida simbiótica, os cuidadores não conseguem encontrar estratégias que individualizem suas identidades. Percebem a loucura do outro, o desajuste do outro, mas sentem-se totalmente absorvidos e estão estressados”.

A equipe de saúde reafirmou que aquele era um espaço para eles, com o propósito de cuidar do cuidador. Foi entregue um calendário dos encontros.

4º encontro: 22/06/06

Equipe: assistente social, enfermeira,

Cuidadores: N., D.

Nota: Dia de jogo de futebol – Copa do Mundo

O assunto tratado foram as políticas públicas; a equipe explicou o que significava a territorialização, e houve o resgate da história do PADA. A equipe de saúde falou também sobre a importância da articulação da comunidade com a Unidade de Saúde, das relações sociais e do cuidado de si.

O objetivo era problematizar a politicidade do cuidado, definido por Pires (2005a, 2005b) como ajuda e poder para a construção da autonomia de sujeitos, expressos no triângulo *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar e cuidar para emancipar*. A politicidade do cuidado no manejo da ajuda e poder se inscreve na

dinamicidade revolucionária de desconstrução e reconstrução de realidades, envolvendo a dialética na emancipação de sujeitos e redimensionando as possibilidades de cuidado ou modos de cuidar. A autora enfatiza que no contexto sócio-histórico político é onde se forja o cuidado à saúde. Implica então a construção da cidadania, estruturação de relações sociais onde se delineiam poderes e contra-poderes, reconstruções e reposicionamentos que são sínteses possíveis da ajuda-poder. A mediação de interesses e o cuidado como ajuda podem propiciar a redução de desigualdades e evidenciar o caráter político das relações sociais.

5º encontro: 20/07/06

Equipe: assistente social, nutricionista.

Cuidadores: D., N., G.

As cuidadoras que estavam no encontro anterior trouxeram reivindicações e questionaram a formação da médica e sua experiência no tratamento de idosos. A equipe de saúde esclareceu que existem instâncias de encaminhamento de reivindicações da comunidade e fóruns de discussão e articulação da comunidade e trabalhadores de saúde. A reivindicação do grupo exprime a politicidade do cuidar – efeitos da reunião anterior. Porém, a equipe restringiu a reivindicação e protegeu a médica. No dia seguinte, a assistente social e as enfermeiras conversaram sobre o assunto e entenderam que os cuidadores queriam um geriatra e não um médico clínico para o tratamento dos familiares idosos. O Posto de Saúde deveria ter Geriatra, ainda mais sendo a 2ª região mais populosa em idosos. Mas o que fazer se dispõem somente de clínicos? E, ainda mais, profissionais que participam do PADA, o fazem por dedicação e escolha pessoal. O PADA sobrevive pelo interesse dos componentes de sua equipe porque os coordenadores não participam dos acontecimentos, não comparecem em reunião quando solicitados.

A equipe de saúde falou sobre a baixa frequência dos cuidadores nos encontros e estes relataram estresse interferindo na memória e fazendo com que “esqueçam” dos encontros. A equipe falou sobre a comemoração de aniversário, a importância da família e não institucionalização do familiar acamado (normas?). Os cuidadores familiares fizeram algumas solicitações e pensaram em se articular para dar encaminhamento às questões: solicitaram que o médico assistente forneça atestado de óbito, que seja possível o fornecimento de sondas, fraldas e ainda uma ambulância para o deslocamento do acamado a fim de realizar exames.

6º encontro: 31/08/06

Equipe: nutricionista, acadêmicos dos Cursos de Serviço Social (um), e Enfermagem (um).

Cuidadores: C., L., E., S., I.

A discussão versou sobre a necessidade do cuidador de ser forte e frágil ao mesmo tempo. O excesso de responsabilidade pelos cuidados físicos, emocionais e materiais dos familiares, deixa muito deles em situação de sobrecarga, enfrentada, na maioria das vezes, de modo solitário. A equipe de saúde falou sobre o cuidado de si e da importância de valorar a auto estima. Foi realizado exercício de alongamento.

7º encontro: 14/09/06

Equipe: assistente social, enfermeira, acadêmica do Curso de Serviço Social
Cuidadores: G., E., B., E., M., R., M., M. B.

Os cuidadores fizeram um breve relato de suas vidas, falaram sobre a importância da ajuda da equipe de saúde, da necessidade de colocar limites nas relações, dos sonhos, em ter tempo para si. Uma cuidadora relatou os obstáculos que venceu na vida como mensagem de esperança.

8º encontro: 28/09/06

Equipe: assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeira, acadêmica do Curso de Serviço Social,

Cuidadores: L., S., L., I., D., C., B., M.

A equipe de saúde propôs aos cuidadores pensarem sobre como proceder para lidar com os acamados diante de barreiras arquitetônicas. Várias pessoas no grupo relataram dificuldades, pois muitas vezes estão sozinhos e necessitam de ajuda. Falaram do egoísmo das pessoas que estão em sua volta, e também que pessoas mais sensíveis ajudam como podem, uns não têm relação com vizinhos e contam com netos, outros não têm vizinhos comuns, porque existem lojas comerciais no entorno do domicílio. Quando solicitados pela equipe que relatassem o que fazer numa situação de emergência, a maioria dos cuidadores familiares elaboravam um discurso de estratégias heróicas. Uma cuidadora idosa relatou que chamaria o SAMU em caso de emergência e tiraria a filha de maca da casa, pois não têm vizinhos e seu companheiro é idoso. Outros juntariam a vizinhança apesar de achá-los egoístas ou não contar com eles.

Quando perguntado o que fariam se a casa estivesse pegando fogo, uma cuidadora familiar idosa disse apressadamente: “coloco o familiar nos meus ombros e desço as escadas”.

Uma dificuldade apontada pelos cuidadores foi a de estabelecer limites para quem eles cuidam no domicílio. Eles tratam do paciente acamado até a exaustão, até o corpo se manifestar por meio de depressão, fadiga e dores musculares. Eles expressaram o desejo de colocar limites para ter espaço para o cuidado de si e trocaram receitas caseiras para aliviar a dor do corpo.

A receita caseira atravessa as falas sobre limites e o não cuidado de si, receita que pode significar uma estratégia coletiva de resistência ou um mecanismo paliativo de acomodação. A dor no joelho, relatada por uma cuidadora, tinha como ser tratada, seria simples, era só usar álcool, naftalina e iodo, como se os outros elementos em pauta não tivessem um tratamento a ser positivamente proposto, como a simples fórmula caseira. O benefício seria adquirido por uma fórmula do saber popular passado entre gerações e culturas, ratificado pela fisioterapeuta, quando disciplinariza o conhecimento popular explicando o processo do uso do calor e da massagem.

Foucault (1996) relaciona 4 tipos de tecnologias de si que não funcionam em separado, estão associadas a algum tipo particular de dominação e implicam uma forma de aprendizado e de modificação dos indivíduos. São elas: 1) tecnologias de produção, quando se manipulam e transformam coisas para efetuar sua produção; 2) tecnologias de sistema de signos, que é a utilização dos sentidos, símbolos, signos e significados; 3) tecnologias de poder, que consiste na subjetivação dos sujeitos que se submetem a uma dominação; 4) tecnologia de si, a transformação de si mesmo alcançando um estado de felicidade, pureza e sabedoria por meio da ajuda de outros ou por conta própria.

O cuidado prestado pelos cuidadores por meio da dominação, da introjeção do senso de dever e da não escuta do corpo mostra a eficácia dos processos de assujeitamento e disciplinarização presentes na sociedade. Por outro lado, os cuidadores apregoam o poder que consiste em cuidar do familiar e serem aqueles que sabem e que têm toda a responsabilidade e a carga do cuidado. O grupo se moveu entre os dilemas representados pelas estratégias de assujeitamento e pela imagem objetivo do cuidado de si, da autonomia e da governabilidade.

Foram levantadas questões sobre instâncias de reivindicação de direitos, como conseguir medicação, como participar das reuniões do Conselho Local de Saúde.

Mais uma vez se evidencia a politicidade do cuidado expressa na ajuda poder como fortalecimento da autonomia do outro.

9º encontro: 11/10/06

Equipe: enfermeira, acadêmicos dos Cursos de Serviço Social (um) e Enfermagem (um).

Cuidadores: R., L., N., G., B., C.

Gravação do encontro: 15:49 minutos de gravação, tempo incompleto do encontro. Ver transcrição (APÊNDICE A).

Conforme combinado no encontro anterior, a atividade do dia foi planejada para recordar a infância, a tradição de receber visita, o bolo gostoso e a rememorar o cheiro das lembranças da infância.

Foi realizada a leitura de uma poesia de Cora Coralina (Apêndice A) intitulada Antiguidades. A idéia era de que os cuidadores lembrassem das brincadeiras de infância, as lembranças caras ao coração, fatos marcantes do tempo de criança.

As lembranças contadas pelos cuidadores foram: o olhar do pai que intimava, a programação de rádio, a nota fiscal de compra do rádio como documento contendo vários selos, o aconchego do pai e as brigas com a irmã por causa de uma boneca, a vontade de ser professora. Duas cuidadoras disseram que não tinham o que falar. Uma relatou “não me lembro de quase nada, esqueci após uma depressão que tive”. A outra chorou. O silêncio se instalou. A cuidadora recompôs-se e falou “acho que me esqueci um pouco de mim”. Quando perguntado a um cuidador o que tem feito por si lembrou-se de uma frase que aprendeu na infância “quem não vive para servir, não serve para viver”, complementado: “é por isso que eu vivo para os outros” (norma de conduta, renúncia de si).

Depois disso, foi solicitado que abrissem uma caixa sem mostrar ao outro o seu conteúdo e sem falar do que se tratava. A caixa embrulhada para presente continha um pequeno espelho e pediu-se a eles que olhassem o que continha a caixa, pois lá estaria o que de mais importante havia na vida deles. As expressões foram: o sorriso, o olhar rápido, o olhar de aprovação balançando a cabeça positivamente, o olhar em vários ângulos à busca de detalhes, o olhar sem expressão.

10º encontro: 26/10/06

Equipe: assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira, acadêmica do Curso de Serviço Social (um).

Cuidadores: S, V, G, M. D., W e C.

Gravação do encontro: 104:23 minutos de gravação. Ver transcrição (APÊNDICE B).

A dinâmica proposta pela equipe para esse dia previu a utilização de uma cartolina cortada ao meio, para cada cuidador, onde havia dois círculos, um dentro do outro em tamanhos bem diferentes. Foi solicitado que o cuidador reproduzisse naquele espaço (toda cartolina utilizando os círculos como limites ou níveis de envolvimento) os recursos e as pessoas com que eles contavam para realizar o cuidado no domicílio. A dinâmica assemelhou-se a um recordatório em que se pode visualizar o cenário, e ouvir a explicação dos recursos descritos no quadro. A realização da atividade exigiu a identificação de pessoas que potencialmente podem auxiliar no cuidado, uma reflexão que por vezes era realizada em voz alta e, finalmente, a concretização do quadro de recursos materiais e humanos com que cada um pode contar, vislumbrando possibilidades não identificadas até então. Enquanto realizavam a tarefa, foram relatados sentimentos como culpa, revolta, inversão de papéis, dificuldade na divisão da carga de trabalho com familiares, distanciamento físico e emocional dos familiares, pânico relacionado à possibilidade da institucionalização da pessoa que cuidam. A equipe de saúde foi reconhecida por alguns cuidadores como presente no seu cotidiano e atuante. Um desses cuidadores havia entregado para o diretor da Unidade de Saúde, dias antes desse encontro, uma carta contando o seu desapontamento e desagrado com a equipe que havia alterado a periodicidade de visita. Para a equipe de saúde o reconhecimento do trabalho junto a esse cuidador reafirmou a posição de ajuda na relação familiar. A carta enviada à Unidade e a constatação de que a equipe estava próxima ao auxílio no cuidado balizou a importância do trabalho da equipe. No discurso moralizado dos cuidadores, o cuidado de si, por vezes negligenciado, não tem tanta importância quanto o cuidado do outro que retroalimenta e produz a satisfação de dever cumprido.

11º encontro: 09/11/06

Equipe: assistente social, nutricionista, enfermeira, acadêmica do Curso de Serviço Social (um).

Cuidadores: G., E., L.

Para este encontro foram selecionadas pela equipe frases e palavras mencionadas pelos cuidadores, em grupos anteriores, que deveriam ser escolhidas pelos cuidadores e após reflexão serem descartadas ou depositadas em recipientes próprios. Pequenos cartões em número de 40 com as palavras ou frases foram distribuídos sobre uma mesa. Próximo a eles, foram colocados os recipientes: um pequeno baú que tinha a conotação do “baú de boas lembranças” ou recordações agradáveis e uma sacola sem alça que simbolicamente recebeu o nome de “mala sem alça”. Esta expressão fora utilizada algumas vezes por uma cuidadora em outros momentos e nesse encontro teria o significado daquilo que não serve para carregar, difícil de suportar e que desejavam descartar. A palavra que simbolizava os aspectos valorizados, e que, portanto, seriam guardados, seria depositada no baú. A escolha das palavras pelos cuidadores foi baseada em justificativas pessoais e na opinião dos demais participantes.

As palavras escolhidas para serem colocadas no baú foram: vizinhos, preservar a vida, lembranças do passado, vontade de viver, sonho, esperança, escolhas, família, equipe de saúde, ajuda, participação, responsabilidade, valores, medo, reflexão, atenção, lazer, limites, peso, cuidar, compromisso.

As palavras depositadas na “mala sem alça” foram: brigas, culpa, estresse, cansaço, reclamação, inversão de papéis, pânico, dor.

Algumas palavras foram alvo de muita discussão até chegar à decisão do grupo quanto ao descarte ou a guarda. Neste tensionamento, algumas palavras tiveram seu destino escolhido pela voz da maioria, porém observou-se que o cuidador que escolheu a palavra, por vezes não concordava com a decisão, mas se submetia ao que fora julgado. As palavras foram: asilo, sofrimento, chorar e teimosia.

Para alguns o **asilo** seria uma possibilidade de cuidado para o parente querido e para si; já para outros uma “possibilidade horrível” um “último recurso” de cuidado. O sentimento de falta de coragem em proceder ao asilamento do acamado expresso por uma cuidadora foi reforçado pela decisão do grupo em descartar, na **mala**, a palavra. Estes cuidadores estão fortemente imbuídos de sentimento de dever e obrigatoriedade do cuidado em relação ao familiar.

O **sofrimento** foi tratado como sentimento de não aceitação de uma realidade (“não aceito como meu pai está, isso é um sofrimento”, o cuidado ao outro deve ser uma opção). Mas também como propulsor de uma reconstrução de si (“eu estou mudando”). Estes diálogos disseram da dificuldade em colocar o sofrimento na **mala**

até que isto foi realizado, ou seja, pareceu-nos que é mais fácil para eles aceitarem a dor, a limitação e a sujeição do que a autonomia.

A vontade de **chorar** foi relativizada, na afirmação de que se chora por coisas boas e ruins. A dúvida “não sei se guardo ou jogo fora”, foi resolvida quando concluíram “que chorar faz bem, então guardar é melhor”.

A **teimosia** foi relatada como portadora de aspectos bons e ruins. Para uma cuidadora familiar, conviver com ela é ruim, enquanto para outro, a teimosia tem sua positividade “no caso do serviço público, se vence pela teimosia”. Iniciou-se uma discussão e reflexão: “teimosia e persistência é a mesma coisa?” O cuidador que trouxe a positividade da palavra teimosia disse: “Faz parte...”.

Assim, as palavras asilo e sofrimento foram para a mala. A vontade de chorar e a teimosia, para o baú. O tensionamento e o jogo de forças foram a estratégia utilizada pelos cuidadores para a decisão e destinamento das palavras, embora, como no cotidiano destas pessoas, a vontade coletiva – mesmo quando representando a moral tradicional, a norma, a noção de dever - sobrepôs-se à vontade individual.

12º encontro: 22/11/06

Equipe: assistente social, enfermeira, acadêmicas dos Cursos de Serviço Social (um) e Nutrição (um).

Cuidadores: B., M., B., S.

A equipe de saúde realizou a dinâmica do encontro anterior – as palavras e frases, porque se tratava de outros cuidadores e queriam que um maior número de cuidadores pudesse discutir suas próprias palavras selecionadas para esta atividade. Mesmo repetindo a atividade, o encontro foi diferente porque: a) após a escolha da palavra, era realizado o relato de vivência do cuidador familiar, uma problemática colocada sob apreciação dos demais; b) algumas palavras escolhidas não se referiam ao sentimento do cuidador, mas ao sentimento do acamado observado pelo seu cuidador; c) emotividade pela escolha da palavra; d) catarse de uma cuidadora que expôs suas preocupações, aos prantos.

Os cuidadores familiares solicitaram a ajuda da assistente social para o acompanhamento e aconselhamento da cuidadora que expôs suas preocupações, o que foi prontamente realizado.

No final do encontro a pesquisadora explicou qual a atividade prevista para o próximo grupo: uma oficina para construção de esculturas em argila.

13º encontro: 14/12/06

Equipe: assistente social, enfermeira, acadêmica do curso de Serviço Social (um) e observadora convidada da pesquisadora.

Cuidadores: G., B1, B2, M., E., R.

Nota: Oficina prevista no projeto de pesquisa. Foi utilizada a argila e a récita da fábula Mito do Cuidado. Foi realizado imagens das peças em argila produzidas nesse dia (APÊNDICE C).

O encontro foi realizado numa sala da Unidade de Saúde que dispunha de uma mesa grande, sendo possível acomodar a argila e cadeiras para os cuidadores. Participaram da confecção da escultura todos os cuidadores e a equipe de saúde. Foi explicado aos participantes que a argila deveria ser usada para que todos fizessem a produção de uma peça que simbolizasse o cuidado. Recitou-se a fábula Mito do Cuidado e depois demonstrou-se como trabalhar com a argila: molhar as mãos, umedecer a argila e construir a peça.

Enquanto a pesquisadora falava, as expressões observadas foram de dúvida, insegurança e a constatação da dificuldade em brincar, depois de tanto tempo. Durante a récita da Fábula as mulheres ficaram com expressão de atenção e uma delas interrompeu com entusiasmo. Ficaram emocionados com a récita, mas não se identificam com o cuidado. Incentivou-se a conversa e os cuidadores falaram da relação com a bíblia, o homem, com a preservação da vida e o cuidado, como doação, sendo diferente cada dia e exigindo o cuidado de si. Questionado se o cuidado era somente aquele com o corpo biológico, o cuidador diz que cuidado também é cuidar do espírito, alimentar o espírito com leitura e lazer. Outra cuidadora falou do grupo de oração, que alimenta o espírito com a oração. A argila foi distribuída aos participantes que falavam coisas diferentes, enquanto produziam a peça. Após a realização do trabalho, alguns cuidadores explicaram sua construção, O que foi anotado pela observadora. Nas anotações constam pequenas frases que serão aqui mencionadas ou resumo do entendimento que se teve dos relatos, enriquecidos pelas observações gestuais dos cuidadores:

M: Passa o dedo no coração para deixá-lo bem liso. Relata que ela e a mãe se amam muito. “A mãe apesar das coisas... ela tem um coração bom”. Diz que gosta de música, caminhar para se acalmar. Na praia gosta de caminhar (tecnologia de si).

E: Relatou que seria mais fácil trabalhar com agulha e linha. Fez da argila biscoitos de natal, o que aprendeu e que gosta de presentear às pessoas nessa época do ano. Relata, ainda dificuldade em ter prazer e atribui esta fragilidade ao marido (o valor negativo da *metanóia*).

B1: A peça retrata o marido deitado e ela sempre por perto. Mesmo brigando ela sempre está por perto. Relata que gosta de ler, transporta-se para os lugares imaginários da leitura, mas no momento está difícil, não consegue se concentrar na leitura porque fica no “senta e levanta” para cuidar do marido.

Acadêmica do Curso de Serviço Social: “A escultura simboliza o grupo, união, força do grupo, onde existia energia de forças” (dando e recebendo).

Pesquisadora: forma meio humana e anjo simbolizando a espiritualidade. Outra peça acompanha esta forma que é um instrumento musical, representando o prazer. O anjo possui uma asa só.

B2: Fez um coração grande que envolve a mãe e os irmãos. Como é a mais velha “Tem que ter o coração grande”. A figura da mãe e dos irmãos está ligada por um elo.

R: Fez uma cadeira de balanço e colocou um boneco simbolizando a mãe. Gosta de levar a mãe para a rua.

G: Apresentou para o grupo um casal esculpido que simboliza ele e a esposa acamada.

Encerrou-se o encontro com a discussão das particularidades de cada um na relação com o outro na busca do prazer. Alguns cuidadores relataram palavras como mensagem de final de ano: “calma, paciência, fé, envelhecer e crescer, busca de saídas, possibilidades e estratégias para o cuidado”.

Foi distribuído o cronograma das reuniões do próximo ano.

Todos se despediram. A pesquisadora fotografou as peças produzidas (Apêndice B).

Os depoimentos falam do cuidado que libera e do cuidado que oprime “a mãe, apesar de tudo, tem o coração bom”; “gosto de ler, mas não consigo”; “tenho que ter o coração grande”, ou seja, outra vez a noção de dever e de obrigação, de cuidar do outro e não cuidar de si, de dar sem receber.

“É preciso esquecer que se é um César, e somente realizar o trabalho, cumprir os encargos cesarianos sob a condição de comportar-se como um homem qualquer (...)” (FOUCAULT, 2004, p. 245).

O ATO DE CUIDAR

A Escuta

Observou-se que no grupo de cuidadores, a dialogicidade foi a ferramenta fundamental para as novas conformações das relações consigo e com o outro.

Para Foucault (2004, p. 402) a escuta de palavras pronunciadas em torno do sujeito tornam-se “sementes de virtude”. O autor recorre à carta 108 de Sêneca para explicar a germinação desta semente à natureza, comparando a semeadura com a escola de Filosofia quando alguns lá estão como discípulos e outros como locatários. Os locatários lá estariam somente prestando atenção aos ornamentos, à voz, à escolha de palavras e aos estilos, enquanto os discípulos impregnar-se-iam quais imersos em uma perfumaria. Para Foucault a escuta ainda

[...] é, com efeito, o primeiro passo, o primeiro procedimento na ascese e na subjetivação do discurso verdadeiro... a escuta é também o que levará o indivíduo a persuadir-se da verdade que se lhe diz, da verdade que ele encontra no *lógos*. E enfim a escuta será o primeiro momento deste procedimento pelo qual a verdade ouvida, a verdade escutada e recolhida como se deve, irá de algum modo entranhar-se no sujeito, incrustar-se nele e começar a tornar-se *suus* (a tornar-se sua) e a constituir assim a matriz do *êthos*.

Esse processo da escuta das vozes do grupo não aconteceu prontamente; por diversas vezes houve alguma referência por parte dos cuidadores quanto à necessidade da escuta: “parece mais enxame de abelhas” foi a fala de uma cuidadora dizendo ao grupo que gostaria de escutar a todos, ou mesmo a impressão da relatora, quando descreve: “ocorreram muitas conversas atravessadas”; e na transcrição de diálogos: “falas juntas”, “continuam os balbucios”, “alguns cuidadores falam juntos”.

Por outro lado, a escuta, que exige reflexão sobre determinada temática, foi observada quando os cuidadores trocavam idéias baixinho, quando um deles falava e os demais iam tecendo idéias e complementando, ou ainda questionamentos ou observações de uns aos outros, exigindo um tempo para formular a resposta (ver transcrição – APÊNDICE B).

Foucault (2004) utiliza o pensamento de Epícteto, quando este propõe, no processo de escuta, o primeiro estágio da ascese. O objetivo final dessa ascese da

época helenística era o de “colocar-se da maneira mais explícita, mais forte, mais contínua e obstinada possível – como fim de sua própria existência” (p.400). A ascese realizada nesta época e a prática de si teriam a função de assegurar o discurso verdadeiro, de modo diferente da ascese cristã, que seria uma espécie de renúncia a si mesmo para produzir o discurso verdadeiro. O autor esclarece que a diferença fundamental da ascese helenística e romana é de “encontrar a si mesmo em um movimento, cujo momento essencial não é a **objetivação** de si em um discurso verdadeiro, mas a **subjetivação** de um discurso verdadeiro em uma prática e em um exercício de si sobre si” (p.401). O autor segue se referindo ao pensamento de Epicteto: escutar é tão difícil quanto falar; as verdades não podem ser transmitidas em estado nu, pela lógica e pelo ensino. É necessário, primeiro, a lexis que trata da maneira de dizer as coisas, utilizando-se de certa variedade e firmeza de termos para cativar. A segunda é a forma de falar para não realizá-la de modo inútil. Para tanto se exige uma técnica, uma arte como a arte de esculpir. Para se escutar exige-se competência e experiência, habilidade adquirida pela prática assídua.

Esse exercício de subjetivação pela escuta e pela fala pretende realizar a arte do cuidado.

Frédéric Gros (2004) menciona o dossiê de Foucault quando este, apoiando-se em algumas cartas de Sêneca e nos discursos sagrados de Élio Aristides, mostra que a frágil costura entre corpo e alma corresponde a uma relação médica binária: “de uma relação consigo em que se tem de constituir-se permanentemente como médico e doente de si mesmo” (p. 648).

Se por um lado a escuta não se realizou expressivamente para alguns, o processo vivenciado no grupo produziu intercessão de mundos pelas histórias relatadas, pelos diálogos travados, olhares de auxílio, sorrisos nervosos e lágrimas libertadoras .

Esta articulação da escuta com as experiências trazidas para os encontros pelos cuidadores surgiu como oportunidade de cuidado, retomado diversas vezes pela equipe como o **cuidado de si**.

“A lo que me refiero en realidad es al desarrollo de las técnicas de poder orientadas hasta los individuos y destinadas a gobernarlos de manera continua y permanente”. (FOUCAULT, 1996, p. 98).

Artefatos como Expressão do Poder

Na pesquisa foram utilizadas várias e complementares técnicas de coleta de dados. Na observação participante, realizada nos domicílios ficou evidente a utilização de um objeto no espaço doméstico de grande valor para os cuidadores – a cadeira.

Nos domicílios, os cuidadores, quando recebem a equipe de saúde, preferem levar os acamados para um local da casa onde está a cadeira destinada ao conforto do paciente. Lá, ele está preparado para receber os cuidados ou lá ele se instala para melhor ser ouvido.

Foucault (1996) menciona que nas sociedades orientais antigas o faraó recebia ritualmente, no dia da sua coroação, um cajado de pastor. O artefato reunia simbolicamente a visão do homem capaz de abrir o caminho da felicidade por meio da conformidade porque estava na lei ou pela aprovação do mérito em livrar seu rebanho dos riscos. A figura do pastor tinha ainda relação com a responsabilidade que em sua força moral associa todos os membros da comunidade e pela obediência mantida pela dependência individual e completa à vontade e ao poder do faraó. Foucault mostra que a obediência constituía uma virtude, em um jogo cujos elementos eram a vida, a morte, a verdade, a obediência, os indivíduos, a identidade. Um jogo que tinha a ver com o sacrifício dos cidadãos. E por último, a relação de finalidade, como a que pretende colocar uma ordem, que exerce o poder, uma racionalidade que define a maneira de governar a família, os súditos, os cidadãos.

A tecnologia pastoral foi descrita por Foucault (1996) como uma tecnologia de poder, na história dos homens. Referiu-se ao pastor de homens, a um sistema de pensamento binário controvertido, e por fim a uma metodologia que buscou caracterizar a tarefa do pastor. Foucault (1996, p. 108-109) menciona que a reivindicação de legitimidade do título de pastor tinha um caráter político porque qualquer cidadão poderia reivindicar o título, como o padeiro que proporciona o alimento à humanidade, o médico que cuida dos enfermos, o ator de bonecos que guia a música, “(...) si queremos descubrir lo que es real y esencialmente el político, deberemos apartarlo de la multitud que lo rodea y demostrar así por qué no es um pastor”. Finalmente, expõe que a real arte de governar consistia em reunir os humanos em comunidade sob a amizade e a concórdia. O estudo foucaultiano do problema pastoral aponta para as relações de poder do Estado.

A importância do artefato cadeira, do assento reservado ao acamado lembrou o trono (cajado) do faraó, descrito por Foucault como um instrumento de dar visibilidade ao poder. Ao cuidador resta o ato de dobrar-se ao outro que lá se posta, a obediência à sua vontade e a racionalidade em torno do tratamento, das rotinas e dos rituais a serem dispensados. Fica patente uma relação de poder cambiante entre as posições, ora presente naquele que realiza o cuidado, ora naquele que está postado na cadeira.

Em um domicílio, enquanto a equipe de saúde se distribuía nos afazeres, chegaram dois funcionários de uma loja trazendo uma caixa que continha uma cadeira de estofado sintético, de constituição grande que conferia imponência ao ambiente. Lá foi acomodado o paciente. Um profissional da equipe fez uma observação: “ele parece um rei na cadeira” e em seguida a cuidadora familiar retruca: “e eu uma escrava”, expondo a relação polarizada presente na relação cuidador-cuidado.

Noutro domicílio, a equipe de saúde chegou para a avaliação trimestral da paciente (cuja cuidadora enviou carta ao diretor da Unidade de Saúde) que chega à sala e logo se instala em sua cadeira. Uma cadeira estofada, com apoio para os braços, mas típica do uso em ambiente comercial, usualmente vista em gabinete do chefe de seção. Os filhos a rodeiam, parte da equipe de saúde se posta à sua frente. Conforme a paciente falava, os filhos, por vezes, interrompiam de forma discreta. De seu lugar, a paciente ordenava o ritmo do ambiente, fazia um filho buscar algo no quarto, outro ao seu comando seguia para a cozinha, mas quando era a vez da nutricionista falar se calava, porém não deixava de impor seu pensamento. Depois da visita a própria nutricionista comentou: “A D. parece um general; do seu posto comanda a todos”. O cenário se assemelhava ao gabinete de um chefe, deixando explícita a relação de poder do paciente acamado em relação à família.

Nos encontros em grupo, outro artefato gerador de discussão entre os cuidadores e equipe de saúde foi a sonda nasoentérica. Alguns usuários acamados utilizaram a sonda e os cuidadores já haviam vivido alguma experiência com o objeto que os marcou emocionalmente, enquanto para a equipe de saúde trata-se de uma discussão ética.

Uma das cuidadoras relata uma experiência negativa com o uso da sonda, relacionada à hospitalização de uma religiosa cega.. A paciente não entendia o que se passava no hospital, pois ela relatava: “aqui eles não nos dão comida”. Apesar dos esforços para explicar que ela estava utilizando uma sonda que permitia levar alimento até o estômago diretamente, ela se queixava: “isto é um sofrimento”.

Para um cuidador que tivera de se responsabilizar pela colocação da sonda em sua esposa, devido ao agravamento do estado nutricional diagnosticado pela equipe de saúde, foi momento de preocupação. Este caso suscitou discussão e reflexão sobre o uso de sonda, pois se tratava de uma necessidade, mas que exigiria a contenção da única parte de corpo da acamada que se movia - o braço direito.

A mobilização da equipe de saúde em torno deste caso proporcionou a reflexão sobre a necessidade da manutenção da vida e a limitação imposta ao outro; ao período de amadurecimento das mudanças impostas ao cuidador pela “nova ação de cuidado” (uso da sonda), o respeito pelos sentimentos do cuidador e a importante participação do acamado na escuta, quanto ao que se pretende de cuidados relativos à sua qualidade de vida independente de sua capacidade de entendimento. A discussão sobre o tema ainda ocorre pela equipe respeitando-se a singularidade do cuidado em saúde.

“O que é o eu? – a referência ao oráculo de Delfos, à Pítia, ao que ela diz: é preciso conhecer a si mesmo (*gnônai heautón*)”. (FOUCAULT, 2004, p. 65).

O Oráculo de Delfos

Na Grécia antiga, Delfos era considerado o centro do mundo, templo religioso, Santuário de Apolo, filho de Zeus, que fez de Pítia a sacerdotiza, aquela que emitia predições, local onde se inscrevia o princípio “Conhece-te a ti mesmo” (FOUCAULT, 2004).

Para o dicionário Aurélio (1998) Oráculo quer dizer: 1. Resposta de um deus a quem o consultava. 2. Divindade que responde a consultas e orienta o crente. 3. *Fig.* Sentença ou decisão inspirada, infalível, ou que tem grande autoridade. 4. *Fig.* Pessoa cuja palavra ou conselho tem muito peso ou inspira absoluta confiança.

Foucault (2004) relata as interpretações sobre o Oráculo de Delfos lembrando os preceitos délficos que deveriam ser tidos como regras, recomendações ou rituais: 1) *méden ágan* (nada em demasia) quer dizer, reduzir as questões; 2) *engýe* (as cauções) não prometa o que não poderá cumprir; 3) *gnôthi seautón*, ou examina em ti o que vai ser colocado considerando os dois preceitos anteriores. Uma outra interpretação de *gnôthi seautón* implica os três preceitos como imperativos gerais de prudência.

Foucault (2004) subordina o preceito do cuidado de si (*epiméleia heautoû*) ao conhece-te a ti mesmo (*gnôthi seautón*). Com efeito, esta dupla trama procura tecer

[...] uma espécie de aplicação concreta, precisa e particular, da regra geral: é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidados contigo mesmo. É neste âmbito, como que no limite deste cuidado, que aparece e se formula a regra “conhece-te a ti mesmo (FOUCAULT, 2004, p).

Desde a antiguidade até o período moderno, o sujeito para ter acesso à verdade precisava realizar práticas ou conjunto de práticas específicas. No caso do oráculo, havia ritos de purificação necessários ao prévio contato com os deuses para que eles pudessem dizer verdades. Dentre os ritos, pode-se mencionar o escutar música, o respirar perfumes e a prática do exame de consciência.

Na escola epicurista, para realizar a direção de consciência era imprescindível a presença de um guia. Essa direção era organizada em torno de dois princípios: 1) exigia-se a presença do diretor e do dirigido entre os pares e 2) e requeria-se certa qualidade na maneira de se dizer a palavra ou “ética da palavra” denominada por *parrhesia* (abertura do coração). Esta necessidade de abrir o coração “(...) entre os

pares, de nada esconder um ao outro do que pensam e se falar francamente era um dos princípios éticos da direção” (FOUCAULT, 2004, p.169).

A prática da direção não estava ligada à vida em comunidade, ou a um lugar de convívio, mas a reuniões frequentes. Na época pitagórica o exame de consciência questionava o modo de empregar o tempo futuro, no recordatório e na reflexão sobre os acontecimentos.

As reuniões do grupo de cuidadores mostraram semelhanças ao Oráculo, espaço de encontro para a o exercício da arte de si mesmo. Para tanto, buscou-se inspiração em técnicas semelhantes às usadas pelos gregos: a prática do exame de consciência pela reflexão, pelo recordatório, pela palavra e pela abertura do coração.

Foucault (1996) refere-se aos exercícios como a tecnologia do ser. Todas estas questões desembocam na cultura de si, na prática de si, “(...) na arte de viver, arte de si mesmo (...) com toda uma rede de relações sociais diversas, onde existe ainda a mestria no sentido estrito, mas onde igualmente se encontram muitas outras formas relacionadas possíveis” (FOUCAULT, 2004, p. 253-254). De qualquer forma, o autor demonstra por exemplos que o princípio de autofinalização da tecnologia de si é o Cuida-se de si para si por meio de uma conversão.

Para Foucault, existiu na época do cristianismo a mais importante noção filosófica de ordem moral da conversão de si. Esta conversão difere da platônica, pois não realiza um movimento de oposição a este mundo, mas trata-se de conduzir a uma deslocação do que depende e não de nós. Este processo vai além do conhecimento, exige exercício, treinamento, prática. Uma mutação que por vezes é operada de súbito, sendo necessário um acontecimento único, podendo ser “(...) dramático, histórico/meta-histórico do sujeito; ocorre uma passagem: passagem de um tipo de ser a outro (...)” (FOUCAULT, 2004, p. 260). Essa mutação operada pela conversão ocasionava uma ruptura não em si, mas no entorno do eu, deixando - se libertar e deixar de ser escravo e dependente do que lhe cercava.

Esta questão de libertar-se e deixar de ser dependente do que cerca os cuidadores, por diversas vezes foi mencionada pela equipe como resposta ao cuidado de si, numa descoberta daquilo que não dependia dos cuidadores, possibilitando vislumbrar uma diminuição da sobrecarga de responsabilidades e até a divisão desta carga.

“(...) não é que se necessite interromper qualquer outra forma de ocupação para consagrar-se inteira e exclusivamente a si, mas, nas atividades que é preciso ter, convém manter em mente que o fim principal a ser proposto para si próprio deve ser buscado no próprio sujeito, na relação de si para consigo” (FOUCAULT, 2005, P. 69)

O Cuidado de Si

Após sete anos sem publicar nenhum livro, Michel Foucault traz a público as pesquisas sobre o sujeito e a verdade, inseridas no domínio da Ética. Esta nova fase de Foucault trata a problemática da subjetividade, buscando saber “de que forma foram tramadas, no Ocidente, as relações que não estão suscitadas pela prática ou pela análise histórica habitual, entre o sujeito e a verdade” (FOUCAULT, 2004, p. 4). Este novo projeto sobre o si procurava responder a três questões sobre a conduta individual sob o ponto de vista da Genealogia e da Ética: a) a relação com o conhecimento de si, b) com a Política e c) com a Pedagogia. O período das análises sobre o conceito de si foram os séculos I e II da Filosofia greco-romana e IV e V da espiritualidade cristã.

A noção do cuidado de si traduzido pelo latim “*cura sui*” quer dizer “se tudo faço no interesse de minha pessoa é porque o interesse que deposito em minha pessoa tudo precede” (FOUCAULT, 2004, P. 26). Já para os gregos a “*epiméleia heautoû*” é o fato de ocupar-se consigo, de preocupar-se consigo. A noção délfica “*gnôthi seauton*” que quer dizer conhece-te a ti mesmo trazia, como um princípio, três questões: a) ocupar-se consigo mesmo, b) o eu com quem é preciso ocupar-se e c) o cuidado de si devendo consistir no conhecimento de si.

A noção délfica não possui hoje o valor que lhe imputavam naquela época. Foucault, em seus estudos, menciona que algumas interpretações indicavam que esta noção continha uma espécie de regra, um alerta da finitude dos homens, não devendo estes afrontar suas forças com as da divindade.

Para Foucault (2004, p. 7) o princípio “conhece-te a ti mesmo” parece estar acoplado, atrelado ao “cuida de ti mesmo” como

[...] uma das formas, uma das conseqüências, uma espécie de aplicação concreta, precisa e particular, da regra geral: é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidados contigo mesmo.

Na época helenística romana, o cuidado de si se tratava de um princípio incondicionado, uma regra aplicável a todos, de finalidade técnica, profissional ou social, porém de acesso somente a alguns. A prática de si, nesse período, tratava-se de formar os indivíduos, não para a atividade social ou para uma profissão, mas para que ele pudesse suportar infortúnios possíveis que pudessem atingi-lo. Foucault chamou

este mecanismo de segurança de “armadura protetora em relação ao resto do mundo” (FOUCAULT, 2004, p. 115). Além desta característica de formação, a prática de si impunha um trabalho de correção do mal que está dentro das pessoas, em seu interior, com o objetivo de tornar o que nunca foram. A direção de consciência exercida pelo mestre pretendia transformar a atitude daquele que estava enganado, quando “(...) por uma suficiente arte do discurso, somos capazes de conduzir a ação que consiste em refutar a verdade em que ele crê e mover seu espírito para o bom lado (...)” (FOUCAULT, 2004, p. 172).

Nesse primeiro período da época da Filosofia grega, o “conhece-te a ti mesmo” do ponto de vista filosófico buscou o cuidado de si como conhecimento passando a ter novo procedimento como ao cuidado de excelência, político, para enfim, na época do cristianismo, alcançar uma função catártica, fechando-se em si mesmo.

De acordo com Foucault (2004) a noção da cultura de si, nessa época, se referia a valores condicionados e hierarquizados por técnicas, regras, teorias, condutas exigentes e de sacrifício, validados por um saber. Esta noção da cultura de si passou por transformações, da época cristã até o século XVII.

Na época cristã, o tema da catarse e da conversão se tornou a verdadeira arte de si mesmo. Tinha como elemento importante da cultura de si a salvação de si e do outro que acontecia quando se renunciava a si mesmo.

Havia positividade nesse elemento, pois

salvar-se a si mesmo quererá igualmente dizer: escapar a uma dominação ou a uma escravidão; escapar a uma coerção pela qual se está ameaçado, e ser restabelecido nos seus direitos, recobrar a liberdade, recobrar a independência (FOUCAULT, 2004, p. 226).

Na época cristã, a metanóia que significa arrependimento (*metanoeîn*) recebeu valor positivo “como mudança, reversão, modificação do ser do sujeito e acesso a uma vida onde não há remorsos” (FOUCAULT, 2004, p. 265).

A conversão do sujeito a si mesmo, dobrando-se a si mesmo permitiu a Foucault (2004) a elaboração de uma metáfora com o sentido de navegação, onde havia a idéia de deslocamento de um ponto a outro, de uma meta, tendo como objetivo um ancoradouro seguro e protegido. Esta idéia permitiu ao autor vislumbrar um sistema de atividades ligadas à cura, a dirigir os outros e a governar a si mesmo. É nesta relação de si para consigo que o autor entende um movimento de poder político que denomina governamentalidade. Segundo o autor, o conceito de governamentalidade significa: “o

governo de si por si na sua articulação com as relações com o outro” (FOUCAULT, 1997, p. 111). É preciso lembrar, contudo, que não se pode analisar a relação de poder sem considerar a insubmissão da liberdade que lhe for correspondente, ou seja, não se pode esquecer que as relações de poder somente podem ser articuladas com base em dois elementos: a) aquele sobre quem o poder é exercido deve ser plenamente reconhecido até o fim como uma pessoa que age; b) todo um campo de respostas, reações, resultados, e possíveis invenções sejam abertos. Foucault reforça aqui, de forma sistematizada, dois grandes pilares básicos da sua concepção de poder: 1) só há possibilidade de governo onde houver possibilidade de ação, daí o conceito de governamentalidade; e 2) onde há poder, há resistência.

No primeiro encontro do grupo de cuidadores, eles disseram estar no “olho do furacão” deixando entrever uma situação de crise dialética que abala a existência, mas que pode abrir a possibilidade de mudança e de transformação. Essa sessão foi encerrada com a metáfora da “Arca de Noé”, quando um cuidador referiu-se ao grupo como “aquele que sobreviveria à tempestade”, uma idéia de objetivo comum que é a de chegar ao destino protegido e seguro. Nessa fala, o participante aposta no grupo, indicando os cuidadores como os “escolhidos e possivelmente aqueles que sobreviveriam”, talvez como forma de pagamento aos tantos sacrifícios realizados no cumprimento do dever.

O discurso dos cuidadores esteve impregnado da noção de “dever” para com o cuidado do “outro”; eles afirmaram que “quem não vive para servir, não serve para viver”, uma norma para fazer por si a imposição do sacrifício. No grupo, os cuidadores mostraram-se fundidos à pessoa que cuidam de várias maneiras, inclusive pela inversão de papéis e na troca de nomes, quando respondiam pelo nome do familiar acamado. Foi problematizada a “escravidão” identitária em que o cuidador já não tem nome, atende pelo nome do cuidado, ambos simbioticamente enlaçados. Eles se esforçaram para romper com este tipo de cuidado, utilizando estratégias como a imposição de limites e a reflexão sobre si. “Estou precisando muito de um tempo para mim”, disse um cuidador querendo ser seu próprio médico, identificar seus males e propor a cura. A equipe, por sua vez, “ofereceu o espaço do grupo como uma forma de organizar estratégias para o cuidado conjunto” e “incentivo ao cuidado de si”.

Os encontros estabeleceram uma estreita relação com os princípios délficos quando a equipe de saúde solicitava aos cuidadores familiares que procurassem se

ocupar consigo mesmos, instigando-os ao cuidado de si por meio do conhecimento de si.

Como na Grécia, buscar o conhecimento de si exige força, atenção acurada e reflexão que se prolonga ao longo da existência humana. No período de um ano de realização do grupo de cuidadores, foi possível dar início à construção coletiva de técnicas para o cuidado de si.

“Cada vez estoy más interesado em la interacción entre uno mismo y los demás, así como em las tecnologías de la dominación individual, la historia del modo em que um individuo actúa sobre si mismo, es decir, em la tecnologia del yo”. (FOUCAULT, 1996, P. 49).

Tecnologías de Si

Para Foucault (1996, p. 48) o saber sobre si mesmo consiste em

[...] aceptar este saber como um valor dado, sino en analizar estas llamadas ciencias como juegos de verdad específicos, relacionados con técnicas específicas que los hombres utilizan para enterderse a sí mismos.

Para tanto propõe o autor um tipo de tecnologia denominada “tecnologias del yo”. Esta tecnologia tem como característica a utilização de operações sobre o corpo e a alma para realizar a transformação de si mesmo com a ajuda de outros. O objetivo desta transformação é a felicidade, o estado de pureza, sabedoria ou imortalidade. A utilização desta tecnologia exige a dominação individual, e conseqüentemente, poder.

O ser humano como ser social é herdeiro de uma moral social constituída por regras. O estudo histórico foucaultiano demonstra que o cuidado de si tratava da conversão de si mesmo como o próprio médico, da exigência de preparar-se para a vida, estando completa esta fase no momento anterior à morte, conferindo valor à velhice e ao cultivo de si por meio do conhecimento de si.

Para se chegar ao estado de completa felicidade, deveria o sujeito debruçar-se sobre a arte da existência que o acompanhava até a completude, utilizando de técnicas como suporte ao seu intento.

Operações sobre o corpo e a alma como o cuidado de si, a dietética e o cuidado com o corpo estão incluídos nos estudos feitos por Foucault, na Grécia antiga, nos séculos I e II.

A dietética como técnica de cuidado foi tratada, no grupo de cuidadores, com a participação da nutricionista e a médica da equipe. O foco de discussão foram os cuidados dietéticos e técnicas de boa alimentação, exigindo dos presentes reflexão sobre o assunto. Estes cuidados teriam o poder de modificar o humor do acamado. Uma cuidadora disse que o acamado “quando escuta o liquidificador, emburra”. A cuidadora sabia que o alimento que preparava tinha um efeito negativo e a nutricionista lhe pediu que pensasse sobre a apresentação da comida. Não seria demasiado ruim na velhice receber uma alimentação como aquela? Aquela apresentação liquefeita dos alimentos não seria de revoltar? Como se destacaria o sabor de cada um dos alimentos? Esses foram alguns questionamentos feitos pela nutricionista. Os acamados encontram-se em

estado precário de nutrição; na época, sete dos acamados em atendimento pelo PADA utilizavam sonda nasoentérica, a maioria por desnutrição grave. Que cuidados seriam, então, possíveis? A nutricionista recomendou o esmagamento dos alimentos e oferecê-los um a um ao acamado para que pudesse saboreá-los em separado. No caso do uso de sonda nasoentérica o esmagamento de uma fruta, extraindo-se o seu caldo e oferecendo ao acamado uma pequena porção seria uma técnica recomendada. Por outro lado, perguntamo-nos o quanto estas prescrições significam em termos de trabalho e dispêndio adicional de esforço por parte dos cuidadores?

Outra técnica de cuidado utilizada no processo grupal foi a da escuta. Escuta apreendida como arte demonstra a virtude do aprendiz e a relação de hierarquia daquele que está abaixo do mestre, tendo que escutar o *logos*.

No grupo em que se trabalhou, a ferramenta da escuta foi exercitada nas duas direções: a equipe ouvindo as queixas dos cuidadores e estes ouvindo as problematizações da equipe (e também as normas). Num dos encontros, discutiu-se o quanto o cuidado era árduo para os cuidadores, embora no discurso enunciado por esses familiares o cuidado foi abordado apenas na dimensão de ato de amor e não como dever. Este discurso demonstra superficialidade e atenção às normas sociais, quando imputa uma roupagem elegante ao cuidado sendo que na realidade, é uma imposição.

As posições contraditórias, tanto da equipe quanto dos cuidadores familiares, atravessaram o processo grupal: o cuidado foi enunciado como um modelo de humanidade nas relações em saúde, gerador de autonomia e de liberdade, por outro lado, às vezes, ele se apresentou como normatizador e calcado na noção de dever. Num dos encontros, a equipe de saúde procurou “colocar ordem” no discurso das pessoas como querendo organizar a liberdade de expressão dos participantes, enquanto que em outro encontro o trabalho da equipe fora validado pelos cuidadores familiares “enquanto ajuda e estar ao lado deles”.

O exame de consciência como tecnologia pertence a uma classe de exame interior onde a escuta de si, dos pensamentos próprios, tem como papel primordial o conhecimento do mal e do bem para tomar decisões (FOUCAULT, 1996). No grupo, o exame de consciência aliado ao recordatório foi umas das tecnologias empregadas pela equipe de saúde para que os cuidadores pudessem refletir sobre suas vidas, perceber os pontos críticos, elencar os elementos-chave para a tomada de decisões e identificar os recursos e as potências.

As contradições e incongruências estiveram (estão) presentes todo o tempo, nos diálogos grupais, nas discussões da equipe, nas visitas domiciliares. No “jogo de palavras”, realizado num dos encontros em grupo, pôde-se perceber o exercício do poder quando a equipe buscava consenso quanto ao que fazer com as palavras: ou o seu descarte, na mala sem alça ou a guarda no baú da felicidade. Esta solução escamoteia o tensionamento das partes, a ambigüidade dos afetos, a possibilidade de uma mesma palavra ser “boa” e “ruim” ao mesmo tempo.

Outro aspecto contraditório como se viu anteriormente, foi o reconhecimento da equipe de saúde por alguns cuidadores como presente e atuante e, por outro lado, as críticas e reivindicações por um atendimento melhor e mais assíduo. Um cuidador entregou para o diretor da Unidade de saúde uma carta contando de seu desapontamento e desagrado com a equipe que havia alterado a periodicidade de visita ao seu familiar acamado. Essa carta colocou a equipe em reflexão, suscitando alguns questionamentos: até que ponto estaria a equipe percebendo a maturidade do cuidador em caminhar sozinho? Aquela carta não seria um pedido de ajuda? A equipe deveria pensar sobre o tempo que o cuidador teria para compreender-se capaz de realizar o cuidado e não somente considerar o estado do acamado para reprogramar a periodicidade de visita. O quanto o cuidador participava dos grupos de cuidadores para se fortalecer no dia-a dia?

Esta capacidade de reflexão da equipe como constitutivo do seu processo de trabalho, a escuta, os espaços intercessores que vingam das relações, o trabalho vivo em ato é descrito por Merhy (1997) como tecnologias leves e leve-duras. As tecnologias leves estão centradas no conhecimento, “(...) sabedorias, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidades (...)” (MERHY, 1997, p. 125) e as leve-duras possuem uma estruturação como um conhecimento estruturado, a clínica, a norma.

Ayres (2006, p. 70-71) refere-se à busca pelo sucesso prático de uma ação de saúde pautada no diálogo que dá espaço para a fala do outro, que possibilita surgir novas referências para modelar e redimensionar o cuidado na presença da interação terapêutica como horizonte normativo pautado pela dimensão existencial.

Poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do Cuidado não um sujeito (profissional da saúde) e seu objeto (usuário ou comunidade), mas dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, distorções, disfunções, sofrimentos etc).

A subjetividade é “(...) uma expressão de nossa relação com as coisas, através da história, então, o modo mais imediato pelo qual essa relação se expressa é o corpo, entendido não apenas como corpo orgânico, mas também como corpo construído pelas relações com as coisas que encontra durante a sua existência” (CARDOSO Jr., 2005, p. 345).

O Tecido Grupal em Discurso - As contradições e os significados do cuidado no PADA

Foucault (2004, p.94) evidencia em seus estudos que para ocupar-se consigo seria preciso: ter capacidade, tempo e cultura e que cuidar de si era um privilégio e dever dos governantes, daí se destacando relação do cuidado com a ação política e tornando-se imperativo para “todo mundo”, fazendo desse indivíduo, que cuida de si um diferente entre os demais. Este homem seria, então, dotado de governamentalidade numa relação ética de si para consigo e capaz de associar diferentes virtudes e temperamento contrários na arte de tecer o mais maravilhoso tecido (FOUCAULT, 1996).

O tecido grupal constituído pela coleção de fatos, de vivências, de histórias e atravessado por contradições, foi o lócus para a construção coletiva do cuidado. As singularidades apresentadas compõem um conjunto diverso de cada ser na tensão de si, na diversidade de situações e de sentimentos.

Os enunciados dos cuidadores falam do cuidado que liberta e do cuidado que oprime; da mãe que “apesar de tudo tem o coração bom”; do prazer pela leitura, abortado pelo “senta, levanta constante”; da obrigação em “ter o coração grande”; de cuidar do outro e não cuidar de si; de dar sem receber. Os enunciados estiveram tensionados entre sentimentos antagônicos, entre o senso do dever e a busca da singularidade, um ir e vir a polaridades diferentes. Os sentimentos são confusos, a negação do próprio discurso pelas contradições é evidente, o intento em realizar algo muitas vezes se frustra no caminho, o desejo é oprimido pelo dever, o horizonte parece fora do alcance, a obrigação de ser grande e generoso em doações, quando na verdade se é cativo e finito se não reabastecido.

A equipe de saúde pôs em discussão o caráter árduo do cuidado, em virtude dos exemplos, dos elementos que o cercam e o limitam no cotidiano. Eles contrapõem essa noção, imputando ao cuidado a dimensão do amor, e negando o cuidado imposto e escravizante, presente no aforismo que justifica a existência como um eterno servir. O discurso de um cuidador demonstra esse exercício de servidão na vida como uma norma: “quem não vive para servir, não serve para viver”. Neste sentido, o cuidado é percebido como servidão eterna para a conquista da salvação.

O estudo foucaultiano sobre o cuidado de si, na Antiguidade, apóia-se em textos como o de Sêneca em que a servidão para consigo mesmo é descrita como “(...) uma série de compromissos, atividades e recompensas: uma espécie de obrigação – endividamento de si e para consigo” (FOUCAULT, 2004, p. 333). Neste sistema recíproco consistia a relação de si no intento de liberar-se dessa relação consigo. Para tanto era necessário assegurar o estudo da natureza o que permite a ordem do mundo. Este feito repousa sobre o exame de si nas ações do cotidiano que envolve o comportamento, regras de existência e o movimento real do sujeito em se elevar, sair das trevas.

O exercício e técnicas utilizadas pela equipe de saúde tiveram o intento de problematizar o cotidiano dos cuidadores por meio do diálogo, possibilitando uma tensão na relação de si. Essa construção da equipe de saúde também envolveu tensão entre o saber técnico normatizado e o desejo de contribuir com a felicidade e projetos de vida das pessoas.

O exame do mundo pode propiciar uma visão diferente do mito, conforme demonstra Foucault (2004, p. 346) em referência a textos de Platão quando, ao se elevar para se ter uma visão do mundo, não se evidenciam tipos diferentes de vida a ser escolhida, mas a compreensão dos seus esplendores e tudo o que se indissocia dele como os “flagelos do corpo e da alma”.

Foucault (2004) identificou, na era cristã, a noção de *metanóia* (obrigados a se arrepender) que inicialmente havia um valor negativo vindo tardiamente (século III) a receber valor positivo no sentido de renovação do sujeito por ele mesmo. Quer-se referir ao valor negativo da *metanóia* quando o sentido de pesar, de remorso deveria ser banido do ser pela recusa do prazer, das coisas que não deveriam ser feitas para se evitar o arrependimento. Estes elementos estão presentes na tensão de si para com o outro, no cotidiano dos cuidadores.

No discurso moralizado dos cuidadores, o cuidado de si negligenciado não tem importância, pois o cuidado do outro retroalimenta e produz o sentimento de dever cumprido, satisfação. Novamente se evidencia a importância da renúncia de si para, numa conformidade, alcançar a salvação.

Esta ambigüidade de renúncia de si para aceder à salvação é comentada por Foucault (2004) como constituinte da ética e estética do cuidado. Aponta o autor para uma tarefa urgente nos dias atuais que é justamente a constituição de uma ética do cuidado que, a seu ver, é “(...) fundamental, politicamente indispensável, se for verdade

que, afinal, não há outro ponto, primeiro e último, de resistência ao poder político senão na relação de si para consigo”, ou seja, no seu autogoverno ou governamentalidade (FOUCAULT, 2004, p. 306).

“Afinal, mudar um determinado contexto é fenômeno político, tenso e conflituoso, envolvendo negociação entre as relações de ajuda e poder das pessoas envolvidas no processo”. (PIRES, 2005b, p. 577).

A Politicidade do Cuidado

O cuidado numa reflexão teórico-filosófica, de ambivalência, concebido como solidário e político, fundamenta o triedro do cuidar: *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar e cuidar para emancipar* como reordenador de relações de domínio e de emancipação no processo de trabalho em saúde (Pires, 2005^a e 2005b). A autora definiu o triedro como potencializador de autonomia dos sujeitos sob a ação das relações de poder, o que

[...] significa cuidar para que possamos ser capazes de reelaborar cada vez mais a tutela e exigir cidadania, onde o meu projeto de autonomia só existe enquanto parte integrante da autonomia coletiva, sabendo-a sempre relativa (PIRES, 2005b, p. 573).

Pires (2005a) relata que a politicidade do homem está na sua dialética, e é nesse movimento que se encontra terreno propício à construção da autonomia individual e coletiva e da cidadania. A autora defende que pela mediação de interesses, negociação árdua de projetos, pelo modo de ser solidário ou de vir a ser político que se reelaboram ações de cuidado e se evidencia a politicidade do cuidar.

A mudança do modelo assistencial, requerido aos e pelos trabalhadores em saúde, concatenados pelas políticas públicas, vem tensionando as transformações necessárias ao novo paradigma de cuidar em saúde.

Os atores em saúde têm buscado, desde a implantação do SUS, estratégias de ações que dêem conta da utopia do cuidado em saúde considerando a dimensão arte.

Ayres (2005), em sua reflexão sobre o cuidado e a atenção em saúde traz à tona a crise de legitimidade que a práxis do cuidado tem enfrentado, quando na aplicação de tecnologias existe a decisão sobre o que pode e deve ser feito pelos profissionais de saúde àqueles a quem assistimos e a nós próprios num encantamento mútuo de poder.

Pires (2005a) menciona que o cuidado humano tanto oprime quanto liberta e que a sua institucionalização numa disputa de normalização de sujeitos prioriza a tutela, em detrimento da autonomia dos sujeitos.

Ayres (2006, p. 71) propõe, então, que no encontro terapêutico humanizado seja possível criar espaços de diálogo onde o

Poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do Cuidado não um sujeito (profissional da saúde) e seu objeto (usuário ou comunidade), mas dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, distorções, disfunções, sofrimentos etc.).

Aqui se evidencia a tênue linha que conduz o fazer saúde nos dias de hoje e que se depara com uma instigante possibilidade de caminhos possíveis a serem percorridos.

A relação binária do cuidado presente na humanidade dotada de polaridade do *homo sapiens-demens* media a politicidade do cuidado entre razão e demência, segundo Pires (2005a). Portanto, a autora propõe uma nova lógica de cuidar pautada na emancipação dos sujeitos em que a dimensão dialógica do encontro encontre possibilidades de ação nos processos de adoecimento, transcendendo desafios e de capacidade revolucionária.

Para tanto a responsabilidade em saúde deve assumir uma posição de estar-aí, junto ao outro como para atualizar o projeto de felicidade existencial dos sujeitos. Esta visão de responsabilidade, de expressivo significado emitido por Ayres (2006) acompanha na sua compreensão um caráter de compartilhamento, assumindo relevância em diversos níveis, interrogando-se “(...) acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam (...)”. Estas perguntas possibilitariam o repensar e reconstruir práticas de saúde num processo fundamental de dialogicidade, transcendendo a tecnicidade e buscando “(...) a flexibilização e permeabilização dos horizontes normativos das práticas de saúde (...)” (AYRES, 2006, p. 73 e 75). Este autor traz um novo conceito para a Área da Saúde que é a Heteroxia. Trata este novo conceito do exercício de novas intervenções em saúde menos ortodoxas que envolvam a educação, a cultura, o bem-estar social, o meio ambiente, o trabalho incluindo-se a participação política de indivíduos e comunidades.

Merhy (2006) na pesquisa sobre a Atenção domiciliar e a Micropolítica do Trabalho reforça esta produção de cuidado em saúde pautado pelo trabalho vivo em ato, gerador de “multiplicidades anti-hegemônicas, de compreensão da multiplicidade e do sofrimento humano na produção da cidadania”.

A intenção, neste momento de finalização do relatório de pesquisa, é abrir espaço de reflexão frente às idéias dos autores mencionados, quando fomentam

discussão sobre os protagonistas da realidade em saúde, procurando potencializar construções possíveis do Cuidado em Saúde.

Foucault, em sua pesquisa histórica, buscou na Antiguidade as origens do cuidado de si e as tecnologias que o envolvem no modo de vida das pessoas, comunidades e filósofos.

Pires propõe o triedro emancipatório como estratégia de ruptura da submissão dos sujeitos à opressão do cuidado tutelar.

Ayres aborda o enfrentamento dos atores em saúde numa perspectiva reconstrutiva da noção de cuidado, quando este novo projeto é seguido pelo inseparável sentido de responsabilização.

Merhy busca compreender o universo do trabalho, um novo processo de trabalho em saúde que se constrói em ato, vivo, produtor de mudanças, de algo novo, que organize e preencha a caixa de ferramentas do trabalhador em saúde que busque dar conta, tanto de modo individual, quanto coletivo, das necessidades de produção do cuidado em saúde.

As pesquisadoras trouxeram uma experiência de cuidado em saúde que se originou das necessidades da população, de suas situações-problema e a reorganização do ato de cuidar que em seu tecido vem sofrendo tensões das pulsações de existência de vida. O tecido criado trouxe em sua trama elementos aqui apresentados como o cuidado de si, a politicidade do cuidado e a responsabilização em saúde.

“Delibera contigo mesmo e pesa bem o que queres. Uma vez tendo entrado nesta vida de maravilhas, é por ela que deverás sair” (FOUCAULT, 2004, p. 347).

Algumas palavras finais

O PADA constitui-se um Modelo de Atenção à Saúde pautado pela construção do cuidado a partir de um problema de saúde, pela lógica das necessidades, tanto da Instituição quanto da comunidade, percebendo-se produtora de arranjos para dar conta da atenção no domicílio, na criação de espaço para um movimento de crescimento de sujeitos onde os ruídos e tensões são práticas instituídas das relações humanas (política e poder). A competência do agir cuidador da equipe de saúde é espelho do território singular de cada um na paixão pelo fazer, na dor de construir o cuidado da boa morte e de alguma qualidade de vida, na sua solidão que clama por apoio, na vontade de produzir projetos de felicidade, numa transição tecnológica.

Merhy (2006) em sua pesquisa sobre este Modelo de Atenção em Saúde denomina trabalho vivo em ato e descreve-o:

[...] Paixão por se descobrirem humanos em seu trabalho em saúde – na identificação que ocorre em sua percepção sobre a construção das relações familiares, nas tristezas e alegrias, nos medos, na potência e na impotência de suas ofertas. Paixão por se desejarem equipe e por conseguirem operar essa produção. Paixão pelo resgate da solidariedade em sua prática profissional e pela demolição dos limites impostos pela racionalidade científica na definição de seus fazeres, amores, desamores e responsabilidades nas relações com os usuários.

Pinheiro e Guizardi (2004, p. 34) relatam do aprendizado com equipes de PSF:

Embora a expansão das práticas terapêuticas no interior das instituições de saúde seja considerada tímida pelas análises macropolíticas, seus efeitos nas vidas das pessoas têm sido cada vez mais referenciados por aqueles que demandam cuidado em saúde como uma resposta positiva.

A ARTE DE REALIZAR PESQUISA NA TEMÁTICA O CUIDADO

No projeto de pesquisa, procurou-se trazer enfoques de diversas Áreas do conhecimento sobre o cuidado,, porém sem abandonar o olhar que a Saúde Coletiva tem sobre o tema. Esse trajeto suscitou certo desconforto em relação ao pensamento ontológico do Cuidado operado pela Área da Filosofia, ou seja, foi difícil realizar a costura entre pensadores oriundos de escolas e de campos de pensamento diversos. Os acontecimentos no grupo de cuidadores do PADA, construídos em conjunto entre cuidadores e pesquisadores dizem de um Cuidado que busca a felicidade numa árdua empreitada. Procurou-se transitar entre os diferentes “Cuidados” , sempre com a intenção de que as verdades de cada um pudessem manter o vigor, como se pronunciadas no momento da enunciação..

Para tanto, fomos à busca daquele que pesquisou de modo tão arguto sobre o cuidado em outros momentos históricos, mas sempre procurando responder a questões do homem de hoje. Foucault foi, então, o pesquisador eleito por nós para tentar iluminar as práticas e as tecnologias do cuidado de si A Metodologia de análise das práticas discursivas, planejada no projeto de pesquisa e utilizada por Foucault encorajou esta caminhada.

A leitura da obra de Foucault foi imprescindível para orientar como proceder a análise das práticas discursivas no grupo de operadores e cuidassdores. O aprendizado foi grande para as duas pesquisadoras. As leituras foram densas, a discussão sobre os achados: uma garimpagem de excelência em relação aos enunciados que continham o pulsar das vidas, e, ao mesmo tempo, a dor. O rigor e o critério de seleção das referências em quantidade e auxílio à profundidade dos textos foi uma árdua e compensadora tarefa, o cuidado que se aprendeu e exercitou entre mestre e aprendiz numa nova relação.

GLOSSÁRIO

ASCESE: significa propriamente exercício e, na origem, indicou o treinamento dos atletas e as suas regras de vida. Com os pitagóricos, os cínicos e os estóicos, essa palavra começou a ser aplicada à vida moral na medida em que a realização da virtude implica limitação dos desejos e renúncia. O sentido de renúncia e de mortificação tornou-se daí, predominante na Idade Média. Abbagnano, 2000.

HERMENÊUTICA: qualquer técnica de interpretação. Essa palavra é frequentemente usada para indicar a técnica da interpretação da Bíblia. Abbagnano, 2000.

INTERPRETAÇÃO: em geral, possibilidade de referência de um signo ao que ela designa, ou também, a operação através do qual um sujeito (intérprete) estabelece a referência de um signo ao seu objeto (designado). Aristóteles denominou I. o livro em que estudou a relação entre os signos lingüísticos e os pensamentos e entre os pensamentos e as coisas. Ele de fato considerava as palavras como “sinais das afeições da alma, que são as mesmas para todas e constituem as imagens dos objetos que são idênticos para todos”, considerando ademais como sujeito ativo dessa referência a alma ou o intelecto. Abbagnano, 2000.

METAFÍSICA: ciência primeira, por ter como objeto o objeto de todas as outras ciências, e como princípio um princípio que condiciona a validade de todos os outros. Por essa pretensão de prioridade (que a define), a metafísica pressupõe uma situação cultural determinada, em que o saber já se organizou e dividiu em diversas ciências, relativamente independentes e capazes de exigir a determinação de suas inter-relações e sua integração com base num fundamento comum. A metafísica implica, assim uma enciclopédia das ciências, um inventário completo e exaustivo de todas as ciências, em suas relações de coordenação e subordinação, nas tarefas e nos limites atribuídos a cada uma, de modo definitivo. A metafísica apresentou-se ao longo da história sob três formas fundamentais diferentes: primeiro como teologia; segundo como ontologia; terceiro como gnosiologia. A segunda concepção fundamental é a da metafísica como ontologia ou doutrina que estuda os caracteres fundamentais do ser: os que todo ser tem e não pode deixar de ter. As principais proposições da metafísica ontológica são as seguintes: 1ª existem determinações necessárias do ser, ou seja, determinações que

nenhuma forma ou maneira de ser pode deixar de ter. 2ª Tais determinações estão presentes em todas as formas e modos de ser particulares. 3ª Existem ciências que têm por objetivo um modo de ser particular, isolado em virtude de princípios cabíveis. 4ª Deve existir uma ciência que trata por objeto as determinações necessárias do ser, estas também reconhecíveis em virtude de um princípio cabível. 5ª Essa ciência precede todas as outras e é, por isso, ciência primeira, porquanto seu objeto está implícito no objeto de todas as outras ciências e porquanto, conseqüentemente, seu princípio condiciona a validade de todos os outros princípios. Abbagnano, 2000.

OBJETIFICAÇÃO: segundo Hartmann, esse termo significa tornar-se objeto para um sujeito e define a natureza do conhecimento. A objetificação é o contrário de objetivação: esta é a transformação de algo subjetivo em objetivo, enquanto a objetificação exprime o processo pelo qual um objeto independente do sujeito torna-se objeto de conhecimento. Abbagnano, 2000.

SUBJETIVIDADE: caráter de todos os fenômenos psíquicos, enquanto fenômenos de consciência, que o sujeito relaciona consigo mesmo e clama de “meus”. Caráter do que é subjetivo no sentido de ser aparente, ilusório ou falível. Nesse sentido, Hegel situava na esfera de subjetividade o dever-ser em geral, bem como os interesses e metas do indivíduo. Abbagnano, 2000.

SUJEIÇÃO PARA FOUCAULT (2005): dois sentidos, quais sejam:

a) Submetido a outros através do controle e a dependência

Atado à sua própria identidade, pela consciência ou o conhecimento de si mesmo. Foucault, 2004.

SUBJETIVO: aquilo que pertence ao sujeito ou tem caráter de subjetividade. Esse adjetivo teve dois significados, correspondentes aos do termo sujeito, mas somente o segundo ainda é usado. 1. a partir da escolástica do séc. XIII, o adjetivo significa simplesmente substancial. Abbagnano, 2000.

SUBJETIVAÇÃO PARA FOUCAULT (2005): sujeito não como forma de identidade ou pessoa, mas como subjetivação, no sentido de processo e “si” (sentido de relação – relação de força consigo). Foucault, 2004.

SUBJETIVISMO: termo moderno que designa a doutrina que reduz a realidade ou os valores a estados ou atos do sujeito (universal ou individual). Nesse sentido, o idealismo é subjetivismo porque reduz a realidade das coisas a estados do sujeito (percepções ou representações); analogamente, fala-se de subjetivismo moral e subjetivismo estético quando o bem, o mal, o belo, ou o feio são reduzidos às preferências individuais. Esse termo é empregado na maioria das vezes com intenções polêmicas, e por isso seu significado não é muito preciso. Abbagnano, 2000.

REFERÊNCIAS

ASCESE. In: ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 83.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006. p. 49–83.

CARDOSO JÚNIOR, Hélio Rebello. Para que serve uma subjetividade?: Foucault, tempo e corpo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3. p. 342-349, set./dez. 2005.

FERNÁNDEZ, Ana María. **El campo grupal: notas para una genealogía**. 9. ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 2001. 182 p.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. Tradução: Márcio Alves da Fonseca, Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 680 p.

_____. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993, 152 p.

_____. **História da Sexualidade 3: o cuidado de si**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005. 246 p.

_____. **Tecnologías del yo y otros textos afines**. 3. ed. Barcelona: Paidós Ibérica, 1996. 150 p.

GROS, Frédéric. A situação do curso. In: FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. p. 613-662.

HERMENÊUTICA. In: ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 497.

INTERPRETAÇÃO. In: ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**, São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 579.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. cap. 3, p. 117-160.

METAFÍSICA. In: ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 660-666.

OBJETIFICAÇÃO. In: ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 721.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, supl. 1, p. S71–S581, dez. 2005.

_____. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1025-1035, out./dez. 2005.

SUBJETIVIDADE. In: ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 922.

SUBJETIVO. In: ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 922.

SUBJETIVISMO. In: ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 922.

APÊNDICE A

TRANSCRIÇÃO DE GRAVAÇÃO

DATA: 11/10/06

HORA: 14 – 16 HORAS

DINÂMICA PROPOSTA NO ÚLTIMO ENCONTRO DE CUIDADORES: comemorar o dia da criança.

METODOLOGIA UTILIZADA: Leitura de uma poesia de Cora Coralina solicitando que os cuidadores lembrassem: as brincadeiras de infância, as lembranças mais caras ao seu coração, o fato mais marcante do tempo de criança. Depois disso, solicitado ainda que, abrissem uma caixa sem mostrar ao outro o seu conteúdo, e não falar do que se tratava o conteúdo. A caixa embrulhada para presente dentro continha um pequeno espelho. Solicitado aos cuidadores que olhassem o que continha na caixa, pois lá estaria o que de mais importante havia na vida deles.

Enfermeira: Colocar aqui o nosso gravador, hã... que bom que o senhor veio né? um dia assim antes do dia das crianças..

G: pois é.

Enfermeira: Da gente fazer a nossa festinha a nossa comemoração antes seu Gabriel.

G: a é? Que beleza, que coisa boa.

Enfermeira: vai começar a falar e o Gabriel corta sua fala.

G: Eu to me preparando para amanhã, receber os netos já

Alguém fala: que bom né? A festa...

G: Claro! Então vou fazer um almoço pra eles, dar uma coisinha pra cada um, e pronto. E eles ficam satisfeitos.

Enfermeira: Aqui nós temos pessoas acho que o senhor não conhece seu G. Ou o senhor conhece todas as pessoas aqui?

Alguém fala: não...

G: (apontando para as pessoas vai de uma a uma dizendo se conhece) Não. esta aqui já teve, já, esta aqui que eu não me arrecordo mas acho que já uma vez também,

Alguém fala: já, já

Alguém fala: numa outra reunião o senhor tava.

Enfermeira: então eu vou perguntar por que eu não conhecia a senhora (e aponta para uma pessoa na sala) fala o seu nome pra mim.

L.

Ivani: L?

L: é.

Enfermeira: L e não E?

L: não.

Enfermeira: então, o meu nome é I e eu sou enfermeira... eu trabalho... eu sou paulista, né? tem sete anos e meio que eu to em Porto Alegre..Fui muito bem recebida por aqui. (logo alguém se atravessa).

L: não é de Brotas..

Enfermeira: oi?

L: não é de Brotas..

Enfermeira: não.

L: não?

Enfermeira: não.

L: sabe onde é?

Enfermeira: Não. Eu tenho uma colega de faculdade que ela nasceu em Brotas

L: hum...

Enfermeira: é. Nós fizemos a faculdades juntas lá em São Paulo. Então assim tem sete anos e meio que eu to aqui em Porto Alegre e a cidade me recebeu acolheu muito bem.

G: já é gaúcha.

Enfermeira: dizem que eu sou paucha.

G: Ah, paucha. Também serve né? Assim como tem os ratucho né? ...enfim... então serve.

Enfermeira: então, eu trabalho aqui no IAPI desde que eu vim para Porto Alegre. Eu sou funcionária federal então pro lugar aonde eu precisar ir por questão de mudança das pessoas da família aí eu vou. Como aconteceu agora... meu marido ele foi transferido aqui pro Sul, aí trouxe a família junto eu vim, pedi a transferência e é por isso que eu to trabalhando aqui nesta unidade. Então tem sete anos e meio que eu trabalho aqui. E neste tempo todo que eu trabalho aqui hã... eu comecei a me envolver né com esta questão de atendimento domiciliar desde o ano de 2002 né? Muitos de vocês já

conhecem esta estória, principalmente a N, porque a N foi umas das precursoras né? do programa, e então eu estou vinculada a esta atividade de atendimento domiciliar desde 2002 quando lá nós começamos a fazer uma pesquisa né pra saber como os idosos tavam em casa, principalmente aqueles acamados. E daí surgiu a idéia desse programa que ele foi desenvolvido durante um ano e meio como projeto piloto e depois ele se firmou enquanto programa dessa nossa unidade. E a gente atualmente quantos?

D (acadêmico de enfermagem): 42

Enfermeira: 42 pessoas acamadas a gente atende atualmente, né? E a minha atividade com este programa hoje ta mais voltado pra estruturação dele. Porquê? Eu sou coordenadora de enfermagem atualmente aqui no posto, já fui coordenadora de enfermagem algum tempo atrás agora retornei a esta função, hã... eu coordeno o setor de educação da unidade também, então os estagiários que vocês vêem aqui dentro eles têm um trânsito pelo setor de educação. A gente sabe o que eles tão fazendo aqui dentro, que tipos de escolas vêm aqui né? E este rapaz que está conosco hoje ele vai se apresentar, ele é de uma Universidade daqui da grande Porto Alegre, e ele ta fazendo estágio curricular dele conosco. Então a minha atividade no programa por enquanto ta só na questão de estruturação, organização dele por causa das outras atividades que eu tenho que fazer. Mas como vocês sabem, nós temos a enfermeira A, que ela é do programa, não sei se a senhora conhece dona L...

L: aquela que foi em casa?

G: foi. Eu falei com ela inclusive agora pra saber onde o grupo estava.

Enfermeira: então, a enfermeira A é a minha parceira de trabalho. Quando a A não está eu é que vou pras visitas, então os novos que estão chegando eu não conheço porque já tem um tempo que eu não saio pra fazer visita né em função das atividades que estão se acumulando comigo agora. Mas.. hã... precisando de alguma coisa vocês já conhecem mais uma pessoa do programa que vocês podem recorrer.

G: é mesmo

Enfermeira: quem sabe agora ele se apresenta (*aponta para o estagiário*).

D: meu nome é D, eu sou estudante de enfermagem da UNISINOS, to fazendo meu curricular aqui, comecei em agosto e pretendo fazer até dezembro. Participo no planejamento e estruturação do programa e executar junto com a A as visitas domiciliares.

Enfermeira: a experiência que a gente ta querendo trazer para estes jovens que estão terminando a faculdade né e da gente propiciar o desenvolvimento de habilidade neles

dessa... desse programa né que a gente sabe que quantas pessoas precisam né e se a gente tiver esse pessoal saindo da faculdade já com pensamento né de que isto pode existir... na unidade que eles forem eles já tiveram uma... pelo menos (as vezes se sobrepõem) já viram como estrutura um programa e como ele funciona e eles vão conseguir implementar isto aonde eles estiverem. Porque a minha mãe falava pra mim olha minha filha eu não vou te deixar herança, mas eu vou te deixar educação (Sr. G concorda e vai falando junto) essa é a maior herança que a gente pode dar para um filho porque esta ninguém toca né?

G: justamente.

Enfermeira: então assim, aonde a gente estiver o conhecimento vai estar conosco a gente pode então ta colocando em prática né?... hã... a G vocês já conhecem ...

Alguém diz: estava na outra reunião.

G (*fazendo cara de criança marota diz*): não sei quem é (dá risadinha).

C acaba de chegar senta-se

Enfermeira: C...

C: vocês se esconderam?

C se refere ao local do encontro que é diferente de outros dias. Como o encontro de hoje está fora do calendário de utilização da sala de grupos que sempre é usada pelos cuidadores e equipe do PADA, houve o estranhamento da cuidadora.

Enfermeira: não. Nós não estamos escondidos. Nós estamos...

G: estamos se apropriando de um local que não é o de antes

N: lá só tá gestante.

Enfermeira: Então, sabe que essa... o posto ta agora fervilhando de um monte de coisa que a gente vem fazendo e as salas que a gente tem disponível ... com a... com a nossa agenda a gente tem uma coisinha a cada dia , uma coisa que acontece num dos espaços que a gente tem. E hoje como nós antecipamos o nosso encontro nós tivemos que fazer uso então dessa sala

Alguém fala: é muito boa esta sala.

Enfermeira: essa sala eu vou contar pra vocês ... é uma sala que a gente foi pegando um pouquinho de cada funcionário aqui e conseguimos fazer esta decoração aqui que vocês estão vendo né. Este barrado com estas flores (*apontando para a cortina*). Este tecido aqui ó é tecido de fazer lençol e que a gente pode fazer a cortina que tem esse barrado pintado.

Alguém fala: é uma graça.

G: é manual isto aí?

Enfermeira: É. Isso aqui eu que fiz seu G.

G: é? Foi mesmo?

Enfermeira: é. Fiz num final de semana em casa.

G: é uma boa... *(fazendo gestos com as mãos como que interpretando o gesto de pintar)*.

Ivani: é. Só que não foi um a um seu G. Agora existe uma técnica aí que a gente põe um estêncil e faz *(interpõe-se as vozes)*

G: ah beleza. É que isto aqui *(aponta para a parede onde existem outras pinturas em barrado acima do chão uns 190m)* você tem um rolo né que você passa o rolo e vai descendo.

Enfermeira: mas não é com rolo. Isto daí é também a mesma técnica desse aí.

G: a mesma técnica desse aí.

Enfermeira: é como se fosse um raio x ...

G: sim, sim.

Enfermeira: aquela parte...

G: você pega aquela parte *(vozes se sobrepondo)* coloca ali *(muitas vozes se sobrepondo)*. Há 30 anos passados existia um rolo, pelo menos na minha casa foi feito, naquela época né das crianças então o pintor usou um rolo com uns desenho da Disney e coisa assim *(vozes se sobrepondo)*. O camarada tem colocar direitinho e continuar, né. Não pode parar.

(Vozes se sobrepondo e perguntam algo ao G.)

G: não, não, não. O camarada já é falecido. A pessoa que fez para mim né...

Enfermeira: então, mas eu acho que em casa de tinta a senhora encontra esses rolos especiais, pra fazer a pintura, mas tem ter uma pessoa que saiba mexer com essa técnica.

G: exatamente. Tem que saber utilizar ele senão tu borra tudo né.

Enfermeira: então estamos num espaço diferente... obrigada pela vinda de todos vocês *(vozes se sobrepõem)*

G: o mais simples é o que ela fez. Coloca aquela plaquinha e passa por cima.

Enfermeira: e fica bonitinho não custa caro e *(vozes se sobrepõem)*

G: vocês não sabem a D. L tem muitas habilidades. A casa dela é toda enfeitada coisa mais bonitinha. Cheia de enfeites. *(vozes se sobrepõem)*

L: mas tenho dois deles em casa. Olha só: Sou escrava do relógio. De 3 em 3 horas eu to lá.

Enfermeira: então nós vamos fazer a nossa atividade aqui conforme a gente tinha previsto... Hã só que nós estamos dentro de um horário que foi programado com vocês, então nesse instante eu gostaria que vocês se dedicassem ao que a gente vai fazer aqui agora. É lógico que a gente não esquece... *(C pergunta baixinho o nome da enfermeira)*.

Enfermeira: I o meu nome C.

C: I?

Enfermeira: É...

C: Ah, tá!

C fala baixinho algo que não dá pra distinguir e G balbucia algo incompreensível. No entanto a C estava tentando se lembrar da minha pessoa.

Enfermeira: Na semana passada... Na semana passada não, no último encontro nós estivemos juntas...hã... então nós temos um horário né que é programado, um encontro de duas horas, a gente fica então das 2 até as 4 horas juntos. A gente não consegue se desvencilhar né das coisas que a gente tem programado para o dia ou das preocupações que a gente tem. Mas neste momento nós vamos fazer o possível pra gente ter um momento legal juntos, né. Principalmente porque no último encontro nós contratamos conosco de que iríamos fazer o nosso encontro né do dia das crianças ... nós vamos comemorar o dia das crianças nosso, né? Que amanhã a gente vai se dedicar aos netos como o senhor G ...

G: ta certo...

Enfermeira: Né? Hã... nós vamos nos dedicar a outras crianças da família, mas hoje nós vamos nos dedicar a nós, a criança que nós temos né? ... e pra gente iniciar esta conversa eu to trazendo uma poesia da Cora Coralina. Eu não sei se vocês já escutaram falar nessa autora.

Cuidadores: Já. *(acenam a maioria concordando entre si)*.

Enfermeira: Então... é uma senhora que ela faz poesias, desde numa idade avançada e que escreve coisas que tocam o coração.

G: Octagenária,.

Enfermeira: Sim.

C: mas o final dela foi triste. Entrou mar adentro (barulho pela janela)

Enfermeira: eu não sei.

C: hã, hã.

Enfermeira: mas olha, eu vou, eu vou até pesquisar como foi a vida da Cora Coralina e um dia eu falo pra vocês. Mas aqui, *(C continua falando ao fundo)* eu trouxe então uma

poesia dela que se diz da seguinte forma... se intitula: Antiguidades. E eu vou fazer uma leitura, e daí a gente vai então poder conversar a respeito dela . (Sr. G fala baixinho algo) diz assim: (Enfermeira faz a leitura da poesia).

Termina o tempo de gravação na metade da poesia.

A poesia:

Antigüidades

Cora Coralina

Quando eu era menina
bem pequena,
em nossa casa,
certos dias da semana
se fazia um bolo,
assado na panela
com um testo de borralho em cima.
Era um bolo econômico,
como tudo, antigamente.
Pesado, grosso, pastoso.
(Por sinal que muito ruim.)
Eu era menina em crescimento.
Gulosa,
abria os olhos para aquele bolo
que me parecia tão bom
e tão gostoso.
A gente mandona lá de casa
cortava aquele bolo
com importância.
Com atenção. Sericamente.

Eu presente.
Com vontade de comer o bolo todo.
Era só olhos e boca e desejo
daquele bolo inteiro.
Minha irmã mais velha
governava. Regrava.
Me dava uma fatia,
tão fina, tão delgada...
E fatias iguais às outras manas.
E que ninguém pedisse mais !
E o bolo inteiro,
quase intangível,
se guardava bem guardado,
com cuidado,
num armário, alto, fechado,
impossível.
Era aquilo, uma coisa de respeito.
Não pra ser comido
assim, sem mais nem menos.
Destinava-se às visitas da noite,

certas ou imprevistas.
 Detestadas da meninada.
 Criança, no meu tempo de criança,
 não valia mesmo nada.
 A gente grande da casa
 usava e abusava
 de pretensos direitos
 de educação.
 Por dá-cá-aquela-palha,
 ralhos e beliscão.
 Palmatória e chineladas
 não faltavam.
 Quando não,
 sentada no canto de castigo
 fazendo trancinhas,
 amarrando abrolhos.
 "Tomando propósito".
 Expressão muito corrente e
 pedagógica.
 Aquela gente antiga,
 passadiça, era assim:
 severa, ralhadeira.
 Não poupava as crianças.
 Mas, as visitas...
 - Valha-me Deus !...
 As visitas...
 Como eram queridas,
 recebidas, estimadas,
 conceituadas, agradadas !
 Era gente super enjoada.
 Solene, empertigada.
 De velhas conversar
 que davam sono.
 Antigüidades...

Até os nomes, que não se percam:
 D. Aninha com Seu Quinquim.
 D. Milécia, sempre às voltas
 com receitas de bolo, assuntos
 de licores e pudins.
 D. Benedita com sua filha Lili.
 D. Benedita - alta, magrinha.
 Lili - baixota, gordinha.
 Puxava de uma perna e fazia
 crochê.
 E, diziam dela línguas viperinas:
 "- Lili é a bengala de D. Benedita".
 Mestre Quina, D. Luis Alves,
 Saninha de Bili, Sá Mônica.
 Gente do Cônego Padre Pio.
 D. Joaquina Amâncio...
 Dessa então me lembro bem.
 Era amiga do peito de minha bisavó.
 Aparecia em nossa casa
 quando o relógio dos frades
 tinha já marcado 9 horas
 e a corneta do quartel, tocado
 silêncio.
 E só se ia quando o galo cantava.
 O pessoal da casa,
 como era de bom-tom,
 se revezava fazendo sala.
 Rendidos de sono, davam o fora.
 No fim, só ficava mesmo, firme,
 minha bisavó.
 D. Joaquina era uma velha
 grossa, rombuda, aparatosa.
 Esquisita.
 Demorona.

Cega de um olho.
Gostava de flores e de vestido novo.
Tinha seu dinheiro de contado.
Grossas contas de ouro
no pescoço.
Anéis pelos dedos.
Bichas nas orelhas.
Pitava na palha.
Cheirava rapé.
E era de Paracatu.
O sobrinho que a acompanhava,
enquanto a tia conversava
contando "causos" infundáveis,
dormia estirado
no banco da varanda.
Eu fazia força de ficar acordada
esperando a descida certa
do bolo
encerrado no armário alto.
E quando este aparecia,
vencida pelo sono já dormia.
E sonhava com o imenso armário
cheio de grandes bolos
ao meu alcance.
De manhã cedo
quando acordava,
estremunhada,
com a boca amarga,
- ai de mim -
via com tristeza,
sobre a mesa:
xícaras sujas de café,
pontas queimadas de cigarro.

O prato vazio, onde esteve o bolo,
e um cheiro enjoado de rapé.

1. Situações mais marcantes do encontro em relação às lembranças da infância (os nomes serão identificados por suas iniciais):

- Quando uma cuidadora (R) se apresentou, falou o nome da mãe e não o seu. Ao se dar conta do ocorrido, disse: Meu Deus, como estou, a gente acaba não sendo nós mesmos...
- Cuidadora C: Diz que os momentos mais marcantes da infância não foram como os demais com a família , mas sim na escola com as professoras. Queria estudar para ser uma.
- Cuidadora N: Diz que não gosta de pensar no que passou. Quando teve uma depressão, deixou tudo no passado. O que interessa é o presente. Ao falar sobre sua infância diz que teve tudo de bom, sempre de vestidos lindos, fitas, era bem cuidada pela avó. Fora criada pela avó.
- Cuidador G: lembrou-se bem do avô, das caçadas, das brincadeiras, foi feliz.
- Cuidadora R: lembrou-se das brincadeiras, de como passeava com a mãe. Agora, tudo é difícil. Chora. Diz: O que fui fazer comigo? Esqueci de mim. O grupo a ampara e a faz refletir sobre sua situação. O cuidador G diz que ela deve conversar com a família e colocar uma data (sem dizer a data) que ela irá sair para se divertir. Diz que ele cuida da esposa 24 horas, mas que não deixa de sair uma vez por ano e algumas outras poucas vezes, mas acha muito importante isso. Outros cuidadores o apóiam. Cuidadora F enfatiza a necessidade dela se cuidar. Cuidador G diz que se ela não se cuidar, a família deverá cuidar dela e da mãe, daí serão duas a serem cuidadas, pra ela falar isto aos familiares.
- Cuidadora B: lembrou-se das brincadeiras dentro de casa, e a mãe ralhando com ela e a irmã. Lembrou-se das bonecas. Foi feliz.
- Cuidadora L: foi feliz, lembrou-se de suas bonecas.

A estagiária de Serviço Social num determinado momento intervém dizendo-lhes: vocês precisam se cuidar, como é importante o cuidado consigo.

Aproveitando a oportunidade a enfermeira então pergunta-lhes: Vocês acham que isto aqui, o encontro é cuidado? Todos dizem que sim. Que aquele momento lhes é importante.

Com as falas acontecendo as lembranças foram como as contadas por Cora Coralina: os valores, a época, os costumes.

Enfermeira então pede que eles reflitam sobre a mudança dos tempos e do comportamento das pessoas que eles cuidam ao se depararem com os avanços, mas também com os contrastes. Ter paciência. Se eles mesmos sentem tanta diferença, imagina para aqueles que são mais antigos?

2. A abertura da caixa presente:

- Cuidadora L: sorriu e diz: “realmente é o mais importante”. Precisava sair do encontro e cuidar dos seus dois bebês (a mãe e o filho – em estado neurovegetativo desde criança), diz que da próxima vez procurará ficar até o final. Irá se organizar com uma vizinha para ficar mais tempo com o grupo. Foi a sua primeira participação no encontro de cuidadores. Diz que gostou muito e de todos. Foi-se embora.
- Cuidadora R: sorriu ao abrir a caixa e depois disse: “Consegui sorrir até para mim...”.
- Cuidador G disse: “Bela persona!” Sorriu.
- Cuidadora B: sorriu e fazia sinal com a cabeça de concordar com o que via.
- Cuidadora N: sorriu de canto com a boca e nada disse.
- Cuidadora C: sorriu e disse: “é mesmo mais importante!”.

Terminado o encontro a cuidadora C pede para falar ao grupo todo: conta sua dificuldade em adquirir a medicação que a mãe precisa e que ela irá falar com o Secretário Municipal. A cuidadora N diz que já se pegou a um vereador, e que tem falado com ele pra participar da reunião do Conselho Distrital de Saúde. O cuidador G pergunta quem é o vereador e quando sabe o nome do vereador se mostra contrariado dizendo que aquele não adiantava, mas a cuidadora N dizia: ele nunca me deixou na mão. Despedimo-nos com saudações pelo dia da criança, e abraçamo-nos em confraternização. O cuidador G fala à cuidadora R: “me identifiquei muito contigo, temos os mesmos problemas”.

APÊNDICE B

TRANSCRIÇÃO DE GRAVAÇÃO

DATA: 26/10/06

HORA: 14 – 16 HORAS

104:23 minutos de gravação

Esse encontro aconteceu em uma sala diferente da que sempre ocorreu os encontros porque haverá uma dinâmica com os cuidadores. Sala do Setor de Educação onde há uma mesa grande de reunião.

Temática proposta para este dia:

Com quem os cuidadores contam para realizar o cuidado.

Metodologia:

Foi utilizada meia cartolina colorida (verde ou azul) onde havia o desenho de um grande círculo e dentro deste um outro círculo menor. Foram preparadas dez cartolinas (todas contendo o mesmo desenho e na mesma proporção) para este encontro sendo distribuídas para os participantes do grupo, havendo ainda a entrega de lápis ou caneta.

A proposta foi de que no círculo maior os cuidadores escrevessem o nome ou algo que simbolizasse as pessoas que participam pouco ou eventualmente do cuidado, e no círculo menor as pessoas mais próximas do cuidado.

Enquanto os cuidadores iam chegando, o Sr. G contou à equipe que havia recolocado a sonda nasointestinal na sua esposa.

Cuidador: e eu coloquei outras duas vezes...(barulho não deu para ouvir o enunciado)

Ass. Social: Colocaste as outras duas vezes?

Cuidador: balançou a cabeça concordando, os braços cruzados e o corpo apertado para trás.

Enfermeira: O Sr. deu uma de enfermeiro?

G: dei, dei.

Muitas pessoas falando ao mesmo tempo.

G: Pode chingar à vontade

Acadêmica Serviço Social: Não é que pode chingar né, é o fato de provocar alguma coisa, se sentir culpado se não der certo.

G: é, seu sei (sobreposição de vozes) Já teve tanta coisa que tive que enjanbrar na minha vida aí de coisas assim situações diferentes que nada me assusta assim a pincípio. Se tem que fazer, vamos fazer.

Sobreposição de vozes, alguém faz uma pergunta.

G: Ahã

Silêncio.

Acadêmica de Serviço Social: dá uma observada de como é que ela fica com a medicação

M: .. Como é que pode uma pessoa com a mente dela ser tão esperta. É mais esperta que nós todos juntos.

G: Por enquanto não, vamos ver depois. (explicando a uma cuidadora que acabara de chegar que não é para fazer nada com a cartolina ainda).

Cuidadores conversam sobrepondo vozes não dando para distinguir as falas.

Mais... introduzindo o alimento tudo bem? esta noite eu fiquei preocupado Será que... ela começou a regurgitar com é que eu vou dizer? Como se ela tivesse encatarrada, sensação de como se tivesse encatarrada, não é possível meu Deus, mas eu disse ta no local e no lugar certo. Eu ouvi como a A disse assim: ouve! Né ela disse e ouvindo aquilo né ta no lugar certo, não tem problema nenhum. Digo será que eu não dei alimento de repente demais e como ela não está evacuando aquilo não está enchendo demais o estômago? E vindo pra cima aqui e ta começando a ter problemas? Mas encontrei uma enfermeira amiga aí na rua aí e disse assim não isso aí é a sonda, a sonda que faz este barulho de vez enquanto, mesmo que injeta o ar é o mesmo barulho no retorno né quando ela respira que acontece o mesmo tipo de som né. Eu tava com medo de continuar dando o medicamento e eu digo daqui a pouco ela ta botando pra fora, por cima né porque não evacua.

Alguém faz uma pergunta.

G: Não, não, tanto que hoje de manhã eu fiz lá um preparado de enema, eu tava dando um pouco de vaselina e água morna e introduzi no ânus não saiu nada, mas eu fiz e acredito que deve provocar alguma coisa.

Silêncio...

Falam alguma coisa.

Enfermeira: M que cuida...

Cuidadora: da E.

Equipe: mas ela se queixou?

G: não, não.

Falas juntas.

G: ... ela uma vez tirou escorreu pela mão aqui a primeira vez. A segunda vez eu não sei como ela conseguiu deitada na cama acho que ela conseguiu levantar aqui e escorregou de novo pra baixo aqui e sacou fora agora eu espichei mais pro lado do centro e agora ta mais bem espichada a mão pra ela não ter condições de espichar, uma vez sendo elástica tu puxa um tanto mas tu não quer ficar e ela vai cedendo quanto mais ela vai resistindo...

Falas juntas

G: Exatamente, exatamente, então isso ali me... até chegar um ponto ideal né a gente fica às vezes...

Assistente social: Hum. Hum...

Cuidadora: vai experimentando.

G: Exatamente mas vai causando esses problemas aí ...

Falas juntas

G: rs, amanhã ou depois vou fazer uma cirurgia nela ainda, rs.

Equipe: alguém pergunta o que houve e respondem: ela tirou e ele colocou

Alguém ri.

G: hã, hã

Equipe: e tá no lugar?

G: Tá. Graças à Deus não é porque aí vocês iam dizer assim não. Está no lugar então, porque senão diz não duraria de um dia pra outro, né porque a pessoa teria partido já .

Enfermeira: Vamos então para a proposta? A gente não quer criar um bicho papão. A gente já falou o suficiente pro senhor entender a gravidade da situação, né seu G? Mas a gente assim... vamos ficar mais tranquilos esse... como a gente falou né, é o momento nosso das gente poder ...

G: É , é que eu tô entrando na seara alheia né? É isso ali é tranquilo mas como no interior às vezes uma vaca por exemplo se afogava com um aipim, ou uma coisa assim, você pegava uma folha de bananeira, tirava a folha, o talo e enfiava goela abaixo assim pra resolver o problema , então, ou com uma agulha ... uma seringa, né enfiava ela começa a inchar demais né, enfiava no quadril ali né e ela se livrava então do ar ali ou coisa parecida. Na vida campeira a gente aprendia certas coisas que era o recurso final

né, e às vezes a gente não foge daquilo, né continua naquela onda não acreditando às vezes ou não querendo forçar as pessoas que tão ocupadas ou que eu to tirando de outras áreas que estão sendo mais úteis e eu com uma porcaria dessas aqui, será que eu não resolvo o problema? São manias que a gente adquiriu desde a infância e isso de repente é prejudicial e pode ser se num momento pode ser fatal. Pode não tenha dúvida não é? Eu pequei.

Enfermeira: então assim, escolhas que a gente faz hã acho que a gente já falou isso aqui e não precisa repetir pro seu G.

G: e tem que assumir a responsabilidade também

Assistente social: sim, e até assim a história da sonda a M tava falando da medicação, acontece..

G: semelhante.

Assistente social: É assim, exatamente, né se ela ainda não deu a medicação né, eu acho que na (toca um celular e a assistente Social repete o final desta fala duas vezes) a gente tem, houve muito, e pessoal vai fazendo assim alguns experimentos (não dá para identificar a fala) a gente vê que no grupo de cuidadores eles vão experimentando. A M ainda não tinha dado a medicação, né e aí então, vai dar... (falas sobrepostas)... até a dose certa. Então várias coisas né que a gente vê aqui. Nós tivemos uma outra que a cuidadora usava né ao invés de usar a fralda ela usava um vidro de nescafé, era a mãe dela né, então na entrada, ali na vulva ali né..

G: Hum

Assistente social: E ali pra, não dava a fralda, tava sempre sequinha, fazia o xixi ali dentro

M: (não dá para entender)

Assistente social: Mas que por outro lado também depois que a gente viu que acabou experimentando algumas coisas assim, que até essa né isso assim deu um pouco certo depois a mãe dela começou a fazer algumas infecções né, tem a história da medicação porque às vezes dá um pouquinho ou algumas pessoas usam na pele alguma coisa, né e a gente consegue conversando sobre isso aqui hã, e assim né seu G., acho que tem um né, importante a gente poder falar disso né

G: Sim, abrir o jogo.

Assistente social: É, e sem culpa. A M ainda não comprou a medicação porque também tava preocupada né, a Dra. I também ligou pra saber como é que tava. Tu vai experimentar, vai dar metade.

M: (fala não entendi)

Assistente social: Tudo bem acho que pode fazer.

M: tem que tentar.

Assistente social: hum, hum, né

G: é calmante estas coisas...

M: é um calmante sim, pra ficar mais calma.

Enfermeira: A gente vai aprendendo dos dois lados né, a gente vai aprendendo com vocês e vocês vão aprendendo conosco, né?

G: rs.

Enfermeira: só que como o Sr. G falou né da seara alheia, a gente quando cuida de uma pessoa, a gente vai aprendendo também.

G: sim

Enfermeira: porque ta junto com os técnicos mais a experiência que a gente traz de vida né, o Sr. bem falou que o sr. veio do interior e que aprendeu muito, então, então a gente vai juntando esse quebra-cabeça pra gente tentar fazer o melhor possível pela pessoa que a gente ta cuida.

G: Sempre. A intenção é essa embora às vezes pode ocorrer algo que não se espera.

Enfermeira: que não se espera.

G: é o inesperado que às vezes que só o prático, prático não digo, mas o técnico vamos dizer assim né, que vai poder detectar ou... (não completa a frase)

Enfermeira: vocês sabem que a equipe, ela não dispõe de estrutura para atender urgência, mas por exemplo no caso da... dependendo da situação, uma sonda ela pode esperar até o dia seguinte, dependendo das condições do paciente né, e aí a gente tem um tempo de se articular aqui dentro pra tentar hã, atendê-los. E se a gente não puder nós somos francos, assim como vocês são conosco, nós também somos né, olha nós não vamos poder, quem sabe vocês hã levem num serviço de urgência. E assim a gente vai tentando fazer o melhor possível, né?

G: eu sei

Enfermeira: Mas lembrando que as escolhas que a gente faz existe uma responsabilidade que a gente assume.

G: paralelo, né.

Enfermeira: E a certeza de que podem... (*chega mais uma cuidadora*)

Enfermeira: Boa tarde C.

G: pode sentar aqui.

Enfermeira: onde quiser, tem espaço...e a escolha que a gente fizer então a gente vai tomar a responsabilidade dos nossos atos. E poder ser o mais franco possível pra um ajudar o outro.

G: hum, hum.

Enfermeira: né? Enquanto a gente puder...

Assistente social: eu acho né Ivani que se a gente puder entrar na proposta de hoje né, assim de vocês, de nós podermos contar com vocês né no que o Sr. tá trazendo porque daí a gente pode.. bom, o sr. trouxe daí ta aqui e a gente vamos ver como pode fazer.

G: perfeito, perfeito. Solucionar este tipo de problema.

Assistente social: e de vocês, por isso que vocês estão aqui, a gente tem sempre, de vocês poderem contar com isso.O que a I ta colocando assim, há o que a gente pode dar, a gente fala, senão a gente diz também olha até aqui nós podemos ir daqui não dá.

G: Exato.

Assistente social: então a proposta que a gente tá trazendo é...

Enfermeira: é que vocês utilizem essa folha de cartolina. Cada um vai utilizar uma folha. (distribuição das cartolinas) Se vocês quiserem, há, dar uma dobradinha nela pra ver se ela se assenta melhor.... e nesta folha de cartolina vocês vêem que tem dois círculos né? O porque desses dois círculos? No círculo do meio né, no círculo do meio...

G: central.

Enfermeira: Pensem que aqui dentro está a pessoa que vocês cuidam.

G: certo.

Enfermeira: Se a pessoa que vocês cuidam está aqui no centro, quem serão as pessoas com quem vocês contam.

G: e convivem.

Enfermeira: que vocês contam pra o cuidado dessa pessoa. Isso é o que tá mais próximo. Por isso que no centro nós vamos colocar aquelas que são ponta firme, que precisou tá do nosso lado, independente se é parente, se não é. Vocês vão colocar e se não for parente, se for um vizinho, se for um amigo vocês vão identificá-lo como tal. Se vocês não quiserem colocar o nome da pessoa aqui dentro e se vocês quiserem colocar uma figura né dum homem, duma mulher, de uma criança, de um... de uma pessoa mais idosa, aí vocês coloquem pra simbolizar aquela pessoa que vocês contam mesmo, né? Aqui no centro. Nessa outra... nesse outro círculo que é mais periférico um pouquinho são aquelas pessoas que vocês contam eventualmente. E bem aqui do lado de foram

vocês vão colocar aquelas pessoas que vocês acham que poderiam contar, mas que estão distantes como o próprio mapa aqui mostra né.

G: Sim.

Enfermeira: Que estão distantes daquele cuidado que vocês realizam.

G: no central seria o cuidador, o paciente e aqueles que estão realmente como vocês aqui né...

Enfermeira: Aqueles que... (Sr. G fala junto)

G: Aqueles que em cima do paciente...

Enfermeira: aqueles que estão com vocês, que são ponta firme (Sr. G fala junto: que a gente pode contar), que vocês contam, aqui aqueles que vocês contam eventualmente, e aqui (G continua a falar junto) aqueles que vocês acham que poderiam contar (G continua a falar junto: poderiam mas que...) mas que não... E essas pessoas que vocês acham que poderiam contar independe se são os técnicos, se são os parentes, se são os vizinhos, mas na percepção de vocês, quem que vocês acham que poderiam, que vocês poderiam estar contando e que elas ficam assim muito na periferia da situação que é de cuidar da pessoa que vocês cuidam né. Vocês vão ter um tempo pra fazer isso, esse tempo é de 15 minutos, e depois nós vamos conversar a respeito disso. Pra quem quiser escrever o nome, tem as canetas aí. Escolhe uma caneta, um lápis. Quem prefere colocar a figura, tem aqui as revistas, tem cola, tem papel.

G: rs.

Enfermeira: então, brincar um pouquinho.

G: é, vamos ver.

C: aqui a pessoa doente, aqui...

G: bom, aqui você entra aqui e vai o doente.

C: vai o nome da pessoa doente no meio?

Enfermeira: vocês podem colocar o nome, ou colocar uma figura...

G: eu já coloquei aqui M por exemplo, esse aqui que é o, tá num círculo aqui que é o doente, tá ali fechado aqui, então o que tem em volta...

Os cuidadores balbuciam algo em voz baixa.

M: aqui ponho a filha ou o neto?

G: nem precisa identificar como neto, se quiser por o nome identifica com o nome senão só o... Se quer botar neto, sobrinho...

Enfermeira: vocês é que sabem, nós não sabemos, esse desenho é de vocês...

G: eis a questão... alguns querem ajudar e ao invés de ajudar às vezes atrapalham mais.

Assistente social: hum, rs.

G: esse é outro problema.

Enfermeira: por isso que o desenho não é nosso. É vocês que estão na, na situação, né.

Continuam os balbucios...

Trocam idéias baixinho.

Chega alguém.

G: oi. Tem um lugar aqui e outro aqui.

Acadêmica serviço social: explica baixinho para o cuidador que acaba de chegar o que é para fazer.

M: bom, a minha tia tá sempre me ajudando, posso botar ela aqui, aqui e aqui?

Acadêmica serviço social: quanto mais próximo, mais para o centro né. Explica baixinho novamente a regra da dinâmica.

Enfermeira: Todos acabaram? Como que é o teu nome?

E.

I: E? Se todos acabaram hã, nós vamos hã começar com a M então porque ela disse que tem que sair um pouquinho mais cedo hoje e depois a C então. Pode ser? Bem, estão vamos lá. A gente então pediu que vocês colocassem nessa folha de cartolina, nos círculos qual que é o grau de auxílio que vocês recebem das pessoas que vocês conhecem, não é. Sendo que no círculo do meio da folha nós vamos... (chega outro cuidador). Olá, é aqui, pode entrar, boa tarde. (G: ó, ho, ho, ho). Se a senhora quiser sentar lá ó do lado da J, aí ela vai explicar o que a gente tá fazendo e a senhora tem tempo de fazer até a gente chegar lá na sua vez tá? Então assim ó, no círculo do meio vocês colocaram aqueles que mais se envolvem no cuidado das pessoas que vocês cuidam em casa e as que vocês podem contar. Neste outro daqui aqueles que eventualmente auxiliam vocês e bem aqui no de fora aqueles que vocês gostariam que colaborassem mas que essas pessoas infelizmente por situações diversas né, elas não chegam até o centro né da situação que a gente tá mostrando pra vocês. Então vamos lá M, conta pra nós o seu desenho como é que ficou.

M: eu botei no centro a minha mãe E, a minha tia que tá sempre comigo quando ela me acompanha. Na aposentadoria dela, pra tirar até ficha, ela me ajuda bastante. A gente mora vizinha dela. E a A que é a minha filha. E ela tá dormindo com a avó pra passar a noite com a avó. Agora a vó já implicou não quer que ela dorme.

Enfermeira: quantos anos ela tem.

M: quem?

Enfermeira: a tua filha.

M: ela já tá bem adulta.

Enfermeira: adulta.

M: é. E já tá implicando, esses tempos ela acendeu o fogão, o gás escapando e ela começou a dizer, mãe não quero mais ficar lá. Eu disse não fique então. E ela liga o fogão e deixa, os vizinhos já diziam, o vizinho de baixo, o vizinho do lado, ela faz xixi, não vai no banheiro, ela faz xixi naqueles potinhos de margarina, e a vizinha vê quando ela joga a urina pro páteo. E ela me falou esta semana. É foi esta semana, ela disse M se eu for na Secretaria da Saúde você pode se incomodar ela disse, daí eu me apavorei mais porque isso daí vem de anos, vem de anos que que eu posso fazer, meu Deus? Eu não tenho coragem, não tenho e não quero ter de pegar ela e de colocar num asilo. Eu não tenho coragem pra isso gente. Daí eu entro em pânico. Eu sei que ela é assim e vai morrer desse jeito. Não tem mais solução. A refeição que ela faz, desde que eu era pequena, eu tinha que me esconder no quarto, ela come com a mão, e a A viu. E a A tá apavorada. Mãe, a vó como com as mãos. Agora que tu foi ver eu disse. Ela bebia antes. Bebia. Enquanto eu não dava vinho pra ela, bah, o circo pegava fogo, até o circo pegar fogo. Daí sim era uma bagunça. Com o pai, comigo, contra a minha irmã, ninguém mais, como é que se diz, ninguém mais se controlava ali, era uma discussão só. E coloquei o C, que é o meu marido, também que me dá uma força muito grande pra mim, os vizinhos que eu coloquei, quando eu saio eles me ajudam da janela. Se tem cheiro de gás alguma coisa estão sempre controlando. Os vizinhos são a minha família. O vizinho de baixo é a minha família. O do lado também é. E os meus irmãos que eu coloquei mais distante que poderiam estar mais perto de mim, me telefonando, como é que tá a mãe, como é que tá a E. Botei irmão pra fora também, porque tenho uma irmã que mora em Guaíba, ela tem condições, tem muitas condições, todos eles têm. Eles nem pra perguntar, escuta aqui não tá precisando de uma caixa de leite? Não tá precisando de café? Ninguém é capaz de fazer isso. E a mãe tocando guaraná, eu quero pão, eu quero isto, eu compro, eu compro e onde vai tudo isso? Ela(não entendi) tudo fora com certeza. A vizinha de baixo já viu ela colocando coisa fora. Ela põe fora gente, sabe porque gente? Pra chamar a atenção. Pra pessoa vim e lá ver. Porque tá passando trabalho e eu não to dando, do as coisas pra ela. É muito carregado gente. É muito complicado. E a responsabilidade é minha, em tudo. Eu vim aqui no INSS pra fazer uma procuração dela pra receber o dinheiro, porque tem que levar ela junto. E é um sacrifício. Daí lá disseram, precisa isso aqui, isso, isso e aquilo. Daí eu pensei. Tava

falando com uma médica e ela disse assim, olha pra passar a procuração é não é fácil. Ela é esquizofrênica. Vai levando assim como dá ela disse. Enfia ela dentro do carro ou manda alguém ir lá pra ver que ela tá viva.

Acadêmica serviço social: pra fazer o cadastramento?

M: é, é isso. É complicado, ou então tenho que pedir pra alguém ir lá em casa ver. Até agora tá dando. É só pegar a minha tia, pego a A, vamo lá, leva 1 hora ou mais pra colocar ela dentro de um carro ou de um táxi. Ela entra e sai, sai e entra. É muito complicado gente. Dá vontade às vezes de ir embora.

Acadêmica serviço social: pergunta algo baixinho e a M e elas falam ao mesmo tempo.

M: porque ela não é aposentada. Ela recebe a pensão do meu pai.

Outra cuidadora: é a mesma coisa que a minha mãe.

M: porque a pensão do meu pai acho que é menos, não sei.

Cl o cartão pra revalidar é de 6 em 6 meses.

Acadêmica serviço social: fala baixo e pergunta algo.

G: Acho que não, acho que precisa, se ela tiver que ir pra defensoria pública, não é, o juiz que vai determinar.

M: é o juiz exatamente.

G: é o juiz que determina depois.

B: Ela não assina mais?

M: ela assina.

Gal: sim, mas tem que ter aí o médico que ateste que ela tá sofrendo da bola como se diz né.

M: mas é com o juiz.

G: exatamente (outra cuidadora fala ao mesmo tempo)

C: Mas daí não poderia ir com uma amiga no cartório pra validar.

M: não pode mais. Tem que ser daqui de baixo. Tem que ser do INSS, e eu não quero complicar mais a minha vida e eu não quero complicar a vida de ninguém. Pedir, exigir, eu acho que pra receber uns troquinhos, pra que? Que que eu vou fazer?

Alguns cuidadores falam junto.

M: outro dia fiquei acho que duas semanas sem receber.

Enfermeira: olhando esse quadro M o que que você acha que é o que mais te aflige e que você como o mais possível de ser feito, e aquele que tá mais distante de ser realizado?

M: ai aquilo que tá mais distante de ser realizado acho que é ela ficar boa. Só com calmante pra acalmar ela, é isso aí.

G: eu diria que não. Tem que ser um neuro. O neuro que tem que fazer o exame nela e dar a medicação adequada.

M: É vou tentar dar hoje a medicação.

Enfermeira: porque assim, a medicação ela foi prescrita mas a própria M sentiu (M intervém).

M: eu fiquei com medo. eu fiquei com medo

Enfermeira: Agora que ela tá vendo que a situação tá ficando mais complicada...

M novamente intervém: por causa dos vizinhos que estão me falando, ela tira os negócio do banheiro e atira no pátio. E ela disse assim: se pega a cabeça da minha mãe, se pega a minha cabeça ou do meu filho mata na hora.

C: e se fosse com você, poria grade na janela do pátio?

Cuidadores falam junto.

C: eu vivo toda gradeada lá em casa.

M: Não.

C: ela é sozinha?

M: deixa ela assim. Deixa ela assim.

C: Hoje em dia ninguém é livre.

M: eu sei.

C: os bandidos são mais livres do que a gente.

Marialva: eu sei. Olha pra mim, a minha mãe é uma filha.

G: é, chegou ao ponto...isso é normal. Primeiro ela te cuidou quando tu era pequena, agora tu tem que cuidar ela. Inverte. Só que é mais difícil cuidar o idoso que a criança. Porque a criança você impõe, no idoso você tem que convencer.

M: eu brigo com ele, eu fico com raiva dela, mas eu saio e quando eu chego ela tá me esperando que nem uma criança. Tu trouxe isto pra mim? Tu trouxe aquilo? Tu trouxe guaraná pra mim? É uma criança.

C: e a gente sente culpa quando...

M: exatamente.

C: um filho acho que não sente tanto. Agora quando é a mãe a gente briga e daqui a pouco...

G: é, é.

M: Eu fico, fico às vezes de noite eu digo meu Deus do céu eu olho ela, eu culpo ela.

Enfermeira: Vou te refazer a pergunta de uma outra forma (M fala junto). Quando você olha essa figura, encarando as pessoas que você pode contar, aquelas que mais ou menos e aquelas que estão distantes, olhando esse quadro, o que que é o mais impossível, ou aquilo que vai demorar mais pra ser realizado e dentro dessa necessidade de ajuda, aquilo que te incomoda mas seria mais urgente e que você tem condições de atender?

M: eu não sei, mas eu acho assim ó, que eu gostaria mesmo que meus irmãos se envolvessem mais com a mãe.

G: apoio maior.

M: hã?

G: apoio.

M: Apoio, exatamente um apoio dos meus irmãos. E outra coisa e como ajeitar os remédios, às vezes eu tenho medo de dar porque se ela cai e meu Deus será que ela não tomou, eu dei remédio antes de sair e ela tá caída no chão eu fico pensando o que que eu faço? Ponho a mão nela, não ponho a mão nela, chamo o 190, porque vão dizer ela matou a mãe dela. Me passa tudo na cabeça.

Enfermeira: Lembra que ainda a pouco a gente tava conversando a respeito dos problemas que surgem e depende de uma atitude nossa e que às vezes a gente faz escolhas como o Sr. G fez e a gente tem que arcar com uma responsabilidade das escolhas. A dificuldade está no como será que eu vou ficar, como eu vou me sentir com uma escolha de tão na corda bamba que a gente fica né? E qual será que é o primeiro pensamento, a gente fica preocupado com o que os outros vão pensar ou a gente fica preocupado primeiro com o que a gente tá fazendo pra quem a gente cuida?

G: tentar resolver o problema melhor possível.

M: melhor possível.

Enfermeira: Né, e quando você vai fazer esta escolha você tem que hã, sabendo que vai arcar com uma responsabilidade da escolha que fez tentar ponderar de forma que você não se machuque tanto quanto o que você já sofre de ter que tomar uma decisão. Hã, e como nós estamos sempre juntos é no conversar que a gente vai às vezes se enchendo de coragem, ou a gente vai numa palavra que alguém diz a gente vai perceber puxa isto eu não tinha pensado antes quem sabe seja a minha solução (dizem juntas, M e I.). Então vai clareando (M repete: a conversa vai clareando). Então estas pessoas que estão mais próximas de ti eu acho que são aquelas que mais podem te ajudar a trocar uma idéia, a te dar ajuda, e o suporte que você gostaria até daqueles que estão mais longe desse teu

presente, né. Então a gente vai percebendo que a comunicação ainda é aquilo que nos conforta até. Às vezes nem tanto como um bem material, uma ajuda material, mas é um suporte que a gente recebe da comunicação né que a gente tem com as outras pessoas.

M: agora ela implicou, não quer tomar banho. Eu digo: vamos tomar banho, vamos tomar banho, não hoje não que, ontem tava um calor eu disse vamos lavar a cabeça. Não. Não. Deixa eu cortar o teu cabelo. Não. Quer dizer eu não presto pra mãe. Olha, tudo o que o pior é comigo, mas se a minha irmã que mora lá em Guaíba, se ela chega lá ela é a querida, é a amada, a perfeita, é tudo. Dá vontade de pegar ela enfiar num táxi e bater lá na porta da minha irmã e devolver. Toma aqui, ó.

G: rs.

Enfermeira: tem um ditado que diz assim ó se a gente não pode com eles, que a gente se una a eles. Não tem?

M: tem.

Enfermeira: então, às vezes a gente não sabe lidar com a situação porque a gente fica brabo como você tá mostrando agora. Então, será que não é o caso que ela que tá tão distante e que consegue algumas coisas com a tua mãe, quando você vê que a situação tá crítica fala assim, olha só você pra resolver. Será que isto não vai aproximar um pouquinho mais...

M: eu já tentei ligar pra minha irmã várias vezes. Ela não chama a minha mãe de mãe. Agora tá chamando. Que era a E. Porque ela sempre disse eu não considero ela como a minha mãe. Quando o meu pai era vivo, quando eu era pequenina ela sempre falava isso. Não adianta que essa... a outra é mais acessível. A que mora no Praia de Belas. E a outra minha irmã também. Se eu pedir alguma coisa ela me manda, um ranchinho, alguma coisa. (Sr. G fala em paralelo com outra cuidadora). Pra ajudar assim a levar pro médico, alguma coisa não.

Enfermeira: O Sr. G tá falando alguma coisa. Vamos contar pro grupo.

Alguém da equipe:É acho que quer dizer alguma coisa.

G: O que eu tava dizendo ... tu não aceitaste ainda a carga que está sobre os teus ombros.

M: Não é que (não consegui decifrar a palavra)... de criança.

G: Não, tu não aceitou ainda, quer dizer, no momento que tu aceitar (M fala junto) a carga se reduz pela metade. Você aceitando ela simplesmente, estar de acordo com aquilo, você né, se propõe então faz porque gosta, ou porque quer fazer, né. É diferente. O que você tá demonstrando, o que você falou até agora aqui uma certa revolta.

M: ah, eu to revoltada...

G: Isso ali é ruim. Você não pode ficar revoltada.

M: to revoltada.

G: é, então você não aceitou a carga adequadamente.

M: não porque a gente faz tudo pro bem. Lava roupa, põe roupa, põe isto, faz isto.

G: eu sei. Sei o que é isto, mas...

Acadêmica serviço social: M, ela não faz isto proposital, é só consequência da doença, né? Eu acho que se parar um pouco, com quem ela vai brigar? Com quem tá mais próximo. Quem é o mais próximo? Você. Ela não vai brigar com uma pessoa que está em casa eventualmente. Tu é que está cuidado dela.

M: a vizinha de baixo estes dias me falou que (não consegui identificar as palavras)... uma panela de feijão e atirou.

G1: rs.

M: sujou a roupa toda de feijão.

G: M, tu tá com um pepino...

Enfermeira: e aquilo que é mais próximo e é possível realizar M?

M: mais próximo e possível a realizar? Olha eu acho que o mais próximo é a A fazer ela ficando lá com ela, dando apoio pra ela, eu acho que é isto, ficando lá... às vezes eu chego lá, estão as duas estão sentadas na cama vendo televisão, conversando.

Assistente social: É pra ver como estão as coisas. Agora, depois de tanto tempo, agora que a tua filha né tá podendo conhecer um pouco melhor a vó, né? Porque a sua filha agora é que disse, olha mas a vó, ela.... o que ela te disse?

M: que comia com as mãos.

Assistente social: que ela come com as mãos! Mas a M disse que desde que a Mera criança, né. Então assim como são as coisas, como é importante que a sua filha tá podendo agora se aproximar...

M: acompanhar a avó. (Falas juntas)

Assistente social: fica mais próxima de ti.

M: fica, fica.

Enfermeira: Agora, as pessoas só vão perceber isto a partir do momento que a gente se comunicar. Porque se eu ficar calada, o Sr. G não vai saber que eu to precisando da ajuda dele. Então a gente precisa conversar, né? Então quem sabe nisso que você identificou que é o mais próximo de ti, e que é o possível fazer, que você então converse isso com a sua filha.

M: eu já conversei com ela.

G: e ela?

M: ela tá indo, mas eu acho que ela tá com um pouco de medo né.

Acadêmica serviço social: quantos anos ela tem?

M: ela tá com 29.

Acadêmica serviço social: 29.

G: é, pessoa adulta. Já tem...

Assistente social: mas essa história do gás eu acho que dá pra resolver, né?

M: ela é muito esperta, uma pessoa inteligente. Olha se vocês fizerem uma conta de multiplicar com ela eu acho que ela...

Assistente social: quem sabe a M sentar com a A e ver uma alternativa, porque...

Cuidador: e o gás fica na cozinha?

M: fica.

Cuidador: porque podia ficar na área separado...

M: não fica ali no jardimado.

G: na parte externa da casa.

M: isto.

Equipe: podia deixar uma porta de acesso, né?

M: não, mas eu to deixando uma janelinha aberta.

Equipe; hum, hum.Ou trancar, ou chavear alguma porta de acesso.

Fisioterapeuta: Existe uma solução mais complicada, mas que também pode ser interessante para vocês que é colocar o butijão do gás no páteo, fora.

M: não, mas...

G: não, mas é área de serviço.

Enfermeira: mas é um prédio, né?

M: é.

Fisioterapeuta: e vocês não têm um pateozinho ali?

M: como eu vou colocar ali, só se for com uma mangueira.

Fisioterapeuta: tem, tem.

Fazem até por dentro da parede....

Fisioterapeuta: Não, fazem por fora também.

G:Fica canalizado o gás.

Enfermeira: vamos uma coisa por vez. Aquilo que você identificou e que é possível fazer neste momento.

M: identifiquei e que é possível fazer neste momento...

Enfermeira: que é o que você falou que vai conversar com a Andréia e que já tem conversado. Tem mais uma coisa que você queira falar? Senão a gente pode passar a palavra para a C.

Ma: não, pode passar a palavra para a C.

Enfermeira: então a mesma coisa contigo C. Explica pra todo mundo o teu desenho.

C: Bom, é a minha mãe e não tem outra pessoa com quem eu conte a não ser com o meu irmão. Coloquei os meus irmãos.

Enfermeira: eu não estou vendo o teu desenho pra ver como está.... a tua mãe está sozinha.

C: sim, comigo só.

Enfermeira: sim, contigo, cadê teu nome aí?

C: Oh, isto é o obvio.

G: rs.

C então os irmãos, o mais novo, o mais velho, fiquei na dúvida se colocava aqui, mas eles visitam apenas. Então ficam no mesmo plano, pra eles ficarem com ela não tem chance. Não tem... cada um tem seu problema. Não dá. Então mais longe eu coloquei uma prima (não consegui identificar as palavras), eles moram em Canoas se eu telefonar pra eles (não consegui identificar as palavras) quando teve dores muito fortes eu chamei o M e não adiantou e eu não sabia se levava ao hospital ou o que, daí chamei o irmão mais velho também e então são eles. Então aqui o irmão mais novo e mais velho, o Serviço de Atendimento aos Acamados esporadicamente e o atendimento do M que também não é uma coisa... e agora ta cada vez mais difícil pra ela caminhar...

Enfermeira: e pra fora aí eu vi que tem um monte de coisa escrita.

C: Há isto foi o que eu botei. Se vocês foram perguntar já está aqui. Não, porque ontem mesmo eu fui numa amiga que perdeu o marido faz quase um mês, então não dá nunca, pelas condições né da mãe é difícil eu sair. Se eu saio é com hora, quando eu não venho, ela tem problemas emocionais desde nova só que ninguém detectou então ela só pensa nesta coisa, aí ela fica agoniada. Daí ontem eu fui lá e hoje eu telefonei pra casa da minha amiga e primeiro ela disse que era perigoso depois disse que era tarde não sei o que mais eu vou levar ela em casa não sei o que. Parece como se eu fosse uma criança, mas na verdade é ela que é a criança, ela que age assim, então... ela ta sempre cuidando pra, torcendo pra que eu faça as coisas erradas, por isso essa amiga até aconselhou.

Porque o meu caso é um pouco diferente, porque a minha mãe mora sozinha e eu também.

Assistente social: mas a Etambém.

C: Ah ela também mora com a mãe?

Assistente social: Não, a M mora do lado, como tu, tu mora perto né

C: hum, hum. Não essa minha amiga... quem está de fora às vezes dá umas soluções assim, minha amiga...

Assistente social: e esta tua amiga, ta aí?

C: Não. Não... não tem condições.

Assistente social e nutricionista falam juntas: Não, se ela é tua amiga, ta te dando apoio.

Nutricionista: Ela não te deu apoio?

C: Não, ontem ela tava dando um parecer não é. Porque aí ela disse assim, porque tu não vai morar com a tua mãe, não é? E a mãe não quer vir pra minha casa, então, porque tu não vai? Acho que tu te sentir melhor. Quer dizer, aí eu tinha que me desfazer do que eu consegui durante toda a minha vida. Não dá. O pouco são coisas que fazem parte da minha vida. Então eu tinha que me desfazer e ir pra lá, e aí seria um inferno mesmo porque a minha mãe diz a minha casa .

Cuidadora: Então ela não gosta de arrumar coisas que eu faço, faz na tua casa.

C: então ela ta sempre cuidando mesmo dos quartos dela. E vem correndo. Se eu vou no quarto dela, ela vai atrás, com toda a dificuldade ela vai atrás. Eu me sinto como se eu fosse uma...

G1: intrusa.

C: uma estranha. Não é nem intrusa, parece que eu roubar. Ela é apegada às coisas dela. São 91 anos, então parece que, em todo caso a gente compreende, são doentes (G diz é), minha mãe é doente e transmitiu isso. Meu irmão tem mania de perseguição, sempre com problemas, só puxa briga, (não consegui identificar as palavras) nunca tivemos paz, não é. Então é o Joãozinho do passo certo. Só ele que ta marchando direito.

Assistente social: mas esta é a percepção da tua mãe com relação ao Joãozinho, não é?

C: é o Joãozinho do passo certo, não é. Claro sempre tem problema, sempre dá atrito né. Então até hoje a minha mãe fica pegando. Então todos os dias eu tenho que escutar aquela coisa, as desgraça, (não consegui identificar as palavras) a minha mãe gosta de criar caso, aquele que está mais perto, justamente quem cuida é que é o mais agredido. Meu pai faleceu há 14 anos, a minha mãe, eu não gosto disso, ela gosta de, ela só, só

lembra de coisas ruins dele. Claro o meu pai foi meio mulherengo, mas era apaixonado, era músico, tem pessoas que tem que relevar.

Algum cuidador fala algo que não dá para identificar.

C: Isso me faz mal, então eu queria, então aqui eu aceito, só os meios de auto ajuda, que podem me ajudar. Eu quero chegar num ponto que não precise mais.

Assistente social: E o que são os meios de auto ajuda?

C: Ah, até vídeos né, livros, vídeos.

Assistente social: Tem em casa isso?

C: sim, de espiritismo, de psicologia, mais eu ainda não consegui ficar que nem os hindus assim...

Risos.

C: é pode...

Acadêmica serviço social: Tu tiveste uma dificuldade enorme com ela (dificuldade em entender as falas)

C: Há anos estou pensando numa solução. Ela não quer nem faxineira. Estamos sem faxineira. Pelo menos estou brigando para encontrar uma e to colocando pensamento positivo pra ter uma pessoa jovem pelo uma vez por semana.

Assistente social: e estes seus irmãos que vão lá? A última vez que nós fizemos visita tinha um irmão lá que mora ali perto né? E é mais ou menos como acontece assim com a M, quando os irmão vão ali eles vão e tem o que ela mais ouve.

C: De certa forma sim, porque a minha mãe não gosta muito do sexo feminino. Ela tem uma certa implicância, foi machista né apesar de combinar um par sei lá, o homem é mais valorizado né. Mas esse irmão ele casou como o outro tem até nora.

Cuidadora: era completamente afastados, né.

C: o mais novo foi pior ainda, porque ele ficou mais tempo com ela e ela não aceita a mulher que ele escolheu não é.

Assistente social: e me diz uma coisa C, acho que ta todo mundo curioso pra saber o que tu escreveu aqui.

C: Não, foi isto.

G: As perguntas que ela ta fazendo, quis fazer .

C: ela ainda agora perguntou o que ela mais queria né . Perguntou pra M o que ela mais queria pra modificar a situação. Então eu botei isso, se tivesse alguém pra me ajudar pra tomar decisões porque sempre eu arco com a responsabilidade. Foi assim no caso do

meu pai e é como eu disse. A gente tenta fazer o melhor mas às vezes acha que depois não foi o melhor pro doente.

Assistente social: Você pode identificar esse alguém que poderia te ajudar a tomar decisão?

C: Não. Eu tentei né com esse meu irmão mais velho pelo menos tem um pouco de... o outro tenta...

Assistente social: Porque até falaste pro grupo que esta tua amiga né ela te falou algumas coisas. Te falou uma coisa e tu ficou pensando.

C: Não. Pensando não. (difícil identificar as palavras) Ela teve a mãe dela, ela não se envolveu com a doença da mãe dela. Uma irmã cuidava, daí ela visitava, porque ela tinha o marido dela, o filho dela né. A irmã dela era viúva então foi a eleita para cuidar e sozinha. O sogro também ta sendo cuidado por uma das filhas que é solteira, então é o que eu disse pra vocês, filha solteira, noutra encarnação o que vou fazer é casar rapidinho e criar meia dúzia de filhos por que aí não sobra pra mim.

G: rs.

C: Se for solteira é obrigação, até ela ta cuidando, mas na minha situação a minha amiga achou assim ia me sentir melhor. Então o que eu vou ter nem sempre é aquilo que eu faria.

Acadêmica serviço social fala e não dá para escutar a fala com nitidez.

Enfermeira: Então assim eu acho que é o momento de você então pensar né o que seria, quem seria essa figura que possa te ajudar. Então eu acho que nesses próximos dias fica a reflexão da busca né de quem seria esta pessoa pra te ajudar e depois você pode contar pra gente. Eu to vendo que você ta hã, sensibilizada com a situação que você ta emocionada (C fala baixinho: não, eu estou cansada). Ta cansada.

C: (fala baixinho coisas que não dá para identificar). Acho que faz uns 10 anos que eu cuidei do meu pai né aí depois que terminou a história do meu pai eu (difícil identificar falas)... Mas eu vou pensar.

Enfermeira: Claudete eu queria te dizer assim que a gente tem as nossa ansiedades, que a gente tem os nossos sofrimentos e os nossos momentos de indecisão, a gente tem os momentos em que as emoções elas ficam mais afloradas e que a gente pode chorar viu? Aqui como a gente disse desde a primeira vez, primeiros encontros que nós fizemos nós estamos pra nos apoiar uns aos outros porque as situações são hã semelhantes pelo menos na questão de todos vocês, de todos nós termos alguém para cuidar não é? Então

eu lembro de uma das primeiras vezes que nós nos encontramos que o seu Gabriel falou assim nós estamos no mesmo...

G: na mesma panela.

Enfermeira: no mesmo barco. Lembra da Arca de Noé?

G: nem me lembro, nem me lembro mais, (enfermeira diz: isso aí ficou bem gravado) nem me recordo mais da Arca de Noé mais viu, se eu estive lá não sei né.

Enfermeira: o sr. falou isto, nós estivemos numa, num mesmo barco e é como se fosse uma Arca de Noé. O sr. ainda falou assim foram aqueles que neste barco estão aqueles bem escolhidinhos porque têm situações bem difíceis.

G: rs. São difíceis, são mas tudo tem um jeito de conduzir e resolver.

Enfermeira: então agora nós vamos passar então pra próxima pessoa que quiser falar porque a gente tem um horário né então as pessoas tem...

G: to vendo aqui já é 3 e meia parece mentira

Enfermeira: olha como passou...

G: ta adiantado né? Rs.

Enfermeira: quem que quer falar? B a senhora não é? Então ta dona B vai falar então.

Ficam conversando o Sr. G e outro cuidador sobre assinar errado a folha de presença enquanto D.B inicia sua explicação.

Enfermeira: ta, então vamos lá D. B.

B: difícil identificar sua fala.

Enfermeira: A senhora disse que são duas malas que a senhora tem que agüentar. Quem são as duas?

B: o marido e a irmã.

Enfermeira: o marido e a irmã.

Be: o marido também, além de ser doente... [tem problema nos rins]..... [comigo é que é o problema, a briga é comigo, tudo é eu], faço tudo pra ele. Essa noite... [até as minhas costas ficaram molhadas] ... [ele incomoda muito, é irritante, briga, fala, me xinga, e então não tem outra pessoa, entende?]

Enfermeira: então nesse círculo do meio...

B: coloquei o meu nome, o nome dele (*familiar?*) e a neta. De vez enquanto ela ta em casa, agora ela ta desempregada, mas quando ela ta trabalhando, ela tirou o curso de enfermagem... essa é a ajuda. E aí eu tenho aqui o meu filho.

Enfermeira: Esse ta no círculo de fora.

B: ele mora lá em Canoas, hoje ele... quando eu precisar chamar ele vem não é. Tem a Terezinha que é minha ex nora, mãe dos meus netos, meu filho é separado, mas ela mora nos fundos, meu filho fez uma casa, quando ele saiu ela ficou com os filhos. Então, mas ela trabalha o dia inteiro. Ela vai lá. Ela é muito boa pro meu marido. Me espera um pouco e faz isso, faz aquilo, faz aquilo outro mas ela não fica lá sempre com ele. Nos domingos que ela vem em casa, a gente pega ele leva pros fundos, fica na cozinha, pra tomar sol , então fica lá ... tem o D o meu neto... ele vai morar lá junto... quando precisou eles vieram, tiveram que levar pro hospital, então tão querendo agora morar junto. Ele já fica comigo durante o dia. Ele e a esposa. Se a gente apertar mais um pouquinho dar um quarto lá pra eles, a gente fica com medo...

Enfermeira: Mas deixa eu entender. Esse neto que ta querendo morar com vocês, ele está propondo de morar com vocês, e vocês estão aceitando que ele vá porque ele está precisando de uma ajuda? Ou porque vocês acham que ele pode ajudar vocês?

B: ali ele nos ajuda em tudo né, quando paga luz e água ele ajuda, na casa, nas compras. Eu to muito cansada... teve um raio-x que a doutora pediu ele nos levou lá, ficou esperando...

Enfermeira: e quem são estas outras pessoas que estão aí embaixo?

B: aqui os meus sobrinhos... eles ficam lá conversando...

Assistente social: e a Z quem é?

B: a Z é a mulher do meu neto.

Assistente social: Ah tá. E vai morar lá.

B: é, é. Ajuda bastante, mas quando ela fica em casa e aqui mais sobrinhos, qualquer coisa que eu precisar é só chamar eles vêm em seguida. Moram no Cristo Redentor. São pessoas que eu tenho assim, se eu precisar ... se eu preciso de qualquer coisa eles vem, eles perguntam como a gente ta. Então eu tenho eles assim pra alguma coisa, pra conversar, pra perguntar, às vezes a gente fica muito sozinha, só os velhos, então... eu tenho muitos irmãos (difícil transcrição)

Enfermeira: Dessa... desse quadro todo que a senhora pintou aí (B fala algo) desse quadro todo que a senhora pintou hã, existe algum problema que lhe aflige neste momento e que tem alguém que está bem aí na, mais próximo que possa lhe ajudar?

B: hoje é o neto.

Enfermeira: Que é esse que vai morar com vocês. Então ta bem próximo de ajudar mesmo.

B: ta. Porque eu criei ele...

Enfermeira: Aí vocês vão se apertar um pouquinho mais em casa pra acomodar ele com a mulher.

B fala algo que não dá pra captar. O vô não ta muito bem.

Enfermeira: e a vó?

B: rs. Eu não to mais animada... daí faz janta aquela coisa e noutro dia fica preocupada... supermercado... dinheiro... tem quem traga.

Enfermeira: Vai ser uma baita mão pra senhora.

B: então a gente ta assim né.

Assistente social: a única coisa que eu me passou de início é que a senhora falou assim que a cama, vocês dormem numa cama juntos né e que não tem como fazer, que incomoda um pouco (assistente social e B falam juntas)

B: eu vou para um quarto maior.

Assistente social: Ah porque na minha cabeça fiquei pensando assim que e imaginando vocês mais apertados ainda. Sua irmã concorda?

B: Sim. Porque o apartamento é mais dela e pra mim vir morar com ela ela fez uma clausula que o apartamento é meu e dela. Se ela morrer primeiro o apartamento é meu agora se eu morrer primeiro pode continuar dela, Não é dos meus herdeiros entende? A gente nunca ta com fé nas pessoas porque tem uns outros que querem tirar ela, que o apartamento era pra mim tirar ela, tirar dela ... então ela colocou a clausula. O apartamento continua sendo dela que ela disse assim que na velhice dela que ela fez isso porque não vão poder fazer nada pra tirar ela de casa (difícil escuta dos diálogos)

G: a princípio o que que ela fez. Ela fez uma escritura, é dela o apartamento e ela botou uso e frutos mais ou menos enquanto tu estiver viva tu tem uso e fruto.

B: difícil escuta do seu enunciado.

Assistente social: B tem muitas pessoas aí que estão

G: estão abraçando a causa

B: difícil escuta pela voz grave.

Enfermeira: Mas a gente fica feliz de ver que tem suporte.

B: sim tem, aonde que eu moro

Enfermeira: Tem as pessoas que podem estar te ajudando. Então tá, agora nos vamos passar para uma outra pessoa porque a gente tem horário.

B: então ta.

Enfermeira: Qual pessoa quer falar primeiro?

G: tanto faz. Tudo bem. Coloquei aqui a minha esposa M, o G que é quem toma conta dela e responsável direto. O filho ajuda um pouquinho isto é, ajuda a colocar numa cadeira ou tirar da cadeira e botar na cama né este tipo de coisa senão não faz mais nada. É muito pouco a intervenção dele.

Enfermeira: mas, o senhor colocou ele no miolo.

G: coloquei ele aqui porque é a pessoa que ta vivendo junto, no mesmo teto, ta. E o miolo coloquei ainda que são vocês, a equipe do SUS que é a que me dá o maior suporte em termos de cuidar dela e coisa assim porque se não é isso aí eu acho que fica um pouco mais difícil. (Suspira). Tenho duas pedras no sapato que é a minha filha e a minha cunhada. Minha filha pouco chega lá. Ela só precisa mais de auxílio do que auxiliar né. A minha cunhada às vezes ela atrapalha mais do que ajuda. Ela pensa em ajudar e lamentavelmente eu to vendo que o caminho é eu ter que tomar conta dela também. Quer dizer, mais dia menos dia vai acontecer isso ela já ta com 75 anos, 76.

Enfermeira: e é sozinha.

G: e é sozinha, não tem isso bem. Os irmãos já se foram, já partiram mas os sobrinhos não querem nem saber. Irmã e irmã. Botei duas irmãs aqui. Porque eu recebo a visita periodicamente delas. As duas me dão uma mãozinha eventuais né? Tudo bem. Prima. É a prima da M que é quem me ajuda de vez em quando a dar um banho nela. Banho de regra nela, então eu vou lá e digo: como é J, pode ser hoje? Vamos lá? Tudo bem.

Assistente social: Essa prima mora perto?

G: não. Ela é camelô na frente do Banrisul. Então eu vou lá, convido ela. Ela deixa o filho lá tomando conta da banquinha e vem lá me ajudar a dar um banho nela. Tudo bem. Ou eventualmente vizinho. Isso aqui é muito. Eu coloquei aqui nesse, mas é muito pouco. Quer dizer que realmente pouco conta às vezes uma visitinha ou uma coisinha assim né. Ou na rua quando chega ah, como é que ta ela etc. né, é um tipo, um apoio, é um apoio moral eles externam assim embora não freqüente quase a casa, mas na rua você tem esse.

Assistente social: É até isso que o senhor ta falando. Ah, como ela ta, ta tudo bem com o senhor?

G: isso, esse tipo de coisa assim, um papo agradável que você se sente um pouco valorizado, um pouco não é. Às vezes elogiam um muito a gente e eu digo assim, não precisa elogiar porque cada faz o que pode dentro daquilo que ta dentro de si. Quer dizer que não é, quer dizer vou fazer aquilo por obrigação. Se é pra fazer por obrigação parece que não tem valor nenhum. Eu penso assim né. Se faz porque é obrigado,

naturalmente a M ela ta se sentindo ela ta se sentindo obrigada a fazer aquilo que ela não, não se ligou, não assumiu ainda o papel dela dentro do negócio ne.

Assistente social: hum, hum.

G: isso aí. E aí tem outros irmãos que eventualmente, como esta irmã que está aí agora e que já vai embora sábado, mora longe, mora lá em Santa Rosa por exemplo e que eventualmente uma vez por ano dá uma chegadinha aqui, baixa uns dias aí comigo ne, e tem um irmão na Bahia que de vez em quando prende o fone e outros de São Borja que também toca o telefone e coisa assim eventual né. Isso ali são bem eventuais, de modo geral assim eu sei que a carga é minha, não tem a quem delegar e sei que se eu partir a barra vai ser pesada pra ela. Eu tenho que me cuidar um pouco, às vezes porque sou safenado, tenho 4 safeninhas, ne então é uma coisa que eu não posso exagerar também. Eu aceitei a minha carga e acho que to pagando uma coisa sem obrigar, sem ser obrigado e to, não posso me queixar, que tenho o apoio de vocês, tenho o apoio de alguns vizinhos, de algumas irmã ou né e tudo bem. Tocando o barco.

Enfermeira: e nesse quadro que o senhor pintou seu G, existe alguma coisa que lhe preocupe, alguma situação que lhe preocupe, que o senhor ache que , com estas pessoas existe a possibilidade de solucionar esta preocupação essa.

G: eu tenho preocupação com o filho, isto me preocupa, desempregado, e ele quer porque quer e insiste porque ele é o bom, porque conhece político, porque ele conhece isso e aquilo e não consegue nada nesta área, isto aí pra mim é sofrível eu considero que ele, enquanto eu não partir ele não vai ter futuro nenhum. É isso que eu vejo. Não sei, to sendo claro pra vocês aqui, não dá. Não seguro água na peneira como diz o outro né, então uma meta. A filha é empregada, trabalha na prefeitura assim na biblioteca, o genro trabalha na farmácia de Viamão, né. Os salários são pequenos e eles têm 5 filhos pra criar. Isso aí é difícil. Não pagam aluguel, porque é uma casinha que eu tinha lá, eu quis vender, mas depois. Fazer o que? Eles não têm onde morar também. Então vocês vão ficar morando ali. Então, moram perto de casa, mas não posso contar quase nada com eles.

Enfermeira: Dessa preocupação que ta mais próxima do senhor, o que é a sua filha, o senhor colocou um pouquinho mais distante.

G: Coloquei mais distante porque ela tem uma condição melhor do que este aqui. Do que este filho, que ele trabalhou um tempo sim, mas já faz um bocado de tempo. Enfermeira e G falam juntos e G firma a voz e continua seu raciocínio). Ele se mete, se envolvendo muito com política sim agora, muito com esse voto nulo. É contra o voto

nulo né, então fazendo campanha. É isto que ele gosta, é internet, é isso e aquilo. E daí eu digo, pô tu não tem o que fazer? Não sabe fazer outra coisa? Não adianta. Eu acho que esse, solução.

Enfermeira: Nem o senhor olhando pra dentro do círculo.

G: ele está fazendo mestrado, ele disse que vai, eu tenho as minhas dúvidas. Eu to bancando o mestrado pra ele e tenho as minhas dúvidas de que ele vai chegar lá.

Enfermeira: que escola que ele ta fazendo?

G: ta fazendo na PUC.

Enfermeira: Não é pago.

G: é pago 960 pila por mês que eu to desembolsando ali. Nosso salário é 1.300 e alguma coisinha ali. Eu tenho um pequeno reserva ainda, que a maior parte eu já gastei com a minha esposa mesmo em termos de hospitais.

Enfermeira: eu to vendo assim que o senhor tem preocupação com os filhos, e dentro desse círculo além do seu filho né e da M e da equipe de saúde tem o senhor.

G: sim.

Enfermeira: e o que o senhor ta fazendo pelo senhor?

G: eu? Se eu sinto que tem alguma coisa eu vou atrás e tento buscar. Através do SUS aqui mesmo, por exemplo, eu tenho uma consulta terça-feira, consulta com a Dra. S como é V. L.

Enfermeira: que é otorrino.

G: que é otorrino justamente que eu andei sentindo uns dias aí um pouco de perda de equilíbrio um pouquinho assim tendendo a perder equilíbrio então ela mandou fazer um raio X da coluna, vamos ver, to com o raio X em casa agora e eu vou levar pra ela vamos ver o que que vai acontecer. Então e que tenho o Dr. M. A.

Enfermeira: que é o cardiologista.

G: que é o cardiologista que eu periodicamente de cada 4, 5 mês cada vez eu vou ter uma consulta com ele né. Inclusive o Instituto de Cardiologia disse que eu poderia então ir lá porque eu tenho ficha lá porque eu fiz cirurgia lá né, então que eu poderia me dirigir a eles. Não sei, até que eu não estou me sentindo assim tão, e tem o posto aqui, quando tem vontade de fazer alguma coisa. (enfermeira fala junto o que não dá para discernir) meu filho ainda não é capaz de subir numa árvore e eu ainda sou. Lamentável, mas

Assistente social: hum, hum.

Ga: Não sei se deixei tudo claro, ou se

I: ta claro, ta claro. Podemos passar pra L?

G: pode, pode.

Enfermeira: só em função do horário que nós temos. Vamos lá L então? Mostra o seu desenho pra nós.

E: tem a minha mãe

Enfermeira: no centro.

E: e eu também que moro com ela.

Enfermeira: Como é o nome da tua mãe?

E: O.

Enfermeira: O.

E: minha mãe é o inverso das pessoas que tão aqui com problema. Minha mãe não se comunica mais, eu não consigo mais. Isso é uma preocupação muito grande. Nessas últimas semanas ela (fala baixinho)

Enfermeira: Fala um pouquinho mais alto.

E: a gente vê que ela tem dor, ela chora, ela geme, ela tem expressão de dor e não se consegue descobrir onde é que é essa dor. O que é que ela ta sentindo. Então ela me olha com os olhos assim muito expressivos e eu sinto que ela quer falar ela quer mostrar alguma coisa. Quer entender alguma coisa e não consegue. Então é um sofrimento muito grande, muito. Eu tenho atividade normal, atividades que eu tenho durante o dia. Durante o dia fica eu e ela. E a noite fica os meus dois filhos com a família, meus filhos que são netos e que ganham também pra cuidar dela. São maravilhosos. São filhos que cuidam até melhor que eu. Têm um carinho muito grande por ela. Porque assim precisa de duas pessoas porque a gente leva ela no banheiro. Ela não faz xixi na fralda, põe fralda a noite, mas não faz xixi. Praticamente de duas em duas horas a gente tem que levar no banheiro. E como ela tem um lado paralisado, esse lado então uma pessoa fica colocando o pé embaixo de uma perna pra levar e sustentando e a outra fica aqui junto como se fosse uma muleta. Por isso que são duas pessoas. Mas essas pessoas são abençoadas, porque eles fazem assim um trabalho muito bom. Agora todo mundo que eu falo é sobre essa situação de dor, que existe dor. Esses dias chamamos até dentista nós chamamos pra ver. Ela melhorou três dias, ela ficou muito bem, mas começou tudo de novo. Ontem de tarde ela começou de novo a chorar e já não tem mais assim uma organização porque ela não dorme a noite ela cochila só mesmo com remédio pra dormir ela só cochila. Parece que aquilo volta, vai e volta, vai e volta. Tenho sorte sim que a neta que é a L, ela me ajuda muito. A L também já aprendeu não desse lado que

tem que fazer força, mas do outro lado ela consegue levar. Tem os bisnetos que são os filhos desses dois aqui que é o B e o M. O B que é o maiorzinho tem 10 anos e conseguiram fazer isso. Conseguem amarra-la na poltrona. A gente põe um móvel né e puxa ela pra cima né, os dois que seguram, levantam ela. E o B fica muito faceiro porque ele já consegue fazer isso. Então essas pessoas assim são o meu círculo, a S que é a minha sobrinha fica de manhã às vezes, ela passa a noite, fica de manhã pra eu dormir algumas horas quando eu trabalho de noite. E a L que veio só pra ajudar a ficar com a mãe ela já ta inserida. Ela diz, vai descansar um pouco só me diz o que eu faço aqui. Eu faço a comida que tu quiser e toma conta. Ela mesma foi se direcionando assim pra ajudar porque ela viu que é difícil pra mim trabalhar, e cuidar e fazer todas as outras coisas que eu acabo porque é uma carga que tem uma demanda muito grande, porque são muitas pessoas, não é. Então tem o supermercado é assim toda semana quando eu penso que tenho as coisas já não tenho mais eu vou correndo buscar, remédio essas coisas. A parte toda da rua sou eu que faço, então. Mas eu aqui não tenho problema assim de não dar conta nem nada. Às vezes me sinto cansada. Fico cansada, principalmente quando eu trabalho duas três horas e o serviço fica muito pesado também eu fico cansada. Mas eu chego assim e vejo que ela ta bem cuidada, ta cheirosinha, ta toda ajeitadinha nossa. Hoje mesmo a minha sobrinha já viu que eu já tinha que sair vir ao Postão deixou ela prontinha e disse E, pode descansar um pouco porque que eu já dei banho nela com a Laura já deixei ela pronta, então existe uma preocupação de me ajudar. E eu também faço isso né quando as pessoas vão chegando em casa de noite eu vou para a cozinha e faço uma jantinha gostosa e faço uma coisa boa pra compensar eles também. To sempre compensando de uma forma ou de outra né pra que eles continuem tendo satisfação de ta ali. Porque é muito, é muito sofrido, muito cansativo, as pessoas não têm vida própria. Vivem em função daquilo. Ela não fala, não grita, não liga o som, sabe aquelas coisas de uma casa que tem um doente é complicado. Enfermeira: Então vai de adolescente até adulto nesse círculo?

E: é, mas são muito carinhosos.

Assistente social: existe uma cooperação né?

E: assim quando a vó ta chorando um vai pega o pote de massagem vai fazer massagem na perna, a outra vem, a L é muito carinhosa, ela vem vizinha o que é que tu ta sentindo, vem abraça, beija, e ela sente tudo, às vezes ela para. Ou outro vem e canta porque ela gosta muito de ouvir cantar.

Enfermeira: e me parece que, desculpa te cortar.

E: não, pode continuar.

Enfermeira: E me parece que nesse círculo você acabou de dizer: eu faço pra que as pessoas tenham vontade de ficar lá, né, (E diz: é, exato) que se sintam bem. Hã, e o que eles fazem no auxílio todo, ou alguma outra coisa que você não tenha visualizado, existe uma via de duas mãos e que vocês os faz se sentirem bem (E corta a fala e continua)

E: Existe um exato momento que eu penso assim quero ver ela bem, quero estar bem, então tudo o que fazem de bom pra ela converge pra mim, quer dizer, não preciso de mais nada. Eles a tratam muito bem, tem carinho muito grande, sou a dinda de todos ali, (fala muito rápido e não consegui distinguir as palavras), então eles me tratam assim como uma pessoa muito querida pra eles. Estão sempre preocupados. Tu vai descansar ou tu já descansou.

Assistente social: eles fazem uma comidinha pra ti?

E: Fazem, fazem, tem dias que eu to muito cansada e eu digo faço qualquer coisa, então vamos pedir uma pizza, não deixa, pode deixar que eu vou fazer uma comidinha pra nós, pode deixar que eu faço. Então há uma troca. Claro que não é uma situação ideal, tem dias e noites que tenho vontade de fazer coisas que eu não posso, não é. Eu sinto às vezes um remorso assim. Puxa se eu sair vou deixar eles aí sendo que tenho a obrigação de ta junto quando eu volto pra casa. Isso é uma falha que eu tenho que trabalhar. Eu tenho o direito de sair, eu tenho o direito de fazer aquilo que eu tenho vontade, mas é uma coisa que eu ainda tenho que trabalhar, isso. Aqui fora do círculo eu coloquei os dois filhos, a M que é a minha irmã que me ajudou muito tempo, começou a cuidar dela depois cansou, ela começou a trabalhar em casa e a ajudar o filho e se sentiu mais feliz fazendo isso, mas ela ta disponível. Hoje por exemplo eu liguei pra ela porque eu tinha que vir aqui de tarde e ela veio. Ela vem. Geralmente ela vai e toma conta, mas não tem assim sistemática, eu gostaria que tivesse uma sistemática, e dissesse assim, eu vou as terças-feiras. Terça-feira é tua, tu faz o que tu quiser, eu gostaria assim, mas não consegui ainda.

Alguém do grupo pergunta algo e E responde: já. Ah, não dá pra ser porque se eu marcar contigo eu vou ter outra coisa pra fazer e fica difícil e não vou poder atender lá. Então me chama quando tu precisa que eu vejo se posso ou não posso. Então ta, a gente vai levando assim.

Enfermeira: No círculo de fora?

E: meu irmão aqui e minha cunhada, ela é muito disposta, e vai, leva a mãe pra passear, médico não tem problema, só digo marquei consulta tal dia, tal horário eles tão lá

prontos, ele leva ele vai buscar a mãe pra passear, ele leva a mãe pra dar uma volta, dar uma volta de cadeira, ele agora faz massagem na mãe pra ela obter o pouco que ela não faz e existe um trabalho, então ta se sentindo muito bem com ele mesmo porque vai lá e faz como a fisioterapeuta que vai lá e faz massagem. Aqui a L, a faxineira, que me ajuda muito, ela vai uma vez por semana. Nesse dia que ela vai ela me ajuda, me ajuda no banho, me ajuda a dar comida, ela canta pra mãe, ela distrai a mãe. A faxina fica às vezes bem prejudicada, mas cuidado com a mãe ela tem muito. São essas pessoas que eu tenho. Mas preenchem tudo o que eu preciso neste momento. Eu to sentindo assim que ta muito difícil, eu to trabalhando , e vai saindo, vai faltando, vai faltando, é muita coisa pra manter uma estrutura dessa. Mas vai se levando como se pode.

Enfermeira: nós já estamos próximos do nosso horário de terminar o nosso encontro de hoje mas eu ainda quero falar alguma coisinha a respeito do teu desenho. Você mostra uma certa harmonia nesse teu desenho, mas apesar da harmonia que você demonstra no desenho você tem um compromisso contigo mesma, que você falou assim: olha eu sei que tenho alguns direitos e que eles precisam ser trabalhados. Eu tenho o direito também de sair, e de não se sentir mal porque você ta saindo e deixando as outras pessoas que de alguma forma te dão um conforto, né? Então assim essa harmonia ta posta por ti mesma, mas ao mesmo tempo você sabe que tem um compromisso teu. O seu G bem falou que quando a gente se resolve a gente fica em paz conosco mesmo. É isto seu G?

G: mais ou menos isto aí sim Se aceitando a cruz ela é bem mais leve. E a gente coloca no teu caso quem sabe você se decidindo pra essa coisa que você ta adiando, quem sabe você vai se sentir melhor né dentro dessa harmonia que você ta demonstrando eu senti na tua fala que tem isso você fala eu quero, eu posso.

E: essa é uma coisa que ainda vai, sabe aquela coisa que tu vai adiando né, semana que vem

Equipe fala algo e a assistente social faz sobressair sua voz: até porque ela tem uma boa

E: às vezes eles até me reclamam. Meu irmão principalmente fala, porque tu não disse que tu precisa. Mas às vezes eu digo que preciso. Aí chegam lá bah, eu deixei de fazer tal, aquilo me faz mal. Aí eu tinha um compromisso não fui no compromisso porque eu vim pra cá. Aquilo já me derruba ali. É um defeito meu. É uma coisa que eu tenho que trabalhar.

G: não é só você, eu acho que eu também eu tenho esse problema.

E: eu não sei se é um orgulho, é uma

G: também.

E: é alguma coisa assim (G fala junto, também, também) então parece que a pessoa foi obrigada. É tem que ir, é a mãe dele, tem que ta lá. Mas eu tenho que deixar isso de lado. Mas eu tenho bem noção disso.

Acadêmica serviço social: entre a noção e prática tem diferença. É só organizar melhor que a coisa flui.

Assistente social: e poder dizer as coisas né.

E: isso eu tenho que trabalhar, modificar.

Enfermeira: nós vamos então chegando aos finais.

G: rs.

Enfermeira: e no final desse encontro de hoje.

G: muito agradável por sinal.

Enfermeira: Dentro daqui 15 dias nós vamos nos encontrar novamente. A nossa proposta é de que a gente venha realizando encontros com algumas dinâmicas que a gente possa se colocar melhor, de uma forma mais organizada, né? Que isso vai nos ajudar também a organizar melhor as idéias que é o que a C falou em termos de ajuda, hã, pode ser que alguns de vocês ainda não tenham se dado conta do que é esses nossos encontros né, mas de alguma forma auxilia todos nós, a equipe e a vocês.

G: especialmente o cuidador né. Ele começa a ter consciência de certas coisas, e vocês ajudando psicologicamente, e cada um se ajudando com as suas formações, acho que tudo é útil.

Assistente social: e da gente poder se dar conta né de que às vezes a gente olha pro lado e tem alguém ali que pode nos dizer alguma coisa, que pode nos ajudar, né e alguma coisa que alguém nos diz isso serve pra gente refletir, pra gente ajudar. A gente dá um passo pra frente, pra gente abrir uma porta né e deixar entrar uma luz né.

G: é. É importante a gente olhar pra frente, mas também não descuidar dos lados e trás, das origens também, de onde é que você vem, o que deixou pra trás também, de repente você é o principal responsável por tudo isso né (assistente social: hum, hum) você faz parte desse todo.

Assistente social: é, e quando a gente olha pra trás que a gente deixou alguma coisa pra trás né, a gente dá uma paradinha, volta pra trás, resgata o que ta atrás né, olha pros lados né, então acho que aí né a gente também pode ver o que, com qual pessoas a gente pode contar que tão do nosso lado, que tão na nossa frente, que tão atrás né.

G: eu botei vocês dentro do círculo aqui, vocês é que mais me auxiliam no meu lado de casa, né.

Acadêmica de serviço social: e vocês se deram conta de que aqui se fala tanto em comunicação. Às vezes gostaria que alguém fizesse alguma coisa, mas a pessoa não sabe não adivinha ou não sabe que é, então é importante a gente colocar (não consegui identificar as palavras) às vezes a pessoa até tem boa vontade de ajudar, mas se ela não sabe e você não disser ela não vai adivinhar né.

G: tem que pedir, né.

Acadêmica de serviço social: tem que pedir, (G fala junto)

G: na vida você tem que pedir

Acadêmica de serviço social: então é só conversar, colocar, eu gostaria de sair (difícil transcrição) tem diversas maneiras de comunicação né. Então é importante a gente poder fazer isso né (enfermeira corta a fala da acadêmica)

Enfermeira: e a mensagem que fica pra vocês com relação ao desenho de cada um, que nós vamos guardar aqui no nosso Serviço, como vocês sabem, tudo que é conversado aqui, tudo que é produzido no grupo fica no grupo, que é um compromisso nosso não é. Se por ventura for usado de alguma forma como é a pesquisa que vocês sabem que o gravador tá aqui pra isso né, que vai passar pela autorização de vocês. Vocês estarão lendo e validando todo o processo de divulgação sem nominar as pessoas, nada disso. Que a gente já tinha combinado isso há algum tempo. Ma o que fica aqui pra vocês, o que são esses desenhos, a memória do que vocês escreveram é pra vocês se darem conta né de que não fique só no pensamento que agora desenhando vocês se dêem conta realmente de quem está mais próximo, quem é que está um pouco mais à margem e aqueles que a gente gostaria de trazer um pouquinho mais pra perto. E que nesta dinâmica do desenho de vocês é que as coisas vão acontecendo de uma forma mais satisfatória ou não, mas dependendo muito da comunicação.

G: eu aqui deixei de lado antes a fisioterapeuta que vai lá toda semana que fazer duas ou três vezes depende, às vezes fisioterapia na M. Também é excelente pessoa, excelente profissional, amiga assim que a gente pode conversar com ela a vontade né. Tinha deixado de lado. Uma outra coisa que gente tem, tem irmãos, tem parente que a gente acha às vezes que podem ajudar a gente mas a gente tem que se conscientizar que eles também tem os problemas deles e que nem sempre eles têm as condições de nos atender. Então tem que haver justamente essa troca de informações e se ajeitar da melhor forma possível da gente conviver sem se magoar.

Enfermeira: bem, a gente vai terminando por aqui. Que vocês tenham uma boa semana não é. E que a gente se vê então daqui a 15 dias às 2 horas da tarde.

G: tudo bem, pra quem quiser comparecer, segunda-feira, às 14:30 sala 13, aliás, área 13.

Enfermeira: Nesta próxima segunda-feira bem lembrado tem reunião da CLIS (G: rs.) é do Conselho.

Alguém pergunta: a que horas?

G: 14 e 30.

Enfermeira: na área 13 (G fala a área novamente sobrepondo sua fala).

Assistente social: reunião do Conselho Distrital de Saúde. Nesta próxima segunda-feira, (G fala em seguida: dia 30). O tema é, a pauta é, eles vão falar sobre territorialização, né, territorialização. Que é bem interessante, que é pra gente saber quem é, quem são as pessoas que, quem são essas pessoas do nosso território.

G: qual a área que abrange.

Assistente social: qual a área que abrange, quem são as pessoas, né. Somos nós né, são vocês somos nós que trabalhamos aqui (G sobrepõe sua fala: tanto usuários quanto) exatamente. E o que que a gente pode fazer. Como a gente já fala há bastante tempo um dos trabalhos que a gente desenvolve é que esse programa de atendimento domiciliar é em função, iniciou porque, porque foi detectado por essa comunidade mesmo que tinham muitas pessoas aqui sem condições de sair de suas casas, acamados né. Foi a própria comunidade que identificou, trouxe a e a gente começou a fazer um trabalho que hoje (G: ta prestando) isso há bastante, há vários anos atrás que a gente vem (G: vem somando, vem ampliando) vem crescendo, vem ampliando né, então a gente vai falar sobre, o pessoal vai discutir né sobre isso, sobre a territorialização.

G: eu não sei até onde, parece que o Clínicas também tem alguma coisa nesse gênero, não tem?

Enfermeira: todas as Unidades de Saúde trabalham com territorialização.

G: é que tem um vizinho aqui que vai no Clínicas e ele disse que lá eles tem periodicamente uma reunião de duas horas nesse esquema.

Assistente social: que é importante a gente saber assim ó que todas as unidades tem que saber quem são as pessoas que tipo de vida, como é que é a vida dessas pessoas pra que a gente, pra quem dirige, pros gestores pra eles poderem então planejar né as práticas de saúde pra aquelas comunidades. Por exemplo: nesta a gente tem uma comunidade mais crianças, então tem que pensar as práticas e ações mais voltadas pras crianças.

G: infantil.

Assistente social: é. Mais infantil, mais pediatras e tal. Aqui o que a gente mais é idosos, então tem que pensar né em práticas de saúde em ações mais voltadas pro idoso.

G: como é que vai governar, como é que vai dirigir se você não tem nenhuma informação.

Assistente social: se não conhece. A gente tem que conhecer.

G: justamente.

Assistente social: e não só quem trabalha, mas quem mora também tem que conhecer.

G: sim, porque o bom político é aquele que busca da população ou dos seus dirigidos não é qual é a necessidade deles, não é.

Assistente social: hum, hum. Por isso que a gente tem esse Conselho, que é importante a gente participar pra gente

G: ou fazer que nem o Clodô diz ele alguém tem algum projeto, algum deles têm? só sei que eu vou chiquérrimo, rs. Palavras textuais.

Assistente social: pra gente poder manter esses espaços são muito importantes, não é.

Enfermeira: vocês têm alguma dúvida? Então está bem. Vou lhe dar uma notícia.

G: conta.

Enfermeira: nós estivemos na sua casa.

G: quando?

Enfermeira: agora.

G: agora.

Enfermeira: sim. A N nutricionista foi lá junto com o F não é.

G: é?

Enfermeira: É, e ta tudo bem, a sonda ta no lugar então o senhor pode ficar mais tranquilo. Eu já tava tranquilo, mas dizia podem me xingar à vontade que eu fiz alguma coisa que não seria o correto, né.

Enfermeira: Agora ficam os dois lados mais tranquilos.

G: então ta, então valeu.

Enfermeira: ta bom.

G: valeu.

Enfermeira: que bom.

As pessoas vão se despedindo.

O gravador é desligado.

APÊNDICE C

FOTOGRAFIAS DAS ESCULTURAS – 14º Encontro (14/12/06)

Figura 1: cuidadora B



CUIDADORA B.: o marido está deitado e ela sempre por perto, mesmo ele brigando ela sempre presente ao seu lado.

Figura 2: cuidadora R



CUIDADORA R.: colocou a mãe na cadeira de balanço, gosta de levar a mãe para a rua.

Figura 3: Cuidador G



CUIDADOR G.: marido e mulher lado a lado.

Figura 4: Cuidadora B



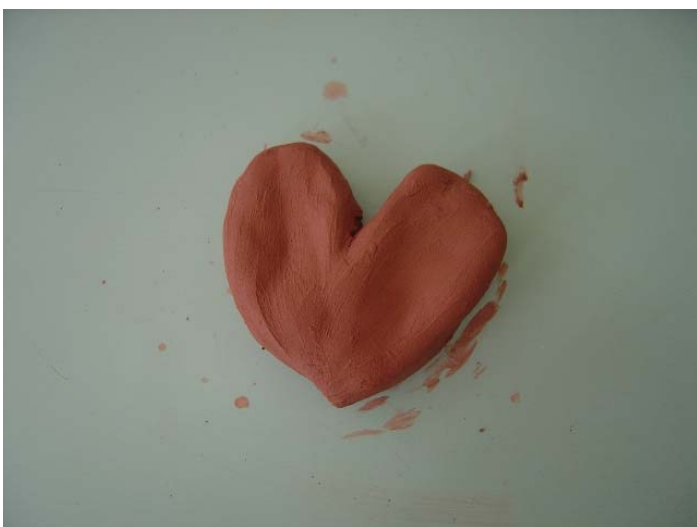
CUIDADORA B.: fez o coração com a mãe e irmãos dentro. Como é a mais velha tem que ter coração grande. Todos ligados por um elo

Figura 5: Cuidadora: E



CUIDADORA E.: fez biscoitos de natal

Figura 6: Cuidadora: M



CUIDADORA M.: ela e a mãe se amam muito. A mãe apesar das coisas.... ela tem um coração bom.

Figura 7: Assistente social



Assistente social: simboliza a união do grupo, força do grupo. “Onde existe energia dando e recebendo”.

Figura 8: Pesquisadora



Pesquisadora: forma humana meio anjo representando a espiritualidade. O instrumento musical representando o prazer.

Figura 9: Apresentação geral das peças no conjunto



O CONJUNTO DAS PEÇAS EM ARGILA PRODUZIDAS NO ENCONTRO EM GRUPO DE CUIDADORES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE IAPI NO DIA 14/12/2006