

# Práticas utilizadas pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar: implicações sobre os cuidadores

*Practices used by a home care team: implications for caregivers*

*Prácticas utilizadas por el equipo de atención domiciliar: implicaciones para los cuidadores*

**Yara Cardoso Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1919-9729

**Kênia Lara Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3924-2122

**Isabela Silva Cândia Velloso<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5408-0825

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

## Como citar este artigo:

Silva YC, Silva KL, Velloso ISC. Practices used by a home care team: implications for caregivers. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20190794. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0794>

## Autor Correspondente:

Yara Cardoso Silva  
E-mail: [yaracardososilva@gmail.com](mailto:yaracardososilva@gmail.com)



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 22-02-2020

Aprovação: 31-10-2020

## RESUMO

**Objetivos:** analisar as práticas da equipe de atenção domiciliar e suas implicações na atuação dos cuidadores. **Métodos:** estudo qualitativo com dados obtidos de observação a 21 usuários, 30 cuidadores e 6 profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar em saúde em um município de Minas Gerais, no período de fevereiro a junho de 2018. O material foi analisado na perspectiva da análise do discurso segundo Michel Foucault. **Resultados:** as interferências da equipe sob o cuidador são exercidas por práticas disciplinares, condutas prescritivas, impositivas e de vigilância. A relação de saber-poder da equipe determina a aceitação do cuidador pelo convencimento ou pela dificuldade de compreensão das orientações transmitidas. As práticas educativas possibilitariam a constituição do cuidador como sujeito ativo, participativo, empoderado e reflexivo. **Considerações Finais:** as práticas da equipe interferem nos modos de agir e ser do cuidador, possuindo implicações nos processos de objetivação e subjetivação.

**Descritores:** Cuidador; Serviços de Assistência Domiciliar; Assistência Domiciliar; Prática (Psicologia); Aprendizagem.

## ABSTRACT

**Objectives:** to analyze the practices of a home care team and their implications for caregivers' performance. **Methods:** qualitative study with data obtained from observation of 21 users, 30 caregivers and 6 professionals from the home health care service in a municipality in Minas Gerais, from February to June 2018. The material was analyzed from the perspective of discourse analysis according to Michel Foucault. **Results:** team interference upon caregivers is exercised by disciplinary practices and prescriptive, authoritative and surveilling behaviors. The team's knowledge-power relationship determines caregivers' acceptance through convincing or through difficulty of understanding assigned orientations. Educational practices would enable caregivers to be constituted as active, participative, empowered and reflective subjects. **Final Considerations:** team practices interfere with caregivers' ways of acting and being and they have implications in objectification and subjectification processes.

**Descriptors:** Caregivers; Home Care Services; Home Nursing; Practice (Psychology); Learning.

## RESUMEN

**Objetivos:** analizar las prácticas del equipo de atención domiciliar y sus implicaciones para el desempeño de los cuidadores. **Métodos:** estudio cualitativo con datos obtenidos de la observación de 21 usuarios, 30 cuidadores y 6 profesionales del Servicio de Atención de la Salud a Domicilio de un municipio de Minas Gerais, febrero a junio de 2018. El material se analizó desde la perspectiva del análisis de la discurso según Foucault. **Resultados:** las interferencias del equipo a cargo del cuidador son ejercidas por prácticas disciplinares, conductas prescriptivas, impositivas y de vigilancia. La relación conocimiento-poder del equipo determina la aceptación del cuidador al convencer o por la dificultad de comprender las pautas transmitidas. Las prácticas educativas permitirían al cuidador constituirse como un sujeto activo, participativo, empoderado y reflexivo. **Consideraciones Finales:** las prácticas del equipo interfieren en las formas de actuar y ser del cuidador, con implicaciones para los procesos de objetivación y subjetivación.

**Descriptores:** Cuidadores; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Atención Domiciliar de Salud; Práctica (Psicología); Aprendizaje.

## INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica vivenciada no século XX pela população brasileira altera o padrão de saúde e doença mediante o declínio das doenças agudas e infecciosas e o aumento de doenças crônicas e causas externas, o que impõe novas demandas para o sistema de saúde<sup>(1)</sup>. A atenção domiciliar se apresenta como uma possibilidade de cuidado em um novo modelo assistencial que aciona diferentes sujeitos e práticas de cuidado para além daquelas tradicionalmente instituídas, estimulando a participação da triade, equipe, usuário e cuidador<sup>(2)</sup>.

O Serviço de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) é regido pela Portaria nº 825, de abril de 2016, que regulamenta o Programa Melhor em Casa. Nesse Programa, exige-se disponibilidade de um cuidador responsável pelo cuidado no domicílio, seja ele formal, pessoa que realiza as atividades assistenciais mediante remuneração, ou informal, que são cuidadores não remunerados, sendo, normalmente, um ente familiar e não profissional<sup>(3)</sup>.

Estudos apontam que, na realidade atual do país, os cuidadores do Programa Melhor em Casa são majoritariamente informais, com vínculo cuidador-usuário marcado pela relação familiar<sup>(4)</sup> e que interpretam o cuidado como uma missão fortalecida pelos sentimentos que têm por seus familiares<sup>(4-5)</sup>. Entretanto, os estudos não demonstram explicitamente como a equipe de atenção domiciliar, mediante as práticas, que envolve as relações e ações, implica a atuação dos cuidadores.

Neste contexto de relação com o cuidador, a equipe de atenção domiciliar tem o papel fundamental de gerir as práticas de cuidado, assegurando que os cuidadores estejam comprometidos com a assistência e que executem as ações estabelecidas em um plano de cuidados, de promoção e prevenção articuladas, para um sujeito individual ou coletivo<sup>(6)</sup>.

Entretanto, pode-se pressupor que essa relação seja permeada por relações de força que se expressam por meio de conflitos e disputas que caracterizam relações de saber-poder entre profissionais e cuidadores, o que pode interferir nas práticas de cuidados prestados. Na perspectiva de Foucault, uma das formas de expressão do poder reside na disciplina, ou poder disciplinar, o qual atua por meio da criação de regras para atividades humanas cotidianas e submissão dos indivíduos a elas, com o objetivo de se produzir corpos dóceis e submissos que constituem o indivíduo útil para uma determinada sociedade<sup>(7)</sup>.

Foucault estudou distintas instituições sociais e constatou que elas funcionam como locais de configuração das práticas disciplinares por serem capazes de combinar, controlar e moldar os indivíduos, produzindo assujeitamentos<sup>(8)</sup>. Essas instituições compõem sociedades disciplinares nas quais são estabelecidas técnicas de saber-poder para o controle dos indivíduos, que os levam a pensar, agir e ser de determinada maneira<sup>(7)</sup>, o que repercute em suas práticas cotidianas.

A disciplina tem a potência de configurar os sujeitos e atuar sobre seus corpos em um processo de normalização<sup>(9)</sup>. Nas sociedades disciplinares, os mecanismos de vigilância a normas e regras estabelecidas assujeitam pelo constante julgamento e penalidades impostos<sup>(7)</sup>. Nesta combinação, há ainda o exame que ao mesmo tempo vigia, qualifica, classifica e pune, possibilitando extrair conhecimento, saber e verdade sobre os indivíduos<sup>(7)</sup>.

Na dinâmica de constituição dos sujeitos, a objetivação e a subjetivação são processos complementares que se relacionam por meio do que Foucault denominou jogos de verdades<sup>(10)</sup>. Nesse processo de constituição do sujeito, existirão forças que tensionam para o assujeitamento ao padrão estabelecido pelas normas e regras ou para a criação e reconhecimento do eu<sup>(10)</sup>.

Partindo dessa problemática, pressupõe-se que o cuidador, na atenção domiciliar, constitui-se como sujeito nos encontros que ocorre com as equipes, por ocasião do cuidado no domicílio. Destaca-se como justificativa a necessidade de verificar como as práticas da equipe interferem e mobilizam a configuração do cuidador e, na outra via, como os cuidadores também interferem na produção do cuidado a partir das relações que estabelecem consigo mesmos, ao regular e modificarem a experiência que têm de si e do seu reconhecimento como cuidadores. Essa análise é relevante, pois a presença e atuação do cuidador é fundamental para a permanência do usuário na atenção domiciliar, sendo, em alguns casos, imprescindíveis para a admissão no domicílio.

## OBJETIVOS

Analisar as práticas da equipe de atenção domiciliar e suas implicações na atuação dos cuidadores no domicílio.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

A investigação respeitou os preceitos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, tendo os participantes assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado por comitê de ética em pesquisa. Para assegurar o anonimato, os participantes do estudo foram codificados. Os profissionais receberam a letra E e um número, os cuidadores foram identificados com letra C e um número e os pacientes/usuários foram codificados com a letra U e um número. O pesquisador recebeu a codificação P. O projeto foi apresentado para a coordenação do Serviço de Atenção Domiciliar, que autorizou a realização e intermediou o contato da pesquisadora com a equipe estudada.

### Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa de caráter qualitativo, por possibilitar compreender os fenômenos no seu contexto cotidiano e as relações em seu ambiente e processo de vida e trabalho<sup>(11)</sup>.

A comunicação dos resultados desta pesquisa seguiu as orientações do Consolidated criteria for reporting qualitative research *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ).

### Procedimentos metodológicos

Adotou-se, para a coleta de dados, a observação participativa, registrada em diário de campo (DC) por meio manual e com posterior transcrição para o meio digital. Foram registradas as relações e interações entre profissionais, cuidadores e usuários.

Foram acompanhadas visitas domiciliares da equipe cujos objetivos eram de captação, admissão, cuidados de rotina, alta e pós-óbito dos usuários do serviço. Nesse processo, o foco da observação era a relação do cuidador com a equipe. A observação procurou captar os elementos dos contextos (aspectos do domicílio, forma de atuação da equipe), bem como as ações e reações dos cuidadores, sobretudo a maneira como eles recebiam as orientações, participavam das ações durante a visita da equipe, respondiam às demandas dos profissionais.

### Cenário do estudo

O cenário foi um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) localizado em um município de grande porte no estado de Minas Gerais. Esse serviço conta com 24 equipes, das quais foi indicada para o estudo uma equipe, a única que atende usuários com diagnósticos e perfis que indicam a necessidade de cuidados prolongados, tais como doença pulmonar obstrutiva crônica, doença neurológica degenerativa, em suporte respiratório, como ventilação mecânica, oxigenoterapia ou para higiene brônquica.

### Participantes do estudo

Foram considerados elegíveis para o estudo os responsáveis pelo cuidado ao usuário, podendo ser este formal ou informal, além de profissionais da equipe. Ressalta-se que o processo de amostragem foi intencional, com identificação de casos típicos atendidos pelo serviço. A opção por incluir cuidadores, usuários e profissionais reflete o entendimento de que esses participantes interferem na constituição do cuidador, uma vez que a subjetivação ocorre quando os sujeitos estabelecem relações consigo e com os outros em uma determinada relação de conhecimento e poder<sup>(10)</sup>.

Foram incluídos usuários e seus cuidadores acompanhados no domicílio pela equipe do SAD durante o período da coleta de dados, maiores de 18 anos e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos aqueles que não tinham condições de responder aos instrumentos da pesquisa. Em relação aos profissionais, optou-se por incluir todos os membros da equipe. Não houve a recusa por parte dos cuidadores e profissionais em participar do estudo.

No total, foram incluídos 21 usuários, 30 cuidadores e seis profissionais das categorias: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista. É importante destacar que um usuário poderia ter mais de um cuidador dado o perfil dos usuários incluídos no estudo caracterizados por condições crônicas complexas com altas demandas de cuidado.

### Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada por uma pesquisadora, com formação na área da saúde e com experiência nos procedimentos utilizados tanto no que se refere às técnicas de coleta quanto ao referencial do estudo. Por se tratar de um campo intersubjetivo, as interações e relações construídas ao longo da coleta de dados afetaram e foram afetadas pela pesquisadora. Todavia, buscou-se realizar poucas interferências durante o trabalho de campo, de forma a propiciar a livre exposição dos participantes nos relatos

sobre o cotidiano e sobre as experiências vivenciadas quanto às suas práticas de cuidado. Os dados foram obtidos a partir da observação participativa durante 30 visitas domiciliares a 21 usuários, que eram cuidados por 30 cuidadores, no período de fevereiro a junho de 2018.

Dezesseis usuários foram acompanhados em uma visita; dois usuários foram visitados duas vezes; outros dois receberam três visitas; um usuário recebeu quatro visitas. A equipe planejava a escala de atendimentos de acordo com a demanda assistencial do usuário, podendo a mesma sofrer alterações caso algum paciente apresentasse instabilidade clínica, demanda social ou houvesse uma admissão. Logo, os números de visitas por usuário foram determinados pela dinâmica de acompanhamento do trabalho junto à equipe. Foi considerado o critério de repetição dos dados para a finalização da coleta. No total, foram realizadas 60 horas de trabalho de campo.

### Análise dos dados

A análise dos dados foi sustentada no referencial de análise de discurso, tendo como base conceitual Michel Foucault<sup>(12)</sup>. Procurou-se captar a perspectiva das coisas ditas, aquilo que se quis dizer, o por detrás, a sua constituição, as diferenças<sup>(12)</sup>. Por meio da análise do discurso, buscaram-se as evidências dos princípios de inversão que permite enxergar o jogo negativo do recorte e da rarefação do discurso, a descontinuidade para captar o que pode se ignorar, intrecruzar e até mesmo excluir a especificidade, pois é na prática que se captam os acontecimentos e a exterioridade, sua aparição e sua regularidade<sup>(12)</sup>. Ainda, nos lembra o autor que os enunciados posicionam sujeitos, sejam aqueles que os produzem ou aqueles para os quais esses enunciados são dirigidos<sup>(12)</sup>.

O processo de tratamento dos dados ocorreu pela organização do material para a interpretação dos discursos. Nesse processo, cada *corpus* dos relatos das observações foi lido, buscando-se identificar os enunciados que remetiam às questões centrais do estudo.

Foi construída uma sistemática para essa análise utilizando o texto transcrito em *Word*, apontando, em uma coluna lateral, os elementos da formação discursiva: objeto, espaço e relações. Ao final, buscaram-se a agregação e a segregação que o conjunto desses elementos apontou.

### RESULTADOS

Dos 21 usuários acompanhados, 17 eram idosos, um tinha 41 anos e três tinham de 15 a 29 anos. Nove desses usuários eram dependentes quanto às competências para o autocuidado, nas atividades básicas e instrumentais da vida diária; quatro foram classificados como parcialmente dependentes; oito foram considerados independentes para as atividades da vida diária. A classificação das atividades da vida diária foi fornecida pela equipe que utiliza o Index de Katz.

Participaram do estudo 30 cuidadores, que eram, em sua maioria, informais (27) e mantinham relações parentais com os usuários (oito filhas, quatro esposas, três mães, três filhos, duas netas, dois esposos, um sobrinho, um avô, uma irmã, uma nora, uma sobrinha). Vinte e três dos cuidadores eram do sexo feminino e seis do sexo masculino. A maioria (23) estava na faixa etária de

20 a 59 anos e sete cuidadores eram idosos que cuidavam de outros idosos dependentes.

Durante o trabalho de campo, foi possível acompanhar a equipe em visitas de admissão, de pós-óbito e de rotina, além de reuniões para discussões dos casos. A maioria desses atendimentos foi realizada pelo médico, juntamente com a enfermeira, os quais avaliavam as condições clínicas e funcionais do usuário; caso fosse necessário, era solicitado o acompanhamento de profissionais da equipe de apoio da atenção domiciliar.

Cabe aos cuidadores acompanhar os atendimentos, captar os comandos da equipe para realizar os cuidados no dia a dia, tais como alimentação, higiene, aferição dos dados vitais, controle das medicações, mudança de decúbito, conforto no leito, realização de curativos, dentre outros.

Foi possível identificar que a atuação dos profissionais da atenção domiciliar é direcionada para a prescrição de condutas e de orientações aos cuidadores. Na maioria dos casos, verificou-se que as ações educativas produzidas promovidas pela equipe são verticalizadas, com foco no corpo doente. Também foi possível perceber que atuam por meio de orientações informativas acerca das regras do serviço, de maneira reguladora e diretiva.

- C30: o uso do oxigênio é importante, né?!

*-E6 concorda e repete três vezes: é fundamental, porque senão terá uma necrose, o tecido morre. Devido à deformação das hemácias, ocorre a fabricação da hemoglobina de forma anormal, sendo a hemoglobina responsável por carregar oxigênio dos pulmões para o resto do organismo. (C30)*

*E5 aferiu a pressão, explicou que a falta de reserva de gordura era ruim. Posteriormente, fez o pedido de avaliação do nutricionista, a receita de todos os medicamentos, explicou a indicação de todos eles, a quantidade, a validade da receita e entregou para a cuidadora. (E5)*

A equipe faz uso de expressões e termos específicos da área da saúde durante as orientações e comandos. O discurso com uso de termos técnico gera o efeito de saber-poder dos profissionais sobre os cuidadores, ocasionando a aceitação dos mesmos pela falta de conhecimento. Verifica-se o caráter regulatório, no qual o discurso fortalece as prescrições estabelecidas pela equipe para o convencimento sobre a importância de seguirem os comandos.

O processo prescritivo está associado a ações informativas. As ações da equipe, neste momento, concentram-se em orientações, esclarecimento de dúvidas e respostas a indagações, além do registro da prescrição terapêutica. De forma geral, as orientações englobam informações sobre dietas, atividades físicas, ergonômicas, uso dos medicamentos, mudança de decúbito, uso doambu, tempo de utilização do aparelho de oxigênio, higienização dos equipamentos, aspiração das vias aéreas e ações necessárias em casos de intercorrências.

Os profissionais orientam, prescrevem, cobram explicações e tiram dúvidas. Assim, realizam indagações para analisar e compreender o caso, avaliar clinicamente o usuário, prescrever e informar as condutas e orientações necessárias para o seguimento do cuidado. Por vezes, solicitam que os cuidadores realizem determinados procedimentos.

*E2 explica sobre cada medicamento, para que serve e quais os horários de uso.*

*-E2: quem poderá buscar estes medicamentos?*

*-U1: qualquer um.*

*-E2: será necessário realizar a aquisição do medicamento hoje, pois o posto não irá funcionar no período do carnaval.*

*-U1: mas, não tem [o medicamento] porque ele não avisou. Porque sempre tem alguém para pegar, ele não avisou.*

*E2 inicia a orientação sobre o uso dos medicamentos e solicita que o cuidador repita todas as orientações. Ao final do atendimento, explica sobre o fluxo do processo para aquisição do equipamento respiratório pelo SUS. (U1)*

*E2 orienta C5 sobre o uso do ambu. Afere a pressão, saturação e indaga sobre a situação da ferida no glúteo.*

*-C5: está cicatrizada.*

*-C9: o que fazer se faltar energia no domicílio?*

*-E2: você tem o nobreak, e aponta para o equipamento. Ele atua como uma bateria de reserva. (C5 e C9)*

A equipe repassa diversas informações para orientar o cuidador sobre o funcionamento do programa, os serviços prestados pela equipe, a localização, os telefones para contato em caso de dúvidas e urgências. Informam também a disponibilização e os fluxos para obtenção dos equipamentos e medicamentos, orientando sobre o tempo programado do atendimento para cada usuário, além dos critérios de inclusão, exclusão e alta do serviço.

No que tange ao cuidador, a equipe transmite também comandos quanto à sua responsabilidade para com o usuário e os procedimentos de acionamento da equipe, em casos de intercorrência.

*-E1: como é a rotina de U14 no dia a dia?*

*-C24: ele não dorme direito à noite e, por isto, de manhã, deixamos dormir até às 09. Depois ele toma banho. Uma vez por semana, nos damos banho no chuveiro e o restante é banho de leito. Limpamos a ferida, depois colocamos para tomar sol.*

*-E5: qual o nome dos medicamentos utilizados pelo paciente?*

*C27 pega os medicamentos e a pasta do paciente. C24 conversa com o médico, que indaga novamente como é o período da noite.*

*-C24: ele não dorme, tem dificuldade para dormir. Durante o dia, ele só tira cochilo, mas é muito leve. Qualquer coisa, ele acorda. Ele tem falta de ar quando fica deitado de lado. (C24)*

Verificou-se também que o sujeito cuidador foi considerado como portador de um conhecimento adquirido no momento de hospitalização que antecedeu a admissão no SAD. Esse período favorece a captação e a adaptação dos cuidadores aos termos da saúde e as práticas de saúde.

Ressalta-se que as informações transmitidas pelos profissionais têm como base o conhecimento prévio do cuidador. Entretanto, cada cuidador tem o seu processo particular de aquisição de conhecimento em momentos e tempos distintos. Há informações que exigem a compreensão, a decodificação e a interpretação de materiais de apoio para realização das atividades.

No processo de orientação, foram disponibilizados formulários informativos personalizados para cada usuário, preenchido pela equipe no momento da visita. Essa estratégia foi estabelecida com o intuito de adequar a capacidade de organização das informações de acordo com a realidade do cuidador ou do usuário. A equipe busca, para além do repasse de informações, incluir a realização das atividades na presença do cuidador, explicando-lhe os procedimentos. Isso possibilita que ele observe e repita as atividades realizadas nos cuidados assistenciais.

- C27: que o ambu chegou.

- E2: C27, você teria uma tampa de uma bebida isotônica? Ela se encaixa direitinho na inserção do conjunto de válvula do ambu.

C27 pega e E2 mostra como encaixar a tampa. Os parentes [avó, avô, sobrinho e esposa] estão presentes. Eles afirmam que gostariam de aprender, pois assim podem ajudar a cuidadora principal. (C27 e E2)

- E2 mostra para C20: esta é a folha com os horários, dosagem e dia de cada medicação. E2 explica a quantidade de medicamentos que ela deverá tomar por dia e orienta como eles devem seguir a folha. O médico pega a folha e mostra para a paciente e, novamente, orienta como proceder. Os profissionais afixam o papel na geladeira. (C20 e E2)

- C2: posso filmar como você realiza os cuidados com a ferida? Assim posso acompanhar depois onde e como passar cada item.

- E6: pode. A enfermeira faz o procedimento e orienta os cuidadores como deve ser feito. Explica onde deverá passar o hidrogel, o óleo e o creme e explica a função do creme. (C2 e E6)

A equipe conduz as orientações mais complexas no início da visita, com a realização de novos procedimentos, técnicas ou condutas em caso de instabilização do usuário. Nesses momentos, o cuidador é convidado a acompanhar o trabalho do profissional para realizar algumas ações, de forma a confirmar sua compreensão sobre o que foi ensinado ou orientado. Nas visitas de rotina, a equipe, por vezes, direciona as orientações verbais para o cuidador ou para o próprio usuário.

A equipe [E2, E5] realiza a segunda visita à paciente. Nesta visita, a equipe orienta o cuidador quanto à realização da aspiração, aos procedimentos em caso de decanulação, ao contato do serviço e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência [SAMU], bem como as situações que devem ser encaminhadas para a Unidade de Pronto Atendimento [UPA] ou ao Hospital. Os profissionais informam também os cuidados e a forma de proteção da gastrostomia, orientando sobre a lavagem das mãos e a limpeza do estoma. Explicam que, caso haja desposicionamento do cateter ou sua saída, deve-se suspender a dieta e acionar o serviço para as devidas providências. Por fim, os profissionais orientam o cuidado com a

pele. Neste momento, a cuidadora informa que a virilha da paciente está vermelha. E2 solicita que os homens saiam do cômodo para avaliar a virilha, orienta o cuidado e deixa um pedido de pomada para proteger a área afetada. (E2 e E5)

Nas visitas de admissão e de rotina, as práticas prescritivas foram mais intensas. Na inclusão do usuário, os profissionais voltam-se para a compreensão e levantamento do histórico clínico do usuário, do contexto de vida e apresentação do serviço. As visitas de rotina fazem com que os profissionais se concentrem na repetição das orientações, verificação das medicações, parâmetros dos aparelhos e solicitação de exames.

Observou-se que as informações são repassadas como uma receita, um plano terapêutico elaborado pela equipe com seu conjunto de orientações. Esse tipo de ação propicia sentimento de “segurança” para os profissionais, pois eles julgam terem “ensinado” aos cuidadores o que fazer, disciplinando-os.

Como forma de avaliar o cumprimento do que foi prescrito, alguns mecanismos de controle são estabelecidos, como a rotina de conferir o número de medicamentos utilizados, o sistema dos equipamentos respiratórios, a evolução do quadro clínico do usuário, em especial aqueles portadores de lesão.

- E2: a ferida no glúteo, como está?

-C28: está cicatrizada.

- E2: vou olhar e avaliar. (E2)

E5 pede para P13 sentar para verificar a saturação. Após aferir, verifica que a saturação é 54.

C28 vai ao quarto pegar o O<sub>2</sub>.

- E6: você está usando o oxigênio?

- C28: P13 é resistente ao uso do oxigênio.

- E6: ela está usando o oxigênio e o ventilador mecânico?

- C28: ela não gosta de usar, preciso ficar controlando o tempo todo. [...] e ela está se sentindo fraca. É por causa da comida, pois não pode comer muito por causa da diabetes.

- E5: ela está fraca por falta do oxigênio, da baixa quantidade de oxigênio no sangue. A saturação dela está muito baixa. Outra coisa, toda vez que viemos aqui, orientamos a questão do chinelo. O uso deste chinelo aumenta o risco de queda. (E5)

Apesar de prevalecer o caráter prescritivo para os casos rotineiros, o olhar e a condução das práticas da equipe se modificam frente às alterações do quadro do paciente, quando há alguma intercorrência ou quando se irrompe algum conflito na relação com o cuidador. Nesse último caso, a equipe busca negociar, por meio do diálogo, da escuta, do convencimento e da conscientização.

Não foi observado, durante o trabalho de campo, nenhuma intervenção educativa em prol do fortalecimento das ações realizadas pelo cuidador ou de apoio e suporte emocional ou psicológico a esse sujeito.

## DISCUSSÃO

Para compreender as práticas da equipe de atenção domiciliar e suas interferências na atuação dos cuidadores no domicílio, apoiamos-nos no referencial pós-estruturalista, segundo o qual compreende-se que “os processos de subjetivação referem-se ao modo como o próprio homem se compreende como sujeito legítimo de determinado tipo de conhecimento”<sup>(9)</sup>. Dessa forma, ao subjetivar-se, o homem constitui verdades, cria regimes de verdade, produzidos pelo poder e pelas normas, criando-se como sujeito pelo efeito dessas verdades. Afinal, o discurso de verdade traz consigo efeitos de poder, mediante o estabelecimento de relações de dominação, julgamento, de ordem, determinam uma norma social do como viver e se comportar<sup>(13)</sup>.

No contexto da atenção domiciliar, essa perspectiva pode ser compreendida quando os cuidadores se sentem obrigados, socialmente, a assumirem determinados comportamentos pela sujeição a determinadas verdades estabelecidas, as quais são representadas pelas normas e regras ditadas, ou seja, pela disciplina. Nesse sentido, observou-se que as regras do serviço são assumidas pela equipe de atenção domiciliar como verdades instituídas, sendo estruturadas em forma de informações e orientações a serem seguidas pelos usuários, constituindo-se em elementos do cotidiano de cuidado no domicílio. No entanto, cabe considerar que esses elementos atuam como fatores estressores, gerando ansiedade, depressão, sobrecarga relacionada à falta de autocuidado e de compartilhamento das atividades<sup>(14-16)</sup>.

O fato de os cuidadores serem, em sua maioria, mulheres e com vínculo parenteral, influencia os resultados deste estudo, uma vez que 23 cuidadores eram mulheres; dessas, 20 tinham algum tipo de parentalidade com o indivíduo cuidado. A esse respeito, outros estudos indicam que o grau de parentesco, o gênero (feminino) e a proximidade física e afetiva são fatores relacionados à aceitação da função de cuidador<sup>(17-19)</sup>.

Cuidadores familiares, em geral, assumem essa função em retribuição ou por obrigação moral, pela imposição e sujeição ao que se espera desse sujeito nas relações sociais estabelecidas, especialmente na hierarquia familiar e composição social<sup>(20)</sup>. O contexto do cuidado familiar é estressante, com riscos para a saúde física e psicológica dos cuidadores, podendo, em algumas situações, acarretar elevado nível de sobrecarga, com perturbações do sono, estresse, fadiga física e mental, ansiedade, dentre outros<sup>(21)</sup>.

A complexidade dos cuidados prestados no contexto da atenção domiciliar foi percebida como um fator que demanda o desenvolvimento de estratégias de aprendizagem por parte dos cuidadores, como a filmagem de determinados procedimentos. Aliada a essa complexidade e ao acúmulo de funções do cuidador, mudanças nos horários de repouso do usuário, com inversão dos turnos diurno e noturno, geram um consequente impacto nos hábitos de sono do cuidador.

Frente a isso, preconiza-se que as ações da equipe no domicílio sejam realizadas de forma integrada, permeada pela perspectiva multiprofissional de apoio, considerando a vulnerabilidade do cuidador e familiares como sujeitos responsáveis pelo usuário<sup>(22)</sup>. Ainda, espera-se que o trabalho na atenção domiciliar proporcione apoio psicológico e suporte social que possibilite que os cuidadores consigam lidar com as alterações mentais

e emocionais de maneira saudável mediante a compreensão, aceitação, criação de meios de enfrentamento e de mecanismos de redução da sobrecarga<sup>(21)</sup>.

Os resultados informam que há uma predominância da atenção centrada na equipe com orientações de cunho biologicista e de enfoque no curativo. Com isso, as ações ainda são centradas na hipervalorização nas estratégias de controle dos comportamentos<sup>(23)</sup>. De forma similar, na maioria das vezes, foi possível perceber que a equipe produziu ações educativas verticalizadas de maneira reguladora e diretiva. Esses mecanismos de atuação facilitam o controle das condutas do cuidador em um exercício disciplinar.

Nesse sentido, a efetividade da disciplina se deve ao uso de três instrumentos na produção de corpos dóceis e úteis: a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame<sup>(7)</sup>. A vigilância hierárquica permite que o poder disciplinar se torne um sistema integrado, por meio do olhar atento e vigilante de todos os indivíduos de uma estrutura social, estabelecendo-se um fluxo de poder onde todos vigiam e são vigiados<sup>(7)</sup>. Entretanto, para que se garanta a obediência à norma, essa é sempre acompanhada de uma forma de sanção designada sanção normalizadora, que se constitui em um sistema de penalidades ao qual estão submetidos todos os que dela se afastam<sup>(7)</sup>. Por meio do exame, estabelece-se um controle normalizante e uma vigilância que qualifica, classifica e pune<sup>(7)</sup>.

O caráter disciplinar pode ser observado no perfil prescritivo das orientações dirigidas a cuidadores e usuários. Cabe ainda considerar que as orientações são estruturadas com base em regras e normas do serviço, que definem os critérios para que o cuidador seja considerado ideal no contexto das práticas de saúde vigentes. As normas estão claramente definidas, sendo constantemente apresentadas pela equipe, e, para que se garanta seu cumprimento, estabelece-se um ciclo de vigilância constante por meio do olhar disciplinador da equipe, mas também de olhares mútuos entre usuários e cuidadores, o que, por vezes, é motivo de conflito no dia a dia do cuidado.

Observou-se que, em muitos momentos, a normalização, em uma perspectiva que valoriza pouco a experiência dos cuidadores, despotencializa a subjetivação por meio das práticas de si. Essas práticas, se valorizadas, permitiriam ao cuidador o autoconhecimento, o autoexercício e o aprimoramento. Quando existe o esvaziamento da experiência, o cuidador se encontra vazio, o que acarreta a sua “de(s)formação”. Ocorre, no máximo, a repetição dos comandos, das ações comuns e rotineiras, sem reflexão. Por outro lado, centrar-se na experiência é um aspecto vital “para a construção de uma rede de recursos terapêuticos que deve ser sistematicamente estabelecida” e que considere o cuidador como um parceiro que precisa ser escutado e entendido<sup>(13)</sup>.

Contudo, foram observadas atitudes de indiferença e descitração do sujeito cuidador em relação aos processos estabelecidos, o que pode ser compreendido como uma forma de sanção normalizadora de penalização imposta ao cuidador por não seguir rigorosamente todas as normas impostas. Essa é uma característica das práticas de saber-poder, sua multidirecionalidade, que se encontram espalhadas de diversas formas, como micropoderes<sup>(24)</sup>. Essas ramificações estavam presentes nas cenas observadas, indicando a centralidade no conhecimento técnico-científico advindo dos profissionais. Também foram observadas relações

de poder e seus efeitos a partir dos cuidadores e seus saberes de domínio do contexto, das necessidades e dos desejos do usuário.

Uma forma de expressão das relações de poder-saber que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários e cuidadores na atenção domiciliar é a seleção lexical dos profissionais, que é carregada de termos técnicos específicos da área da saúde. O uso do jargão médico tende a posicionar o usuário e o cuidador como sujeitos responsáveis pelo processo de cuidado, por fazer uso do seu poder e saber para promover adesão e adequação do usuário<sup>(25)</sup>. Ressalta-se, também, que mesmo que não haja uma intencionalidade primária, o saber significa alteridade, sendo por meio da experiência que se delinham os objetos de saberes<sup>(26)</sup>.

Foi evidenciado um reforço constante de orientações informativas das regras do serviço, com o uso de expressões e termos específicos da área da saúde, estabelecendo um efeito de saber-poder, de aceitação, fazendo com que os cuidadores aceitassem as determinações mediante o convencimento ou pela própria limitação de sua compreensão. O processo de instrução dos cuidadores para a realização dos procedimentos se dá por meio da repetição de comandos pela equipe e posterior demonstração pelos cuidadores de sua compreensão.

É importante considerar que as relações estabelecidas entre a equipe e os usuários e cuidadores não transcorrem de forma passiva, sem que haja resistência de uns em relação às atitudes e posturas de outros, estabelecendo-se um jogo de forças e resistências. Essa resistência precisa ser compreendida, pois dela decorrem as práticas de liberdade por meio do questionamento da identidade, da busca da subjetivação, resgatando o sujeito, o modo de existência, as práticas de si, a produção de si, a forma ética, estética e a política dos sujeitos no mundo<sup>(27)</sup>. Abre-se, portanto, espaço para ações de educação em saúde, com estratégias que estimulem o aprender.

O preparo para atuar no cuidado domiciliar depende dos saberes prévios dos cuidadores e da forma como a equipe capta e ressignifica esses saberes. Assim, a experiência e o grau de comprometimento com a realidade vivenciada por cada cuidador é única e devem ser tomados como aportes para um processo educativo que atenda às necessidades de cada sujeito nesse processo<sup>(28)</sup>.

Os resultados do estudo indicam que as práticas da equipe de atenção domiciliar interferem na constituição do cuidador seja pelos mecanismos de objetivação ou pela subjetivação. Diretamente, há interferências sobre o agir do cuidador direcionado pela disciplina, vigilância, controle e exame. A equipe do SAD vivencia uma situação complexa no que tange à prática pedagógica desenvolvida para orientação, apoio e constituição do cuidador. As práticas utilizadas pela equipe exigem ações estratégicas, tempo, determinação, flexibilidade e foco nas relações e interações interpessoais.

As interferências da equipe de atenção domiciliar também confluem para o modo de ser ao possibilitarem a reflexão, o deslocamento e a desterritorialização que ocorrem nos encontros com os outros e que propiciaram experiências historicamente singulares, escuta de si e do outro e que relacionaram os campos de discurso, de poder e de saber na conformação das práticas.

Dessa forma, a AD é, também, um espaço de abertura para experiências subjetivantes, na constituição do sujeito cuidador, quando há encontros efetivos, abertura para as problematizações,

diálogos e quando se estabelece uma relação de confiança entre profissionais, usuários e cuidadores. Os profissionais são, assim, sujeitos potentes na e para a produção do cuidador, quando utilizaram mecanismos que potencializaram sua formação e sua atuação como cuidador e, conseqüentemente, sua atuação com o usuário.

### Limitações do estudo

Os resultados obtidos podem ter sido influenciados pelas circunstâncias de organização da equipe estudada e do perfil dos pacientes em atendimento. Por essas limitações, seria pertinente futuros trabalhos que analisem outras modalidades de equipe com características diversas.

### Contribuições para área da enfermagem

O estudo possibilitou compreender uma perspectiva a respeito das práticas relacionadas ao cuidado na atenção domiciliar. A equipe é composta, majoritariamente, por profissionais de enfermagem e são também esses profissionais que atuam ativamente no contato com os cuidadores mediando o trabalho da equipe, orientando as ações e preparando-os para o cuidado no domicílio.

Assim, os resultados têm a potência de contribuir para o desenvolvimento de um processo de aprendizagem para os cuidadores que respeite os saberes prévios, as acumulações adquiridas, mas também que promova o seu potencial como sujeitos do cuidado. Os profissionais do SAD devem atuar com estratégias que estimulem a prática de si e o conhecimento de si, considerando o cuidador como um sujeito de potência. Indica-se a necessidade de criar espaços e tempos para que cuidadores e equipes discutam os dilemas e os desafios do fazer cotidiano no domicílio. É preciso estabelecer momentos e movimentos de reflexão, de exteriorização do cuidador e dos profissionais, desenvolvendo experiências subjetivantes.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

As interferências das práticas da equipe de atenção domiciliar nos cuidadores, bem como desses cuidadores sobre as práticas da equipe, repercutem na vida e formação do cuidador como sujeito.

Os resultados indicam que há práticas para disciplinar as condutas dos cuidadores nos momentos em que realizaram orientações quanto aos cuidados assistenciais, quando solicitaram a realização de procedimentos para validação e quando determinaram a aquisição dos insumos para o usuário, o que traz implicações para as práticas de cuidados desenvolvidas pelo cuidador no domicílio. Outras práticas identificadas foram as prescritivas. As equipes geraram interferências com ações mais verticalizadas, com utilização de mecanismos de controle e vigilância do comportamento. As práticas de disciplinarização, controle e vigilância tendem a objetivar o modo de agir dos cuidadores. Essas práticas se sustentam em uma relação de saber-poder hierárquica, normativa e verticalizada, com pouco espaço para problematizar a realidade vivenciada no cotidiano do cuidador.

Pode-se afirmar que o objetivo do estudo foi alcançado, permitindo concluir que as visitas assistenciais da equipe possibilitaram

a subjetivação do cuidador. Nesse sentido, pode-se afirmar que a relação entre equipe e cuidadores é permeada por experiências subjetivas que tocam e possibilitam a formação e a transformação do indivíduo.

Como implicações práticas do estudo, podemos indicar que a constituição do sujeito cuidador é um processo contínuo. O sujeito é um ser sempre em construção, e, assim, a equipe pode oportunizar momentos de reflexão com os cuidadores, estabelecendo tempos e movimentos para que possam emergir experiências pelas quais aprendem sobre quem são, sua posição, o papel que

ocupam. Para isso, é indicada a criação de redes parceiras para o apoio emocional e psicológico ao cuidador, que contribuam para o processo de aprendizagem e que possibilitem ao cuidador tempo para si e para a realização do cuidado.

## AGRADECIMENTOS

Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelo apoio financeiro com recursos da CAPES.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira SG, Marossi LM, Spaziani AO, Frota RS, Monteiro STF, Paulino ASM, et al. Epidemiologia da doença reumática crônica cardíaca no Brasil nos anos de 2014 a 2018. *Braz J Health Rev.* 2020;3(1):857-72 <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-068>
2. Weykamp JM, Siqueira HCH, Cecagno D, Medeiros AC, Paula SF, Pedroso VSM. Home Care Service and Health Care Networks. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2019;11(5):1117-21. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1117-1121>
3. Ministério da Saúde (BR). Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília (DF); 2014.
4. Garbaccio JL, Tonaco LAB. Characteristics and difficulties of informal caregivers in assisting elderly people. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2019;11(3):680-6. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-68>
5. Ribeiro BF, Oliveira SG, Tristão FS, Santos Jr JRG, Farias TA. Práticas de si de cuidadores familiares na Atenção Domiciliar. *Rev Cuidarte.* 2017;8(3):1809-25. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.429>
6. Lopes CVDO, Vilasbôas ALQ, Castellanos MEP. Home care in the family health strategy: implementation degree analysis in the city of Camaçari (BA). *Saúde Debate.* 2017;41,(3):241-54. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S318.653>
7. Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014.
8. Garcia E, Grisotto A. Novas formas de controle biopolítico: uma leitura a partir de Foucault. *Argumenta J Law [Internet].* 2018 [cited 2020 Sep 21];(28):79-105. Available from: <http://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/1234/pdf>
9. Foucault, M. Política e Ética: uma entrevista. Ditos e Escritos V: In: Ética, Sexualidade e Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2014. 392 p.
10. Castro E. Vocabulário Michel Foucault. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2016. 447 p.
11. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2016. 109 p.
12. Foucault M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola; 2013.
13. Torres JW. Poder e discurso a partir de Michel Foucault: breves análises sobre a genealogia do biopoder. *Contemporânea – Rev Ética Filos Pol [Internet].* 2016 [cited 2020 Sep 21];3(1):62-82. Available from: <https://revistacontemporanea.fafica-pe.edu.br/index.php/contemporanea/article/view/27/35>
14. Del-Pino-Casado R, López-Martínez C, Serrano-Ortega N, Pastor-Bravo MDM, Parra-Anguita L. Obligation and negative consequences in primary caregivers of dependent older relatives. *PLoS ONE.* 2018;13(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203790>
15. Del-Pino-Casado R, Palomino-Moral PA, Pastor-Bravo, MDM, Frías-Osuna, A. Determinants of depression in primary caregivers of disabled older relatives: a path analysis. *BMC Geriatrics.* 2017;17(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0667-1>
16. Oliveira, SCC, Moura, PR. Análise reflexiva sobre a capacidade de autocuidado dos cuidadores domiciliares. *Rev Fac Ciênc Méd-Sorocaba.* 2017;19(1):15-18. <https://doi.org/10.5327/Z1984-4840201727022>
17. Neves ACOJ, Seixas CT, Andrade AM. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis.* 2019;29(2):290214. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290214>
18. Magagnin AB, Heidemann ITSB. Empowerment do familiar cuidador frente ao acidente vascular cerebral no ambiente hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20190165. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0165>
19. Dixe, MACR, Teixeira LFCF, Areosa TJTCC. Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics.* 2019;19(1):255-64. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
20. Silva YC, Silva KL. Constituição do sujeito cuidador na atenção domiciliar: dimensões psicoafetiva, cognitiva e moral. *Esc Anna Nery.* 2020;24(4):20190335. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0335>
21. Delalibera M, Barbosa A, Leal I. Circunstâncias e consequências do tratamento: caracterização do tratamento familiar em cuidados paliativos. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(4):1105-17. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.12902016>

22. Pozzoli SML, Cecílio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. *Saúde Debate*. 2017;41(115):1116-29. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711510>
  23. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Debate*. 2019;43(121):592-604. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>
  24. Lima VMRL, João JBS, Paula MC (Orgs.). *Caminhos da pesquisa qualitativa no campo da educação em ciências: pressupostos, abordagens e possibilidades*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2018.
  25. Baptista MKS, Santos RM, Duarte SJH, Comassetto I, Trezza MCSF. The patient and the relation between power-knowledge and care by nursing professionals. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170064. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0064>
  26. Souza PF, Furlan R. The question of subject in Foucault. *Psicol USP*. 2018;29(3):325-35. <https://doi.org/10.1590/0103-656420170057>
  27. Foucault M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. [Entrevista a H. Becker, R Former-Betancourt, & A. Gomez-Müller em 20 de janeiro de 1984]. In M. Barros da Mota (Ed.), *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
  28. Yamaguchi AM, Oliveira IB. Visita pré-óbito: preparo e atenção frente à iminência do falecimento. In: *Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2010. p. 492 –509.
-