MARINA PICAZZIO PEREZ BATISTA

Reflexões sobre o processo de trabalho do acompanhante de idosos do Programa

Acompanhante de Idosos (PAI) no município de São Paulo, SP (Brasil)

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de: Ciências da Reabilitação
Área: Movimento, Postura e Ação Humana

Orientadora: Prof. ^a Dr. ^a Selma Lancman

São Paulo
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Batista, Marina Picazzio Perez

Reflexões sobre o processo de trabalho do acompanhante de idosos do
Programa Acompanhante de Idosos (PAI) no município de São Paulo, SP (Brasil) /
Marina Picazzio Perez Batista. -- São Paulo, 2013.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação. Área de concentração: Movimento, Postura
e Ação Humana.

Orientadora: Selma Lancman.

Descritores: 1.Cuidadores 2.Serviços de saúde para idosos 3.Saúde do trabalhador
4.Política de saúde 5.Geriatria

USP/FM/DBD-197/13

Aos acompanhantes de idosos do Programa Acompanhante de Idosos

AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar meus caminhos.

A Maria, Mãe presente e protetora.

A minha orientadora Selma Lancman, por quem tenho muito carinho e admiração. Obrigada pela confiança depositada em mim, pelo empenho durante todo meu percurso e por todo o conhecimento a mim ensinado.

Aos acompanhantes de idosos que generosamente participaram de minha pesquisa e confiaram em meu trabalho.

Ao gerente do PAI Carlos Lima e às supervisoras Luciana Rebello, Maria Cecília Teodoro e Cecília Stringhini por todo apoio e confiança no desempenho deste trabalho. Obrigada pela contribuição significativa para meu crescimento profissional e pessoal ao longo de toda minha experiência de trabalho no PAI.

A todas as equipes do PAI, aos funcionários da sede da Associação Saúde da Família e ao fisioterapeuta Felipe pelos momentos compartilhados, pelos espaços de trocas e por acreditarem em processos de mudança.

Ao Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal e à Profa Dra Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, que a partir de seus valiosos conhecimentos, grande disponibilidade e atenção contribuíram na confecção da Introdução de minha pesquisa.

Aos professores que participaram de minha banca de qualificação: Maria Helena Morgani de Almeida, Elisabete Ferreira Mângia, Helena Akemi Wada Watanabe e Yeda Aparecida de Oliveira Duarte pela relevante contribuição para desenvolvimento desta dissertação e pelo cuidado, atenção e dedicação na leitura e discussão de meu trabalho. Agradeço

também às profas Maria Helena Morgani de Almeida e Elisabete Ferreira Mângia pelo carinho e constantes ensinamentos no cotidiano do trabalho.

A minha querida amiga Juliana por ter participado e me apoiado em cada momento desta pesquisa e por sempre estar presente na minha vida.

Ao grupo Orquestrações pelas valiosas discussões que me permitem reflexões fundamentais para desempenho de meu trabalho e pelo espaço de cumplicidade que partilhamos constantemente.

Ao meu amado Emanuel, presente de Deus em minha vida. Obrigada por todo empenho, carinho e paciência fundamentais para confecção desta dissertação.

Aos meus pais Berenice e Edgard pelas oportunidades, apoio, carinho e dedicação ao longo de toda minha vida. Agradeço também minha mãe pelos períodos de dedicação que me deram força para finalizar esta dissertação.

Aos meus irmãos Ingrid e Victor por estarem sempre ao meu lado.

Aos meus cunhados, tios e avós pelo incentivo e amor de sempre

Ao meu sogro Edilson e minha sogra Vilma por todo cuidado que cotidianamente dedicam a mim.

A minha querida avó Therezinha que deixou marcas inesquecíveis em mim. A ela meu amor e meu agradecimento por me motivar na escolha de cursar Terapia Ocupacional e atuar na área de Gerontologia.

Tudo é do Pai, toda honra e toda glória. É dele a vitória alcançada em minha vida.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Listas de Siglas

Listas de Quadros

Resumo

Abstract

1 APRESENTAÇÃO.....	01
2 INTRODUÇÃO.....	05
3 CUIDADORES FORMAIS NA ASSISTÊNCIA EM GERONTOLOGIA	15
3.1 Aspectos que interferem no cuidado de idosos dependentes por cuidadores formais....	15
3.2 Cuidadores formais de idosos: principais marcos de discussão no Brasil.....	19
3.3 Cuidadores formais de idosos: aspectos regulatórios na atualidade.....	26
4 PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS.....	32
4.1 Programa Acompanhante de Idosos: Breve Histórico de sua criação e implementação.....	33
4.2 Programa Acompanhante de Idosos: Política Pública do Município de São Paulo.....	37
4.3 Acompanhante de idosos: um novo trabalhador no cenário da Política Pública do Município de São Paulo.....	41
5 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO	45
5.1 As origens da Psicodinâmica do Trabalho.....	46
5.2 Trabalho prescrito e trabalho real.....	49
5.3 Identidade.....	51
5.4 Inteligência prática.....	56
6 OBJETIVOS.....	62
6.1 Objetivo Geral.....	63
6.2 Objetivos Específicos.....	63
7 CONFIGURAÇÃO METODOLÓGICA E DE ANÁLISE DOS DADOS.....	64
7.1 Local do estudo.....	65
7.2 Tipo de Pesquisa	66
7.3 Grupos Focais.....	67

7.4 Procedimentos metodológicos adotados para caracterização da população alvo do estudo.....	74
7.5 Procedimentos metodológicos adotados para condução dos grupos focais no estudo.....	75
7.6 Procedimentos metodológicos adotados para análise dos dados.....	80
7.7 Aspectos Éticos.....	82
8 RESULTADOS.....	83
8.1 Categoria: Identidade.....	86
8.2 Categoria: Trabalho prescrito e trabalho real.....	94
8.3 Categoria: Inteligência Prática.....	100
9 DISCUSSÃO.....	105
9.1 Construção da identidade profissional do acompanhante de idosos.....	107
9.2 Constituição da identidade simbólica do acompanhante de idosos e sua relação com o exercício da inteligência prática no cotidiano de trabalho.....	117
10 CONCLUSÕES.....	128
11 ANEXOS.....	134
12 REFERÊNCIAS.....	148

LISTA DE SIGLAS

ACI	Acompanhante de Idosos
ASF	Associação Saúde da Família
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PAI	Programa Acompanhante de Idosos
SABE	Saúde, Bem estar e Envelhecimento
SMS	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
SP	São Paulo
UBS	Unidade Básica de Saúde
URSI	Unidade de Referência à Saúde do Idoso

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Regiões, Subprefeituras e Distritos Municipais de São Paulo.....	65
Quadro 2- Questões disparadoras dos encontros do grupo focal.....	78
Quadro 3- Categorias de análise e unidades de registro.....	85

RESUMO

Batista MPP. *Reflexões sobre o processo de trabalho do acompanhante de idosos do Programa Acompanhante de Idosos (PAI) no município de São Paulo, SP (Brasil)* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI), política Pública do Município de São Paulo, é uma modalidade de atendimento domiciliar a idosos em situação de fragilidade e vulnerabilidade social. O acompanhante de idosos (ACI) é o trabalhador da equipe que com maior periodicidade realiza atividades no domicílio. A proposta desta pesquisa foi apreender diversos aspectos envolvidos no processo de trabalho dos ACIs do PAI, a partir da opinião dos mesmos. Caracteriza-se como estudo qualitativo, exploratório e descritivo que contou com a participação de onze ACIs, membros das primeiras equipes PAI contratadas pela Associação Saúde da Família, instituição parceira executora da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Para alcançar os objetivos propostos, a coleta de dados ocorreu com os ACIs por meio da realização de um grupo focal com quatro sessões, cuja discussão se embasou em um roteiro semi-estruturado. As sessões do grupo foram gravadas em áudio e seu conteúdo transcrito. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática, a partir de categorias previamente definidas pelo referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours, sendo elas: identidade, trabalho prescrito e trabalho real e inteligência prática. Os resultados indicaram que os participantes eram do gênero feminino, com idade entre 32 a 56 anos e a maioria não casados. Nenhum participante referiu ter realizado curso de cuidador antes de ingressar no PAI. Identificou-se que o ACI é uma nova categoria de trabalhadores, e o ineditismo de seu trabalho influencia diretamente na compreensão de sua função por eles mesmos, pelos idosos atendidos e seus familiares, por outros trabalhadores domiciliares contratados pelos idosos e pelos demais profissionais da equipe. Os ACIs consideraram que seu trabalho é dinâmico, o que faz com que se deparem na prática com demandas imprevistas, para as quais a prescrição se mostra insuficiente para respondê-las. Em decorrência do hiato entre seus trabalhos prescrito e real, estes trabalhadores realizam ações não previstas em sua prescrição, o que, apesar de implicar em riscos por eles assumidos, favorece o aperfeiçoamento do próprio trabalho. Os resultados mostraram aspectos que interferem no exercício do trabalho dos ACIs. Estes dados poderão constituir-se como subsídio para as equipes no apoio a estes trabalhadores, bem como para o aprimoramento do PAI.

Descritores: Cuidadores; Serviços de Saúde para Idosos; Saúde do Trabalhador; Política de Saúde; Geriatria.

ABSTRACT

Batista MPP. *Reflections on the work process of the elderly companion of Programa Acompanhante de Idosos (PAI) in the city of São Paulo, Brazil* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2013.

The Programa Acompanhante de Idosos (PAI), public policy of São Paulo city, is a modality of home care for elderly in a fragile and vulnerable social situation. The elderly companion is the team worker who performs activities more frequently at the elderly's. The purpose of this research was to understand various aspects involved in the work process of the elderly companion of PAI according to their own opinion. It is characterized as an exploratory descriptive qualitative study with the participation of eleven elderly companions, members of the first PAI teams contracted by Associação Saúde da Família, executing partner institution of Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. In order to achieve the proposed objectives, the data collection with the elderly companions occurred in a four-session focal group where the discussion was supported by a semi-structured guide. The group sessions were recorded and its content transcribed. The data were analyzed through thematic content analysis based on categories previously defined by the theoretical approach of Psychodynamics of Work of Christophe Dejours, those were identity, prescribed work and actual work and practical intelligence. The results indicated that the participants were female, between 32 and 56 years old, and mostly not married. None of them mentioned having taken any caregiver course before joining PAI. The elderly companion was identified as a new worker category and the novelty of this work influences directly the understanding of their functions by themselves, by the attended elderly and their family members, by other elderly's workers and by other team professionals. The elderly companions described their work as dynamic, what makes them face unexpected demands, for which the prescription was insufficient to provide. Due to the discrepancy between the prescribed work and the actual work, these workers perform actions that were unanticipated by their prescription. Even though this fact may carry risks for themselves, it contributes to the improvement of their own work. The results presented some aspects that interfere in the accomplishment of the elderly companion's work. These data may help the elderly companions' team to support these workers. It may also collaborate to the enrichment of PAI.

Descriptors: Caregivers; Health Services for the Aged; Occupational Health; Health Policy; Geriatrics.

1 APRESENTAÇÃO

O interesse da pesquisadora pelo desenvolvimento da presente pesquisa imbrica-se com seu histórico profissional. A pesquisadora é terapeuta ocupacional graduada pela Universidade de São Paulo, com especialização em Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia pelo Hospital do Servidor Público Estadual.

Em sua trajetória profissional, desde sua graduação, se inseriu no campo da gerontologia e deparou-se com idosos em situação de fragilidade e vulnerabilidade social nas diferentes modalidades de serviço de saúde as quais atuou: hospital geral, hospital de retaguarda, instituição de longa permanência para idosos, ambulatório de Gerontologia, Unidade Básica de Saúde e atenção domiciliar. Em relação a esta última modalidade, destaca-se a atuação da pesquisadora no Programa Acompanhante de Idosos (PAI), Política Pública do Município de São Paulo.

Em todos os locais que atuou, a pesquisadora pôde observar o impacto positivo do auxílio de cuidadores formais na qualidade de vida dos idosos atendidos e na de seus cuidadores informais.

Foi principalmente a partir de seu trabalho como primeira e única terapeuta ocupacional contratada pelo PAI na Associação Saúde da Família (ASF)¹, no período de maio/2009 a março/2012, que se consolidou seu interesse pelo estudo em questão.

O trabalho da pesquisadora no PAI era desenvolvido em atuação conjunta com todas as equipes que compunham o Programa, as quais são compostas pelos seguintes profissionais: assistente social, enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo e acompanhante de idosos (ACI). Destaca-se o ACI como um dos trabalhadores da equipe, cuja atribuição é cuidar de uma diversidade de idosos, respeitando suas singularidades. Seu trabalho implica em grande proximidade com o contexto de vida dos usuários atendidos, requerendo do ACI importante envolvimento emocional e pessoal (São Paulo, 2012a).

¹ A Associação Saúde da Família (ASF) é uma instituição filantrópica não governamental criada em 1992. A ASF tem como missão a elevação da qualidade de vida humana por meio da promoção de atividades culturais, científicas, literárias e educacionais nas áreas de saúde, cidadania, meio-ambiente e desenvolvimento sócio-econômico de comunidades. Atua na área de saúde pública em todo o território nacional, em estreita parceria com os setores público, privado e outras organizações não governamentais com objetivos similares (ASF, 2012).

A organização do processo de trabalho em Terapia Ocupacional embasava-se no compartilhamento e apoio da pesquisadora às práticas em saúde promovidas pelas equipes. As ações eram planejadas e implementadas de forma corresponsável, destacando-se a realização de visitas domiciliares; planejamento e desenvolvimento de capacitações com e para as equipes; participações em eventos promovidos pelas mesmas e reuniões conjuntas para discussão dos casos.

Algumas ferramentas estruturavam o trabalho: o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular. O apoio matricial constitui-se como uma metodologia de trabalho baseada em procedimentos dialógicos que busca fornecer suporte técnico-pedagógico e retaguarda assistencial às equipes de referência. Visa construir espaços coletivos de compartilhamento de saberes e experiências, favorecendo o exercício das diferenças, com vistas a acordar linhas de intervenção e tarefas entre os sujeitos envolvidos. (Campos, 2007). A clínica ampliada é a compreensão do usuário para além de seu diagnóstico, entendendo-o como sujeito singular. Para tanto pressupõe a responsabilização pelo usuário, a interação entre diferentes saberes, a interprofissionalidade e intersetorialidade (Brasil, 2007). O Projeto Terapêutico Singular é entendido como a proposição de condutas terapêuticas, relacionadas a um sujeito coletivo ou individual, advindas de discussão da equipe interdisciplinar (Brasil, 2007).

Nesta experiência, a pesquisadora teve a oportunidade de manter contato estreito com o cotidiano de trabalho dos ACIs, fato que possibilitou a abertura de diálogos para o compartilhamento das dificuldades enfrentadas por estes trabalhadores. Foi no contexto desta experiência que surgiram os questionamentos e as inquietações que motivaram o desenvolvimento do presente estudo.

O primeiro questionamento se relaciona com o reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelos ACIs no desenvolvimento de suas ações. Na experiência prática foi possível observar que os idosos e seus familiares recorrem com maior frequência aos ACIs para pedir informações, apresentar queixas ou para obter resposta às suas necessidades.

O segundo questionamento se relaciona com a existência de dificuldades advindas da característica inerente do trabalho dos ACIs: atuar no domicílio. Reconhece-se que a

entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade e o mundo privado dos usuários, e com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos (Nunes, 2002).

O terceiro diz respeito à constatação dos sentimentos de incapacidade e impotência compartilhados pelos ACIs. Tais sentimentos emergem do contato desses trabalhadores com: situações de vulnerabilidade relacional, social e de violência; precariedade das condições sociais, econômicas e de higiene; distintas condições clínicas dos usuários que predispõe à incapacidade funcional; as múltiplas necessidades de saúde e sociais dos idosos; as relações hierárquicas de poder no interior das próprias equipes.

Além disso, as características inovadoras do PAI reforçaram o interesse pelo desenvolvimento deste estudo. Neste sentido, reconheceu-se que o contexto de implementação e expansão do PAI oferece espaço privilegiado para a investigação.

2 INTRODUÇÃO

O aumento da proporção de pessoas com 60 anos ou mais é um fenômeno mundial que se deve principalmente à redução nas taxas de fertilidade e ao aumento da expectativa de vida. Estima-se que até 2050, existirá no mundo aproximadamente dois bilhões de pessoas nesta faixa etária, sendo 80% nos países em desenvolvimento. Até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (OMS, 2005).

No Brasil as pessoas com 60 anos ou mais representam 11% da população total, com predomínio de mulheres (IBGE, 2010). Segundo dados da Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios (IBGE, 2009), a maior concentração de idosos encontra-se no sudeste do país, com 12,7% do total da população desta região. Em termos de Unidades da Federação, os Estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo são os que apresentam maior porcentagem de idosos, apresentando respectivamente, 14,9%, 13,5%, 11,9% de suas populações.

Nos países em desenvolvimento o fenômeno do envelhecimento populacional têm imposto grandes desafios pois ocorreu de modo acelerado, ao contrário dos países desenvolvidos, nos quais o envelhecimento da população foi um processo gradual. Um dos desafios enfrentados pelos países em desenvolvimento é a carga dupla de doenças, que engloba tanto as doenças infecciosas e transmissíveis, próprias de países em desenvolvimento, quanto as doenças crônicas não transmissíveis, próprias de países desenvolvidos, que, com o envelhecimento, transformam-se nas principais causas de incapacidade, morbidade e mortalidade (OMS, 2005).

O processo de envelhecimento populacional aumenta a prevalência e incidência de doenças crônico-degenerativas que causam incapacidades (Litvoc, Brito, 2004). Porém o envelhecimento não necessariamente cursa com incapacidade, assim a atenção em saúde ao idoso deve abarcar desde o controle, prevenção de doenças e incapacidades ou seu agravamento, até medidas mais amplas de promoção da saúde (Brasil, 2006a). As práticas de cuidado a esta população devem contemplar a heterogeneidade do envelhecimento, respondendo a elas a partir da interdisciplinariedade e multidimensionalidade. Desse modo, devem abarcar a diversidade de respostas às diferentes demandas daqueles que envelhecem (Brasil, 2006a).

A atenção em saúde deve estar embasada em uma linha de cuidados, voltada para as necessidades, habilidades e direitos da pessoa idosa, compreendendo dois eixos: a) a Promoção de Saúde e a integração social; b) o enfrentamento de fragilidades dos idosos, de seus familiares e do sistema de saúde (Brasil, 2006a).

Em relação ao eixo do enfrentamento de fragilidades, recomenda-se: a identificação dos idosos frágeis do território; a promoção da rede social das pessoas idosas para auxílio no cuidado domiciliar; a inclusão da família no cuidado; o aumento da inserção social. É considerado idoso em situação de fragilidade: os idosos institucionalizados, os que se encontram em situação de violência doméstica, os recentemente hospitalizados, os acamados, os com doenças que causam incapacidade funcional e/ou os com incapacidade funcional para pelo menos uma atividade básica de vida diária (Brasil, 2006a).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos”. (Brasil, 2006a) Entende-se por autonomia a capacidade de tomar decisões sobre a própria vida, segundo normas e preferências pessoais. (OMS, 2005). O conceito de independência é compreendido como a capacidade de realizar funções da vida diária com pouco ou nenhum auxílio. (OMS, 2005)

Quanto ao desempenho para atividades de vida diária, 30% dos idosos residentes na cidade de São Paulo apresentam comprometimento para sete ou mais atividades, representando uma sobrecarga para o sistema familiar e de saúde (Duarte, 2003).

Este estudo identificou-se ainda, uma relação hierárquica de perdas de habilidades funcionais ao longo do processo de envelhecimento no que tange às atividades instrumentais e básicas de vida diária. Neste sentido, 26,6% e 19,2% dos idosos apresentou limitações funcionais que dificultam seu desempenho em atividades instrumentais e básicas de vida diária, respectivamente. A acentuação do declínio funcional para estas atividades foi associado ao aumento da idade (Duarte, 2003).

Especialmente aos idosos com dificuldades para as atividades básicas de vida diária, o planejamento assistencial para seu auxílio torna-se essencial. Isto porque, estas atividades se relacionam com a sobrevivência do sujeito, além de que foi identificado

desequilíbrio entre a necessidade de ajuda requerida pelos idosos para desempenho destas atividades e aquela que é efetivamente recebida (Duarte, 2003).

No que tange à rede de apoio informal, identificou-se que os idosos residentes na cidade de São Paulo contam com significativa rede potencial de apoio: 56% residem no domicílio com três ou mais pessoas e 57% possui três filhos ou mais (Saad, 2003). Relevante ressaltar que 13% dos idosos moram sós. Neste grupo a quantidade de idosos que reside sozinho aumenta com a idade, e também há mais mulheres que homens. Identifica-se ainda que os idosos que residem sozinhos são os que apresentam situação mais desfavorável em relação a receber ajuda nas atividades básicas de vida diária, referido por 20% dos idosos deste grupo. Dentre aqueles que residem sozinhos e necessitam de ajuda nestas atividades, a maioria (83%) não recebe auxílio para o desempenho destas (Saad, 2003).

Assim como o observado em São Paulo, há o reconhecimento mundial de que a incapacidade para realização de atividades cotidianas devido às doenças crônicas aumenta conforme a idade (ONU, 2003; OMS, 2005; Batista et.al, 2011).

Neste contexto, o cuidador de idoso surge como uma figura importante para suprir as dificuldades na realização de atividades cotidianas. Para Duarte (2006; 2009) cuidadores de idosos são definidos como aqueles que cuidam de pessoas idosas com dependência.

O termo “Cuidador” refere-se a uma pessoa inserida em um determinado contexto cuja função principal é a de cuidar de alguém que, por faixa etária ou condição física/mental, é incapaz (total ou parcialmente) de se autocuidar (provisória ou definitivamente) sozinho (...) Desta maneira, existe uma relação direta entre a independência do cliente com a existência de um cuidador, ou seja, há sempre o binômio cuidador-indivíduo dependente (Duarte, 2006, p.41)

Suas ações, que fazem interface com as áreas de educação, assistência social e saúde, devem ser pautadas pela solidariedade e equilíbrio emocional e devem ser desenvolvidas com vistas à melhoria da qualidade de vida (Duarte, 2009).

Caracteriza-se o apoio prestado aos idosos dependentes como cuidado formal ou informal. Os sistemas formais de cuidado são constituídos por profissionais e instituições que realizam assistência sob a forma de prestação de serviço, ou seja, pessoa

ou agências comunitárias contratadas para tal finalidade. Os sistemas informais compreendem pessoas da família, amigos e vizinhos, que fornecem apoio e cuidados voluntários ao idoso com incapacidade funcional (Brasil, 1999a).

O estabelecimento de condições para provimento de cuidados e proteção aos idosos pelas famílias e comunidade favorece a permanência do idoso o maior tempo possível de forma independente em sua comunidade. Estas condições se efetivam a partir da promoção de medidas de assistência comunitária e apoio à atenção familiar, que incluem a organização de sistemas de apoio formais para a assistência a longo prazo ao idosos frágeis em seu domicílio (ONU, 2003).

Entende-se como assistência a longo prazo aquela prestada por cuidadores informais e/ou formais à indivíduos com incapacidades para seu autocuidado, englobando serviços comunitários e instituições de longa permanência (OMS, 2005).

Ressalta-se que, à semelhança dos documentos internacionais, a Constituição Federal e as Políticas Públicas brasileiras específicas em Gerontologia prevêm que os programas de amparo aos idosos deverão ser executados preferencialmente em seus lares (Brasil, 1988; Brasil, 1994; Brasil, 1996; Brasil, 1999a; Brasil, 2003a).

No âmbito da saúde, identifica-se o atendimento domiciliar como a modalidade assistencial destinada ao idoso em condições de dependência e que vive só. Tem como finalidade suprir as necessidades de vida diária do idoso, sendo prestado em seu próprio lar e realizado por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade (Brasil, 1996).

Observa-se que o suporte aos idosos dependentes historicamente têm sido conjuntural ou voluntário pela inexistência de outras alternativas eficazes de cuidados às pessoas dependentes (Duarte, 2006). Portanto, é de fundamental importância a articulação entre os sistemas de cuidado informal e formal, além de que este último deve ser fortalecido e acessível para todos (OMS, 2005).

Assim, mundialmente reconhece-se que os sistemas informais são essenciais para o cuidado com os idosos dependentes (Hellstrom, Hallberg, 2004). Também no cenário Brasileiro, a família, em especial os membros do gênero feminino, tais como esposas e

filhas, é considerada o mais eficaz sistema de apoio aos idosos dependentes (Brasil, 1999a; Duarte, 2006).

Entretanto os cuidadores informais, frequentemente mulheres idosas, devem ser amparados na prestação de auxílio aos idosos e no cuidado consigo mesmo, uma vez que é reconhecido que a tarefa de cuidar pode levar ao adoecimento do próprio cuidador. Para tanto, é essencial o fornecimento de informações que amparem os cuidadores no cuidado, bem como a garantia de acesso a serviços de apoio (OMS, 2005).

No que tange à realidade Brasileira, é preciso levar em consideração, na formulação das Políticas para este segmento populacional, mudanças sociais que atualmente influenciam diretamente o suporte informal aos idosos, em especial às modificações estruturais da família (Brasil, 1999a). Identifica-se que mudanças econômicas, sociais e assistenciais têm modificado bastante a estrutura da família, retirando do papel de cuidador aqueles membros que tradicionalmente o assumiam (Duarte, 2006). Tais transformações decorrem principalmente: da redução da taxa de fecundidade, com conseqüente diminuição do número de filhos por casal; da contínua migração dos mais jovens, do número crescente de divórcios e segundo ou terceiro casamento e do aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe (Brasil, 1999a; Duarte, 2006).

Estas mudanças de deram de forma acelerada, dificultando a adequação estrutural necessária para auxílio aos idosos dependentes e seus familiares na prestação de cuidados. Ao contrário, se observa a negligência quanto ao planejamento programado para a manutenção da saúde dos cuidadores (Duarte, 2006).

Neste contexto, a contratação de cuidadores formais se apresenta como uma das alternativas para auxiliar o cuidador informal a diminuir a sobrecarga advinda do cuidar. A figura do cuidador formal é uma força complementar à assistência prestada pela família aos idosos dependentes (Duarte, 2006). Contar com alguém que auxilie o idoso no cuidado é um dos indicativos para sua permanência por maior tempo possível em seu domicílio (Hellstrom, Hallberg, 2004).

Identifica-se a relevância de políticas públicas em gerontologia que considerem a ampliação do auxílio de cuidadores formais para favorecer a qualidade de vida do idoso cuidado e de seus cuidadores informais (Hellstrom, Hallberg, 2004)

No cenário brasileiro, as discussões acerca da temática dos cuidadores formais afirmam sua importância no cuidado ao idoso, e se direcionam a adequada regulamentação da função, com vistas à profissionalização. Atualmente a tarefa de cuidador de idosos é considerada uma ocupação pela Classificação Brasileira de Ocupações (Brasil, 2002b).

Porém ainda são restritas as iniciativas que incluem os cuidadores formais na assistência prestada em âmbito público. Internacionalmente há experiências reconhecidas na Inglaterra, Portugal e Argentina, porém no contexto brasileiro o PAI é a única experiência expressiva nesta direção. Nele os ACIs são os cuidadores formais que integram a equipe (Paschoal, 2012²).

Tal Programa, pioneiro e inovador, compõe a Política Pública Municipal de São Paulo (Berzins, 2011; Berzins, Paschoal, 2009; Paschoal, 2012²). Suas diretrizes estão em plena conformidade com o preconizado pelos documentos e legislações nacionais e internacionais que norteiam as ações a serem realizadas neste campo de atuação. O PAI revela-se como estratégia valiosa para promoção de equidade, acessibilidade, exercício de direitos e atenção integral aos idosos (Paschoal, Berzins, 2009).

Tamanha é sua importância e notoriedade, que foi contemplado com prêmios de reconhecimento, dentre os quais destacam-se: em 2007, a 9ª edição do Concurso Banco Real Talentos da Maturidade, na categoria Programas Exemplares; em 2008 no XXIV Congresso Nacional das Secretarias Municipais e no V Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura da Paz foi reconhecido como uma das vinte experiências exitosas do Sistema Único de Saúde; em 2008 recebeu menção honrosa no XXII Congresso de Secretários

² Dados obtidos a partir de entrevista realizada no dia 10/11/2012 com Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal, da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo- Coordenação da Atenção Básica, visando a caracterização do histórico de implementação e fluxo do Programa Acompanhante de Idosos. A divulgação da identificação do entrevistado e dos dados de entrevista foi autorizada por ele. (Anexos B e C)

Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Berzins, Paschoal, 2009; São Paulo, 2012a).

Por se tratar de iniciativa recente, ainda não existem estudos publicados sobre o PAI e conseqüentemente sobre as atividades dos ACIs. Contextualiza-se a inexistência de pesquisas sobre estes cuidadores formais na constatação mais ampliada sobre a restrita literatura que aborde o processo de trabalho de cuidadores formais de idosos.

É neste contexto que se propõe o desenvolvimento desta pesquisa, cujo objetivo geral é apreender, por meio de método qualitativo, diversos aspectos envolvidos no processo de trabalho dos ACIs do PAI no município de São Paulo, SP (Brasil), a partir da opinião dos mesmos.

Considera-se que esta pesquisa potencialmente favoreça o aprimoramento dos ACIs e de suas práticas laborativas. Ainda, contribui com o aprimoramento do PAI e com o aprofundamento da discussão sobre o tema cuidadores de idosos.

Para apoiar esta reflexão, os referenciais teóricos que embasam a pesquisa são as políticas públicas, em especial às referentes ao campo da gerontologia, e a teoria da Psicodinâmica do Trabalho (Lancman; Uchida, 2003; Lancman, 2004; Dejours, 2005; Lancman, 2007; Dejours, 2008a; Dejours, 2008b; Dejours, 2008c; Dejours, 2008d; Dejours, 2008e; Dejours, 2008f; Uchida et.al, 2010).

O processo de trabalho é entendido nesta pesquisa à luz da teoria da Psicodinâmica do Trabalho, a qual estuda os aspectos subjetivos da organização do trabalho e os diversos elementos envolvidos no trabalho, pouco conhecidos para trabalhadores em geral e para os profissionais da área da saúde, em particular. Esta teoria considera que a organização prescrita do trabalho é sempre imperfeita e inacabada, além de inaplicável, caso se restrinja às regras estipuladas. Neste sentido, o trabalho é uma atividade para se realizar o que ainda não se prescreveu pela organização do trabalho. O ato de trabalhar, nesta perspectiva, é um espaço de confronto entre o indivíduo, com suas crenças, valores e concepções, e seu contexto real de trabalho. Este último é permeado pelas condições concretas para sua realização e organização. O exercício desse confronto coloca a possibilidade do desenvolvimento do próprio indivíduo, além de lhe permitir contribuir no aprimoramento do trabalho, a partir de seus conhecimentos e inteligência (Lancman;

Uchida, 2003; Lancman, 2004; Dejours, 2005; Lancman, 2007; Dejours, 2008a; Dejours, 2008b; Dejours, 2008c; Dejours, 2008d; Dejours, 2008e; Dejours, 2008f; Uchida et.al, 2010).

Algumas das categorias estudadas nessa teoria foram selecionadas para amparar a análise dos resultados. São elas: identidade; trabalho prescrito e trabalho real e inteligência prática.

Esta dissertação é organizada em eixos: as bases teóricas que embasam o desenvolvimento do estudo; os procedimentos metodológicos utilizados; os resultados obtidos a partir da coleta de dados, sua discussão a partir do aporte teórico de referência e as considerações finais.

Os três primeiros capítulos compõe o aporte teórico desta dissertação. No primeiro capítulo, se descreve brevemente o histórico sobre a discussão acerca de cuidadores formais de idosos no cenário brasileiro, uma vez que é nesta categoria de trabalhadores que está circunscrito o acompanhante de idosos. Reconhece-se a vasta e importante literatura sobre cuidadores informais de idosos, porém, em conformidade com os objetivos desta dissertação, esta aborda especificamente os cuidadores formais.

No segundo capítulo apresenta-se o Programa Acompanhante de Idosos. No terceiro capítulo são apresentados elementos da teoria da Psicodinâmica do Trabalho para subsidiar a análise dos resultados. No quarto capítulo são descritos os objetivos da pesquisa. No quinto são descritos e justificados os procedimentos de pesquisa utilizados. No sexto capítulo os resultados são apresentados e analisados, prioritariamente por meio de categorias referenciadas na teoria da Psicodinâmica do Trabalho. No sétimo capítulo, de discussão, são discutidas a síntese desta análise. No oitavo capítulo são apresentadas as conclusões e elencados os pontos que poderão ensejar questionamentos que possam favorecer o desenvolvimento de futuras pesquisas sobre o tema.

3 CUIDADORES FORMAIS NA ASSISTÊNCIA EM GERONTOLOGIA

3.1 Aspectos que interferem no cuidado de idosos dependentes por cuidadores formais

Na última década um novo modelo de cuidados ao idoso tem sido proposto. Este modelo inclui diferentes atores envolvidos no processo de cuidado, que afetam a saúde e bem-estar dos idosos. É um modelo compreendido a partir de uma relação triádica, que engloba o próprio idoso, seu cuidador informal e cuidador formal (Talley, Crews, 2007).

Assim, cuidadores formais são atores centrais do trabalho em Gerontologia. Admite-se que a qualidade de seu relacionamento com o idoso e que sua tomada de decisões na atividade cotidiana do cuidado têm enorme impacto para a pessoa cuidada (Mollot et. al, 2006).

Em estudo que buscou conhecer quais são os fatores determinantes na prestação de auxílio por cuidadores domiciliares formais e informais a idosos com 75 anos ou mais que necessitam de ajuda para realização das atividades de vida diária encontrou-se diferenças no perfil de idosos que recebem auxílio somente de cuidadores formais, somente de informais e de ambos os cuidadores (Hellstrom, Hallberg, 2004). Os autores identificaram que os idosos que recebiam auxílio de cuidadores formais e informais eram mais velhos, não eram capazes de permanecer sozinhos no domicílio, apresentaram menor pontuação em teste de qualidade de vida e necessitavam de maior auxílio nas atividades básicas e instrumentais de vida diária em comparação com os outros dois grupos. Já os idosos que recebiam auxílio somente de cuidadores informais eram significativamente mais jovens, com maior frequência casados, geralmente residiam com outra pessoa e apresentavam maior pontuação em testes de qualidade de vida quando comparado aos outros dois grupos. Em relação aos idosos que recebiam auxílio somente de cuidadores formais, estes tinham menor número de filhos, eram mais frequentemente solteiros, geralmente residiam sozinhos, e apresentavam maior nível de capacidade funcional (Hellstrom, Hallberg, 2004).

Este mesmo estudo observou que o auxílio por cuidadores formais era prestado a idosos com menor rede de suporte social e com menor necessidade de auxílio. A estes idosos, os cuidadores formais auxiliavam especialmente nas atividades instrumentais de

vida diária. Aos idosos com maior nível de dependência, os cuidadores formais, em conjunto com cuidadores informais, prestavam auxílio para realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária (Hellstrom, Hallberg, 2004).

Ao contratar um cuidador formal, a família espera que este possa atender às diferentes demandas do idoso, tanto aquelas que se referem ao cuidado propriamente dito, quanto as que se referem ao suporte para as atividades de vida diária (Kawasaki, Diogo, 2001).

Porém o cuidado demanda o fornecimento de conhecimentos que empoderem e amparem os cuidadores em sua prática (Mollot et. al, 2006). A Política do Envelhecimento Ativo ressalta a necessidade do apoio aos cuidadores formais, particularmente àqueles não especializados, com baixa posição social e profissional, a partir da promoção de condições adequadas de trabalho e de remuneração, e oferta de treinamento e educação em conteúdos referentes à gerontologia e à necessidade dos idosos (OMS, 2005).

Para esta finalidade é de fundamental importância conhecer quais aspectos influenciam positivamente ou negativamente no exercício do trabalho dos cuidadores formais.

A diminuição ou perda da funcionalidade do idoso é um aspecto identificado como importante preditor de estresse do cuidador e um dos fatores que contribuem para a prática de violência contra a pessoa idosa (Ayalon, 2009, Rodrigues et.al., 2001; Miyamoto et. al., 2010, Stark, 2011).

Outros fatores que influenciam o trabalho de cuidadores formais são: a) os fatores subjetivos, tais como a empatia, carinho, a compaixão e a paciência, mencionadas como importantes ferramentas para se lidar com as dificuldades advindas dos distúrbios de comportamentos dos idosos; b) as representações sociais dos cuidadores sobre a fase do envelhecimento; c) as competências pessoais dos cuidadores para lidarem com os desafios impostos pelo trabalho. Como exemplo, identificou-se que cuidadores que demonstraram baixa resiliência, apresentaram menor engajamento com o trabalho e maior propensão ao burnout (Ayalon, 2008, Ayalon, 2009, Rodrigues et.al, 2001; Carvalho, 2006).

Em estudo conduzido com cuidadores formais de idosos, encontrou-se que para muitos dos cuidadores o envelhecimento é representado como uma fase triste, de degradação, que implica necessariamente em dependência e na qual não se é possível ter projetos de vida. Os autores afirmam que esta representação social de envelhecimento influencia negativamente nas atitudes dos cuidadores de idosos, que se traduzem em pouca motivação e menor implicação no trabalho, além de comportamentos maternos para com a pessoa cuidada. Ainda, este estudo identificou que a experiência de cuidado de idosos com declínio funcional faz com que os cuidadores realizem projeções de seu próprio envelhecimento, que receiam ser marcado pela dependência (Rodrigues et.al, 2001).

Outros aspectos que interferem no trabalho é a restrita experiência prévia no cuidado com idosos e o pouco conhecimento anterior acerca das questões relativas ao envelhecimento (Ayalon, 2009; Rodrigues et.al, 2001). Porém a literatura ressalta que os cuidadores formais apresentam conhecimentos advindos de sua prática no cuidado com os idosos. Os cuidadores mencionaram que o cotidiano de trabalho se apresenta como lugar de aprendizado sobre o cuidado. Este aprendizado se dá a partir da troca de experiências com outros cuidadores, da observação da atuação dos colegas de trabalho e da experiência vivenciada com os idosos e suas famílias (Rodrigues et.al, 2001). Neste contexto, os autores apontam que é fundamental, na intervenção profissional voltada aos cuidadores formais, o encorajamento para exercício de suas técnicas aprendidas na prática cotidiana do trabalho (Rodrigues et.al, 2001, Ayalon, 2009).

As intervenções direcionadas a cuidadores formais devem também oferecer-lhes uma ampla gama de informações sobre as condições clínicas e necessidades específicas relacionadas ao cuidado dos idosos (Rodrigues et.al, 2001, Ayalon, 2009). Isto porque, alguns cuidadores referem não sentirem-se preparados para realizar as atividades requeridas para exercício de sua função, apontando a capacitação e participação em atividades terapêuticas como fatores facilitadores para exercício de seu trabalho (Rodrigues et.al, 2001; Macken, Sawyer, 2001).

Em relação às capacitações, os cuidadores referem que estas: a) fornecem conhecimentos que podem ser aplicados na prática cotidiana; b) constituem-se como

oportunidades de reflexão sobre temas relacionados ao envelhecimento (Rodrigues et.al, 2001); c) configuram-se como oportunidade de maior compreensão das necessidades sociais e psicológicas dos idosos e familiares; d) aumentam o sentimento de satisfação com o trabalho e de auto-eficácia (Macken, Sawyer, 2001).

Já a participação dos cuidadores formais nas atividades terapêuticas que utilizam técnicas expressivas, foi apontada como uma forma de amenizar o sofrimento vivenciado pelos cuidadores no trabalho (Rodrigues et.al, 2001)

Em outro estudo conduzido com cuidadores formais de idosos com demência, estes apontaram os seguintes fatores que dificultam o cuidado: permanecer acordado no período da noite, devido aos distúrbios de sono dos idosos; a necessidade de supervisão constante do idoso; lidar com comportamentos dos idosos que afetam outros, tais como os considerados agressivos e inapropriados (Ayalon, 2009; Miyamoto et. al., 2010).

Pelo exposto, identifica-se que distintos aspectos incidem sobre o cuidado prestado por cuidadores formais aos idosos em situação de dependência e que influenciam no desempenho de seu trabalho.

Outro aspecto fundamental que se relaciona à temática dos cuidadores formais de idosos são as atividades passíveis de serem desenvolvidas pelos mesmos, conforme sua atribuição profissional.

Kawasaki e Diogo (2001) identificaram, em anúncios colocados na imprensa de um município do Estado de São Paulo, conflitos relacionados à atribuição de papéis de cuidadores formais de idosos no âmbito assistencial. Encontrou-se neste estudo uma diversidade de atividades oferecidas pelos cuidadores, as quais foram descritas agrupadas por blocos no artigo (Kawasaki, Diogo, 2001). Dentre as atividades relacionadas à integridade cutânea, higiene, locomoção e movimentação, a maioria dos acompanhantes afirmaram realizar transferência, banho de aspersão, banho de leito, hidratação e lubrificação da pele, massagem de conforto, mudança de decúbito, curativos. Nas atividades relacionadas à alimentação, os cuidadores realizavam todas etapas desta atividade quando a alimentação era dada por via oral, e não realizavam os procedimentos relacionados à administração de dieta enteral (Kawasaki, Diogo, 2001).

Em relação às atividades relacionadas às eliminações, apesar de alguns cuidadores não possuírem curso específico de formação em enfermagem, houve acompanhantes que referiram realizar as seguintes atividades, consideradas específicas de enfermagem, sem a orientação de um profissional responsável: sonda vesical de demora, cuidados com a colostomia e lavagem intestinal. Em relação às atividades que se relacionavam com tratamento e medicação, foi encontrado que alguns cuidadores formais se dispunham a administrar medicação pelas vias tópica, nasal, auricular, ocular, subcutânea, intramuscular, intradérmica, endovenosa, bem como instalar venóclise (Kawasaki, Diogo, 2001).

Em relação às atividades instrumentais de vida diária, a maioria referiu que cuidavam do preparo das refeições e do cuidado com as roupas, além da limpeza da casa e atividades extradomiciliares, tais como fazer compras e ir ao banco (Kawasaki, Diogo, 2001).

Frente à diversidade de atividades exercidas, os autores afirmam que a realização de atividades em saúde pelos cuidadores, ainda que consideradas de menor complexidade, requerem conhecimentos específicos ou orientação de profissionais especializados, uma vez que podem expor os idosos a riscos decorrentes do cuidado inadequado dispensado. Esta observação é ainda mais crítica nas atividades desempenhadas por cuidadores formais e que exigem formação específica em enfermagem, as quais os cuidadores referiram não possuir. A literatura aponta que tal fato, além de representar graves riscos aos idosos, é considerada como atividade ilegal (Kawasaki, Diogo, 2001).

As atividades de cuidadores formais de idosos também é identificada como questão presente nas discussões nacionais acerca do tema. Considerou-se relevante a contextualização do leitor sobre o histórico destas discussões, o que será abordado no item a seguir.

3.2 Cuidadores formais de idosos: principais marcos de discussão no Brasil

No cenário Brasileiro, a discussão pelo Governo Federal acerca da temática dos cuidadores formais ganhou visibilidade em 1998. Esta questão adveio de uma demanda social organizada e pautada nos princípios da Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 (Duarte, 2006).

Mas foi em 1999, com a Política Nacional de Saúde do Idoso, que se estabeleceu a definição de cuidador. Este é entendido como uma pessoa que, com ou sem remuneração, realiza o cuidado do idoso dependente ou doente na realização de suas atividades diárias, excluindo-se os procedimentos ou técnicas legalmente regulamentados por outras profissões, em especial da área da enfermagem (Brasil, 1999a).

Também neste ano, foi expedida a Portaria Interministerial n 5.153/99, que instituiu o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, sob coordenação de uma Comissão Interministerial, constituída por representantes da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Na referida Portaria preconizou-se o estabelecimento de protocolos específicos com as entidades não-governamentais e com as universidades, com vistas à capacitação de cuidadores institucionais e domiciliares, familiares e não-familiares (Brasil, 1999b).

O Programa Nacional de Cuidadores de Idosos objetivou qualificar a atenção ao idoso em nível nacional. Para tanto, realizou capacitação com o objetivo de treinar multiplicadores para ministrar oficinas em seus locais de origem, em conformidade com as especificidades de cada região (Duarte, 2006; Duarte, 2012³).

Enfatizou-se que o público alvo eram tanto os cuidadores familiares quanto os institucionais, e o foco do Programa consistia na promoção de saúde, prevenção e/ou

³ Dados obtidos a partir de entrevista realizada com a Profa Dra Yeda Aparecida de Oliveira Duarte do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no dia 21 de novembro de 2012. Esta entrevista foi gravada e transcrita. A divulgação da identificação da entrevistada e dos dados de entrevista foi autorizada por ela (Anexos D e E)

manutenção, pelo maior tempo possível, da capacidade funcional dos idosos. (Duarte, 2012³; Duarte, 2006).

Ainda segundo Duarte (2012³) contextualiza-se a promulgação da referida Portaria em um momento em que se tinha no Brasil a necessidade de geração de emprego para pessoas com ensino fundamental. Daí a concretização do Programa ser financiada pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador do Ministério do Trabalho e Emprego- FAT (Duarte, 2012³).

Para difusão do conhecimento em âmbito nacional idealizou-se a lógica da progressão geométrica, ou seja, os primeiros trinta multiplicadores capacitados desenvolveriam cursos para outros trinta, e assim sucessivamente. Esperava-se que ao final de cinco anos, cinco mil pessoas fossem capacitadas. Em avaliação deste projeto, identificou-se que oficinas foram realizadas em diferentes locais do país, porém o número de multiplicadores capacitados estimado inicialmente não foi atingido (Duarte, 2012³).

No entanto, o surgimento de distintos programas de orientação de cuidadores em âmbito nacional suscitou questionamentos, especialmente dos profissionais da saúde da área de enfermagem, em relação a quais seriam as atividades passíveis ou não de serem delegadas aos cuidadores, e como e quem os orientaria para execução das mesmas. Isto porque, o entendimento e desenvolvimento de algumas capacitações aos cuidadores foram conflituosas com a lei de exercício dos profissionais de Enfermagem, o que gerou confronto com os respectivos Conselhos Regionais (Duarte, 2006).

Como uma das iniciativas relevantes para discussão nacional sobre as questões legais e assistenciais relacionadas às atividades desenvolvidas por cuidadores, foi realizado em 2001 um Workshop na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- USP/SP. Neste evento estiveram presentes representantes do: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, Ministério da Previdência Social, Secretaria Estadual de Saúde, profissionais enfermeiros, universidades públicas, instituições de longa permanência, serviços públicos e privados de Assistência Domiciliar (Duarte, 2006).

No evento refletiu-se que a área de exercício profissional da enfermagem é diretamente relacionada ao planejamento e realização de ações voltadas para o cuidado.

Neste sentido, é de grande relevância a presença do enfermeiro na orientação aos cuidadores, o que pode ser realizado por meio de ações no âmbito individual ou por meio de cursos (Duarte, 2006).

Entendeu-se, porém, que as orientações fornecidas ao cuidadores devam se relacionar somente com o auxílio no exercício das atividades de vida diária, já que o cuidador, familiar ou não, é frequentemente um leigo. À exceção desta afirmação, reiterou-se que as atribuições dos cuidadores se restringem à ajuda no desempenho destas atividades cotidianas, mas compreendeu-se que há situações em que a indisponibilidade de pessoas e/ou de serviços qualificados impede a realização de procedimentos de cuidados, e que são do âmbito da enfermagem. Nestas circunstâncias, cabe ao enfermeiro tais orientações aos cuidadores, registrando detalhadamente sua conduta em prontuário do paciente. Ainda, entendeu-se que embora o enfermeiro não seja o executor da ação, a qual fica delegada ao cuidador, é dele a responsabilidade por elas (Duarte, 2006)

Ressaltou-se ainda que o cuidador não deve ser visto como alguém cuja função seja apenas cumprir determinações dos profissionais de enfermagem ou de outros presentes na situação de cuidado (Duarte, 2006).

Outro marco histórico acerca da questão dos cuidadores formais foi o ano de 2002, no qual o Código Brasileiro de Ocupações foi reeditado, o que resultou no reconhecimento da ocupação de cuidador (Duarte, 2006)

Neste mesmo ano, foi instituída a Portaria GM n.º 702/2002, que determinava a criação de mecanismos para implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, as quais seriam integradas pelos hospitais gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (Brasil, 2002a). A partir desta portaria afirmou-se a necessidade de constituição de uma rede formal de apoio, acompanhamento e orientação de cuidadores de idosos com incapacidades (Duarte, 2006).

Também neste ano, a Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa em conjunto com a Escola de Enfermagem da USP iniciaram reflexão com vistas a resgatar a idéia preconizada pela Portaria Interministerial n 5.153/99 (Duarte, 2012³).

Em 2003, na Trigesima Oitava Reunião Ordinária entre o Ministério da Assistência Social (MAS), o Fórum Nacional de Secretários(as) de Estado da Assistência Social (FONSEAS), e o Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS), foi reapresentada a cópia da Portaria no. 5,153/99, a fim de em um prazo de 60 dias, fosse elaborado o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Para tanto, foi submetida à apreciação uma proposta de capacitação aos profissionais de Estados e Municípios que operam a Rede de Serviços de Ação Continuada (Rede SAC) do Ministério do Desenvolvimento Social. A capacitação seria desenvolvida entre setembro e novembro daquele ano, de forma descentralizada, com apoio dos técnicos dos ministérios, in locus nos Estados e Municípios, visando a qualidade da operacionalização do trabalho (Brasil, 2003b).

Ainda segundo Duarte (2012³) nesta lógica de retomada do Programa Nacional de Cuidadores, a Portaria Interministerial n 5.153/99, ainda vigente, foi aditada pela Portaria Interministerial n5 de 16 de junho de 2003.

A proposição de 2003 embasou-se na criação de uma rede de apoio aos cuidadores formais de pessoas incapacitadas, o que incluía os idosos (Duarte, 2012³). A formação desta rede impactaria positivamente na qualidade de vida desta população (Duarte, 2006)

Esta rede seria criada a partir da identificação, pelas Unidades Básicas de Saúde e Equipes do Programa Saúde da Família, das pessoas incapacitadas residentes em seus territórios de abrangência que necessitariam de cuidadores. Para atenção a estas pessoas, os profissionais de saúde da rede de Atenção Básica, os cuidadores de idosos de instituições e os cuidadores familiares ou indicados pela família, receberiam capacitação para o cuidado. O conteúdo abordado deveria ser adequado às realidades e demandas locais (Duarte, 2012³).

Ainda, ressalta-se que a lógica de criação desta rede não seria somente de orientação, mas de uma rede de acompanhamento, ou seja, as equipes de saúde da Atenção Básica seriam responsáveis por acompanhar os cuidadores formais de seu território. Este projeto foi aprovado para execução em âmbito nacional, porém não entrou em vigor (Duarte, 2012³).

Posteriormente em 2007, concretizou-se outro espaço de discussão de relevância sobre o tema dos cuidadores de idosos no Brasil. Este se deu por meio da oficina realizada em Blumenau, coordenada pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa e pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (Duarte, 2009). Este espaço de discussão teve a intenção de retomar o trabalho iniciado em 2003 (Duarte, 2012³).

A oficina teve dois pilares estruturais de discussão acerca desta questão: os cursos destinados aos cuidadores para exercício desta função, e a capacitação de formadores para ministrarem estes cursos (Duarte, 2009; Duarte, 2012³).

Discutiu-se que o treinamento destes distintos profissionais deveriam ser interrelacionados. Neste sentido, considerava-se importante que nas aulas práticas do curso de cuidadores, participassem também seus formadores, a fim de permitir maior apreensão pelos formadores da realidade e dificuldades de seu público alvo (Duarte, 2012³).

Outra questão abordada na oficina foi a definição do que é um cuidador. Defendeu-se que o cuidador é alguém que presta auxílio ao idoso nas atividades que ele apresenta dificuldade para realizar de forma independente. Outro ponto central desta discussão é que o cuidador é híbrido, ou seja, ligado aos Ministérios da Saúde e da Assistência Social e Combate a Fome. É neste sentido que se destaca o fato das Portarias relacionadas aos cuidadores serem interministeriais (Duarte, 2012³).

Outro ponto de discussão relacionou-se com a escolaridade mínima exigida para desempenho da função de cuidador de idoso, tema este que foi controverso na oficina. Os especialistas da área de gerontologia apontavam que se exigisse o ensino fundamental, na lógica já pensada anteriormente pelo Programa Nacional de Cuidadores. Já para o Ministério da Saúde, esse requisito deveria ser o ensino médio, uma vez que para este Órgão Público, a formação dos cuidadores no âmbito público seria realizada pelas Escolas Técnicas de Saúde (Duarte, 2009; Duarte, 2012³).

No que tange à discussão sobre a formação dos cuidadores, foi consenso na oficina a necessidade do formador ser um profissional de nível universitário das áreas de saúde, serviço social ou educação. Além desses requisitos, os formadores deveriam ter

conhecimentos gerais sobre saúde, com ênfase naqueles referentes ao envelhecimento e cuidados à pessoa idosa com distintos níveis de dependência (Duarte, 2009).

Discutiu-se também que na orientação aos cuidadores, caberia aos formadores proporcionar uma construção conjunta do conhecimento, adaptado às realidades locais, a partir de práticas pedagógicas de problematização sobre o processo de trabalho do cuidador (Duarte, 2009).

Compreendeu-se ainda que os conteúdos e formas de abordagem nos cursos seriam distintos quando se considera que estes sejam ministrados a cuidadores formais ou a cuidadores informais (Duarte, 2009; Duarte, 2012³).

Na oficina foram estabelecidos eixos integradores a serem abordados nos cursos. São eles: Eixo 1 – Estímulo à participação social, familiar e comunitária, à socialização, à interação e à comunicação verbal e não verbal; Eixo 2 – Identificação dos níveis de dependência do idoso na realização das atividades de vida diária e sua necessidade de auxílio. Destaca-se que as ações devam ser norteadas pela manutenção e/ou resgate da independência e autonomia, conforme o contexto social e valores éticos, espirituais, religiosos e culturais do idoso. Este eixo compreende também a identificação das necessidades de cuidado do idoso, incluindo fatores que incidem sobre a saúde; Eixo 3 – Reconhecimento de situações de urgência e emergência e prontidão para ação em situações imprevistas, sob orientação profissional e em conformidade com suas atribuições; Eixo 4 – Promoção de ambientes seguros e reconhecimento de condições de risco, acidentes e violência; Eixo 5 – Aquisição e disseminação de conhecimentos acerca da legislação, recursos e locais de reivindicação dos direitos do cidadão idoso (Duarte, 2009).

Neste sentido foram definidos conteúdos mínimos a serem abordados nos cursos, que embasaram àqueles realizados em diferentes regiões brasileiras após a oficina: Acre, Mato Grosso do Sul, Alagoas, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Blumenau. Tais cursos foram financiados pelo Ministério da Saúde por meio das SGTES- Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (Duarte, 2012³).

O material didático do Ministério da Saúde foi encaminhado para o CEFOR (Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria

Municipal de Saúde) das distintas regiões. Ressalta-se que os eixos temáticos que deveriam ser ministrados eram centralizados, conforme conteúdo estipulado, porém a forma de abordagem deveria ser discutida nos diferentes locais para adequação à cada realidade (Duarte, 2012³).

Em São Paulo, por iniciativa da Universidade de São Paulo, em parceria com o Ministério da Saúde, porém sem o financiamento deste, foi também realizado curso de cuidadores. Mas norteando-se pelo princípio que regia as discussões da oficina de Blumenau, também foi realizado curso para formadores, concomitante e interrelacionado ao curso de cuidadores. A realização destes dois cursos interrelacionados só ocorreu em São Paulo (Duarte, 2012³).

Em relação à discussão acerca dos diplomas normativos referentes à questão dos cuidadores formais no contexto brasileiro, considerou-se importante apresentar os aspectos regulatórios atuais que incidem sobre esta função, o que será melhor abordado no tópico a seguir.

3.3 Cuidadores formais de idosos: aspectos regulatórios na atualidade

Atualmente no Brasil, os cuidadores formais de idosos são considerados uma função identificada na “Classificação Brasileira de Ocupações- CBO” por meio do código 5162-10. A CBO ressalta que esta família não compreende a 3222, ou seja, técnicos e auxiliares de enfermagem (Brasil, 2002b).

Na descrição sumária da família e das condições gerais do exercício do trabalho, a CBO (Brasil, 2002b) dispõe sobre os cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos- código 5152:

Cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. [...] O trabalho é exercido em domicílios ou instituições cuidadoras de crianças, jovens, adultos e idosos. As atividades são exercidas com alguma forma de supervisão (Brasil, 2002b)

Na CBO (Brasil, 2002b), são sinônimos para cuidador de idoso: Acompanhante de idosos, Cuidador de pessoas idosas e dependentes, Cuidador de idosos domiciliar, Cuidador de idosos institucional, Gero-sitter. Para a CBO, o exercício da função de cuidador exige que a pessoa seja formada em cursos livres com carga horária de 80/160 horas, ter no mínimo 18 anos de idade e ter ensino fundamental completo. O cuidador pode ser um trabalhador assalariado ou autônomo, e seus horários de trabalho podem se dar por revezamento de períodos/ turnos ou por tempo integral (Brasil, 2002b).

Dentre as atividades passíveis de serem desenvolvidas pelos cuidadores de idosos estão: a) cuidar da pessoa idosa, que compreende especialmente o estímulo no desempenho de atividades de vida diária e auxílio em sua execução; estar atento e comunicar informações cotidianas aos responsáveis; b) cuidar da saúde da pessoa idosa, principalmente no que diz respeito a observar sinais e sintomas referentes à saúde e alterações de comportamento, comunicando os profissionais responsáveis; seguir recomendações dos profissionais da saúde; realizar manuseio adequado de pessoas com limitações físicas; acompanhar o idoso em consultas e tratamentos clínicos; auxiliar nas terapias físicas e ocupacionais; controlar horários e ingestão de medicamentos; c) promover o bem-estar do idoso, no que tange a oferecer escuta e apoio emocional; estimular atividades que favoreçam a afetividade; respeitar o idoso em suas necessidades, valores e hábitos; estimular a independência; auxiliar na orientação e recuperação da afetividade, autoestima e crenças espirituais; realizar encaminhamento a outros profissionais; d) cuidar da alimentação especialmente na participação da elaboração do cardápio, controle da despensa, observando a qualidade e validade dos alimentos; realizar compras; preparar, servir, estimular e prestar auxílio na alimentação, atentando-se para a variedade de alimentos, ingestão de líquidos e hábitos alimentares; e) cuidar do ambiente domiciliar ou institucional, no que tange a cuidar dos afazeres domésticos, da roupa e dos objetos pessoais do idoso; administrar o dinheiro recebido; realizar recomendações quanto à adequação ambiental, com vistas à prevenção de acidentes e a manutenção da limpeza e organização do ambiente; realizar preparo do leito em conformidade com as necessidades dos idosos; f) incentivar a cultura e a educação, que se refere à estimular o gosto pelo esporte, música e dança; realizar

leituras, selecionando livros, revistas e jornais; g) acompanhar a pessoa em atividades externas, tais como: culturais, sociais, religiosas e de lazer, em passeios e viagens, realizando o planejamento e execução de tarefas para sua viabilização; comunicar os responsáveis quanto à saída do idoso (Brasil, 2002b).

O desempenho destas atividades demanda que o cuidador de idosos deva apresentar as seguintes competências: a) apresentar preparo físico e emocional, empatia, paciência, criatividade, discrição, iniciativa e honestidade b) demonstrar capacidade de: acolhimento, escuta, percepção, adaptação, tomada de decisões, administração do tempo, reconhecimento dos limites pessoais, busca de informações e orientações técnicas; c) respeitar a privacidade dos idosos; d) manter a calma em situações críticas; e) transmitir valores a partir da fala e do próprio exemplo (Brasil, 2002b).

Considera-se que esta função necessita ser estruturada com o intuito de se qualificar a intervenção dos trabalhadores (Brasil, 2004). Atualmente destaca-se, à despeito da discussão dos diplomas normativos referentes à questão dos cuidadores formais de idosos, distintos projetos de lei que intentam pela criação de uma lei nacional com vistas à transformação da função de cuidadores em profissão regulamentada.

Dessa forma tramitam na Câmara dos Deputados três projetos de lei: nº 6.966 de 2006, nº 2.880 de 2008 e nº 2.178 de 2011 (Brasil, 2006b; Brasil, 2008; Brasil, 2011a). No Senado Federal outro projeto de lei referente ao tema, o de nº 284 de 2011, já foi aprovado nesta instância em novembro de 2012 e encaminhado à Câmara dos Deputados para apreciação (Brasil, 2011c).

Considerou-se importante apontar as diferenças nos distintos projetos quanto aos requisitos para exercício da profissão. Nos quatro projetos está previsto que só poderá exercer a função de cuidador a pessoa que concluir o Curso para Cuidadores (Brasil, 2006b; Brasil, 2008; Brasil, 2011a). Segundo o projeto de Lei nº 6.966, tal curso terá seu conteúdo programático estabelecido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006b). Já o projeto de lei nº 284 dispõe que este curso poderá ser presencial ou semipresencial e deverá ser conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público. Neste mesmo projeto são dispensados da exigência de conclusão de formação, os indivíduos que, na época de entrada de vigor da Lei, estejam exercendo a função de cuidador há

pelo menos dois anos, desde que cumpram esta exigência ou concluam o programa de certificação de saberes do Ministério da Educação nos cinco anos seguintes (Brasil, 2011c).

Ainda, nos projetos de lei nº 2.178, 6.966 e 284, estipula-se que a pessoa deverá ter concluído o ensino fundamental, sendo que, no primeiro deles, fica garantido o exercício da profissão àqueles cuidadores que comprovarem o efetivo exercício da atividade por, pelo menos, dois anos até a data de publicação da lei (Brasil, 2008; Brasil, 2006b; Brasil, 2011c).

Para o projeto de lei nº 2.880 o exercício da função de cuidador se dará mediante orientações prescritas por profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento clínico do idoso sob sua responsabilidade (Brasil, 2008). Este projeto de lei, bem como o projeto de lei nº 284, frisam que o profissional cuidador não poderá executar técnicas ou procedimentos exclusivos de outras profissões legalmente regulamentadas (Brasil, 2008; Brasil, 2011c). O projeto de lei nº 2.880 destaca as profissões da área de saúde, em particular às da área da medicina e enfermagem (Brasil, 2008). Ainda, o projeto de lei nº 284 define que o cuidador atuará em parceria com as equipes públicas de saúde, sendo orientado por seus profissionais (Brasil, 2011c).

Contrariamente à este e ao disposto pela CBO (Brasil, 2002b), considerou-se relevante apontar para a existência do projeto de lei nº 979 de 2011, o qual atualmente tramita na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, e que foi aprovado em sua primeira discussão em fevereiro de 2012 (Rio de Janeiro, 2011). Neste projeto de lei se determina que, para o desempenho da atividade de cuidador de idoso, a pessoa deve possuir no mínimo o curso de auxiliar de enfermagem como parte de sua qualificação profissional (Rio de Janeiro, 2011).

Frise-se que a Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados em seu relatório referente aos projetos de lei 6.966/2006 e 2.880/2008 (Brasil, 2006b; Brasil, 2008) entendeu ser a questão dos cuidadores de idosos, matéria de competência privativa da União, nos termos do artigo 22, XVI, da Constituição da República, *in verbis*: “Art. 22. Compete privativamente à União legislar sobre: (...)XVI - organização

do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões”. (Brasil, 1988)

Assim depreende-se que somente o Poder Legislativo Federal é que poderia expedir norma a respeito deste assunto, não cabendo ao Estado do Rio de Janeiro disciplinar a matéria. Ainda assim, chama atenção o entendimento deste projeto acerca dos requisitos de acesso para exercício da profissão, apontando para a relevância do debate nacional acerca do tema.

Ainda, destaca-se neste artigo o projeto de Lei no 539/2011 proposto na Câmara dos Deputados. Reconhecendo a importância do cuidador para o desenvolvimento físico, afetivo, social, cognitivo e cultural dos idosos, este institui o dia 20 de março como o Dia Nacional do Cuidador de Idosos. A propósito, conforme o Artigo 2º do citado diploma, este dia, a ser comemorado anualmente, tem por um de seus objetivos a contribuição para a valorização do cuidador de idosos e a divulgação de seu importante papel social (Brasil, 2011b). Considera-se que o teor de tal projeto afirme veementemente a importância da temática dos cuidadores formais em âmbito nacional.

Os projetos de lei Brasileiros citados denotam a intenção do Poder Público Brasileiro para a profissionalização dos cuidadores de idosos. Tais projetos foram apresentados nos últimos dez anos, sendo quatro deles no ano de 2011 (Brasil, 2006b; Brasil, 2008; Brasil, 2011a; Brasil, 2011b; Brasil, 2011c; Rio de Janeiro, 2011). Frisa-se que a oficina nacional para discussão do tema data de ano recente, 2007 (Duarte, 2009). Tais aspectos demonstram a crescente importância sobre a discussão do tema.

Ainda, como pôde ser observado, os distintos projetos de lei se assemelham em alguns pontos e diferem significativamente em outros, como por exemplo quanto à exigência de escolaridade para desempenho da função de cuidador. Tais controvérsias apontam para a necessidade de discussões cuidadosas e aprofundadas que venham a contribuir para a adequada regulamentação da profissão de cuidador de idosos.

É neste contexto que são relevantes os estudos que abordam esta questão, com vistas ao amparo na construção de políticas públicas afinadas com as necessidades da população em processo de envelhecimento.

No contexto das políticas públicas brasileiras que incluem cuidadores formais, merece destaque o Programa Acompanhante de Idosos, o qual será mais detalhadamente descrito no capítulo seguinte.

4 PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS

4.1 Programa Acompanhante de Idosos: Breve Histórico de sua criação e implementação

A motivação para a criação do PAI adveio da própria necessidade da população, identificada pelos profissionais da Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI) da região de Sé/Santa Cecília do Município de São Paulo. Esta região tem como característica ter grande concentração de idosos, muitos residindo sozinhos e/ou sem suporte familiar (Paschoal, 2012²).

“(...) os profissionais lá da Santa Cecília (...) começaram a perceber que tinham muitas pessoas idosas que não estavam no sistema de saúde porque não conseguiam chegar por estarem sozinhas ou com alguma doença ou por dependência física (...) e essas pessoas não conseguiam se inserir no sistema de saúde e ao mesmo tempo tinham grandes necessidades na vida diária.” (Paschoal, 2012²).

Paralelamente, em 2004 a Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS), em conjunto com a Secretaria Municipal do Trabalho, intentava criar um programa para formação de cuidadores de idosos. Este Programa viria atender a duas necessidades identificadas no município de São Paulo: a) auxiliar idosos com pouco suporte social e/ou sem acompanhamento pelo sistema de saúde; b) constituir-se como oportunidade de emprego a pessoas com 40 anos ou mais (Paschoal, 2012²).

Neste contexto surgiu a figura do acompanhante de idosos, um dos trabalhadores que compõe a equipe de trabalho do Programa. O acompanhante de idosos recebeu esta nomenclatura, e não a de cuidadores de idosos, em razão de uma discussão bastante presente com o Conselho Regional de Enfermagem naquele momento. Esta discussão incidia principalmente sobre os procedimentos a serem realizados pelos acompanhantes de idosos, os quais poderiam conflitar com os realizados especificamente por profissionais da área da enfermagem (Paschoal, 2012²).

O trabalhador acompanhante de idosos foi pensado a partir de dois modelos: o do agente comunitário de saúde da Estratégia Saúde da Família e a personagem do livro “Diário de uma boa vizinha” de Doris Lessing⁴ (Paschoal, 2012²).

Neste sentido, à semelhança do agente comunitário, o acompanhante de idosos seria uma pessoa da própria comunidade, que atuaria como agente transformador de saúde. Porém, o ACI atuaria principalmente com foco nas necessidades físicas e sociais, visando auxílio nas atividades de vida diária e diminuição do isolamento social (Paschoal, 2012²).

“(...) víamos que muitos idosos estavam totalmente isolados, não saíam mais de casa, (...) nenhum contato com pessoas e nós queríamos resgatar essa cidadania” (Paschoal, 2012²).

Já em relação ao Livro Diário de uma Boa Vizinha, o acompanhante de idosos teria como objetivo auxiliar os idosos em suas atividades de vida diária, visando permanência o maior tempo possível no meio comunitário, em detrimento da institucionalização (Paschoal, 2012²). A boa vizinha de Doris Lessing era

“(...)uma pessoa de cinquenta e poucos anos que ficou viúva e que via uma vizinha (...) foi entrando em contato e começou a ver a dificuldade que aquela vizinha tinha na casa em se manter, para comer, para fazer a refeição, ela começou a ir todo dia levar o jornal, o leite, o pão...” (Paschoal, 2012²).

O livro inspirou o nome do PAI: “(...) é acompanhante, até porque (...) ela fazia companhia àquela senhora idosa que estava necessitada, era como se ela fosse uma dama de companhia, por isso que a gente criou a acompanhante”.

Foi neste contexto que a SMS, em conjunto com o Instituto de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo e a Secretaria do Trabalho, formou acompanhantes de idosos para atuarem como cuidadores de idosos. O curso teve duração de seis meses e contou com a participação de 49 pessoas. O treinamento prático deste curso foi realizado no domicílio de idosos residentes na área de abrangência da URSI-Sé que necessitavam de cuidadores (Paschoal, 2012²).

⁴ LESSING, D. *O Diário de uma Boa Vizinha*. Record. Rio de Janeiro, 1983

Após este curso, e com uma verba advinda da Saúde Mental, foram contratados em 2004 seis acompanhantes de idosos formados pelo curso. Nesta época deu-se início ao projeto piloto do Programa Acompanhante de Idosos, que foi denominado de “Anjos Urbanos”. Este projeto iniciou-se com quatro ACIs, na região da Sé/Santa Cecília com o apoio dos profissionais e coordenadora da URSI-Sé, além de dois ACIs na região de Santana, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Joaquim Antônio Eirado, com apoio da assistente social da UBS. O gerenciamento deste programa era realizado pela instituição parceira executora ASF.

Em 2005 este projeto passou a ser gerenciado somente pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, e não mais conjuntamente com a Saúde Mental (Paschoal, 2012²).

Paralelamente, em 2005, a comunidade residente na região da Mooca, em especial na figura do padre da igreja local, bem como dos profissionais da URSI Mooca, identificaram que em seu território havia muitos idosos acamados, que não tinham acesso aos serviços de saúde por dificuldade de mobilidade e/ou escassa rede de suporte e recursos econômicos (Paschoal, 2012²).

Neste sentido, realizaram reuniões com a SMS, e conjuntamente, decidiu-se implementar nesta região um novo projeto piloto. Este projeto assemelhava-se aos “Anjos Urbanos”, porém com algumas peculiaridades que o diferia: pelo fato de que na região da Mooca se atenderia um grande número de acamados, optou-se por se constituir uma equipe que incluísse os acompanhantes de idosos (na ocasião denominados de acompanhantes comunitários), um médico, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem, além da assistente social da própria URSI Mooca. Além disso, este projeto não contava com a verba da Saúde Mental. Este projeto foi denominado de “Acompanhante Comunitário de Idoso”, e foi gerenciado pela parceira executora da SMS denominada de Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto. Em 2006 este projeto foi ampliado para a região de Vila Bertioga (Paschoal, 2012²).

Assim, em 2006 a Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa gerenciava dois projetos distintos: “Anjos Urbanos”, nas regiões Santa Cecília/Sé e Santana, e “Acompanhante Comunitário de Idoso”, nas regiões da Mooca e Vila Bertioga. Em 2006 a SMS decidiu

que unificaria estes dois projetos, e criaria um novo projeto resultante desta união. Este seria inscrito no concurso Talentos da Maturidade em 2007, e receberia o nome de “Programa Acompanhante de Idosos” (Paschoal, 2012²).

Neste sentido buscou-se maior aproximação entre os dois projetos, a partir de reuniões sistemáticas entre os profissionais das quatro equipes, que possibilitaram troca de experiência e construção conjunta de diretrizes (Paschoal, 2012²).

Em dezembro de 2007, o “Programa Acompanhante de Idosos” venceu a 9ª edição do Concurso Banco Real Talentos da Maturidade, na categoria “Programas Exemplares” (Paschoal, 2012²).

Em 2008 a Atenção Básica da SMS assumiu o Programa como uma política pública municipal, em parceria executora com a ASF e o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (Paschoal, 2012²; São Paulo, 2008a).

“o pilotinho (...) agora a gente vendo se transformar em uma política pública é fantástico, era impressionante, era emocionante.” (Paschoal, 2012²)

O número de equipes foi ampliado para quatorze, sendo doze sob responsabilidade da ASF como parceira executora. Estas equipes, desde sua implementação, foram distribuídas nas cinco regiões de São Paulo (São Paulo, 2011b), nos seguintes distritos: Jaçanã, São Miguel, Vila Formosa, Ipiranga, Pari, Itaim Bibi, Bela Vista, Barra Funda, Lapa, Cidade Ademar, além de Sé/Santa Cecília, Santana, Vila Bertioga e Mooca (Paschoal, 2012²).

A discussão realizada em 2006 a respeito das diretrizes do Programa foi retomada, resultando no primeiro documento norteador do Programa. Neste estavam descritas as diretrizes do Programa e as atribuições de cada um dos profissionais, além das atribuições da SMS, das Coordenadorias Regionais de Saúde, das Supervisões Técnicas de Saúde, das Unidades de Saúde e das instituições parceiras (Paschoal, 2012²).

“(...)esse documento foi importantíssimo, porque foi nele que cada equipe que estava se formando é que passou a trabalhar, porque ali a gente já tinha o que cada um tinha que fazer então o documento norteador deu um rumo, um rumo que ajudou a unificar a política pública (...)”(Paschoal, 2012²)

Este documento foi recentemente revisto e publicado em dezembro de 2012 (Paschoal, 2012²; São Paulo, 2012a).

No ano de 2011 o PAI foi expandido para dezenove equipes e em 2012 para vinte e duas (São Paulo, 2011b; Paschoal, 2012²). Em 2013 há previsão de expansão para sessenta equipes (Paschoal, 2012²).

4.2 Programa Acompanhante de Idosos: Política Pública do Município de São Paulo

O PAI configura-se como uma modalidade de cuidado domiciliar destinado a idosos em situação de fragilidade e vulnerabilidade social, quais sejam: os que residem sozinhos; os com riscos de institucionalização; os que possuem frágeis vínculos sociais e familiares; os que apresentam dependência funcional e os que convivem com agravos decorrentes de senilidade, transtorno e/ou deficiência mental. (Berzins e Paschoal, 2009; Paschoal e Berzins, 2009; São Paulo, 2008a; São Paulo, 2011a, São Paulo, 2012b).

O PAI tem como intuito prover apoio e suporte nas atividades de vida diária e nas demais necessidades de saúde e sociais do usuário atendido. Visa ainda favorecer a autonomia, a independência, o autocuidado e a melhoria de seu estado de saúde. Objetiva também diminuir seu isolamento social e evitar ou adiar sua institucionalização, favorecendo sua permanência, o maior tempo possível, na comunidade. (Berzins e Paschoal, 2009; Paschoal e Berzins, 2009; São Paulo, 2011a, São Paulo, 2012b).

O Programa Acompanhante de Idosos é um dos serviços da rede de Atenção Básica. As equipes do PAI estão lotadas em mesmo local de infraestrutura das Unidade de Saúde da Rede Básica de Atenção. Porém as equipes PAI são distintas daquelas da Unidade, apesar de se articularem progressivamente e permanentemente com as mesmas e com outros equipamentos da rede (Paschoal, 2012²).

Atualmente, no que tange à divisão de responsabilidades, o PAI tem como coordenação geral a SMS, cabendo às Coordenadorias/Supervisões de Saúde o monitoramento do Programa na região de sua responsabilidade. Na medida em que o

PAI é desenvolvido em parceria com as Instituições Parceiras, a estas cabe, dentre outras responsabilidades, as de elaborar o Plano de Trabalho para o desenvolvimento do Programa Acompanhante de Idosos e estabelecer vínculo empregatício com os profissionais contratados para trabalho no PAI. Atualmente as Instituições Parceiras Executoras do PAI são: ASF, Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto e Superintendência de Atenção à Saúde do Serviço Social da Construção Civil (São Paulo, 2012a). O gerenciamento de todos os parceiros executores é realizado por profissionais com formação gerontológica (Paschoal, 2012²).

O desenvolvimento do trabalho pelas Instituições Parceiras deve pressupor a existência de profissionais de nível universitário com formação em ciências humanas, que atuem como supervisores das equipes de trabalho. Dentre as responsabilidades da Supervisão das Instituições Parceiras estão: a assessoria na implementação e desenvolvimento das equipes de trabalho do PAI, a mediação das relações interpessoais e o auxílio às equipes em casos de maior complexidade, os quais extrapolam suas capacidades resolutivas (São Paulo, 2012a).

Como critérios de inclusão do idoso no Programa, dispõe-se: ter 60 anos ou mais, residir na área de abrangência de uma das equipes de referência e ser identificado como um dos seguintes critérios: a) apresentar mobilização reduzida; b) ter dependência funcional nas atividades de vida diária, advindos de agravos à saúde; c) encontrar-se em situação de isolamento ou exclusão social, de risco de institucionalização ou de dificuldade de acesso aos serviços de saúde; d) apresentar suporte familiar e social insuficientes (São Paulo, 2012a).

A inclusão de casos novos pode ser realizada a partir de busca ativa, demanda espontânea, e/ou encaminhados pelas unidades de saúde da área de abrangência e outros serviços da rede (São Paulo, 2012a).

Como critérios de desligamento do Programa, incluem-se: óbito, institucionalização, recuperação da autonomia e independência, assunção pela família dos cuidados do usuário, não adesão às diretrizes do Programa, mudança de região e ainda, alta a pedido do usuário (São Paulo, 2012a).

As ações desenvolvidas com o idoso são definidas a partir da elaboração do “Plano de Cuidados”, que se dá por meio de discussão entre a equipe de trabalho na ocorrência de inclusão do usuário no PAI. Porém por sua característica eminente de ser dinâmico, o “Plano de Cuidados” é modificado constantemente conforme as novas demandas identificadas e a evolução da situação (São Paulo, 2012a).

De acordo com a complexidade situacional do idoso, o “Plano de Cuidados” pode ser classificado em simples, intermediário ou complexo. Esta classificação, somada à disponibilidade do usuário em receber o PAI e à avaliação específica dos profissionais da Equipe Técnica, define o número de visitas semanais do ACI a cada idoso. Neste sentido para os “Planos de Cuidado” simples, intermediário ou complexo, o ACI poderá visitar o idoso respectivamente uma vez por semana, duas a três, quatro ou mais (São Paulo, 2012a).

Para identificação da complexidade situacional do usuário três indicadores são de especial relevância: a capacidade funcional do idoso para desempenho de atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária (independência, dependência moderada ou grave); o suporte social do idoso (sem suporte, suporte parcial ou suporte total) e seu grau de autonomia (total, parcial ou sem autonomia) (São Paulo, 2012a).

Em relação à abrangência do Programa aos idosos que necessitariam desta assistência, o mesmo ainda é insuficiente, quando se toma como base a pesquisa Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE) (Paschoal, 2012²).

O estudo SABE identificou, por exemplo, que 30% dos idosos residentes no município de São Paulo tem dificuldades para sete ou mais atividades de vida diária, ou que 13% dos idosos moram sós (Duarte, 2003; Saad, 2003). A dependência funcional para realização de atividades da vida diária ou a insuficiência de suporte social são alguns dos critérios de inclusão para os idosos no Programa (São Paulo, 2012a). Ao tomarmos como base pelo menos estes critérios e os dados do SABE, teríamos que das 1.339.778 das pessoas com 60 anos ou mais residentes no município de São Paulo (IBGE, 2010), aproximadamente 401.933 tem dificuldades para sete ou mais atividades de vida diária ou 174.171 moram sós. Destes somente 2.640 aproximadamente são atendidos pelo PAI, o que ainda está aquém da cobertura de 100% da demanda. Porém

considera-se de grande importância a continuidade de ampliação desta Política Pública, dada sua inestimável relevância para a qualidade de vida das pessoas assistidas.

Quanto à área de abrangência, identifica-se que às das primeiras equipes são bastante extensas, abrangendo o território de mais de uma UBS, como por exemplo, uma delas que abrange a área de dezoito UBS. Outras equipes abrangem menos UBS, porém o acesso aos bairros é difícil. Tais fatos requerem que se despenda muito tempo dos trabalhadores para o deslocamento aos domicílios, dificultando o cumprimento das metas de produtividade. Nas equipes de expansão procurou-se diminuir o território de abrangência. Pretende-se que a grandes áreas de abrangência das primeiras equipes, sejam divididas em duas ou mais equipes (Paschoal, 2012²).

Cada equipe de trabalho do PAI é composta por: um coordenador assistente social, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um motorista, um auxiliar administrativo e dez ACIs (São Paulo, 2011b; Paschoal e Berzins, 2009). Denomina-se como equipe técnica, aquela formada pelos seguintes profissionais da equipe de trabalho: coordenador, enfermeiro e médico (São Paulo, 2012a)

A Equipe Técnica tem, dentre outras, as seguintes atribuições específicas: a) realização de visita domiciliar para avaliações dos idosos com vistas à inclusão de possíveis casos novos e/ou o desenvolvimento e revisão do “Plano de Cuidados”; b) elaboração e revisão do “Plano de Cuidados”; c) articulação com as Unidades de Saúde de referência do idoso atendido e com as instituições e recursos comunitários da área de abrangência da equipe; d) realização de ações de educação permanente voltadas à Equipe de Trabalho; e) fortalecimento do contato com os familiares do idoso; f) participação em ações que visam a inserção do idoso na comunidade, tais como passeios. Esta última também é uma atribuição do auxiliar de enfermagem (São Paulo, 2012a).

É atribuição de todos os trabalhadores que compõe a Equipe de Trabalho participar de reuniões conjuntas realizadas semanalmente (São Paulo, 2012a). Além destas atribuições, destacam-se a seguir algumas específicas de cada um dos profissionais.

O coordenador da equipe deve: a) Coordenar e administrar o PAI na sua área de abrangência; realizando a gestão da Equipe de Trabalho; b) Realizar supervisão de toda Equipe de Trabalho. Porém para a supervisão da prática dos acompanhantes de idosos,

este deverá ser auxiliado pelos enfermeiro e médico; c) Realizar mensalmente, ou quando necessário, reuniões com a equipe de Trabalho para discussão de questões administrativas (São Paulo, 2012a).

Dentre as atribuições específicas do médico destaca-se a realização de Avaliação Geriátrica Abrangente de todos os idosos incluídos pela equipe. Em relação ao enfermeiro ressalta-se a programação das visitas dos auxiliares de enfermagem e a supervisão relacionada à sua prática. No que tange ao auxiliar de enfermagem aponta-se a execução, sob supervisão do enfermeiro, de ações de vigilância do estado de saúde do idoso, de procedimentos de enfermagem de menor complexidade e de orientações ao cuidador familiar. Em relação ao auxiliar administrativo, destacam-se a realização de ações referentes à rotina administrativa do PAI e a consolidação dos dados, no sistema de informação, provenientes do trabalho da equipe (São Paulo, 2012a).

Pelo fato dos ACIs serem a população alvo desta dissertação, considera-se fundamental maior detalhamento das atribuições destes trabalhadores.

4.3 Acompanhante de idosos: um novo trabalhador no cenário da Política Pública do Município de São Paulo

Os ACIs são considerados como cuidadores de idosos, conforme função descrita pela CBO (Berzins, 2011; São Paulo, 2011a; Paschoal, 2012²).

São os integrantes da equipe que, com maior periodicidade, realizam atividades sistemáticas no domicílio (Paschoal, Berzins, 2009). De acordo com a proposta do Programa, cada acompanhante poderá prestar assistência de 9 a 12 idosos, com composição mista do “Plano de Cuidados”. Deste modo, cada equipe é responsável pelo atendimento de aproximadamente 120 idosos de sua área de abrangência (São Paulo, 2012a).

Dentre as atribuições específicas dos ACIs, ressaltam-se: a) fazer acompanhamento domiciliar; b) realizar ações de prevenção e promoção à saúde; c) prestar auxílio no cuidado com a higiene ambiental e pessoal; d) acompanhar e oferecer ajuda nas atividades de cuidados com a saúde, conforme orientação profissional

(consultas, exames, grupos terapêuticos, atividades de reabilitação, exercícios, entre outras) e atividades externas ao domicílio (fazer compras, ir ao banco, participar de atividades comunitárias, de passeios, entre outras); e) monitorar o uso correto da medicação prescrita; f) promover independência e autonomia; g) comunicar à equipe PAI de referência a ocorrência de situações de maus tratos e violência ou outras intercorrências biopsicossociais; h) oferecer companhia e apoio por meio da escuta e de conversas, respeitando as crenças, valores e privacidade dos usuários (São Paulo, 2008a; Berzins, Paschoal, 2009; Paschoal, Berzins, 2009; São Paulo, 2012a); i) conhecer a estrutura do bairro (São Paulo, 2011b); j) contribuir para a criação de rede de apoio aos idosos atendidos (São Paulo, 2011b; São Paulo, 2012a); l) desenvolver atividades estipuladas no “Plano de Cuidados”, conjuntamente com as Unidades de Saúde do território; m) estimular a inserção dos idosos nos serviços comunitários; n) oferecer apoio aos familiares e/ou cuidadores (São Paulo, 2012a).

Nas distintas ações realizadas com os usuários pelos ACIs estes poderão: a) orientar, ou seja, comunicar a importância de algo; b) auxiliar na execução, ou seja, fazer junto; c) monitorar/ supervisionar o uso ou as ações (São Paulo, 2012a). Todas as ações realizadas deverão estar em conformidade com o “Plano de Cuidados”, desenvolvido pela equipe a partir da avaliação das necessidades de saúde e sociais dos usuários atendidos (São Paulo, 2011b; Paschoal, Berzins, 2009).

No exercício de sua função é expressamente proibido aos ACIs:

“Administrar e manusear dinheiro ou bens do usuário atendido; Ter acesso às senhas do cartão de banco e/ou aposentadoria e, conseqüentemente, realizar saques; Receber valores em espécie (dinheiro); Mexer nos pertences da residência, sem prévia autorização; Ter a posse das chaves de acesso à residência; Coagir o idoso a desenvolver ações em benefício próprio; Administrar ou informar sobre efeitos de medicamentos; Informar diagnóstico (doenças); Expor a vida pessoal ou familiar do idoso atendido; Emitir julgamento, coagir, ou induzir o idoso a tomar decisões de foro pessoal (religioso, político, cultural, moral e sexual), ou que envolvam sua saúde; Comunicar-se de forma desrespeitosa, utilizando gírias ou palavras de duplo sentido; Realizar atendimento fora do horário e data prevista no Plano de Cuidado, estabelecido pela Equipe Técnica; Em caso de desligamento do

usuário, retornar à sua residência, para desenvolver ações de acompanhamento (...)” (São Paulo, 2012a, p.90)

Segundo Paschoal (2012), o ACI:

“(...) pode fazer o que for necessário, tanto os serviços de casa, ele pode ajudar na limpeza doméstica (...) então ele entra nas atividades domésticas, entra nas atividades externas; atividades externas pode ser de lazer, pode ser atividades necessárias para o idoso como por exemplo: feira, supermercado, banco. Ele não pode saber a senha, ele acompanha o idoso, não pode ir lá e retirar dinheiro, mas ele acompanha o idoso para ir ao banco. Ou atividades de saúde: levar para a fisioterapia, para a TO, para a reabilitação, ou para um grupo, para uma consulta, ele marca a consulta, leva para o hospital (...) Então tem atividades internas, na casa, tanto domésticas quando por exemplo quando receitam ou prescrevem uma intervenção de exercício o acompanhante pode ir lá e fazer junto para incentivar, isso tudo ele faz, organiza medicação, verifica se ele está tomando a medicação, então ele é um cuidador (...) acompanhar em uma visita que a família não faz, estabelecer a rede de suporte social, faz contato com a vizinha, com a pastoral, ou outra igreja que tenha algum programa. Isso é da equipe como um todo mas o acompanhante tem isso como função. Então ele é um cuidador (...)” (Paschoal, 2012²)

Outras atividades que devem ser desenvolvidas pelos ACIs no exercício de sua função são: a) participação em atividades de educação permanente, as quais visam qualificar suas ações; b) participar de reuniões para discussões de assuntos técnicos e administrativos; c) participar de grupos e eventos com os idosos; d) receber supervisão, orientação e suporte da equipe técnica para desenvolvimento de ações com os usuários, discussão dos casos, revisão do “Plano de Cuidados”, entre outras; e) elaborar periodicamente relatórios de acompanhamento dos casos relacionados ao desenvolvimento do “Plano de Cuidados” de todos os idosos dos quais é referência; f) entregar o registro de sua produtividade e relatórios no período estabelecido (São Paulo, 2012a).

O Programa Acompanhante de Idosos prevê espaços de suporte aos ACIs para desenvolvimento de seu trabalho “(...) uma vez que são eles os principais agentes do cuidado, dispendendo um tempo maior com a pessoa idosa, com consequente desgaste de suas emoções.” (São Paulo, 2012a, p. 60).

Tais espaços se dão a partir da participação dos ACIs em reuniões com a Equipe de Trabalho para discussão dos relatórios dos ACIs e acompanhamento dos casos atendidos. Outros espaços são: a) a participação nas ações de educação permanente, que são relacionadas às questões sobre envelhecimento, cuidado de pessoas fragilizadas e com dependência e outras relacionadas ao seu trabalho; b) se necessário, realização de reuniões com as Gerências de Unidades de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde. Ainda o PAI prevê a possibilidade de suporte psicológico à Equipe de Trabalho, especialmente ao ACI, a partir da contratação de profissional específico ou por meio de articulação das equipes com a rede de serviços (São Paulo, 2012a).

O perfil requerido para a contratação como ACIs no PAI é: possuir no mínimo nível fundamental completo; ter disponibilidade para trabalhar 40 horas semanais; residir preferencialmente na região na qual está lotada a equipe PAI (São Paulo, 2011b; São Paulo, 2012a); ter interesse para aquisição de novos conhecimentos e habilidades; possuir disponibilidade e habilidade para realizar atividades da vida cotidiana (limpar, cozinhar, lavar, ir ao banco, utilizar transporte, participar de atividades comunitárias, entre outras); ser afetivo, paciente e disponível para conviver com pessoas em situação de vulnerabilidade social e fragilizadas. Além disso, ter iniciativa e criatividade e habilidade para realizar cálculo, leitura e comunicar-se escrita e verbalmente (São Paulo, 2012a).

Embora a pesquisadora reconheça que algumas características desse perfil e das atividades exercidas pelo ACI poderiam ser comparadas às do agente comunitário de saúde da Estratégia Saúde da Família, esta comparação não se constitui objetivo deste trabalho. Essa discussão pode vir a ser tema para novos estudos.

Por fim, considera-se que a descrição do PAI apresentada neste capítulo é nesta pesquisa entendida como o trabalho prescrito dos ACIs. O conceito de trabalho prescrito e outros referentes à teoria da Psicodinâmica do Trabalho serão elucidados no capítulo seguinte.

5.1 As origens da Psicodinâmica do Trabalho

Os estudos de Psicodinâmica do Trabalho tiveram como ponto de partida a disciplina Psicopatologia do Trabalho. Inicialmente, as pesquisas em Psicopatologia do Trabalho, nos anos 1950-1960, estudavam os efeitos patogênicos de condições ou situações de trabalho específicas sobre os indivíduos. Era uma clínica das perturbações individuais, que intentava estabelecer uma relação entre determinadas condições e organização do trabalho e o impacto psicopatogênico destas formas de trabalho nos indivíduos envolvidos (Lancman, Uchida, 2003; Lancman, 2004; Dejours, 2008b). O que se buscava estudar é como mediante a certas condições de trabalho, os indivíduos poderiam adoecer psiquicamente (Lancman, Uchida, 2003)

Os adoecimentos psíquicos provocados pelo trabalho e suas formas de organização eram entendidos a partir de um modelo causal, no qual as vicissitudes do trabalho poderiam provocar distúrbios psicopatológicos (Lancman, 2004; Lancman, 2007; Uchida et.al, 2010).

A Psicopatologia do Trabalho originalmente era um prolongamento da psiquiatria hospitalar, dos trabalhos de readaptação, da ergoterapia e da escola psicotécnica. Embora esta disciplina reconhecesse que determinadas situações de trabalho eram particularmente nocivas, considerava que o que tornava o trabalho patogênico eram as particularidades dos indivíduos confrontados com uma tarefa ou profissão (Lancman, 2004).

Os estudos sobre o trabalho reconheciam-no apenas como um dos elementos desencadeantes de transtornos mentais, definidos, primordialmente por estruturas preexistentes nos indivíduos (Lancman, 2004; Lancman, 2007). Neste âmbito, as pesquisas sobre patologia mental do trabalho que buscavam analisar, superar e tratar as doenças mentais ganharam destaque (Lancman, 2007; Dejours, 2008b).

Posteriormente aos primeiros estudos em Psicopatologia do Trabalho, vários autores buscaram compreender os adoecimentos psíquicos advindos da organização do trabalho a partir de outros modelos explicativos voltados para compreender e agir sobre o trabalho e seu conteúdo propriamente dito, entre eles, Cristophe Dejours.

Este autor, no início de suas investigações em Psicopatologia do Trabalho, foi influenciado, além do movimento de psicopatologia do trabalho, pela escola francesa de Ergonomia franco-belga. Esta aborda os aspectos da conservação e melhoria da saúde dos trabalhadores, a partir do estudo do homem em situação de trabalho, especialmente buscando a compreensão de seu fazer. Objetiva também modificar o trabalho para que esse seja menos nocivo aos trabalhadores (Lancman, 2004).

Dejours inicia, então, suas pesquisas influenciado pela tradição da escola francesa da Ergonomia, para compreender o trabalho e seu conteúdo. Este autor toma como base os princípios teóricos da Psicanálise, como instrumento teórico para a compreensão das dinâmicas psíquicas dos indivíduos e como esses reagem frente aos constrangimentos que causam sofrimento psíquico gerados pelo trabalho (Lancman, Uchida, 2003; Lancman, 2004).

Porém, em suas pesquisas no âmbito da Psicopatologia do Trabalho, Dejours surpreendeu-se com o fato de que apesar dos trabalhadores estarem submetidos a condições patogênicas de trabalho, estes não necessariamente desenvolviam doenças mentais. Deparou-se também com a constatação de que os sujeitos que trabalhavam tendiam a apresentar melhores condições psíquicas quando comparados aos que não trabalhavam (Lancman, 2004; Lancman, 2007; Uchida et.al, 2010)

Estes achados permitiram um avanço nos estudos de Cristophe Dejours, que se dedicou ao desenvolvimento do tema para além dos adoecimentos psíquicos. Para o autor, as pessoas eram capazes de se proteger dos eventuais efeitos nocivos sobre sua saúde mental advindo dos constrangimentos organizacionais. Apesar do sofrimento decorrente destes constrangimentos, o homem era capaz de construir estratégias defensivas individuais e coletivas (Dejours, 2008b).

Os estudos de Cristophe Dejours representaram um avanço ao reducionismo da Psicopatologia do Trabalho, na medida em que procuraram estudar, para além do adoecimento psíquico, a normalidade psíquica, ou seja, os efeitos do trabalho na saúde mental (Dejours, 2008b).

Neste sentido, a normalidade emergiu como enigma central da investigação de Dejours. Normalidade entendida como um equilíbrio precário e instável entre o

sofrimento e as defesas contra o sofrimento (Lancman, 2004; Lancman, 2007; Dejours, 2008b; Dejours, 2008c).

O sofrimento é entendido como parte do confronto identitário entre o sujeito e a organização do trabalho. A depender das condições que o indivíduo encontra no desenvolvimento do seu trabalho, o sofrimento pode se transformar em prazer, que permite o desenvolvimento psíquico, ou em sofrimento patogênico (Lancman, Uchida, 2003).

Em outras palavras, a normalidade é resultado de um processo de construção identitária e de uma dinâmica humana na construção de estratégias defensivas complexas contra o sofrimento (Lancman, 2004; Lancman, 2007; Dejours, 2008b). As estratégias defensivas, que podem ser individuais ou coletivas, são desenvolvidas pelos trabalhadores em sua luta contra os constrangimentos patogênicos decorrentes do confronto com a organização do trabalho (Lancman, Uchida, 2003; Dejours, 2008a; Dejours, 2008c; Uchida et.al, 2010).

Uma vez que a normalidade é resultante de um compromisso relacionado à construção identitária no trabalho, esta necessariamente pressupõe a existência do sofrimento (Lancman, Uchida, 2003). O transtorno mental decorrente do trabalho surge quando se rompe o equilíbrio estabelecido entre as estratégias defensivas e o sofrimento no trabalho, quando este se torna insuportável e não há possibilidade de transformá-lo em prazer. Ou seja, quando o trabalhador utilizou todos os seus recursos psicoafetivos para enfrentar as demandas impostas pela organização do trabalho, e identifica que nada tem a fazer para se adaptar ou transformar seu sofrimento, é que surge o transtorno mental advindo do trabalho (Lancman, Uchida, 2003; Lancman, 2007).

Com o surgimento destes novos questionamentos, a partir de 1980, e ao buscar compreender não somente a patologia, mas também a normalidade, Dejours pôde vislumbrar uma perspectiva mais ampla, propondo uma nova teoria e método para designar suas pesquisas: Psicodinâmica do Trabalho (Lancman, Uchida, 2003; Dejours, 2008b).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a relação entre o homem e a organização do trabalho está em contínuo movimento. A aparente estabilidade desta relação, não se

configura como um bloco rígido, é na realidade um equilíbrio dinâmico (Lancman, 2004; Lancman, 2007; Dejours, 2008b; Uchida et.al, 2010).

Estes achados representaram um grande avanço na investigação das pesquisas sobre Saúde Mental e Trabalho. Anteriormente, a organização do trabalho era considerada como um conjunto de constrangimentos inflexíveis e rígidos. Ela era entendida como um fato físico, ou seja, preexistente ao encontro do homem com seu trabalho (Dejours, 2008b).

Também ganha um novo sentido o trabalhar, que para a Psicodinâmica do Trabalho, passa a ser compreendido como dinâmica indissociável entre o homem e o trabalho, levando em consideração “não mais somente o homem, mas o trabalho; não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna.” (Dejours, 2008b, p.55)

A análise das situações de trabalho, a partir da Psicodinâmica do Trabalho, passaram a embasar-se no princípio de que se desconhece de antemão as dificuldades advindas dos constrangimentos da organização do trabalho, as quais os trabalhadores são confrontados (Dejours, 2008b).

5.2 Trabalho prescrito e trabalho real

Trabalho prescrito e trabalho real são conceitos originários da Ergonomia, e que foram incorporados e ampliados pela Psicodinâmica do Trabalho.

Para a Ergonomia, o trabalho é compreendido como uma ação coletiva, resultado de um conjunto de prescrições e da ação real dos trabalhadores envolvidos (Abrahão, et al 2009).

O trabalho prescrito compreende as normas que norteiam e definem a produção. É organizado a partir da tarefa, que se configura como um conjunto de prescrições, de objetivos, normas e padrões, que orientam o que o trabalhador deve fazer. São exteriores ao trabalhador e impõe a este uma forma de funcionamento em relação ao tempo. Na tarefa estão incluídos: os instrumentos e materiais, as características do produto que será

transformado ou do serviço prestado e os elementos necessários para atingir os objetivos (Abrahão, et al 2009).

O trabalho prescrito desconsidera a variabilidade da situação de trabalho e das relações intra e inter individuais dos trabalhadores. Ele prevê uma situação artificial e uniforme de trabalho, que deverá ser desenvolvida de determinada maneira e por um tipo específico de trabalhador. (Abrahão, et al 2009). O trabalho prescrito não concebe que os indivíduos envolvidos nas situações de trabalho são distintos uns dos outros, ou seja, que possuem experiências, estratégias e representações singulares, as quais são utilizadas com o objetivo de regular o processo de produção. (Abrahão, et al 2009)

Em contraposição ao trabalho prescrito, o trabalho real, ou atividade de trabalho é o trabalho efetivamente desenvolvido pelo trabalhador. Ou seja, o trabalho real é constituído pelas ações que o trabalhador realiza para atingir o trabalho prescrito. O trabalho real é o resultado da interação entre diversos fatores: dos objetivos e normas de funcionamento da empresa; do contexto das ações; do treinamento formal; de características singulares; da experiência dos trabalhadores (Abrahão, et al 2009).

Neste âmbito, a Ergonomia, assim como a Psicodinâmica do Trabalho, apontam para uma dimensão específica: a existência de um hiato entre os trabalhos prescrito e real (Dejours, 2008b; Dejours, 2008d).

Para a Ergonomia há na organização do trabalho a existência de variabilidade entre o trabalho prescrito e o trabalho real, de modo que não é possível a execução do trabalho caso se atenham a todas as regras prescritas (Abrahão, et al 2009). A Psicodinâmica do Trabalho, a partir dos preceitos de Dejours, analisa e amplia os conceitos de trabalho prescrito e real, acrescentando a eles aspectos subjetivos do trabalhador (Dejours, 2008b).

Assim, embora as prescrições e regulamentos sejam necessários e os próprios trabalhadores não contestam sua legitimidade, na prática, a organização do trabalho prescrito é inaplicável (Dejours, 2008c; Dejours, 2008d). A organização do trabalho real, então, não se configura somente como a organização prescrita, porque não é possível prever tudo antecipadamente ao trabalho (Dejours, 2008b, Dejours, 2008a).

“O manual de procedimentos sobrepõe uma tal quantidade de recomendações que, quando se procura cumprir todas, a tarefa torna-se, muitas vezes, inexecutável.” (Dejours, 2008d, p.294)

Isto equivale a dizer que o que está prescrito não condiz com a variabilidade dos trabalhadores e das situações encontradas no trabalho (Dejours, 2008b). Depreende-se daí o conceito de trabalho como uma atividade para se realizar o que ainda não se prescreveu pela organização do trabalho (Dejours, 2008b, Dejours, 2008c). Concebe-se, assim, o trabalho como “trabalho vivido” fundamentalmente humano (Dejours, 2008d, p. 312).

O trabalho para a Psicodinâmica do Trabalho, desta forma, é compreendido como aquilo que é inventado pelo homem para confrontar o hiato entre as organizações prescrita e real do trabalho (Dejours, 2008d). Nas palavras de Dejours (Dejours, 2008c, p. 260): “O trabalho seria precisamente o que não é tradicional, mas novo.”

Esta condição do trabalho gera no trabalhador um sentimento de sofrimento, que pode se transformar em desempenho a partir de sua mobilização subjetiva (Dejours, 2008a). Ou seja, todo trabalho implica necessariamente em uma mobilização humana (Dejours, 2008c).

É por este motivo, que segundo Dejours (2008a): “O trabalho real é a vítima de uma negação institucional porque, cada vez que é analisado de perto, revela as deficiências da predição e da concepção das instalações de produção” (Dejours, 2008a, p. 74).

Nesta perspectiva, compreende-se a organização do trabalho como uma relação social, uma vez que esta é um compromisso negociado entre aquele que a organiza e o que a realiza, ou seja, entre os objetivos e prescrições e as dificuldades reais para a execução do trabalho (Lancman, Uchida, 2003).

5.3 Identidade

O conceito de construção identitária é de fundamental importância para a Psicodinâmica do Trabalho pois é no cerne deste conceito que é possível compreender a

centralidade psíquica do trabalho e a transformação do sofrimento do trabalho em prazer (Dejours, 2008c).

Se admitirmos partir do sofrimento como vivência primordial da relação homem/trabalho, fica colocada a questão da transformação desse sofrimento em prazer. Se há prazer no trabalho (...) este prazer só pode advir do ganho obtido no trabalho justamente no registro da construção da identidade e da realização de si mesmo (Dejours, 2008c, p. 261)

A construção identitária se relaciona com tudo aquilo que faz com que um sujeito não seja idêntico ao outro (Dejours, 2008c). A constituição da identidade do sujeito é um processo desenvolvido ao longo de toda sua vida (Lancman, 2007).

Desse modo, a construção identitária é um processo intersubjetivo vinculado à alteridade (Lancman, 2007; Dejours, 2008c; Uchida et.al, 2010). Isto equivale a dizer que é a partir do olhar do outro que o sujeito se constitui, embasado em uma dinâmica de busca de diferenças e semelhanças do próprio sujeito em relação aos demais (Lancman, 2007; Dejours, 2008c).

Toda atividade de trabalho é regulada pela relação intersubjetiva entre sujeitos (Dejours, 2005). No âmbito das relações sociais, a realização pessoal se articula com a construção da identidade no campo social, por intermédio da atividade de trabalho (Dejours, 2008c). Tal fato faz com que, na vida adulta, o trabalho seja o mediador central no desenvolvimento da identidade (Lancman, Uchida, 2003; Lancman, 2007).

O trabalho, desta forma, é o elemento central para a constituição da saúde dos indivíduos adultos, e o principal elo destes com a sociedade. Ele é um elemento de grande importância para a vida cotidiana das pessoas, por permitir a construção de redes sócio-relacionais e trocas econômicas e afetivas (Lancman, 2007).

Trabalhar permite ao indivíduo conviver, pensar, agir, construir-se a si próprio e confrontar-se com o mundo em que vive (Lancman, 2004; Lancman, 2007; Uchida et.al, 2010).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, trabalhar implica necessariamente em um confronto entre o indivíduo, com sua história, e os desafios impostos pelo trabalho (Dejours, 2008e; Uchida et.al, 2010).

O trabalho permite, também, o confronto entre o mundo externo e mundo interno do trabalhador. O mundo objetivo, com suas lógicas, seus desafios, suas regras e seus valores, vai entrar em conflito com a singularidade de cada trabalhador, fazendo com que o confronto entre, de um lado, relações e organizações do trabalho e, de outro, mundo interno e subjetivo do trabalhador seja gerador de sofrimento psíquico.” (Lancman, 2007, p.275)

Neste sentido, o trabalho é gerador de sofrimento (Dejours, 2008e; Uchida et.al, 2010). O sujeito, nesta perspectiva, é o “sujeito do sofrimento” (Dejours, 2008c).

Entende que o sofrimento no trabalho advém do afastamento experimentado pelo sujeito entre seus contextos sincrônicos e diacrônicos. Como contexto sincrônico, entende-se a situação real de trabalho, sua organização e relações sociais. O contexto diacrônico refere-se à história do sujeito e a forma pela qual enfrenta a situação presente de trabalho, a partir das expectativas construídas em seu passado (Dejours, 2008e).

Em outras palavras, o sofrimento do sujeito nas situações de trabalho emerge do confronto dos desejos e crenças que o indivíduo construiu, a partir do teatro psíquico da infância, com a resistência às estas crenças e desejos. Tal resistência é imposta pelo real, a partir do cenário do trabalho (Dejours, 2008c). Depreende-se daí que a organização psíquica do sujeito articula-se com a organização de trabalho (Dejours, 2008e).

Mas para que se opere a passagem do sofrimento ao prazer, mediatizada pelo trabalho, é essencial a compreensão de outro conceito, o de reconhecimento (Dejours, 2008c).

Os conceitos de identidade e reconhecimento são interrelacionados. Isto porque a construção identitária se dá a partir de um processo de identificação e diferenciação do indivíduo em relação aos demais. Neste sentido, o reconhecimento proferido pelo outro é de fundamental importância. Na atividade de trabalho, este reconhecimento pelo outro se refere especificamente ao saber fazer do trabalhador (Dejours, 2008b).

Assim, o conceito de reconhecimento é de grande relevância para a Psicodinâmica do Trabalho pois, quando há o reconhecimento, o sofrimento ganha um novo sentido no registro da identidade, podendo ser convertido em prazer (Dejours, 2008d; Dejours, 2008a; Dejours, 2008b).

Desse modo, se a dinâmica do reconhecimento não ocorre, o sofrimento advindo da organização do trabalho não pode ser transformado em prazer, podendo acarretar no que Dejours denomina de sofrimento patogênico. Tal fato pode trazer consequências para a saúde dos indivíduos, que pode se traduzir em uma descompensação psíquica ou somática (Dejours, 2008a; Dejours, 2008b). Assim, quando há o reconhecimento, o trabalho se constitui como um mediador para a construção da identidade, e por consequência, da saúde mental do indivíduo (Dejours, 2008a).

Em outras palavras, o prazer no trabalho advindo do reconhecimento é essencial para a saúde, pois “inscreve a relação do trabalho como mediadora da realização de si mesmo e da construção da identidade” (Dejours, 2008e, p.327)

É, então, por meio do reconhecimento que o trabalho opera no mundo subjetivo. A racionalidade subjetiva é marcada pelo ordenamento entre mobilização, desmobilização e defesa (Dejours, 2008b).

“Entre dinâmica do reconhecimento e estratégia defensiva contra o sofrimento, o trabalho é conduzido pelas relações intersubjetivas entre as pessoas” (Dejours, 2008b, p.79).

A mobilização subjetiva é embasada no binômio contribuição-retribuição, ou seja, o indivíduo espera uma retribuição decorrente de sua contribuição à organização do trabalho (Dejours, 2008a; Dejours, 2008b; Dejours, 2008f). Esta expectativa do sujeito relacionado à sua própria realização é um potente motor para a mobilização no trabalho (Dejours, 2008a).

De modo contrário, a desmobilização do indivíduo pode ser decorrente da impossibilidade deste em poder contribuir para a organização do trabalho por meio de sua inteligência, de seu saber fazer (Dejours, 2008b). Assim, na ausência do reconhecimento o indivíduo tende a desmobilizar-se (Dejours, 2008a; Dejours, 2008b; Dejours, 2008c).

“Se falta reconhecimento, os indivíduos engajam-se em estratégias defensivas para evitar a doença mental, com sérias consequências para a organização do trabalho (...)” (Dejours, 2008b, p.79).

A contribuição dos trabalhadores para a organização do trabalho é entendida como a obra do trabalhador movido pela esperança de obter uma retribuição em contrapartida à sua contribuição à organização do trabalho (Dejours, 2008d).

Esta retribuição esperada reside em uma retribuição material, que pode ser apresentada por aumentos salariais e bônus. Porém mais que a retribuição material, o trabalhador espera por uma retribuição simbólica por sua contribuição à organização do trabalho. Esta retribuição simbólica, é expressa na forma de reconhecimento (Dejours, 2005; Dejours, 2008a; Dejours, 2008d; Dejours, 2008f).

Para melhor elucidação do conceito de reconhecimento é importante compreendê-lo em seus dois âmbitos: reconhecimento como constatação e reconhecimento como gratidão (Dejours, 2008b; Dejours, 2008c). O reconhecimento como constatação é definido pela contribuição individual do trabalhador que possibilita o funcionamento da organização do trabalho. Este tipo de reconhecimento prescinde da identificação de que a técnica pressupõe imperfeição, ou seja, que o trabalho prescrito não seria exequível sem a contribuição dos trabalhadores à organização do trabalho (Dejours, 2008b; Dejours, 2008c).

Já o reconhecimento como gratidão advém da contribuição que os trabalhadores fornecem ao ajustamento da organização do trabalho (Dejours, 2008b; Dejours, 2008c).

O reconhecimento é considerado como uma forma de julgamento que não se relaciona à pessoa, mas sim ao seu “fazer” como trabalhador, ou seja, ao trabalho exercido e aos seus resultados (Lancman, Uchida, 2003; Dejours, 2005; Dejours, 2008a; Dejours, 2008b; Dejours, 2008d). Dois tipos de julgamentos são identificados como reconhecimento: o julgamento de utilidade e o de estética/beleza (Dejours, 2008b; Dejours, 2008c; Uchida et.al, 2010).

O julgamento de utilidade é o que se relaciona com a esfera instrumental, ou seja, o da esfera da eficiência (Dejours, 2008d). Este julgamento se relaciona com o valor utilitário da contribuição do sujeito. Contribuição esta para reajustar a organização prescrita do trabalho, visando alcance da organização real do trabalho. O valor utilitário se refere às utilidades social, técnica e econômica da contribuição singular e coletiva do sujeito (Dejours, 2008c, Dejours, 2008d).

O julgamento de utilidade é proferido pelo outro na linha vertical, ou seja, superiores hierárquicos e subordinados (Lancman, Uchida, 2003; Dejours, 2005; Dejours, 2008b; Dejours, 2008c). Este julgamento é de grande importância, pois se relaciona à aspiração do trabalhador por levar a sua contribuição à empresa e à sociedade (Dejours, 2008d).

O julgamento de estética/beleza se apóia em elementos relacionados com o trabalho efetuado (Dejours, 2008d). É o proferido na linha horizontal, pelos pares, colegas de equipe e/ou comunidade (Lancman, Uchida, 2003; Dejours, 2005; Dejours, 2008b; Dejours, 2008c).

Ao beneficiar-se do reconhecimento pelos pares, o trabalhador consegue transferir este reconhecimento para um registro fundamental da identidade: o do pertencimento de um coletivo. Tal fato coloca este julgamento como especialmente relacionado ao funcionamento dos coletivos de trabalho (Dejours, 2008a; Dejours, 2008b).

Pelo exposto, o conceito de reconhecimento é de grande relevância para a Psicodinâmica do Trabalho. É de fundamental importância a análise da dinâmica do sofrimento e sua transformação em prazer, por intermédio do reconhecimento, tanto para a saúde mental do indivíduo, quanto para a própria organização do trabalho (Dejours, 2008b).

5.4 Inteligência prática

Como já explicitado, por trabalho entende-se aquilo que o sujeito acrescenta ao que foi prescrito visando atingir os objetivos do trabalho que lhe foram atribuídos (Dejours, 2008b; Dejours, 2008c). Neste sentido, há um hiato entre os trabalhos prescrito e real (Dejours, 2008b; Dejours, 2008d).

Na medida em que não se consegue prever como preencher este espaço, ele é potencialmente propício para o exercício da inventividade, ou em outras palavras, do achado e da descoberta (Dejours, 2008a; Dejours, 2008b; Dejours, 2008c).

O hiato entre o trabalho prescrito e real permite então, o exercício da criatividade, com a possibilidade da contribuição do trabalhador para a organização do trabalho (Dejours, 2008b).

O trabalho é criação do novo, do inédito. Ajustar a organização prescrita do trabalho exige a disponibilidade da iniciativa, da inventividade, da criatividade e de formas de inteligência específicas próximas daquilo que o senso comum classifica como engenhosidade (Dejours, 2008b, p. 68).

Portanto, é no espaço entre os trabalhos prescrito e real que se opera uma forma de inteligência produzida no exercício do trabalho, a qual Dejours denomina como inteligência prática (Dejours, 2008b; Dejours, 2008e; Dejours, 2008c).

Como características da inteligência prática destacam-se:

a) A inteligência prática é guiada por uma íntima relação entre corpo, objeto de trabalho e objetos técnicos ou ferramentas (Dejours, 2008a). É uma inteligência do corpo, em outras palavras: enraizada no corpo. É fruto da experiência vivenciada no trabalho e está intrinsecamente relacionada à percepção (Dejours, 2008e).

O conhecimento do trabalho e do ofício é adquirido por meio do corpo e é nele memorizado: “(...) saberes nascidos da prática do trabalho(...)” (Dejours, 2008a, p.45).

b) A inteligência e a engenhosidade da ação estão à frente de sua inteligibilidade, ou seja, da consciência que os agentes têm dela (Dejours, 2008b). Como a experiência é precedente ao saber, a astúcia e a engenhosidade são preponderantes no emprego da inteligência prática (Dejours, 2005; Dejours, 2008e). Neste sentido, os resultados da ação são mais importantes do que o caminho escolhido para alcance dos objetivos (Dejours, 2008e).

c) A inteligência prática busca obter a economia do esforço na relação entre corpo e sofrimento: subtrair o máximo e o melhor com o mínimo dispêndio de energia (Dejours, 2008e).

d) A inteligência prática está presente em qualquer tarefa e atividade de trabalho, o que inclui o trabalho manual e intelectual. Deste modo está no âmago da profissão (Dejours, 2008a; Dejours, 2008e).

e) A inteligência prática é ativa e amplamente difundida em todos os sujeitos, desde que estejam em boa saúde (Dejours, 2008e). Neste aspecto é pulsional:

Um corpo cansado, doente, esgotado compromete a inteligência astuciosa e a criatividade. Um corpo em bom estado, no instante mesmo em que se depara com uma solicitação qualquer, faz com que a inteligência passe a operar (Dejours, 2008e, p.337).

f) A inteligência prática é dotada de um poder criador, intrinsecamente relacionado com a subversão. Esta subversão reside nos ajustes realizados pela contribuição dos trabalhadores frente à organização do trabalho, que em seu âmago é sempre inacabada e imperfeita (Dejours, 2008e). Assim, pressupõe desvios em relação aos regulamentos e regras estabelecidos pela organização do trabalho. Estes desvios, porém, não traem os princípios da organização do trabalho (Dejours, 2005; Dejours, 2008c). De fato, tais desvios objetivam “levar a bom termo o trabalho, nas melhores condições de eficiência e de segurança” (Dejours, 2008c, p. 276). Uma vez que a inteligência prática se relaciona com a subversão, seu exercício não se dá sem dificuldades. Deste modo, ao supor afastamentos em relação aos procedimentos e aos regulamentos, esta inteligência é passível de sanções (Dejours, 2008c).

O exercício da inteligência prática está intrinsecamente relacionado com a possibilidade de transformação do sofrimento em prazer no trabalho (Dejours, 2008e; Uchida et.al, 2010; Dejours, 2008f). Deste modo, os fatores que dificultam que o sofrimento no trabalho possa ser transformado em prazer são: a dificuldade de se exercer a inteligência criadora; a recusa de utilizar-se desta inteligência; a falta de reconhecimento dos custos e esforços dos trabalhadores no que se refere ao exercício dessa inteligência (Dejours, 2008e).

Contrariamente, o prazer no trabalho se dá quando esta inteligência não é combatida, mas ganha reconhecimento de sua contribuição para a organização do trabalho (Dejours, 2008e; Uchida et.al, 2010).

Nesta perspectiva, o prazer e a saúde podem ser conquistados quando é possibilitado ao trabalhador superar os limites do real por estratégias, a partir da mobilização da inteligência (Dejours, 2008f). Ressalta-se que a saúde e prazer são uma conquista, sempre instável, e não uma aquisição definitiva do trabalhador (Dejours, 2008f).

Como explicitado, a inteligência prática se expressa na engenhosidade dos trabalhadores frente ao hiato entre o prescrito e o real. Esta inteligência é fundamental para a funcionalidade da organização do trabalho, pois este seria inaplicável caso fossem respeitadas rigorosamente as prescrições (Dejours, 2008b).

Tal constatação não significa que o prescrito não seja fundamental, pois é referência comum para os indivíduos serem capazes de trabalhar (Dejours, 2008d). Mas, frente ao caráter normativo das prescrições, para trabalhar o sujeito necessita cometer infrações, ou seja, se utilizar de artimanhas, macetes, pequenas trapaças. O macete ganha nesta perspectiva um novo sentido: é o reajustamento feito pelos agentes à organização do trabalho (Dejours, 2008c; Dejours, 2008d).

Mas os mesmos trabalhadores que trapaceiam, também são os defensores dos regulamentos. Desse modo, ainda que os trabalhadores critiquem os detalhes de inutilidade da prescrição do trabalho, reiteram a necessidade e utilidade desta mesma prescrição. Em outras palavras, trapaceiam sem serem “delinqüentes”. (Dejours, 2008d, p.302)

Deste ponto de vista, o trabalhar é um agir com zelo, que implica a busca constante do sujeito pelo ajuste das prescrições, por meio de artimanhas (Dejours, 2008a).

Para que o sujeito trabalhe com zelo é preciso exercer sua originalidade de modo discreto, em um espaço privativo (Dejours, 2005; Dejours, 2008a). A não ser que este possa assegurar a lealdade e cumplicidade de sua hierarquia, de seus pares ou subordinados, impera-se a necessidade de esconder suas artimanhas, seus macetes (Dejours, 2008a).

Nos contextos de trabalho nos quais a negação dos macetes se impõe, o trabalhador precisa lançar mão da “tática do segredo”, ou seja, é necessário esconder seu saber-fazer e cultivar seu segredo (Dejours, 2008d; Dejours, 2008a).

Ainda que o recurso do segredo possa trazer vantagens ao trabalhador, por este dominar macetes e descobertas práticas que lhe conferem autonomia e poder em relação à hierarquia, este recurso acarreta também consequências bastante desvantajosas ao sujeito. O trabalhador, ao utilizar o recurso do segredo, se vê obrigado a dissimular de

modo solitário a forma como trabalha. Necessita, desta forma, assumir sozinho o risco pelo desrespeito às prescrições e a responsabilidade pelas consequências que seus macetes possam causar à segurança e à qualidade do trabalho (Dejours, 2005).

A permanência da “tática do segredo” pode levar à “tática do silêncio generalizado”, comprometendo as relações entre os trabalhadores. Tais relações ficam tensas, com possibilidade iminente de degeneração (Dejours, 2008d). Tal fato impede também que soluções individuais se transformem em soluções coletivas, o que favoreceria a evolução da organização do trabalho (Dejours, 2008b).

Este processo pode levar ao desaparecimento da solidariedade, confiança e cooperação entre os próprios trabalhadores e destes com suas chefias. O macete, que representaria a implicação de modo responsável dos trabalhadores com a organização do trabalho, torna-se motivo de conflito (Dejours, 2008d).

Deste modo, o ideal para a evolução da organização do trabalho é que os macetes, ou seja, as soluções encontradas pelos trabalhadores para fazerem frente ao prescrito do trabalho, sejam reconhecidos como procedimento indispensável. Neste sentido, os macetes, ainda que em desacordo com o prescrito, se constituem como soluções para o ajustamento da organização do trabalho, e desta forma, não deveriam ser encobertos, denunciados ou mesmo combatidos (Dejours, 2008d).

Mas para que os macetes sejam reconhecidos como inteligência no trabalho, é fundamental a existência de cooperação. Assim, frente ao hiato entre o prescrito e o real e à subversão intrinsecamente relacionada com a inteligência prática, a cooperação entre os trabalhadores é requisito primordial para a evolução da organização do trabalho (Dejours, 2008b).

A cooperação é entendida como a liberdade dos sujeitos e vontade de, ao trabalharem juntos, poderem superar coletivamente as contradições decorrentes da organização do trabalho (Dejours, 2008b). Ou seja, para ser possível a existência da cooperação, é imprescindível a mobilização dos trabalhadores na concepção, ajustes e gestão da organização do trabalho (Dejours, 2008b).

O objetivo da cooperação entre os trabalhadores se relaciona com a necessidade de proteger-se e defender-se do sofrimento advindo da organização do trabalho (Dejours, 2008c).

O conceito de coletivo do trabalho, nesta perspectiva, não se resume a existência de um grupo de pessoas. É uma atividade deôntica, que se refere à construção comum de normas, valores e acordos que se concretizam sob a forma de regras (Lancman, Uchida, 2003). Neste sentido, a cooperação reside na construção e na transformação das regras de trabalho, criando as regras coletivas de defesa (Dejours, 2008c).

A cooperação, neste sentido, pressupõe a concordância com as regras comuns ao conjunto de trabalhadores. Tais regras de trabalho acabam por definir e organizar todas as relações entre os trabalhadores (Dejours, 2008d).

Assim, entende-se que por meio da cooperação os trabalhadores podem estabelecer acordos e fazer avançar e modificar a organização do trabalho. Ou seja, evoluir a organização do trabalho por meio de negociações coletivas. A construção das regras de trabalho, nesta perspectiva, é o elo intermediário entre a cooperação e a negociação da organização real do trabalho (Dejours, 2008c).

Por fim, procurou-se ao longo dos capítulos introdutórios apresentar os principais aspectos que envolvem a questão de cuidadores de idosos no Brasil, o histórico de implementação e a descrição do PAI e alguns conceitos da Psicodinâmica do Trabalho que nortearão os objetivos, análise e discussão dos dados coletados nesta pesquisa, os quais serão apresentados nos capítulos subsequentes.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

- Apreender diversos aspectos envolvidos no processo de trabalho do acompanhante de idosos (ACIs) do Programa Acompanhante de Idosos (PAI) no município de São Paulo, SP (Brasil), a partir da opinião dos mesmos.

6.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o processo de trabalho dos ACIs do PAI;
- Identificar a partir da opinião dos ACIs as possíveis dificuldades no exercício de seu trabalho;
- Identificar, a partir do ponto de vista dos ACIs, o hiato entre o trabalho prescrito e o real, e o emprego da inteligência prática para aprimoramento do trabalho;
- Identificar na fala dos ACIs possíveis conteúdos referentes à construção de sua identidade profissional e como esta interfere em seu trabalho;

7 CONFIGURAÇÃO METODOLÓGICA E DE ANÁLISE DOS DADOS

7.1 Local do estudo

O estudo ocorreu no município de São Paulo, Brasil. O Município de São Paulo é a capital do Estado de São Paulo, Brasil. Este município é subdividido em cinco regiões, as quais são constituídas por distintos distritos.

No quadro 1 são apresentados as Regiões, Subprefeituras e Distritos Municipais de São Paulo.

Quadro 1 - Regiões, Subprefeituras e Distritos Municipais de São Paulo

Regiões	Subprefeituras	Distritos
Centro	Sé	Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília, Sé
Leste	Aricanduva/Formosa/Carrão	Aricanduva, Carrão, Vila Formosa
	Cidade Tiradentes	Cidade Tiradentes
	Ermelino Matarazzo	Ermelino Matarazzo, Ponte Rasa
	Guaianases	Guaianases, Lajeado
	Itaim Paulista	Itaim Paulista, Vila Curuçá
	Itaquera	Cidade Líder, Itaquera, José Bonifácio, Parque do Carmo
	Mooca	Água Rasa, Belém, Brás, Moóca, Pari, Tatuapé
	Penha	Artur Alvim, Cangaíba, Penha, Vila Matilde
	São Mateus	Iguatemi, São Mateus, São Rafael
	São Miguel	Jardim Helena, São Miguel, Vila Jacuí
	Vila Prudente/Sapopemba	São Lucas, Sapopemba, Vila Prudente
Norte	Casa Verde/Cachoeirinha	Cachoeirinha, Casa Verde, Limão
	Freguesia/Brasilândia	Brasilândia, Freguesia do Ó
	Jaçanã/Tremembé	Jaçanã, Tremembé
	Perus	Anhanguera, Perus
	Pirituba	Jaraguá, Pirituba, São Domingos
	Santana/Tucuruvi	Mandaqui, Santana, Tucuruvi
	Vila Maria/Vila Guilherme	Vila Guilherme, Vila Maria, Vila Medeiros
Oeste	Butantã	Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno, Vila Sônia

	Lapa	Barra Funda, Jaguará, Jaguaré, Lapa, Perdizes, Vila Leopoldina
	Pinheiros	Alto de Pinheiros, Itaim Bibi, Jardim Paulista, Pinheiros
Sul	Campo Limpo	Campo Limpo, Capão Redondo, Vila Andrade
	Capela do Socorro	Cidade Dutra, Grajaú, Socorro
	Cidade Ademar	Cidade Ademar, Pedreira
	Ipiranga	Cursino, Ipiranga, Sacomã
	Jabaquara	Jabaquara
	M'Boi Mirim	Jardim Ângela, Jardim São Luís
	Parelheiros	Marsilac, Parelheiros
	Santo Amaro	Campo Belo, Campo Grande, Santo Amaro
	Vila Mariana	Moema, Saúde, Vila Mariana

Fonte: São Paulo (2008b)

O Município de São Paulo possui uma população de 11.253.503 pessoas, sendo 728.088 com 60-69 anos e 611.690 com 70 ou mais. Em relação ao gênero, em ambas as faixas etárias, identifica-se um maior número de mulheres do que homes: 417.282 mulheres e 310.806 homens entre 60-69 anos e 385.845 mulheres e 225.845 homens com 70 anos ou mais (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Município de São Paulo, que tem como pilares para seu cálculo a expectativa de vida e as condições de educação e renda da população, é de 0,841, sendo especificamente 0,843 o de renda, 0,761 o de longevidade e 0,919 o de Educação. Comparativamente ao IDH dos demais municípios brasileiros, São Paulo ocupa o sexagésimo oitavo lugar. Seu IDH é classificado como elevado, pois está entre a faixa de valores de 0,800 a 0,899 (PNUD, 2003).

7.2 Tipo de Pesquisa

Dada a complexidade e abrangência dos objetivos da pesquisa, esta se insere no campo da investigação qualitativa.

Quando necessitamos explorar o objeto de estudo na fase inicial ou quando a quantificação não faz sentido, devido à exigüidade do universo de pesquisa, a pesquisa qualitativa se impõe. Mas não é só. Quando a pesquisa tem por objetivo descortinar os sentidos e significados que as pessoas utilizam ao se depararem com o mundo e o que se procura é a compreensão do fenômeno em sua totalidade, a opção pela abordagem qualitativa parece-nos a mais adequada. (Heloani, Lancman, 2004, p.80)

Este estudo caracteriza-se como exploratório e descritivo por ter como objetivo geral apreender diversos aspectos envolvidos no processo de trabalho dos ACIs do PAI no município de São Paulo, SP (Brasil), a partir da opinião dos mesmos.

Para alcance dos objetivos propostos foi empregada a técnica de grupo focal para a coleta de dados.

7.3 Grupos Focais

O grupo focal se configura como uma discussão em grupo. É uma ferramenta que facilita a compreensão de processos menos visíveis, e que permite destacar aspectos inexplorados a respeito de uma questão específica. Possibilita também, acessar significados e conceitualizações dos participantes sobre o tema em discussão e favorecer a exploração de suas perspectivas sobre questões que não haviam refletido anteriormente (Barbour, 2009).

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comuns, relevantes para o estudo do problema visado (Gatti, 2005, p.11).

Os grupos focais originalmente foram utilizados em estudos de comunicação com o intuito de explorar os efeitos produzidos pela veiculação das propagandas de televisão e dos filmes. Atualmente são bastante empregados em estudos de avaliação de mensagens de saúde e para elucidar a compreensão das pessoas sobre as doenças e os serviços de saúde (Kitzinger, 2009).

Nas pesquisas com serviços de saúde ou nas ciências sociais, os temas abordados nos grupos focais são geralmente complexos e buscam elucidar questões específicas que contribuem para o desenvolvimento da disciplina (Barbour, 2009).

É freqüente o uso de grupos focais em pesquisas com serviços de saúde com o objetivo de possibilitar o acesso às perspectivas e experiências de um grupo específico “(...) com freqüência aqueles cujas vozes estariam de outro modo emudecidas” (Barbour, 2009, p.44). Segundo Gatti (2005) é importante que os participantes tenham uma vivência na prática cotidiana com o tema em discussão.

A condução dos grupos focais é realizada por um moderador, cuja tarefa é facilitar a discussão do grupo. Nesta tarefa cabe ao moderador realizar novos questionamentos relacionados aos objetivos da pesquisa e convidar os participantes a expandirem seus comentários e explorarem suas divergências de opiniões. Ainda, o moderador deve solicitar aos participantes que esclareçam termos utilizados, complementem suas explicações e problematizem os conceitos trazidos.

É neste sentido que é função do moderador elaborar ou reformular questões visando explicitar os objetivos da pesquisa aos participantes. Para tanto, recomenda-se que o moderador realize sínteses intermitentes a fim de favorecer a compreensão sobre questões específicas trazidas no grupo (Barbour, 2009).

Os grupos focais são espaços privilegiados para interação grupal, na medida em que o moderador busca ativamente conduzir o debate entre os participantes (Barbour, 2009; Kitzinger, 2009).

A condução deve permitir a participação e expressão de todos de forma mais equilibrada possível, encorajando os sujeitos a participarem de forma espontânea. Outra tarefa do moderador é interferir na discussão grupal, quando necessário, a fim de garantir a discussão com foco nos objetivos da pesquisa (Barbour, 2009; Gatti, 2005).

Durante a discussão do grupo, é possível observar uma negociação entre os diferentes significados, havendo uma tendência à construção de um senso coletivo (Barbour, 2009). Este fato não inviabiliza a riqueza do grupo focal que, por ser um espaço de questionamentos, se torna improvável de terem opiniões, definições e respostas dos participantes em concordância desde o início (Barbour, 2009).

O que se busca com os grupos focais não é uma verdade universal, mas as diferentes percepções e experiências acerca de um dado ou conhecimento (Barbour, 2009). Assim, os grupos focais permitem que ao mesmo tempo os participantes tenham a oportunidade de administrarem suas identidades individuais e também de construírem uma representação coletiva (Barbour, 2009).

Nas situações em que o grupo se depara com perspectivas divergentes, é papel do moderador explorar a questão para melhor elucidação e compreensão destas divergências pelo grupo. Comumente nestas situações, os participantes buscam explicitar a questão e encontrar soluções para opiniões conflitantes (Barbour, 2009).

Reconhece-se que nos grupos nos quais a condução do moderador é menos estruturada e diretiva, favorece-se que falas mais densas sobre o problema em questão emirjam. Para tanto, cabe ao moderador intermediar a discussão, visando manter o foco nos objetivos da pesquisa, levantando, quando necessário, aspectos relevantes não abordados pelo grupo (Gatti, 2005).

Ainda, em relação ao moderador, conforme ressalta Barbour (2009), este exerce influência sobre o grupo, desde o modo como conduz as discussões até o papel atribuído pelos participantes ao mesmo (Barbour, 2009). A autora não considera ser possível prever todos os papéis que os participantes atribuem ao moderador, porém é importante refletir sobre este fator, para se buscar adotar estratégias que minimizem potenciais danos ou favoreçam possíveis benefícios (Barbour, 2009).

A fim de apoiar o moderador na condução do grupo focal e auxiliar o registro grupal é indicada a participação no grupo de um moderador assistente, tal como define Barbour (2009) ou segundo moderador, segundo definição de Trad (2009).

É importante ressaltar que cabe também ao próprio grupo a responsabilidade de gerenciar a discussão, pois admite-se seu grande potencial para autogestão (Gatti, 2005).

Para favorecer a interação e sustentar a discussão faz-se necessário preparar um guia de tópicos ou roteiro. O Roteiro, ou guia de tópicos, constitui-se como um conjunto de questões ou direcionamentos previamente preparados, e que serão discutidos durante o grupo focal (Trad, 2009; Barbour, 2009).

O guia de tópicos/roteiro utilizado no grupo pode ter como característica ser estruturado, não-estruturado ou semi-estruturado. Especialmente em relação ao roteiro semi-estruturado, este tem a função de conduzir e disparar as discussões a partir de questões propostas pelo moderador. Ao mesmo tempo, deve ser flexível para que possa captar comentários e incorporar questões levantadas pelo grupo relacionadas aos objetivos do estudo (Trad, 2009; Barbour, 2009).

A literatura sugere que o guia de tópicos de cada sessão se inicie com uma questão geral a qual, teoricamente, se considere mais fácil dos participantes responderem (Trad, 2009; Barbour, 2009). A opção por adotar este procedimento facilita a discussão inicial do grupo focada no tema específico de pesquisa (Trad, 2009; Barbour, 2009).

Em relação à forma de registro dos grupos focais, sugere-se que estes sejam gravados em áudio e o conteúdo de sua discussão transcrito (Barbour, 2009). Segundo Barbour (2009) é essencial o uso de gravadores de boa qualidade, digitais, com pequenos microfones. É indicado que estes sejam posicionados em uma mesa de centro no grupo (Barbour, 2009).

Para facilitar a transcrição Barbour (2009) aponta que, ao longo do grupo, o moderador anote a sequência das falas e também a primeira palavra dita em cada uma delas, para que seja possível identificar as vozes individuais no momento da transcrição. Outra sugestão é a de que o moderador solicite aos participantes que se dirijam uns aos outros, a partir de seus nomes, os quais devem estar identificados em crachás distribuídos a cada participante no início de cada sessão (Barbour, 2009).

Em relação ao número de sessões de grupo focal a serem realizadas e o tempo de duração de cada uma delas, Gatti (2005) afirma que esta é uma opção do pesquisador e deve ser pautada por alguns fatores. Tais aspectos se relacionam com o estilo de funcionamento que o grupo constituirá, da natureza do problema a ser discutido e da avaliação do pesquisador em relação a suficiência da discussão em consonância com os objetivos do estudo (Gatti, 2005).

Em relação ao número de sessões, Gatti (2005) afirma que, em geral, o material para uma análise satisfatória pode ser gerado com uma ou duas sessões, mas a depender

do grupo é possível que se opte por mais sessões. Já em relação à duração de cada sessão de grupo, Trad (2009) refere que esta é geralmente realizada entre 90 a 110 minutos.

Em relação ao número de participantes, considera-se que idealmente o grupo seja composto de seis a quinze pessoas, o que favorece a participação de todos, além de permitir que o pesquisador identifique opiniões individuais (Trad, 2009).

Na composição do grupo é importante que os participantes tenham pontos em comum, bem como, que haja uma variabilidade entre eles. Estes aspectos promovem maior discussão entre os participantes, e oportunizam o aparecimento de opiniões divergentes e experiências diferenciadas (Barbour, 2009; Gatti, 2005).

A amostragem intencional tem o potencial de contemplar a diversidade de experiências e percepções, que ampliam a discussão e trazem à tona processos menos evidentes (Barbour, 2009).

Em relação à ambientação, recomenda-se que o grupo focal ocorra em sala arejada, com pouco ruído. Os participantes devem ser preferencialmente dispostos em torno de uma mesa. Para favorecer a atmosfera de relaxamento sugere-se que se ofereça aos participantes um café (Kitzinger, 2009; Barbour, 2009). Tais condições permitem que haja maior conforto para desenvolvimento do grupo, bem como facilitam os registros: anotações e gravações em áudio (Trad, 2009; Kitzinger, 2009; Barbour, 2009, Gatti, 2005).

Outros procedimentos metodológicos relevantes para a condução de grupos focais são preconizados pela literatura. Estes se referem a procedimentos a serem adotados no início e fim de cada sessão grupal (Gatti, 2005; Barbour, 2009; Trad, 2009).

No início do grupo, o moderador deve reapresentar aos participantes, os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa, a fim de sanar eventuais dúvidas em relação à mesma (Gatti, 2005). Ainda, a confiabilidade do espaço grupal deve ser enfatizada, especialmente quando se trata de um grupo preexistente, ou seja, com familiaridade prévia entre os participantes (Gatti, 2005; Barbour, 2009). Cabe também ao moderador explicitar aos participantes como será a rotina e duração das sessões, forma de registro da discussão, papel do moderador principal e moderador assistente e questões centrais que nortearão a discussão do grupo. É necessário também enfatizar a

importância da interação entre os participantes, a qual se constitui como aspecto relevante para a viabilização da discussão coletiva (Trad, 2009; Gatti, 2005).

Já em relação aos procedimentos metodológicos a serem adotados no final de cada sessão grupal, a literatura preconiza que devem ser oferecidos espaço e tempo suficientes ao final de cada sessão para que os participantes possam manifestar eventuais preocupações relacionadas ao conteúdo abordado. A garantia novamente aos participantes do contato do pesquisador, em qualquer tempo da pesquisa, deve ser reiterada. Também deve ser dada aos participantes a possibilidade de não se transcrever algum comentário específico, dito por eles no grupo (Barbour, 2009).

Em relação à análise de dados dos grupos focais, Gatti (2005) e Barbour (2009) relatam que o início do processo de análise dos dados, não requer que se espere o desenvolvimento de todas as sessões de grupo. Neste sentido, as primeiras análises podem ocorrer simultaneamente ao desenvolvimento dos grupos, começando logo após o primeiro grupo ou sessão (Gatti, 2005; Barbour, 2009). Este procedimento, segundo Gatti (2005), é adotado nos estudos em que são realizados mais de um grupo focal ou várias sessões com o mesmo grupo em dias distintos.

Esta forma de proceder a análise permite que, após cada sessão de grupo, se crie uma codificação de categorias provisórias. Esta codificação inclui conteúdos da discussão que estejam intrinsecamente relacionados às questões propostas pelo moderador, além de outros introduzidos pelos próprios participantes. Tais conteúdos são definidos como subcategorias.

O pesquisador, portanto, pode utilizar as sessões subsequentes a cada grupo, denominadas como sessão de exposição, para gerar mais dados a partir dos achados preliminares. Nesta perspectiva, cada sessão de grupo focal gera material para as sessões posteriores (Barbour, 2009).

Os benefícios de conduzir o processo de análise sequencial são: auxiliar no encaminhamento das atividades subsequentes; retomar ou introduzir nos encontros ou sessões posteriores as questões não abordadas no grupo e relevantes para os objetivos do estudo; verificar os tópicos não discutidos pelos participantes; elucidar conceitos abordados e aperfeiçoar a atuação do próprio moderador (Gatti, 2005).

Além destes benefícios, este procedimento de análise favorece que se modifique o rumo da condução dos grupos, a ser constantemente alinhada com os objetivos da pesquisa: “A coleta de dados deve permitir retratar caminhos de construção e de valoração de idéias no grupo, logo depois de cada sessão(...)” (Gatti, 2005, p.28)

Após o desenvolvimento de todos os grupos ou sessões do grupo, o pesquisador deve proceder a análise final do material de discussão. A análise em grupos focais visa agrupar as falas em categorias. O conteúdo das categorias deve ser analisado à luz dos objetivos da pesquisa, conforme recomendado por Gatti (2005).

Além deste aspecto, a análise dos grupos focais deve: elucidar o confronto de opiniões; analisar os sentidos tanto das falas majoritárias, quanto as individuais; e analisar a interação do grupo (Gatti, 2005).

Importante ressaltar que, na análise final do material, o pesquisador deve considerar os possíveis consensos encontrados no grupo, porém deverá atentar-se para reconhecer a riqueza das vozes individuais e para a divergência de opiniões intragrupo (Gatti, 2005; Barbour, 2009). Deste modo, o pesquisador deve procurar identificar as vozes individuais, já que a riqueza das diferenças intragrupais são embasadas nas experiências individuais dos integrantes. Compreende-se que os comentários individuais são intrinsecamente relacionados ao contexto e dinâmica particular que se estabelece naquele grupo (Barbour, 2009). O pesquisador, neste sentido deve: “(...) compreender o impacto das vivências do grupo sobre as trocas entre os participantes, os consensos, os dissensos, as rupturas, as descontinuidades, os silêncios.” (Gatti, 2005, p. 47).

Outro aspecto relevante a se considerar na análise é que, em caso de utilização de roteiros/guia tópicos semi-estruturados, os participantes do grupo focal podem considerar importante discutir aspectos que não foram previstos pelo pesquisador:

(...)grupos focais têm a capacidade de refletir questões e preocupações que são importantes para os participantes, em vez de irem conforme a programação do pesquisador. Isso significa que os dados resultantes podem trazer surpresas.” (Barbour, 2009, p.57).

Em caso de haver dados desta natureza, os mesmos devem ser apontados nos resultados.

Em relação à metodologia para análise dos dados gerados nos grupos focais, Gatti (2005) refere que não há um único modelo preconizado. Porém, as técnicas mais empregadas são a análise do discurso e análise de conteúdo (Trad, 2009).

7.4 Procedimentos metodológicos adotados para caracterização da população alvo do estudo

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão para os participantes nos grupos focais:

1. Ser ACI das primeiras doze equipes do PAI gerenciadas pela parceira executora ASF. Estes ACIs estão lotados nas seguintes equipes: UBS José Toledo Piza- Jaçanã; UBS Joaquim Antônio Eirado - Santana, ambas na região norte de SP; UBS Vila Jacuí- São Miguel, na região leste; UBS Comendador José Gonzalez- Vila Formosa; UBS São Vicente de Paula- Ipiranga; UBS Pari-Pari, localizadas na região Sudeste; UBS Dr. José Barros Magaldi- Itaim Bibi; UBS Nossa Senhora do Brasil- Bela Vista; URSI Sé- Santa Cecília; UBS Boraceia- Barra Funda; UBS Vila Romana- Lapa, na região Centro-Oeste; URSI Cidade Ademar- Cidade Ademar, na região Sul (ASF, 2012).

2. Ser trabalhador contratado pela ASF

3. Ser ACI contratado desde o início do PAI, atuando desde então na mesma equipe.

4. Ter interesse em participar do estudo, expresso em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Foi definido como critério de exclusão para os participantes nos grupos focais: não ser ACI contratado no início do PAI ou ser ACI que tenha atuado em diferentes equipes do PAI. Acreditando-se que a variabilidade do trabalho incluía o tempo de permanência dos ACIs no PAI e na mesma equipe, optou-se por considerar estes aspectos visando maior homogeneização da amostra.

Como característica para a homogeneidade dos participantes escolheu-se o fato de serem ACIs, que trabalham no PAI gerenciado pela parceira executora ASF desde o

início de sua implementação. Como variabilidade, optou-se por convidar os ACIs de diferentes equipes do PAI.

Assim foram convidados a participar do estudo um ACI de cada uma das primeiras 12 primeiras equipes PAI, que atendessem aos critérios de inclusão de mencionados. Optou-se por convidar doze participantes para constituição do grupo nesta pesquisa.

Para convite aos participantes, inicialmente foi realizada reunião com a gerência e supervisores do PAI para apresentação do estudo. Posteriormente, os coordenadores das diferentes equipes foram contatados para explicitação do estudo. Ainda, foi enviado a cada equipe material impresso contendo a síntese do estudo: objetivos, população alvo e procedimentos. Esta ação visou apresentar, para as equipes e especialmente aos ACIs, a proposta do estudo aos potenciais participantes. A cada equipe do PAI coube a decisão de escolher os participantes do estudo, caso houvesse mais de um ACI interessado na proposta e que correspondesse aos critérios de inclusão do estudo. A pesquisadora colocou-se à disposição para sanar eventuais dúvidas dos potenciais participantes.

7.5 Procedimentos metodológicos adotados para condução dos grupos focais no estudo

O estudo contou com a infra-estrutura da ASF, por meio do fornecimento de sala para realização dos grupos, linha telefônica para contato com as equipes e e-mail institucional.

O grupo foi desenvolvido na sede do PAI da ASF e ocorreu em sala arejada, com pouco ruído. Os ACIs foram dispostos em torno de uma mesa e identificados com crachás. A escolha pelo local se deu por ser este de fácil acesso aos ACIs de todas as equipes do PAI, já que é um espaço conhecido por todos os participantes. Além disso o local escolhido oferecia condições de privacidade, o que é fundamental no desenvolvimento de grupos focais. Ainda, pelo fato de ser na sede no PAI, foi possível assegurar a todos os ACIs que se interessaram em participar da proposta, que a atividade de grupo fizesse parte de sua carga horária de trabalho.

Optou-se por realizar quatro sessões de grupo focal, com duração média de duas horas e vinte e sete minutos a sessão. Especificamente em relação à duração de cada sessão, os primeiro, segundo, terceiro e quarto encontros tiveram respectivamente: duas horas e dezessete minutos, duas horas e vinte e seis minutos, duas horas e vinte e um minutos e duas horas e quarenta e sete minutos. A literatura refere que geralmente as sessões tem duração de 90 a 110 minutos (Trad, 2009), porém o tempo médio das sessões foi superior a este, à pedido dos próprios participantes que a cada sessão solicitaram maior tempo de discussão.

As sessões de grupo ocorreram mensalmente de setembro a dezembro de 2011. Este tempo entre as sessões foi estipulado com a gerência do PAI, a fim de que a participação do ACI na pesquisa não impactasse negativamente suas metas de produção.

A condução das sessões foi realizada por um moderador principal e um moderador assistente. Isto porque, ao se refletir sobre as possíveis influências do moderador na interação dos participantes e na condução grupal, identificou-se que no momento em que ocorreu a coleta de dados, a pesquisadora deste estudo era funcionário da ASF. Nesta experiência profissional, a pesquisadora tinha contato cotidiano com a gerência do PAI, e também com as diferentes equipes PAI, e por consequência com os ACIs participantes do estudo e sua chefia.

Acredita-se que o fato da pesquisadora ter contato direto com a gerência do PAI e com os coordenadores das diferentes equipes pudesse se constituir como fator que influenciasse na interação entre os participantes. Segundo Barbour (2009) a presença do chefe pode inibir alguns dos integrantes a colocar-se, mas ao mesmo tempo, pode ser apropriado se o estudo tiver como propósito compreender o contexto em que as pessoas trabalham. Refletiu-se que nesta pesquisa o contato da pesquisadora com a gerência do PAI e com os coordenadores das distintas equipes do Programa poderia influenciar no andamento da coleta.

Visando minimizar as possíveis influências da pesquisadora/funcionária da ASF na coleta de dados da pesquisa, adotou-se como procedimento metodológico que a pesquisadora desempenhasse no grupo o papel de moderadora assistente.

Para desempenhar o papel de moderadora principal do grupo, convidou-se uma terapeuta ocupacional, sem contato prévio com os participantes, e que possui experiência na condução de grupos com objetivos similares.

A fim de manter a neutralidade da pesquisadora durante o grupo, no que diz respeito ao seu envolvimento com os ACIs, foram realizadas reuniões periódicas das moderadoras, sob supervisão da orientadora desta dissertação. Tais discussões visaram o estabelecimento de acordos entre as moderadoras para que as respectivas funções fossem fortalecidas e garantidas durante a condução do grupo. Para melhor exemplificar o conteúdo destas reuniões, os participantes foram orientados a se dirigirem sempre à moderadora principal, cabendo à moderadora assistente o redirecionamento de eventuais perguntas realizadas diretamente a ela.

Apoiando-se no referenciado pela literatura, o fato da terapeuta ocupacional convidada ser “de fora” (Barbour, 2009, p.78), como é esta em relação às equipes do PAI, favorece o surgimento de questionamentos para se obter explicações sobre os dados que estão sendo gerados.

Em contrapartida, Barbour (2009) afirma ser importante que o pesquisador adquira, previamente, informações contextualizantes, a fim de melhor conduzir o grupo. O conhecimento de tais informações se daria por intermédio de um trabalho de campo ou por informações disponibilizadas pelas organizações locais. Neste sentido, nesta pesquisa esta etapa não foi necessária, uma vez que a pesquisadora foi trabalhadora do PAI na ASF.

Observou-se que o conhecimento prévio da pesquisadora sobre o PAI favoreceu que os participantes expusessem suas opiniões e compartilhassem aspectos subjetivos relacionados ao seu contexto de trabalho.

Para condução do grupo foi utilizado um roteiro semi-estruturado. O roteiro para discussão do grupo focal se embasou na caracterização do processo de trabalho dos acompanhantes de idosos, em especial nos aspectos que se referem à: construção identitária de sua função laborativa, exercício de seu trabalho real e sua relação com o trabalho prescrito e utilização da inteligência prática no trabalho.

Cada sessão de grupo foi iniciada por uma questão disparadora, visando favorecer a discussão do grupo direcionada ao tema específico de pesquisa. No primeiro encontro a questão foi definida previamente pela pesquisadora e nos encontros subsequentes as questões foram definidas a partir da análise sequencial do conteúdo da discussão realizada em cada sessão de grupo focal. As questões disparadoras de cada encontro e as justificativas por sua escolha estão apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Questões disparadoras dos encontros do grupo focal

Sessão de Grupo	Pergunta disparadora	Síntese dos pontos discutidos, os quais geraram a pergunta disparadora do encontro subsequente
1	“Eu queria que vocês comessem contando um pouco sobre o que motivou cada uma de vocês a trabalhar como Acompanhante de Idosos” “Eu queria entender qual é o principal objetivo do trabalho de vocês.”	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade relacionada à atribuição de ACI • Dificuldade em lidar com a complexidade dos casos atendidos
2	“O ponto que ficou relevante do ultimo encontro diz respeito à atribuição do Acompanhante de Idosos. Qual é o papel de vocês e o que diferencia vocês dos demais profissionais da equipe?”	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade relacionada à atribuição de ACI • Dificuldade em lidar com a complexidade dos casos atendidos • Alguns ACIs referiram não se sentirem apoiados por suas equipes para lidarem com a complexidade dos casos atendidos
3	“Ao longo desses nossos dois encontros vocês foram contando algumas situações de bastante complexidade que vocês vivenciam no cotidiano de trabalho de vocês. Então, diante disso, gostaria de saber quais são as estratégias de apoio que interferem no desenvolvimento do trabalho de vocês.”	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade relacionada à atribuição de ACI • Dificuldade em lidar com a complexidade dos casos atendidos • ACIS referiram os espaços de reunião e supervisão como espaços de apoio
4	“No último encontro apareceram os espaços de supervisão e reunião e tínhamos	

	combinado de que o encontro de hoje seria destinado para conversarmos melhor sobre esses espaços. Então, hoje vamos começar conversando sobre como são os espaços de supervisão e reunião de equipe e qual a opinião de vocês sobre esses espaços”	
--	--	--

Na primeira sessão de grupo foi solicitado a cada participante o preenchimento de um questionário que contemplou perguntas para identificação dos ACIs: idade, gênero, estado civil e escolaridade. Além disso, ele continha também as seguintes perguntas: a) você realizou algum curso complementar que se relacione com ser cuidador de idoso?; b) Se sim, realizou este curso antes ou depois que entrou no PAI?; c) Você já tinha cuidado de idosos antes de entrar no PAI?; d) Se sim, em qual situação?

No início da primeira sessão, os objetivos, critérios de inclusão e aspectos metodológicos da pesquisa foram reapresentados aos ACIs, visando sanar eventuais dúvidas. O moderador assistente leu, em conjunto com os participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso o ACI concordasse em participar, foi solicitado a ele que assinasse o termo em duas vias: uma para si e outra para o pesquisador (Anexo A).

Ainda, no início de cada sessão de grupo foi assegurado e enfatizado aos participantes a confidencialidade do espaço grupal por se tratar de um grupo com familiaridade prévia entre os participantes. Apesar dos ACIs que compuseram os grupos serem de diferentes equipes, estes se encontram em ocasiões específicas do PAI as quais são convocados pela ASF, tais como reuniões gerais das equipes. Foi também esclarecido aos participantes que apesar da pesquisadora manter contato com a gerência e equipes do PAI, não haveria transmissão a estes de dados provenientes do grupo focal. A pesquisadora garantiu aos participantes que o conhecimento sobre o material coletado só estaria acessível a outras pessoas que não compuseram o grupo a partir do momento de defesa desta dissertação e de sua publicação pela biblioteca da FMUSP.

Além da confidencialidade, foi explicitado ao grupo como se daria a condução das sessões de grupo focal, forma de registro da discussão, papel dos moderadores principal

e assistente, questões centrais de discussão e garantia de contato do pesquisador a qualquer tempo da pesquisa.

No final de cada sessão de grupo foram oferecidos espaço e tempo suficientes para que os ACIs pudessem tecer comentários adicionais que considerassem relevantes ou referirem eventuais preocupações relacionadas ao conteúdo abordado.

7.6 Procedimentos metodológicos adotados para análise dos dados

As sessões do grupo focal foram gravadas em áudio e seu conteúdo foi transcrito. Optou-se nesta pesquisa que o processo de análise dos dados, se iniciasse logo após cada sessão de grupo. Assim, após cada sessão criou-se categorias provisórias, que embasaram a condução das sessões subseqüentes. Dessa forma, as primeiras análises ocorreram simultaneamente ao desenvolvimento dos grupos.

Após o desenvolvimento das quatro sessões, optou-se por analisar todos os dados obtidos empregando-se a análise de conteúdo, a partir da análise temática, conforme proposto por Bardin (1977). Segundo este autor as respostas às questões abertas, entrevistas e reuniões de grupo são usualmente analisadas com base na análise temática, uma vez que o tema permite o estudo de motivações, opiniões e atitudes (Bardin, 1977).

Compreende-se o tema como a unidade de significação que norteia a leitura do material (Bardin, 1977). Assim neste estudo definiu-se como tema: “processo de trabalho dos acompanhantes de idosos”.

Na análise de conteúdo, a unidade de significação- tema- é codificada visando categorização. A categorização é uma operação de classificação de elementos, na qual cada categoria corresponderá a uma determinada classe, identificada por elementos comuns. Esta operação, composta pelas etapas de inventário (isolamento de elementos) e de classificação (organização de elementos), tem o objetivo de obter uma representação simplificada dos dados brutos (condensação) (Bardin, 1977).

Especificamente na análise de conteúdo os elementos provenientes do material analisado são denominados de unidades de registro (Bardin, 1977). Deste modo, nesta pesquisa foram definidas categorias e unidades de registro temáticas. O conteúdo da

discussão foi recortado em função das mesmas, valorizando-se tudo o que foi relatado a respeito. Selecionaram-se algumas falas consideradas ilustrativas, as quais foram apresentadas nesta dissertação.

A composição das categorias considerou os aspectos referenciados por Bardin (1977) para a criação de categorias consideradas como de boa qualidade. Para este autor, estas devem apresentar as seguintes características: a) exclusão mútua, ou seja, cada elemento só pode ser classificado em uma única categoria; b) homogeneidade; ou seja, um único princípio de classificação deve conduzir a organização das categorias; c) pertinência, ou seja, as categorias devem refletir as intenções da investigação, estando adaptada ao material analítico escolhido ou sendo pertencente ao quadro teórico selecionado; d) objetividade e fidelidade, ou seja, a codificação deve ser sempre a mesma, ainda que o material seja submetido a várias análises (Bardin, 1977).

Para a realização da categorização, empregou-se o processo em que o sistema de categorias é fornecido previamente, e consequentemente, a organização do material é decorrente dos elementos teóricos pré-estabelecidos (Bardin, 1977). Desse modo, o conteúdo analisado para composição das categorias considerou aquelas previamente definidas a partir da escolha do referencial teórico que ampara esta pesquisa: Psicodinâmica do Trabalho. Optou-se pelas seguintes categorias prévias relacionadas ao referencial teórico: identidade, trabalho prescrito e trabalho real e inteligência prática. Embora inicialmente o reconhecimento e a cooperação no trabalho seriam analisados como categorias isoladas, identificou-se que estes conceitos apareceram como conteúdos transversais às demais categorias, de modo que nesta pesquisa foram assim tratados.

É importante ressaltar que apesar desta pesquisa se utilizar de elementos da teoria da Psicodinâmica do Trabalho para amparar a análise dos resultados, este estudo não compõe investigação em Psicodinâmica do Trabalho, tal como discutido por Dejours (2008c). Apesar de nesta pesquisa ter se criado um espaço de discussão entre os ACIs, este espaço se deu pelo uso de grupos focais como metodologia (Gatti, 2005; Barbour, 2009). Já em Psicodinâmica do Trabalho, o exercício da reflexão coletiva, pressupõe mais que uma discussão conjunta entre os trabalhadores. Este método de pesquisa é uma intervenção que visa a apropriação de uma inteligibilidade comum entre os

trabalhadores, regida pela intercompreensão de normas e acordos, que busca conduzir a uma reconstrução coletiva do trabalho (Lancman, Uchida, 2003).

7.7 Aspectos Éticos

De acordo com as normas para pesquisa propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi aprovado pelos: Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Anexo F) e Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) (Anexo G), sob os respectivos protocolos: CAAE 0031.0.444.162-11, parecer 128/11, data de aprovação 9 de maio de 2011; Protocolo 133/11, data de aprovação: 14 de abril de 2011.

Em consonância com o conteúdo do Termo de Consentimento, foi retirado na apresentação dos dados, qualquer tipo de informação que identificasse os ACIs que participaram da pesquisa.

Em relação às entrevistas realizadas com a Profa Dra Yeda Aparecida de Oliveira Duarte e com o Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal, os dados coletados se constituíram como parte da introdução desta pesquisa, e visaram a contextualização acerca do histórico de cuidadores formais no cenário brasileiro e da implementação do PAI. Pela característica documental dos dados os nomes dos entrevistados foram identificados, a partir do consentimento dos sujeitos (Anexos C e E).

A pedido dos membros que compuseram a banca de qualificação desta dissertação, o título inicial do projeto de pesquisa foi modificado, sendo o novo título aprovado pelo Comitê de Ética da FMUSP (Anexo H).

8 RESULTADOS

Nesta pesquisa, participaram ACIs trabalhadores das equipes do PAI localizadas nas regiões de: Jaçanã, São Miguel, Vila Formosa, Ipiranga, Itaim Bibi, Bela Vista, Barra Funda, Lapa, Cidade Ademar, Santa Cecília e Santana. Apesar de convite realizado pela pesquisadora, nenhum ACI da equipe PAI da região do Pari participou da pesquisa.

Quanto ao perfil dos participantes, todos eram do sexo feminino, tinham de 32 a 56 anos de idade, quatro eram solteiros, três divorciados, três casados e um viúvo. Em relação à escolaridade, um tinha ensino médio incompleto, um superior completo e os demais ensino médio completo. Nenhum participante referiu ter realizado curso de cuidador antes de ingressar no PAI.

Duas pessoas referiram não ter cuidado de idosos antes de ingressar no PAI. Os demais ACIs referiram que já haviam sido cuidadores, citando as seguintes situações: dois haviam sido cuidadores formais domiciliares de idosos; um referiu ter sido empregada doméstica, trabalho no qual também auxiliava no cuidado da tia da ex-patroa; dois haviam realizado trabalho voluntário destinado a idosos; seis já haviam sido cuidadores de familiares ou amigos.

Quanto à motivação que levou os participantes a trabalharem no PAI referiram: ter afinidade com idosos (nove ACIs); possuir experiência prévia como cuidadores de idosos (três de forma remunerada, dois como trabalho voluntário e três no cuidado de familiares e amigos); estarem desempregados (dois).

O ACI é um dos trabalhadores da equipe PAI formada ainda pelos seguintes profissionais: Equipe Técnica (assistente social/ coordenador da equipe, médico, enfermeiro), auxiliares de enfermagem e auxiliar administrativo. À Equipe Técnica cabe supervisionar, orientar e avaliar o trabalho dos ACIs.

Cada ACI é referência para atendimento a aproximadamente dez idosos em condição de fragilidade e vulnerabilidade social. Em ocasiões de necessidade de substituição de um ACI, como nas situações de férias ou licença de saúde, o idoso é atendido por outro ACI naquele período.

As atividades desenvolvidas pelos ACIs envolvem diversos aspectos da vida dos idosos: acompanhamento e auxílio nas atividades básicas, instrumentais e avançadas de

vida diária visando aumento da autonomia, independência e participação social. Suas ações são orientadas pelas atribuições previstas no Documento Norteador do PAI e no “Plano de Cuidados” do idoso, o qual é construído conjuntamente com todos os profissionais da equipe.

Realizam visitas domiciliares e atividades em grupo promovidas pelas equipes. Em seu trabalho se deparam com cuidadores familiares dos idosos, bem como com outros trabalhadores domiciliares, tais como cuidadores formais e empregados domésticos, os quais possuem vínculos empregatícios diferentes dos ACIs por serem contratados diretamente pelos idosos ou por seus familiares.

Categorias de análise

O tema, unidade de significação que norteou a leitura do material, foi o “processo de trabalho dos acompanhantes de idosos”. Este tema foi codificado nas seguintes categorias: identidade, trabalho prescrito e trabalho real e inteligência prática. As unidades de registro provenientes do material analisado referentes a cada categoria, estão dispostas no quadro 3.

Quadro 3- Categorias de análise e unidades de registro

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO
Identidade	Acompanhante de Idosos: compreensão acerca de sua função
	Acompanhante de Idosos: uma nova categoria de trabalhadores
	Acompanhante de Idosos: diferenciação laborativa em relação a outros profissionais
Trabalho Prescrito e Trabalho Real	Documento Norteador: referência para o trabalho prescrito
	Situações “difíceis”: manejo dos ACIs
Inteligência Prática	Situações “difíceis”: manejo dos ACIs
	Emprego da Inteligência prática: riscos ao trabalhador

Foram selecionadas algumas falas consideradas ilustrativas relacionadas ao conteúdo de cada unidade de registro, as quais serão apresentadas neste capítulo de resultados.

Nesta etapa da dissertação optou-se por ater-se estritamente ao conteúdo emergido no grupo, sem realizar inferências da pesquisadora e relações com a literatura, o que será feito no capítulo seguinte, de discussão.

A categoria identidade, a primeira abordada, mostrou aspectos que se referem à construção identitária profissional e simbólica do ACI, o que será apresentado a seguir, porém mais aprofundadamente na discussão desta dissertação.

8.1 Categoria: Identidade

Iniciou-se a apresentação dos resultados pela categoria identidade. Nela, os acompanhantes puderam refletir a respeito de sua função, considerada por todos como inédita. Discutiram como este ineditismo influencia a compreensão de suas atribuições laborativas, por eles mesmos, pelos idosos atendidos e seus familiares, trabalhadores domiciliares com quem os ACIs se deparam em sua prática (cuidadores contratados pelos idosos e empregados domésticos) e pelos demais profissionais da equipe.

8.1.1 Acompanhante de Idosos: compreensão acerca de sua função

Os ACIs relataram serem os trabalhadores da equipe mais próximos dos usuários e quem mais assiduamente mantêm contato com os mesmos. Dentre suas principais atribuições com os idosos identificaram: oferecer-lhes escuta, orientar-lhes segundo diretrizes da equipe, favorecer a ampliação de seu universo de conhecimentos, acompanhá-los em tratamentos clínicos e auxiliá-los na realização de atividades de vida diária (AVDs). Em relação a esta última função, afirmaram ser seu papel o de “acompanhar” o idoso na realização das AVDs e “*não fazer por ele*” ou “*assumir*” integralmente a realização das tarefas.

ACII: o nosso papel é mais próximo do que dos outros profissionais (...)a gente ouve, ele desabafa com a Acompanhante

ACI11: a gente é o intermediário de levar a informação para essa pessoa (...) também para ele conhecer coisas que ele não conhecia

ACI14: o nosso papel é acompanhar, auxiliar, orientar

ACI7: a gente pode ajudar ele a fazer alguma coisa, mas não fazer por ele

ACI2: ajudar aquela pessoa não é assumir tudo que ela faz

Mencionaram que seu trabalho lhes causa sentimento de “orgulho”, pois por meio dele auxiliam na melhora da qualidade de vida de “pessoas esquecidas”, que para eles são aquelas que possuem pouco suporte social e que se encontram em condições de saúde frágeis. Alguns exemplos que traduzem esta melhora são: a inclusão de usuários no Sistema Único de Saúde; realização de acompanhamento de saúde a idosos que há anos não compareciam a consultas e tratamentos clínicos; ampliação da rede social e da participação familiar e comunitária de idosos atendidos; aumento da independência e autonomia nas atividades de vida diária e resgate e desempenho de atividades significativas aos usuários.

ACI3: Eu tenho orgulho da minha profissão.

Percebem que os idosos atendidos demonstram gratidão pelo trabalho realizado, favorecendo sua confiança no ACI. Relataram também que executar seu trabalho com afetividade e ser reconhecido pelos idosos lhes proporciona o sentimento de satisfação pessoal.

ACI9: Eles são muito gratos.

ACI6: Eu fiquei tão emocionada, porque são coisas deliciosas que você promove para pessoa. Isso te engrandece, pelo bem que você faz. Ela se sente agradecida e tem confiança em você. Quando você chega, ela te olha com outro olhar.

Os ACIs demonstraram certa dificuldade na compreensão e definição de sua função pois, quando estimulados pelo moderador, nomearam-na de formas divergentes. Alguns denominaram-se como “*cuidadores*”, outros os corrigiram afirmando serem “*acompanhantes*”. Um participante referiu que estas duas denominações muitas vezes se “*confundem*”, sendo este um fator que dificulta a clareza do ACI e da equipe sobre as atribuições deste trabalhador.

ACI2: o problema que a gente tá passando hoje é essa mistura em ser o cuidador ou ser o Acompanhante

Essa diferença entre “*acompanhante*” e “*cuidador*” para eles está relacionada ao fato do “*cuidador*” ser contratado diretamente pelo idoso e seus familiares. Também ao tempo de permanência com o idoso cuidado, que para o “*cuidador*” é integral ou maior que para o “*acompanhante*”.

Além disso, creditaram esta diferenciação ao grau de responsabilização pelo cuidado do idoso, como sendo maior para o “*cuidador*”. Neste sentido, relataram ser função do “*cuidador*” “*tomar conta do idoso*”, “*cuidar de tudo*”, e do “*acompanhante*”, “*acompanhar*”, “*dar suporte*” na realização de atividades de vida diária.

ACI4: as pessoas confundem o cuidador com o acompanhante, o acompanhante é para acompanhar, as vezes pensa que a gente vai tomar conta e não é esse o papel.

O desempenho de tarefas com o idoso também foi apontado como um aspecto que justifica a distinção entre estes dois trabalhadores. Assim, observam que o “*cuidador*” realiza atividades que não são da competência do “*acompanhante*”, tais como: dar banho, dar injeção, trocar fraldas, fazer curativo, administrar finanças, permanecer com o cartão de benefício do idoso. Esta distinção foi experienciada por um participante que já havia trabalhado como “*cuidador*” ao longo de sua trajetória

profissional. Nesta função realizava tarefas mais diversificadas do que lhe é permitido desempenhar no PAI como “acompanhante”.

ACI9: quando eu trabalho no particular, eu dou banho, faço curativo, faço tudo, mas quando eu estou como Acompanhante eu só faço aquilo que é me permitido.

8.1.2 Acompanhante de Idosos: uma nova categoria de trabalhadores

Os ACI discutiram no grupo que, sendo a sua função uma atividade laborativa nova, não havia e não tiveram formação específica anterior ao PAI para desempenho de seu papel profissional. Referem que, diferentemente do que ocorre com os demais profissionais da equipe, não há um manual exclusivo de orientação sobre o seu exercício laborativo, o que os respaldaria em seu trabalho.

ACI11: porque é uma coisa nova, a gente não tem essa formação

ACI10: Não tem manual de acompanhante. Tem manual de enfermeira.

ACI3: seria até um respaldo mesmo para gente

Eles mencionaram que, por serem uma nova categoria de trabalhadores, há uma maior demanda de esclarecimentos para todas as equipes do PAI sobre o seu trabalho e sobre as atividades que lhes competem. Para eles, as equipes têm compreensões distintas sobre quais atividades são passíveis de serem realizadas por este trabalhador.

ACI11: porque é novo, então tem que ser bem esclarecido com todas as equipes, uma equipe diz não você pode, outra equipe diz não você não pode, então na cabeça da gente fica pode, não pode, pode, não pode

Alguns participantes relataram perceber diferenças significativas entre as ações realizadas pelos ACIs de uma mesma equipe. Como exemplo, limpar o domicílio é uma

atividade desenvolvida por uns e não por outros. Esta disparidade de ações se evidencia quando, por ocasião da necessidade de substituição por férias ou licença de seus pares, outros ACIs atendem o mesmo idoso.

ACI6: chega na minha vez e a paciente quer que eu faça a mesma coisa que a fulana fez (...) Mas ela faz todo dia, porque que você não faz?

ACI11: Você pode ter problema de saúde, e vai sair daquela casa. Eu vou te representar, então eu tenho que fazer a mesma coisa que você fez. Equipe é equipe, o que eu faço, ela faz.

Notou-se que estas diferenças não são consenso, já que alguns integrantes referiram realizar ações que outros afirmaram não ser de sua função. Houve discordância entre os participantes quando um deles mencionou trocar a fralda suja do idoso, já que a filha, cuidadora principal, precisava sair para trabalhar.

Perceberam que esta disparidade dificulta a compreensão do idoso acerca da função deste trabalhador. Ainda, pode impactar negativamente a relação estabelecida entre o idoso e os ACIs, pois este acaba por comparar as ações realizadas pelos diferentes trabalhadores e por demonstrar sua preferência pelo atendimento de um deles. Neste sentido, na percepção de um participante, os ACIs que atendem à determinadas solicitações, que podem até mesmo “extrapolar” sua função são considerados pelos idosos como “bonzinhos”.

ACI11: Uma dá uma de faxineira, aí chega o outro, e ele não vai fazer, porque não era para fazer. Aí vão falar não quero esse, porque o outro era tão bonzinho.

Para o grupo, a homogeneização das ações de ACIs de uma mesma equipe esclareceria aos idosos as funções pertinentes a estes trabalhadores.

Os integrantes do grupo discutiram ainda, que o ineditismo de seu trabalho influencia também na compreensão de suas funções tanto pelos idosos atendidos quanto

pelos seus familiares, na medida em que estes “*confundem*” ou demonstram desconhecimento de quais sejam as atribuições relativas ao papel do ACI. Um participante menciona que tal situação é evidenciada quando a equipe do PAI realiza a inclusão do idoso no Programa.

ACI11: eles não sabem. Quando a coordenadora chega pela primeira vez na casa deles e fala do acompanhante. Então ele pensa assim o que é que você vai trazer pra mim? você vai me ajudar fazer a comida? Você vai conversar comigo? Você vai me levar pra passear?

Em decorrência dessa pouca compreensão sobre sua atribuição laborativa, o idoso e seus familiares esperam que os ACIs realizem tarefas que não lhes competem. Uma situação recorrente para a maioria do grupo é aquela em que o familiar considera o cuidado integral com o idoso de inteira responsabilidade do ACI, ou seja que é seu dever “*tomar conta do idoso*”.

Outro exemplo foi a queixa de um idoso à equipe PAI que o atendia relatando descontentamento com o trabalho do ACI, pois tanto ele quanto seu cuidador contratado esperavam que o mesmo lavasse sua cozinha, e o trabalhador entendia que tal atividade não lhe competia como tarefa.

ACI7: a outra pessoa que cuida dele não lavou a cozinha, crente que era a atribuição da Acompanhante. E ele tava bravo. Por que o senhor está bravo? Porque faz dois dias que a Acompanhante não vem aqui, e a minha cozinha está suja, ninguém lavou a minha cozinha.

Tal situação tipifica o que para o grupo é comum ao seu trabalho: idosos e familiares “*confundirem*” sua função com a de empregado doméstico.

ACI5: eu não estou aqui como a empregada doméstica dela, eu sou Acompanhante

ACII0: ele confunde que a Acompanhante não é faxineira, não é empregada.

Eles apontaram a relevância do papel da equipe no esclarecimento aos idosos e familiares acerca do papel do ACI, especialmente nas situações em que estes trabalhadores sentem-se pressionados a realizar tarefas não condizentes com suas atribuições. Tal atitude facilitaria o posicionamento do ACI frente aos usuários, evitando conflitos na relação entre eles.

ACI5: a gente fala com a coordenadora e ela vai lá e explica o papel do Acompanhante e acaba dando tudo certo depois.

ACII1: a coordenadora tem que chegar e falar. O idoso não vai te pedir para buscar um pão, sabendo que você não pode, ele não vai ficar com muita raiva de você

No entanto, não houve consenso na opinião dos ACIs do grupo quanto a esta questão, visto que alguns ACIs não identificaram o apoio necessário por parte de suas equipes.

Sugeriram que este esclarecimento ocorresse pela equipe técnica e pelo próprio ACI no início do trabalho do PAI com o idoso e periodicamente ao longo do processo de cuidado.

8.1.3 Acompanhante de Idosos: diferenciação laborativa em relação a outros profissionais

Na discussão do grupo alguns ACIs relataram a percepção de que suas atividades laborativas são menos delimitadas quando comparadas às de outros profissionais da equipe, trazendo sentimentos de dificuldades em diferenciar seu papel dos demais membros da equipe.

ACII1: Na equipe, o médico tá posicionado, a enfermeira tá posicionada, a auxiliar de enfermagem tá posicionada, os únicos realmente que não tem um posicionamento são os acompanhantes

Eles afirmaram que esta dificuldade era maior no início do PAI, e que o tempo de experiência neste trabalho tem auxiliado a eles próprios a compreender melhor esta diferenciação.

ACI9: quando a gente começou a trabalhar, não sabia qual era a nossa diferença entre os profissionais, mas hoje a gente já tem uma clareza bem ampla

Dois participantes relataram vivenciar dificuldades em sua relação com os auxiliares de enfermagem de suas equipes. Para eles, estes profissionais desempenham papéis de “detetives”, fiscalizando o trabalho dos ACIs no domicílio. Perceberam também ser freqüente que estes “façam fofoca”, ou seja, tragam à equipe técnica informações sobre a opinião e satisfação dos idosos a respeito do trabalho desempenhado pelos ACIs.

ACII2: os auxiliares vão fazer a visita na casa do idoso, eles acabam não fazendo o serviço de enfermagem, acabam fazendo o serviço de detetive. Estão indo vasculhar o seu trabalho. Já aconteceu do Auxiliar esquecer o esteto na casa do idoso, porque ele ficou perguntando do Acompanhante.

Um dos participantes mencionou que os auxiliares de enfermagem, por vezes, fornecem ao idoso informações contrárias às anteriormente dadas pelo ACI, desconsiderando-as. Deste modo, percebem que os auxiliares de enfermagem os desautorizam frente ao idoso atendido.

ACI6: Auxiliar tira a autoridade do Acompanhante, acontece sempre.

Dessa forma a categoria identidade, a primeira apresentada neste capítulo de resultados, evidenciou que a compreensão de atribuições do trabalhador ACI é influenciada pelo fato destes representarem uma nova categoria de trabalhadores.

8.2 Categoria: Trabalho Prescrito e Trabalho Real

A segunda categoria abordada foi a de trabalho prescrito e trabalho real. Nela enfatizou-se o hiato entre os trabalhos prescrito e real. Os ACIs refletiram que o Documento Norteador do PAI constitui-se como importante referência para execução de seu trabalho. Discutiram, porém, que pelo fato de cuidarem de pessoas, deparam-se na prática constantemente com imprevistos, de modo que o Documento Norteador se mostra insuficiente para responder a todas às demandas. Tal fato, por vezes, faz com que os ACIs não se sintam preparados para lidar com algumas das situações encontradas no exercício do trabalho.

8.2.1 Documento Norteador: referência para o trabalho prescrito

Segundo os ACIs, o documento norteador, revisto e modificado ao longo do tempo de existência do PAI, é a norma prescrita que orienta seu trabalho. O mesmo delimita atribuições dos diferentes profissionais da equipe.

ACI10: o documento norteador é bom para gente se guiar

ACI4: O documento norteador fala as atribuições de cada um

De acordo com um participante, o documento norteador constitui-se em uma diretriz a ser seguida, embora, assim como toda lei, impossível de ser cumprido tal como previsto, já que é executado por pessoas naturalmente imperfeitas.

ACI4: o documento norteador é uma lei, que tem vários princípios e

como toda lei, ninguém segue ao pé da letra. Com certeza, todo mundo acaba extrapolando aqueles princípios. Ninguém vai cumprir direitinho. Nós somos imperfeitos.

O grupo considerou seu trabalho dinâmico e em constante transformação. Por atenderem pessoas, é frequente o fato de lidarem com imprevistos, emergências e novos desafios.

ACI7: a gente trabalha com gente. E cada dia é um desafio, naquela casa que você foi hoje, amanhã já é outra história

A maioria apontou que o Documento Norteador não traz detalhamento suficiente a respeito das ações dos ACIs, o que os impossibilita responder a todas as demandas advindas de sua prática de trabalho.

ACI7: lá não diz o que você pode ou não fazer na casa do idoso

ACI3: no papel escreve lá, você não pode, você pode, mas na prática, o dia a dia, a realidade, é outra.

Ainda, conforme percepção de um trabalhador, o Documento Norteador muitas vezes restringe a realização de atividades e procedimentos que, para ele, poderiam ser efetuados pelos ACIs em atendimento às necessidades dos idosos.

ACI2: O protocolo ele te tira a liberdade as vezes de agir com o idoso. Tem muitos itens que ele te bloqueia a determinadas atividades e procedimentos que você poderia fazer.

Para ilustrar este fato citou situação em que o idoso, necessitando de algo e não tendo condições de se deslocar para comprar, solicita esta tarefa ao ACI, o qual é impedido de atender vez que não lhe é permitido pelo Documento Norteador.

ACI2: não poder pegar o dinheiro no idoso, para você buscar um pãozinho, uma coisa para ele. O protocolo te poda disso.

Outra questão debatida foi que os ACIs têm o conhecimento de que o Documento Norteador preconiza que uma das atribuições deste trabalhador é o estímulo do idoso para desempenho de atividades de lazer. Porém, com exceção de dois participantes, os demais mencionaram destinar grande parte de seu tempo de trabalho no acompanhamento dos idosos a consultas, exames e tratamentos clínicos. Denominaram estas atividades como “*de saúde*”, em contraposição as “*de lazer*”, que são, por exemplo, participação em passeios e grupos, caminhadas próximas ao domicílio, leitura de livros, jogos de carta e tabuleiro. As atividades “*de lazer*” são realizadas com alguns idosos no domicílio, porém com pouca frequência. Há também ações coletivas promovidas pela equipe nas quais nem todos os idosos encontram-se em condições de participar, tais como passeios organizados pela equipe, grupos realizados na Unidade de Saúde ou caminhadas em parques públicos.

ACI2: eu levo um ou dois para passeios, mas fora isso, mais é saúde.

Perceberam a falta de tempo para desempenho de atividades “*de lazer*” em detrimento das “*de saúde*”. Tal fato parece estar relacionado tanto à fragilidade e necessidades dos idosos cuidados em decorrência de suas condições clínicas, quanto à maior valorização pelos próprios idosos das atividades “*de saúde*”.

ACI9: A maioria das vezes você tem que correr com ele pra médico, para fazer exame. Não dá tempo de nada. O lazer não tem.

ACI2: tem aqueles que tem condições de sair, de passear e não quer, só quer ficar dentro de casa. Se a gente deixar, vai ficar só atrás de médico.

ACI4: O que eles querem mesmo é saúde

Os ACIs relataram, inclusive, que os idosos lhes solicitam marcar e os

acompanhar a consultas, mesmo quando seu estado de saúde não justifique tais procedimentos naquele momento. Segundo o entendimento de um participante, o comparecimento nas atividades “*de saúde*” é o principal estímulo para os idosos saírem de casa.

ACI7: você está vendo que ele não tá precisando de uma nutricionista, mas ele quer que marque. Por que parece que para ele sair de casa, só se for no médico.

8.2.2 Situações “difíceis”: manejo dos ACIs

O grupo compartilhou encontrar em sua prática cotidiana condições “*difíceis*” de se manejar, tais como: atender idosos com transtornos mentais e deparar-se com situações tanto de violência contra a pessoa idosa como as de extrema vulnerabilidade econômica. Como exemplos especificaram: ser escolhido por sua equipe técnica para atender um idoso com transtorno mental grave ou que se encontra em situação de grande sofrimento; lidar com situações em que o idoso está faminto, mas sem condições físicas e econômicas de sair para comprar comida; identificar precárias condições de higiene em que vive o idoso sem ter alguém que o auxilie; adentrar domicílio infestado por insetos e lixo, em que o idoso não apresenta suporte social que o ajude a organizá-lo; ter conhecimento de famílias que usufruem indevidamente do dinheiro do idoso ou que promovem situações de agressão física e verbal contra a pessoa idosa.

ACI6: o paciente psiquiátrico que eu peguei, o calhamaço do CAPs é desse tamanho

ACI8: a gente acaba pegando idosos com problemas psiquiátricos (...) A idosa começou a falar da vida dela, que ela já tinha tido dois AVCs, e ela tinha perdido dois filhos: um filho se matou, tomou veneno, e o segundo filho foi subir no telhado para arrumar a antena caiu e morreu. Ela disse

que já fazia terapia, já tinha tomado anti-depressivo.

ACI9: Quando eu cheguei nessa casa pela primeira vez, a idosa vivia em um colchão no chão. Ela é diabética, pesa 120 quilos, e ficava de bruços dia e noite, nua. Ali ela fazia cocô, xixi, comia, com seis cachorros que faziam cocô em volta dela. A comida que ela comia os cachorros também comiam. A casa era minada de rato e barata.

ACI6: Quinze dias deitado, sem um copo d'água, com um marmiteix deteriorado do lado da cama.

ACI6: Tem família que pega a aposentadoria. Os filhos é quem consomem o dinheiro e o idoso não tem direito de pedir uma bolacha.

Os participantes do grupo colocaram que muitas vezes não se percebem preparados para lidarem com estas situações. Ainda, que sentem medo de não serem capazes de prestar atendimento adequado aos usuários, além de sentimentos de constrangimento e dúvida de como proceder em seu trabalho com o idoso.

ACI12: (...) porque às vezes são passados casos que a gente não tá preparada

ACI6: (...) a gente atende pacientes que você não foi capacitada, aí você cai ali na casa e não sabe o que fazer

ACI5: Este foi o primeiro caso que eu tive medo de enfrentar.

ACI6: Eu fiquei muito constrangida, não sabia que existia essa realidade.

Diante de situações “difíceis”, a maioria apontou que a supervisão, enquanto espaço formalmente instituído, é de grande relevância para sua prática. Uma das razões mencionadas é que se constitui em momento de “desabafo”, de escuta e apoio aos ACIs, quando estes se sentem “angustiados”, “inseguros” e incapazes de resolver sozinhos situações encontradas em seu trabalho. Disseram ainda que a supervisão permite atualizar o “Plano de Cuidados” do idoso conforme a demanda identificada pelo ACI em sua prática. Outro aspecto apresentado é que estes espaços lhes possibilitam

compartilhar com a equipe técnica as dificuldades vivenciadas no atendimento aos idosos e receber orientações de como proceder nestes casos.

ACI1: a coordenadora me passou uma coisa, só que conforme o meu dia a dia na casa do idoso a demanda começa a mudar. Daí na hora da supervisão você fala: olha, lá não é assim, e elas pedem a nossa opinião para melhorar as coisas.

ACI5: Se você não tem capacidade de resolver sozinha, ela nos ajuda.

ACI4: a equipe técnica vai nos orientando de como lidar com um problema que a gente ache difícil e de como agir de uma maneira eficaz na casa dos idosos

ACI12: Você está com um problema que não está conseguindo resolver, nesse espaço ela te orienta, te faz enxergar uma luzinha

ACI9: além de esclarecer as nossas dúvidas, a gente está aprendendo com a equipe técnica de como trabalhar, como fazer.

O grupo apontou divergência nos espaços de supervisão, que são realizados individualmente com os ACIs em algumas equipes e em pequenos grupos de ACIs em outras. Aqueles que realizam supervisão em grupo apontaram que, ao compartilharem suas dificuldades neste espaço, recebem sugestões de seus pares de como proceder em situações “difíceis”, a partir de experiências similares vivenciadas por eles em sua prática.

ACI5: a gente se ajuda, ensina um para o outro. Se um tá com dificuldade você fala: tenta desse jeito que eu tentei e deu certo. Eu vou pegando uma experiência daquele e aquele vai pegando a minha

Dessa forma a categoria trabalho prescrito e trabalho real, a segunda apresentada neste capítulo de resultados, evidenciou o hiato entre o trabalho prescrito e o trabalho real dos ACIs, além dos sentimentos destes trabalhadores suscitados por se depararem com esta distância no exercício de seu trabalho.

8.3 Categoria: Inteligência Prática

A terceira categoria abordada foi a de inteligência prática. Nesta categoria, alguns aspectos do trabalho real precisaram ser retomados para que o leitor pudesse compreender o emprego da inteligência prática pelos ACIs. Na literatura o trabalho real e a inteligência prática são aspectos interrelacionados, porém nesta análise foram abordados separadamente. Ressalta-se que diferentemente da categoria trabalho prescrito e trabalho real, na qual se buscou focar o hiato entre os trabalhos prescrito e real, nesta categoria se enfatizou o exercício da inteligência prática produzida neste hiato.

Os ACIs refletiram que frente ao dinamismo de seu trabalho, realizam ações para além do previsto pelo Documento Norteador e pelo “Pano de Cuidados do Idoso”. Estas ações podem implicar em riscos ao trabalhador, assumidos frente às equipes e às pessoas atendidas.

8.3.1 Emprego da Inteligência prática no cotidiano do trabalho

De acordo com o grupo, o documento norteador prevê quais ações dos ACIs são passíveis de serem realizadas com os idosos. No entanto, os participantes salientaram que, por vezes, “*extrapolam*” as atribuições nele estabelecidas por se depararem com situações que lhes provocam sentimentos de compaixão, tristeza e piedade. Sentem-se impelidos a agir por “*uma questão de humanidade*” ou para não “*sair com a consciência doendo*”, citando como exemplos trocar fraldas, usar ou seu dinheiro ou o do idoso para comprar comida quando este está faminto.

ACI6: o documento norteador, que fala você pode isso, você não pode aquilo, mas na sua vivência, na sua prática é diferente, você faz as concessões

ACI4: A gente sabe do nosso papel, mas as vezes, por causa da situação, acaba ultrapassando nossas atribuições.

ACI5: a mulher está com cocô na fralda, esta reclamando que está

doendo e queimando. Não é minha obrigação, mas eu me sinto obrigada a fazer.

ACI6: A pessoa está sem comer há dez dias, está comendo farinha de trigo na água. Quando vê você chegando, é a luz no fim do túnel, e fala para você: eu estou com fome. A primeira providência que eu fiz foi descer no supermercado e comprar comida.

ACI4: o documento diz que você não pode pegar o dinheiro. Mas se aquele idoso não tem ninguém, você vai virar as costas e deixar ele com fome? Você vai fazer.

Na percepção de um dos integrantes, o fato de lidarem com imprevistos conduz ao não cumprimento das normas tais como dispostas no documento norteador, o que contribui para o aperfeiçoamento do próprio trabalho.

ACI7: Para aperfeiçoar o trabalho você tem que sair um pouco fora

Outra discussão levantada no grupo foi que nas diferentes equipes instituem-se ações a serem realizadas pelos ACIs com o idoso, resultando no “Plano de Cuidados”, registrado em prontuário. Assim como ocorre em relação às normas do documento norteador, os ACIs frequentemente se deparam com situações inusitadas que demandam a realização de ações imediatas não previstas pelo Plano.

ACI7: Aí o “Plano de Cuidados” é passado para você, só que quando você chega lá, você vai ver que tem muita coisa que não bate e você faz coisas completamente diferentes daquilo

ACI3: Tem casos que você tem que tomar a decisão ali na hora

Por lidar com pessoas, consideram seu trabalho dinâmico. Apontaram distintos fatores que interferem no cumprimento de suas tarefas, tais como: tempo de

deslocamento dos ACIs; humor, disposição e condições clínicas da pessoa cuidada; fatores climáticos; ritmo impresso pelo idoso para realização de ações; interferência do familiar no cuidado, desejo dos idosos, entre outros. Este dinamismo requer dos ACIs “*jogo de cintura*” para cumprimento de suas tarefas.

Os participantes perceberam que, dependendo dos parâmetros profissionais que compõe a equipe, as ações tomadas pelo ACI diante de imprevistos serão julgadas como corretas ou incorretas.

ACI6: Eu pergunto assim, alguma restrição, fiz alguma coisa errada? Geralmente esse acerto eu tenho. Raras as vezes, que falaram: você não devia ter feito.

Citaram no grupo uma situação em que dois membros de uma mesma equipe técnica emitiram pareceres divergentes a respeito de uma ação realizada por um ACI, sendo esta considerada, concomitantemente, adequada e inadequada.

ACI5: quando nós chegamos que contamos toda novela, a enfermeira falou: você tinha que ter tomado essa decisão. (...) E se eu faço o contrário e você fala a mesma coisa? (...) Só que a minha coordenadora falou para ela e para mim que eu estava certa

O grupo compartilhou que a opinião dos membros da equipe técnica sobre seu trabalho os influencia sobremaneira no desempenho deste. Segundo um participante, ser elogiado causa-lhe felicidade.

ACI4: Quando a gente faz algum trabalho e recebe elogio é claro que todo mundo fica feliz.

8.3.2 Emprego da Inteligência prática: riscos ao trabalhador

Alguns participantes reconheceram que, ao realizar ações que ultrapassam as atribuições estipuladas ou pelo documento norteador ou pelo “Plano de Cuidados”, “*assumem riscos*” tanto com suas equipes como com as pessoas atendidas. Um ACI compartilhou que permaneceu com o idoso por mais tempo que o estipulado para sua visita, vindo a ser advertido por sua equipe técnica. Um outro participante disse ter comprado comida para uma idosa que não comia há dias, mesmo sabendo que sua atitude poderia ser avaliada como incorreta por sua equipe.

ACI2: Eu já cheguei a ficar seis horas com o mesmo paciente para colaborar com o cuidador. Mas fui chamada a atenção.

ACI6: Eu assumo o risco. Fui e comprei.

Percebeu-se que, por vezes, adotam estratégias para se resguardarem. Um ACI, a fim de precaver-se de ser acusado por familiares de utilização indevida de dinheiro de uma idosa, xerocopiou a nota de compras de mantimentos que fizera para ela.

ACI5: Compro, deixo a nota e o troco grampeado, em um lugar que a idosa não vai pegar, porque ela é demenciada. Eu não deixei na mesa porque pode ser que a idosa pegue e perca e acontece de me acusar. E para minha segurança, eu tiro cópia da nota.

Dessa forma a categoria inteligência prática, a terceira apresentada neste capítulo de resultados, evidenciou que os ACIs exercitam a inteligência prática no hiato entre os trabalhos prescrito e real. O uso desta inteligência implica em riscos aos trabalhadores relacionados à subversão à prescrição, assumidos frente aos idosos atendidos e também à suas equipes.

Conclui-se neste capítulo que o conteúdo emergido no grupo focal permite compreender que a construção identitária tanto profissional quanto simbólica dos ACIs é presente no cotidiano de trabalho destes trabalhadores. O real do trabalho implica que estes utilizem a inteligência astuciosa para ajustes à prescrição, o que favorece a

evolução do próprio trabalho. Estes aspectos serão melhor abordados e correlacionados com a literatura no capítulo seguinte, de discussão.

9 DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos participantes, todas eram mulheres entre 32 a 56 anos de idade e a maioria não casadas. Este perfil é compatível com o de estudos realizados com cuidadores formais, no que se refere ao gênero (Ayalon, 2009; Miyamoto et. al., 2010; Ayalon, 2008; Carvalho, 2006; Kawasaki, Diogo, 2001a, Rodrigues et.al, 2001), média de idade (Kawasaki, Diogo, 2001a; (Ayalon, 2008) e estado civil (Ayalon, 2009).

Quanto à escolaridade dos participantes, esta variou entre ensino médio incompleto e superior completo. Todos os ACIs possuíam escolaridade maior do que o nível fundamental completo, mínimo exigido para exercício de seu cargo pelo PAI e pela CBO (São Paulo, 2011b; São Paulo, 2012a; Brasil, 2002b).

Nesta pesquisa, nenhum participante realizou curso de cuidador antes do ingresso no PAI, o que coincide com outro estudo no qual foi constatado pouco conhecimento sobre questões específicas do envelhecimento no início de experiência laborativa de cuidadores formais (Rodrigues et.al, 2001).

As razões que motivaram os ACIS a trabalharem no PAI incluíram: ter afinidade com idosos, possuir experiência prévia como cuidadores de idosos e estar desempregado. Os dois últimos motivos também foram apontados em outro estudo que constatava ainda que ser cuidador formal no Brasil apresenta-se como uma nova e ampla função no mercado de trabalho, especialmente para mulheres desempregadas e sem qualificação profissional ou para as que possuem experiências anteriores com o cuidado de idosos, na maioria, seus próprios familiares (Kawasaki, Diogo, 2001a).

Segundo a literatura, muitos cuidadores formais fazem a transposição da experiência anterior do cuidado informal para o exercício de seu trabalho formal. Frente à heterogeneidade da população idosa, questiona-se a suficiência do repertório destes cuidadores já que as habilidades requeridas, sentimentos e deveres para exercerem a função de cuidador formal, diferem bastante das envolvidas no cuidado informal (Kawasaki, Diogo, 2001a).

Em relação ao processo de análise do material, coletado a partir da discussão do grupo focal, a construção dos resultados desta pesquisa foi norteadada por três categorias referentes ao aporte teórico da Psicodinâmica do Trabalho: “identidade”, “trabalho prescrito e trabalho real” e “inteligência prática”. O reconhecimento e a cooperação no

trabalho foram conceitos transversais que auxiliaram na discussão dos resultados.

A partir da análise dos dados foi possível refletir que os ACIs apontaram para dificuldades no exercício de seu trabalho que se relacionam tanto com o processo formal de construção de sua identidade profissional quanto com a constituição simbólica dessa identidade. Esta última, identificada a partir do reconhecimento de seu trabalho por seus pares, pelos idosos e por suas chefias, imbrica-se com a necessidade de ajustes cotidianos da prescrição por estes trabalhadores com aquilo que encontram no exercício do seu trabalho real. Ambos os aspectos da construção identitária serão apresentados ao longo desta discussão.

9.1 Construção da identidade profissional do acompanhante de idosos

Os ACIs referiram que não tiveram formação específica anterior ao trabalho no PAI para desempenho de sua função. Ainda, por serem uma nova categoria de trabalhadores não tinham onde se espelhar. Também se identificou que não há normatizações gerais fora do âmbito estrito do PAI que pudessem orientar o trabalho do ACI, como ocorre com as demais profissões regulamentadas que compõe a equipe.

Entende-se que tal fato se deva pelo caráter inovador do PAI, experiência expressiva e pioneira na contratação de cuidadores formais para assistência aos idosos em âmbito público. Neste sentido, a função de ACI têm sido delimitada ao longo do processo de implementação e efetivação do PAI e do próprio momento de discussão em nível nacional acerca da questão dos cuidadores formais. Atualmente o cuidador de idosos é uma função pela Classificação Brasileira de Ocupações (Brasil, 2002b) com vistas à regulamentação profissional, por meio de projetos de lei apresentados na Câmara dos Deputados e no Senado (Brasil, 2006b; Brasil, 2008; Brasil, 2011a; Brasil, 2011c). Este cenário nacional certamente influencia na construção identitária profissional do ACI, uma vez que ele também é assim denominado (Berzins, 2011; São Paulo, 2011a; Paschoal, 2012²).

Segundo os participantes da pesquisa a regulamentação da função de ACI em âmbito nacional para além do PAI seria um respaldo para a prática destes trabalhadores

na medida em que referem que um “*manual*” e uma maior regulamentação os auxiliaria a melhor delimitarem suas atribuições.

É possível compreender esta percepção dos ACIs à luz do conceito de profissionalismo. O profissionalismo, fortemente presente no mundo contemporâneo do trabalho, é um processo social que permite o domínio de uma expertise por determinadas ocupações, que ascendendo a uma posição de legitimidade social, consegue certo grau de monopólio sobre as práticas profissionais. Este processo está bastante relacionado à demarcação de limites profissionais no mercado de trabalho (Nascimento, 2007).

Os ACIs identificaram o Documento Norteador como a principal referência ao seu trabalho prescrito. Este documento, apesar de não ter sido publicado oficialmente até o momento da coleta de dados, era amplamente difundido no interior das equipes. Porém o mesmo teve sua versão final publicada somente em dezembro de 2012 (São Paulo, 2012a). Acredita-se que tal fato tenha possibilitado abertura para distintas compreensões acerca da função do ACI e que com o tempo de trabalho seu papel tenha ficado progressivamente mais claro.

Identificou-se que a prescrição impõe delimitações que interferem no trabalho dos ACIs. Estas puderam ser observadas na restrição estipulada pelo Documento Norteador para execução de algumas atividades e procedimentos pelos ACIs que, segundo um participante, poderiam ser realizados com os idosos atendidos visando o atendimento de suas necessidades. Como exemplo este participante descreveu uma situação em que o idoso, necessitando de algo e não tendo condições de se deslocar para comprar, solicita que esta atividade seja realizada pelo ACI. Este trabalhador por sua vez, apesar de considerar que o atendimento a esta solicitação seria de fundamental relevância para o bem estar do idoso, não a realiza pois o Documento Norteador proíbe que o ACI manuseie o dinheiro do usuário.

Compreendeu-se nesta pesquisa que, além do Documento Norteador, claramente considerado como as normas que regem o trabalho dos ACIs, os acordos estabelecidos pelo “Plano de Cuidados” também se constituem como o trabalho prescrito destes trabalhadores. Isto porque, na medida em que a equipe discute, acorda e registra em prontuário as ações a serem realizadas com os idosos, tem-se por consequência a

delimitação de tarefas cabíveis ao ACI para a concretização das diretrizes estipuladas pelo “Plano de Cuidados”. Ressalta-se que este é desenvolvido pela equipe a partir da avaliação das necessidades de saúde e sociais dos usuários atendidos (São Paulo, 2011b; Paschoal e Berzins, 2009).

Outro ponto de discussão no grupo foi que os ACIs apontaram que o espaço de supervisão se configura como momento de atualização do “Plano de Cuidados” do idoso. Compreendeu-se que a supervisão é um potente espaço para circunscrição pela Equipe Técnica da função do ACI e que neste espaço eles são orientados a como e o que fazer ao prestarem atendimento aos idosos. Na medida em que a Equipe Técnica norteia os ACIs a como proceder nas várias situações com as quais eles se deparam na prática do trabalho, estas reuniões acabam por delimitar as atividades relativas ao papel deste trabalhador, influenciando sua compreensão acerca de sua atribuição laborativa.

Acredita-se, portanto, que os espaços de supervisão sejam favoráveis para auxílio aos ACIs naquilo que a prescrição se mostra insuficiente para responder à variabilidade do trabalho real, favorecendo a criação de regras e acordos relacionados à realização de procedimentos por estes trabalhadores e respaldando-os em determinadas ações.

Observou-se que quando a supervisão é realizada em grupo, os ACIs têm a oportunidade de aprenderem uns com os outros a como agir em situações que consideram “*difíceis*”. O compartilhamento de vivências com outros colegas no cotidiano de trabalho, apontado como aspecto que favorece o aprendizado sobre o cuidado, foi também identificado em outro estudo realizado com cuidadores formais (Rodrigues et.al, 2001).

Entendeu-se, portanto, que a troca de experiências entre os ACIs na supervisão em grupo os auxilia no desempenho de seu trabalho, o que torna este espaço ainda mais propício para a criação de acordos e regras sobre o saber fazer deste trabalhador. O que se almeja é a criação e sustentação de espaços de trocas internos, nos quais se tornem visíveis as distintas formas de se trabalhar (Dejours, 2005; Dejours, 2008a; Dejours, 2008c). Espaços coletivos favoráveis à cooperação, entendida como o processo de construção de acordos e regras que permite a evolução da organização do trabalho (Dejours, 2005; Dejours, 2008d).

O fortalecimento no PAI de espaços de acordo sobre o trabalho possivelmente auxiliaria também na dificuldade apontada pelos participantes de compreensão sobre a delimitação de atribuições condizentes com seu papel. Esta dificuldade é refletida na grande disparidade de ações realizadas com o mesmo idoso pelos ACIs de uma equipe. Tal fato influencia na compreensão do usuário atendido acerca da função destes trabalhadores.

Desse modo, embasada na discussão do grupo, é possível que a pouca cooperação entre os pares de uma mesma equipe justifique esta disparidade de ações. Neste sentido a criação de acordos entre eles favoreceria a homogeneidade de ações realizadas pelos trabalhadores e a compreensão do idoso e do próprio ACI acerca de sua delimitação laborativa.

Reflete-se ainda que a criação de acordos entre os ACIs de uma mesma equipe favoreceria a compreensão pelo idoso de que as ações com ele realizadas são orientadas por toda a equipe do PAI, Política Pública que estabelece diretrizes para execução do trabalho, e não por decisões individuais dos próprios ACIs.

Ilustra-se esta disparidade com algumas atividades que são desenvolvidas somente por alguns ACIs, tais como limpar o domicílio e trocar a fralda do idoso. Questiona-se se esta diversidade de compreensão também não se relacione com a construção da identidade profissional do ACI. Neste sentido, a recusa ou aceitação da realização de determinadas atividades não estaria também demarcando o status social do trabalhador ACI?

Conforme Documento Norteador do PAI, um dos requisitos do perfil dos ACIs é possuir disponibilidade e habilidade para realizar tarefas básicas de uma residência, tais como limpar (São Paulo, 2012a). A recusa à realização desta atividade não estaria relacionada a uma hierarquização valorativa das próprias atividades, e consequentemente do status social que ocupa este trabalhador?

Analisar as formas como os grupos profissionais se organizam, se “*apoderam*” de campos de conhecimento e exercem o monopólio sobre as práticas ocupacionais permitem tecer reflexões sobre o poder que estes grupos profissionais exercem socialmente (Nascimento, 2007).

Outra discussão realizada no grupo foi quanto à denominação dada pelos ACIs à sua função. A maioria do grupo afirmou veementemente que são “*acompanhantes*” e não “*cuidadores*”, corrigindo inclusive aqueles que assim se autodenominaram, embora essa denominação não contradiga à atribuída a sua função. Pelo PAI, o ACI é considerado como um cuidador formal de idosos (Berzins, 2011; São Paulo, 2011a; Paschoal, 2012²) e pela CBO o acompanhante de idosos é um sinônimo para cuidador (Brasil, 2002b).

Na medida em que os participantes não se apropriam e divergem entre eles quanto a se denominarem de cuidadores, isso evidencia a questão de identidade profissional deste trabalhador.

Inferese-se, porém, que a dificuldade de construção identitária dos ACIs observada nesta pesquisa se relacione com a própria gênese do PAI, que em seu processo de implementação, nomeou o ACI desta forma, e não como cuidador de idoso pela discussão que naquele momento estava presente com o Conselho Regional de Enfermagem. Esta discussão incidia principalmente sobre os procedimentos a serem realizados pelos ACIs, os quais poderiam conflitar com os dos profissionais da área da enfermagem (Paschoal, 2012²).

Os participantes justificaram a diferença entre “*acompanhantes*” e “*cuidadores*” pelo tempo de permanência com o idoso, pelo grau de responsabilização no cuidado e pelo desempenho de tarefas. É possível também que esta diferença possa residir no fato do ACI ser um trabalhador que atende vários idosos referenciados por uma equipe contratada por uma política pública, diferentemente do cuidador contratado pelo idoso, o qual se responsabiliza somente por um indivíduo e tem seu vínculo empregatício diretamente com ele.

Os ACIs também referiram que ao “*cuidador*” é possível realizar algumas tarefas que ao “*acompanhante*” não é permitido. Inferese-se, a partir dos relatos do grupo, que no âmbito domiciliar os cuidadores contratados pelo idoso desempenhem tarefas para além de sua circunscrição laborativa, estipulada pela CBO (Brasil, 2002b). Tal fato também foi identificado na literatura nacional, apontando para os riscos decorrentes do cuidado inadequado aos quais os idosos dependentes estão sujeitos (Kawasaki, Diogo,

2001b).

As questões legais e assistenciais relacionadas às atividades desenvolvidas por cuidadores já foi tema de discussão em Workshop realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- USP/SP. Nele compreendeu-se que pelo fato do cuidador ser frequentemente um leigo, suas atividades devam se relacionar com o auxílio no desempenho das atividades de vida diária (Duarte, 2006). A realização deste evento foi suscitada pela constatação de que algumas capacitações realizadas nacionalmente a partir do Programa Nacional de Cuidadores conflitaram com a lei de exercício dos profissionais de Enfermagem (Duarte, 2006). Este Programa buscou estabelecer protocolos com o intuito de capacitar cuidadores institucionais e domiciliares, familiares e não-familiares (Brasil, 1999b).

O tema das atividades de cuidadores foi também alvo de debate na oficina coordenada pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa e pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Nesta oficina foram discutidos, dentre outros aspectos, a definição de cuidador, bem como foram definidos os conteúdos a serem abordados em capacitações nacionais para cuidadores formais. Estes conteúdos foram agrupados em eixos norteadores que elencavam atividades a serem realizadas por cuidadores relativas à sua função (Duarte, 2009).

Ainda que se compreenda ser difícil a fiscalização do trabalho de cuidadores formais em âmbito privado, acredita-se que a não regulamentação de sua profissão contribua para esta dificuldade, o que denota a importância do movimento nacional para este fim.

A partir desta discussão, reitera-se a grande contribuição do PAI para o debate nacional acerca da função de cuidadores formais. Esta função precisa ser melhor estruturada com vistas à qualificação da intervenção destes trabalhadores (Brasil, 2004). Assim, o processo de planejamento do PAI e a experiência de sua efetivação constituem-se como subsídios fundamentais para a compreensão do que é passível de ser desempenhado pelo cuidador formal de idosos, o que pode ser delegado ao mesmo e o que é preciso ser realizado com supervisão e orientação profissional.

Supõe-se ainda, que não só os cuidadores formais se disponham a desempenhar

tarefas para além de sua atribuição como também os familiares e idosos que os contratam solicitem dos mesmos a realização destas. Infere-se que tal fato seja possível pois os participantes da pesquisa relataram sentir dificuldade em responder negativamente às solicitações dos idosos e familiares para desempenho de tarefas não estipuladas pela sua função. Soma-se a esta dificuldade o desconhecimento dos idosos sobre o trabalhador ACI, o que fica evidenciado quando estes são incluídos para atendimento no PAI, bem como a falta de clareza das atribuições do ACI pelos cuidadores formais contratados pelos idosos.

Aponta-se ainda nesta pesquisa uma diferença essencial, que não foi levantada pelos participantes, entre os cuidadores contratados pelos idosos e os ACIs. Esta diferença reside na possibilidade dos “*acompanhantes*” recorrerem a seus pares e à estruturação do PAI para a criação de regras e acordos sobre demandas práticas não previstas em sua prescrição, o que para o “*cuidador*” não ocorre. Neste sentido, é possível que os “*cuidadores*” estejam mais suscetíveis às pressões dos idosos e familiares acerca das solicitações para desempenho de tarefas não estipuladas por sua função, e que a dificuldade em responder negativamente a elas seja maior para estes trabalhadores.

Infere-se, assim, que os “*cuidadores*”, diferentemente dos “*acompanhantes*”, vivenciem a falta de espaços de troca, por não terem pares a quem recorrer nos momentos de dificuldade e locais para criação de acordos que os respaldem em sua prática.

Neste contexto, exalta-se a iniciativa pública do Município de São Paulo na contratação de cuidadores formais domiciliares para a assistência aos idosos em condição de fragilidade. Esta intervenção a cargo do Estado favorece a fiscalização do trabalho desempenhado por cuidadores domiciliares, a qualidade da assistência prestada e a proteção psíquica dos trabalhadores. Esta qualidade busca ser garantida por diferentes dispositivos no PAI, tais como: supervisão dos ACIs, apoio profissional aos mesmos e discussão interprofissional para confecção do “Plano de Cuidados” do idoso (São Paulo, 2012a).

Valoriza-se neste estudo a contribuição essencial dos espaços de discussão

coletivos no PAI, de modo que estes sejam sempre fortalecidos, com vistas à saúde mental dos ACIs e o aprimoramento da própria Política.

Outra questão relacionada à construção da identidade profissional do ACI identificada entre os participantes foi que eles já se depararam com situações em que seu trabalho foi confundido com o de empregada doméstica por idosos e por pessoas que com eles convivem. Na CBO a função de empregado doméstico pertence à família de código 5121: Trabalhadores dos serviços domésticos em geral, a qual é distinta de cuidador de idoso, código 5162 (Brasil, 2002b). Como já citado os ACIs são considerados cuidadores de idosos (Berzins, 2011; São Paulo, 2011a; Paschoal, 2012²). Concorde-se com Born (2011) que é importante distinguir a categoria de cuidadores dos empregados domésticos.

É possível que a descrição sumária da família dos trabalhadores dos serviços domésticos permita compreensões inadequadas em relação à distinção destas duas funções na medida em que prevê que estes prestem assistência às pessoas, preparem refeições, cuidem de peças do vestuário e colaborem na administração da casa (Brasil, 2002b).

Porém, diferentemente dos cuidadores que se voltam somente para a pessoa cuidada, as atividades dos trabalhadores domésticos devem se direcionar a todos os membros da casa. Como exemplo de atividades dispostas na CBO no que se refere à assistência a pessoas, os trabalhadores de serviços domésticos podem acompanhar as crianças em suas atividades na ausência dos pais, acompanhar pessoas idosas e crianças a determinados locais, lembrar as pessoas da casa acerca de seus compromissos e arrumar lancheiras, mochilas e malas (Brasil, 2002b).

Frise-se, porém, que não há que se confundir ACI e empregado doméstico. Considera-se empregado doméstico “a pessoa física que, com intenção de ganho, trabalha para outra ou outras pessoas físicas, no âmbito residencial e de forma não-eventual” (Carrion, 1996, p.42). Desta forma, apesar de ambos atuarem na residência, o primeiro é contratado por pessoa jurídica e o segundo por pessoa física.⁵

⁵ Diz a lei 5.859, de 11 de dezembro de 1972: Art. 1º Ao empregado doméstico, assim considerado aquele que presta serviços de natureza contínua e de finalidade não

Os resultados demonstraram também que alguns ACIs identificaram que sua atribuição laborativa é menos delimitada quando comparadas aos demais profissionais da equipe. É provável que isto justifique a dificuldade relatada por alguns participantes de diferenciarem-se dos demais membros da equipe, o que era maior no início do PAI. Este fato permite inferir que o tempo de trabalho na função é um dos fatores que interfere na construção identitária profissional do ACI. Neste sentido, a necessidade de resposta às demandas que se depararam na experiência prática e a reflexão de quais seriam suas possibilidades e limitações de agir frente a elas constituíram-se como referência para delimitação de seu papel em relação a outros trabalhadores.

Acredita-se assim, que a delimitação do papel do ACI foi sendo construída na prática cotidiana realizada ao longo do próprio processo de planejamento e implementação do Programa, ou seja, identifica-se crescente institucionalização do trabalho. Tal fato possivelmente justifique o porquê atualmente os ACIs percebam que seja mais fácil identificar as diferenças de seu trabalho em relação aos demais.

Pela grande experiência acumulada ao longo dos anos de efetivação do PAI, reconhece-se o Programa como Política inovadora e modelo para ampliação em nível nacional da inclusão do cuidador formal no âmbito da assistência pública a idosos em condição de fragilidade.

Considerou-se relevante destacar que a gradativa diferenciação do ACI em relação aos demais membros da equipe não deve prescindir da busca pela integralidade das ações realizadas com os usuários atendidos. Admitindo-se a heterogeneidade da população idosa, preconiza-se que as práticas de cuidado voltadas a este segmento sejam interdisciplinares (Brasil, 2006). A criação de zonas de intersecção entre as ações desempenhadas pelos distintos membros de uma equipe é discussão presente no campo da saúde e movimento desejável no interior das equipes (Brasil, 2007).

lucrativa à pessoa ou à família no âmbito residencial destas, aplica-se o disposto nesta lei.

Brasil. Leis etc. Lei nº 5.859 de 11 de dezembro de 1972. Dispõe sobre a profissão de empregado doméstico e dá outras providências. Brasília; 1972. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15859.htm

Ainda no que tange à diferenciação dos ACIs com os demais membros da equipe, destaca-se a fala de alguns participantes sobre a relação que se estabeleceu entre estes e os auxiliares de enfermagem, os quais na percepção dos ACIs fiscalizam seu trabalho. Infere-se que a pouca clareza do papel do ACI, o qual foi sendo construído ao longo da implementação do Programa, tenha permitido que algumas Equipes Técnicas, buscando supervisionar o trabalho realizado pelo ACI no domicílio, delegassem ao auxiliar de enfermagem o exercício de um papel fiscalizador que os ACIs vivenciam como o de “*detetive*”. Talvez este fato justifique a percepção dos ACIs de que os auxiliares de enfermagem são ponte para levar à chefia informações dos idosos atendidos relacionadas ao trabalho do ACI.

Ressalta-se também o entendimento de alguns participantes de que o auxiliar de enfermagem retira a autoridade do ACI frente aos idosos atendidos. À despeito desta questão, destaca-se que no Workshop realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- USP/SP se discutiu que a função do cuidador não deva ser compreendida como meramente de cumprimento das ordens dadas pelos profissionais de enfermagem ou de outros presentes na situação de cuidado (Duarte, 2006).

É possível que o fato do ACI ser o único trabalhador da equipe que não pertença a uma profissão legalmente regulamentada o coloque na prática em uma posição hierarquicamente inferior e com menor legitimidade frente aos idosos quando comparado aos demais membros da equipe. Esta aparente hierarquização identificada entre os ACIs e os auxiliares de enfermagem pode estar vinculada à diferenças entre o que Nascimento (2007) descreve como ofício e profissão. Para este autor, a diferença entre estes dois conceitos se dá nas formas de treinamento vocacional: o ofício é aprendido no mercado de trabalho e a profissão em instituições de ensino. A valorização do método de treinamento vocacional das profissões é maior quando comparada ao treinamento no mercado de trabalho, uma vez que o primeiro é considerado mais sistemático e homogêneo, e portanto, também mais confiável (Nascimento, 2007).

Reflete-se ainda, que o processo de constituição da identidade profissional dos ACIs esteja intrinsecamente relacionado com a construção de um lugar na hierarquia da equipe. Neste contexto aponta-se para a importância da construção do lugar do ACI na

Equipe de Trabalho embasado na colaboração, e não na competição e disputa entre os profissionais. Porém não há que se desconsiderar que nos processos de profissionalização evidencia-se o estabelecimento de regras constitutivas, que acabam por caracterizar determinado grupo diferenciando-o dos demais. Esta circunscrição busca ocupar um lugar social, em especial no mercado de trabalho, espaço de disputa comum a todos os grupos profissionais (Barbosa, 2003)

Pelo exposto, compreendeu-se que a formação identitária profissional do ACI têm sido construída a partir de negociações constantes na prática do trabalho com outros campos de atuação, por meio de um processo de reconhecimento de suas funções e de diferenciação com àquelas condizentes a outros trabalhadores. Pelos resultados encontrados nesta pesquisa reconhece-se que esta construção da identidade profissional se relaciona com a constituição da identidade simbólica do ACI, o que será melhor abordado no tópico seguinte.

9.2 Constituição da identidade simbólica do acompanhante de idosos e sua relação com o exercício da inteligência prática no cotidiano de trabalho

A identidade simbólica, processo intersubjetivo vinculado à alteridade, se refere ao que faz com que um sujeito não seja idêntico ao outro (Lancman, 2007; Dejours, 2008c; Dejours, 2008b; Uchida et.al, 2010).

Em relação à constituição de sua identidade simbólica os ACIs se consideraram, dentre os trabalhadores do PAI, os que possuem o vínculo mais forte com os idosos, sendo o principal elo entre estes e a equipe. Eles são os membros da equipe que, com maior periodicidade, realizam atividades no domicílio (Paschoal e Berzins, 2009), permanecem por mais tempo com o idoso e que portanto têm maior probabilidade de desgaste de suas emoções (São Paulo, 2012a).

Os ACIs referiram satisfação com o trabalho que realizam. Perceberam sua importância para a melhoria da qualidade de vida das pessoas por eles cuidadas,

favorecendo o aumento da inserção social do idoso; a inclusão de sua família no cuidado e a promoção de sua independência e autonomia.

Os participantes relataram que os idosos atendidos sentem-se gratos pelo cuidado realizado, o que traz satisfação pessoal para estes trabalhadores. Tal fato demonstra a existência do reconhecimento no trabalho pelos usuários atendidos.

Entende-se o reconhecimento como uma forma de julgamento, que na atividade de trabalho, se relaciona ao saber fazer do trabalhador (Lancman; Uchida, 2003; Dejours, 2005; Dejours, 2008a; Dejours, 2008b; Dejours, 2008d). A existência de reconhecimento no trabalho favorece a saúde mental e a construção identitária do indivíduo (Dejours, 2008a), o que foi identificado nas falas dos ACIs.

Identificou-se também que o reconhecimento vertical realizado pelos membros da equipe técnica é fundamental para o bom desempenho e motivação dos ACIs em seu trabalho. Estes achados encontram concordância com a literatura, a qual aponta que o reconhecimento, retribuição simbólica esperada pelo trabalhador por sua contribuição à organização do trabalho, é condição necessária para a mobilização subjetiva dos trabalhadores, para sua saúde mental (Dejours, 2005; Dejours, 2008a; Dejours, 2008b; Dejours, 2008f; Dejours, 2008d) e para a transformação do sofrimento do trabalho em prazer (Dejours, 2008c).

Percebeu-se que os ACIs vivenciam dificuldades no trabalho no que tange a saber o que fazer diante da insuficiência da prescrição frente à variabilidade do trabalho real, o que influencia no reconhecimento de seu trabalho por suas chefias.

Esta variabilidade pôde ser observada na descrição dos ACIs sobre seu trabalho. Referiram que este é dinâmico, em constante transformação e que distintos fatores interferem em seu exercício. Relataram que pelo fato de cuidarem de pessoas lidam cotidianamente com emergências, imprevistos e novos desafios. Entendeu-se que esta descrição se remete à própria definição de trabalho real, que é o resultado da interação entre diversos aspectos: das regras e objetivos de funcionamento da empresa, do contexto das ações e da experiência e características singulares dos trabalhadores (Abrahão, et al 2009).

O dinamismo do trabalho apontado pelos ACIs também foi identificado em

estudo com trabalhadores domiciliares (Feuerwerker, Merhy, 2008). No cotidiano de trabalhadores que atuam na atenção domiciliar são frequentes a novidade e a incerteza frente à multiplicidade e complexidade de situações e desafios os quais as equipes se deparam. Esta potencialidade do trabalho, que permite invenções no agir em saúde, foi identificada pelos trabalhadores como desafiadora e estimulante. Desse modo, a criatividade é recurso comum observado em trabalhadores domiciliares para desempenho de suas ações (Feuerwerker, Merhy, 2008).

Observou-se na discussão do grupo que, apesar do estabelecimento prévio de ações de cuidado a serem realizadas pelos ACIs, distintos fatores influenciam no desempenho de seu trabalho, o que demanda ajustes às mesmas. Tal fato é também reconhecido no Documento Norteador (São Paulo, 2012a).

Portanto, o exercício da inteligência prática é requerido cotidianamente no trabalho dos ACIs. Esta forma de inteligência se expressa na contribuição criativa do trabalhador frente ao hiato existente entre os trabalhos prescrito e real, para ajustes à organização do trabalho (Dejours, 2008a; Dejours, 2008b; Dejours, 2008c).

Um ACI ressaltou que a insuficiência da prescrição não se circunscreve somente às normas prescritas pelo Documento Norteador do PAI, mas sim a toda e qualquer prescrição, já que é sempre executada pelo humano, naturalmente imperfeito. Identificase que, diferentemente do apontado pela literatura, a trabalhadora atribuiu à impossibilidade de cumprimento das normas à sua própria imperfeição e não à insuficiência da prescrição frente à variabilidade do real. Para Dejours (2008e) a organização do trabalho em si é sempre imperfeita e inacabada.

No grupo, este real do trabalho apontado por Dejours (2005, 2008f) pôde ser ilustrado na discussão realizada à respeito das ações que são desempenhadas pelos ACIs com os idosos. Uma das atribuições do ACI é favorecer a autonomia e independência do idoso, incentivando-o a participar das atividades de vida diária, de autocuidado, comunitárias e de lazer (São Paulo, 2012a). Zelar pelo lazer do idoso assistido é também um dos aspectos descritos pelo CBO na descrição sumária da família e das condições gerais do exercício do trabalho de cuidadores de idosos (Brasil, 2002b). Porém os participantes referiram que as atividades “*de saúde*” (atividades de acompanhamento a

consultas, exames e tratamentos clínicos) são as que mais ocupam o tempo de trabalho dos ACIs com os idosos, sobrando-lhes pouco tempo para desenvolvimento de atividades “*de lazer*”.

Em relação a este aspecto, os participantes referiram perceber que os próprios idosos preferem que o tempo de trabalho do ACI seja destinado para atividades “*de saúde*” e identificaram que estes solicitam marcarem consultas, mesmo que não estejam necessitando delas naquele momento. Ainda perceberam que o comparecimento nas atividades “*de saúde*” é o principal estímulo para que os idosos saiam do domicílio. Neste sentido, acredita-se que a própria demanda explicitada pelos idosos acaba por definir as atividades a serem realizadas pelos ACIs.

Estes dados permitiram refletir que ainda que os idosos apresentem condições de fragilidade, o que requer que compareçam frequentemente às atividades “*de saúde*”, chama a atenção que os usuários atendidos esperem que o trabalho de cuidado se volte especialmente às ações relacionadas com a expressão de doenças. Questiona-se se isto se deva às inúmeras necessidades clínicas dos idosos, que de fato requerem que as atividades “*de saúde*” ocupem a maior parte do tempo de trabalho dos ACIs em seu acompanhamento, ou ao contrário, se a maior valorização destas atividades se relacione a uma compreensão do conceito de saúde relacionada estritamente à ausência de doenças.

Questionamentos que nesta pesquisa não puderam ser aprofundados na coleta de dados, mas que suscitam refletir a importância da equipe PAI para disparar reflexões, seja entre os próprios membros que a compõe seja entre os usuários, que evidenciem a complexidade dos sujeitos atendidos e a multicausalidade dos problemas de saúde. Práticas que sejam capazes de equilibrar o combate de doenças com a produção de vida (Brasil, 2007).

Também evidenciou-se nesta pesquisa o uso da inteligência prática nas situações em que os participantes disseram “*extrapolar*” as atribuições preconizadas por sua função. Como exemplo identificou-se o relato de alguns participantes que fazem compras com o dinheiro dos idosos, que estão com fome e não apresentam condições para sair de casa, ainda que no Documento Norteador esteja prescrito que é

expressamente proibido ao ACI manusear o dinheiro do usuário atendido (São Paulo, 2012). Essa atitude é também uma forma de assegurar a confiança do idoso, facilitando o restante das atividades do ACI.

Outra situação ilustrativa é a realização de compras de mantimentos com o dinheiro do ACI para idosos sem condições. A mobilização de recursos dos próprios trabalhadores na tentativa de auxílio às pessoas atendidas que se encontram em situação econômica precária também foi identificado em outro estudo realizado com trabalhadores que atuam na atenção domiciliar. Para este estudo, é marcante a realização de ações pelos trabalhadores para além de suas responsabilidades técnica e formal prescritas, compreendendo que estas são decorrentes do incômodo sentido ao entrarem em contato com situações de carência dos usuários. Tal fato é exacerbado pelo atendimento à pessoa ser realizado no domicílio, local que permite maior proximidade com o contexto de vida dos sujeitos (Feuerwerker, Merhy, 2008).

Identifica-se consonância com estes dados na presente pesquisa na medida em que se compreendeu que os ACIs admitem certa subversão em relação à prescrição do trabalho, mas a realizam por compaixão ao idoso atendido, pelo cumprimento de seu dever moral ou por se solidarizarem com o sofrimento alheio.

A subversão à prescrição é expressa a partir dos desvios realizados pelo trabalhador em relação aos regulamentos e regras. Porém a subversão não se coloca contra os princípios da organização do trabalho, ao contrário, é considerada ação de zelo do trabalhador que objetiva executar o trabalho com maior eficiência e segurança, utilizando de seu poder criador para contribuir no ajuste à organização do trabalho (Dejours, 2005; Dejours, 2008c; Dejours, 2008a). Os mesmos trabalhadores que exercitam a inteligência astuciosa são concomitantemente os defensores da prescrição (Dejours, 2008d).

Nesta pesquisa tal fato pôde ser confirmado a partir da fala de um dos ACIs que, apesar de afirmar a relevância do Documento Norteador, referiu ser necessário “*sair um pouco fora*” das regras para aperfeiçoar o trabalho. Neste sentido, a inteligência prática, presente em qualquer tarefa e atividade de trabalho, está intrinsecamente relacionada à subversão à prescrição (Dejours, 2005; Dejours, 2008a; Dejours, 2008b; Dejours, 2008e;

Dejours, 2008c), o que impõe ao trabalhador a possibilidade de sanções decorrentes dos desvios realizados (Dejours, 2008c).

Reconheceu-se nesta pesquisa que os riscos assumidos pelos ACIs advindos da subversão à prescrição se dão tanto em relação aos idosos atendidos e seus familiares, quanto em relação às equipes. Como exemplo, a necessidade do ACI de tomar decisões imediatas relacionadas ao cuidado, nas situações imprevistas ou de emergência, abre possibilidades de ações arbitrárias da equipe no que se refere a compreender as atitudes deste trabalhador como corretas ou incorretas.

Identificou-se que os ACIs buscam desenvolver estratégias para se resguardarem de alguns dos riscos assumidos por sua subversão, tal como no exemplo em que a trabalhadora xerocopia a nota de compras realizada com o dinheiro do idoso para, caso seja questionada, possa provar como o dinheiro foi gasto.

Questiona-se a partir dos resultados se esta subversão estaria relacionada somente com os sentimentos de compaixão e solidariedade que são vivenciados pelos ACIs, ou também com o desenvolvimento por estes trabalhadores de estratégias defensivas para conseguirem realizar seu trabalho frente às situações de penúria de alguns dos idosos com os quais se deparam.

É frequente o esforço do trabalhador, ainda que inconsciente, de denegar o sofrimento decorrente de sua relação com a organização do trabalho, que fica encoberto por estratégias defensivas. As estratégias defensivas, embora ajudem o trabalhador a dar conta de suas atribuições, podem levar a um embotamento da capacidade de pensar sobre seu próprio trabalho (Dejours, 2008a).

Neste sentido, ressalta-se a valorização de espaços de discussão entre os ACIs e destes com suas equipes. Espaços que permitam ao trabalhador falar do que sente sobre seu trabalho, relatar os constrangimentos que vivencia, pensar sobre a tolerância que possui para o enfrentamento destes, ressignificar e superar seu sofrimento e transformar suas estratégias defensivas (Lancman, 2007; Uchida et.al, 2010).

Porém ressalta-se nesta pesquisa, que apesar de se valorizar os espaços formais de troca instituídos no PAI, estes não se mostram suficientes para auxílio dos ACIs e para o aprimoramento da Política, caso não se tenha confiança e intercompreensão

nestes espaços. Em outras palavras, o espaço de trocas pode até existir no âmbito formal, o que não garante que nele ocorram trocas entre os sujeitos, pois para isso é imprescindível a vontade de todos em quererem cooperar e evoluir o trabalho. Almeja-se que esta atitude esteja presente não só nos ACIs, mas nos demais membros da equipe de trabalho, incluindo suas chefias.

Os espaços de discussão requerem uma aprendizagem da fala e da escuta, com vistas à intercompreensão dos sujeitos, além da existência de relações de confiança que possibilitem a cooperação (Lancman; Uchida, 2003; Dejours, 2005).

Tal fato é de grande relevância, pois quando há a supressão do espaço de trocas, especialmente se vivenciada por longos períodos, os agentes acabam por se retrair em seus espaços privados. Esta situação dificulta que os trabalhadores compreendam a inteligência que exercem no seu trabalho, acarretando sofrimento frente à impossibilidade de transformação deste em prazer. Este sofrimento pode ser percebido nas formas de abatimento, resignação, sentimento de injustiça e indiferença frente ao sofrimento alheio (Lancman; Uchida, 2003; Dejours, 2008d).

Como um dos espaços de trocas, os ACIs reconheceram que a supervisão, preconizada pelo Documento Norteador (São Paulo, 2012a), é fundamental para o bom desempenho de seu trabalho, na medida em que favorece o suporte para suas dificuldades. Frente à multiplicidade de situações que se deparam os trabalhadores domiciliares, é indispensável oferecer-lhes espaços de escuta e apoio de modo que “(...) o inusitado, a singularidade e o desafio de se defrontar com a vida produzam implicação, compromisso e potência no agir individual e coletivo desses trabalhadores” (Feuerwerker, Merhy, 2008, p.187).

Estes espaços são particularmente importantes nas situações relatadas pelos ACIs como “*díficeis*”, para as quais estes não encontram na prescrição respostas precisas para seu manejo. Refletiram que muitas vezes não se sentem preparados para lidar com algumas situações com as quais se deparam no exercício de seu trabalho, o que também foi observado em outros estudos (Rodrigues et.al, 2001; Macken, Sawyer, 2001).

Assim, pelos resultados considera-se que estes espaços sejam propícios para os ACIs exporem suas dificuldades no exercício do trabalho. Como exemplo de dificuldade

relatada pelos participantes, destaca-se as situações em que estes se vêem na dúvida quanto a se negarem ou não a realizar tarefas solicitadas pelo idoso atendido e que excedem sua atribuição. É provável que a dificuldade em recusar os pedidos dos idosos possa ser decorrente do que se depreende da fala dos próprios participantes do grupo: interfere negativamente no vínculo com o idoso e familiares que esperam do ACI a realização de tarefas que não condizem com sua atribuição laborativa. Tal fato acarreta, inclusive, que o idoso realize julgamento pessoal do ACI, categorizando-o como “*bonzinho*”, além de manifestar preferência por ser atendido por um trabalhador e não por outro. Tais aspectos são relevantes na medida em que a presença do reconhecimento permite que o trabalho seja um mediador para a construção identitária do trabalhador (Dejours, 2008b; Dejours, 2008a).

Assim, percebe-se que uma forma de reconhecimento do ACI pelo idoso é fazer o que não está prescrito. Entendendo que o julgamento vertical proferido pelo cliente seja fundamental, vez que existe uma intenção do trabalhador em contribuir com a sociedade (Dejours, 2008d), é possível compreender a dificuldade dos ACIs em delimitar suas atribuições quando solicitados pelos idosos a realizarem tarefas que “*extrapolam*” sua atribuição.

A fim de amenizar esta dificuldade, os participantes apontaram para a relevância da Equipe Técnica no auxílio aos ACIs em seu posicionamento frente às demandas solicitadas pelos idosos e familiares e que não estejam em conformidade com seu papel. Este auxílio da Equipe Técnica se daria na forma de prestação contínua de esclarecimentos aos usuários sobre quais são as atividades que podem ser desempenhadas por este trabalhador e de que maneira podem se efetivar. Esta percepção dos participantes está em conformidade com o Documento Norteador do PAI que, reconhecendo que o trabalho do ACI requer proximidade com o contexto de vida dos idosos atendidos e envolvimento emocional e pessoal com os mesmos, afirma que a Equipe de Trabalho deve refletir continuamente sobre os limites e formas de atuação dos ACIs, visando o estabelecimento de parâmetros adequados de envolvimento e a detecção do momento em que se ultrapassam os limites previstos (São Paulo, 2012a).

Porém pelo fato dos ACIs se depararem constantemente com imprevistos em seu trabalho, por lidarem com o contexto de vida dos sujeitos e por atuarem em âmbito domiciliar, afirma-se veementemente neste estudo que para a realização com qualidade do trabalho dos ACIs é necessário “*extrapolarem*” a prescrição. A variabilidade é inerente à organização do trabalho, já que é impossível a existência de uma prescrição que contemple todas as situações enfrentadas no trabalho e que considere as particularidades dos trabalhadores (Dejours, 2008b; Dejours, 2008a). O conceito de trabalho se relaciona, então, com uma atividade do trabalhador para se realizar o que ainda não se prescreveu pela organização do trabalho, ou seja, para o enfrentamento do hiato entre as organizações prescrita e real do trabalho. Assim, o trabalho é eminentemente dependente do que é acrescentado pelo trabalhador para atingir os objetivos do trabalho que lhe foram atribuídos (Dejours, 2008b; Dejours, 2008d, Dejours, 2008c)

Esta constatação, ao contrário de culpabilizar os ACIs por sua subversão, vem reconhecer que esta é essencial para o bom desenvolvimento do trabalho. Também torna visível que nenhuma prescrição, ainda que fosse constantemente revista, conseguiria responder plenamente à variabilidade do trabalho real destes trabalhadores. É neste sentido que se reitera a relevância da construção de espaços de discussão para se pensar, de forma coletiva, sobre a organização do trabalho: sobre suas contradições e possíveis ações a serem realizadas para seu ajustamento (Dejours, 2008c).

Pelo exposto, compreendeu-se que a pouca delimitação do papel do ACI influencia na compreensão sobre as atribuições cabíveis a serem desempenhadas por este trabalhador por eles mesmos, por outros membros da equipe PAI, por familiares, pelos idosos, por cuidadores formais contratados e por empregados domésticos. O auxílio para a compreensão dos ACIs acerca de seu papel, a partir de sua diferenciação em relação aos demais profissionais da equipe e daqueles que atuam no domicílio, favoreceria na construção da identidade deste trabalhador.

Assim, a questão da formação de identidade profissional e simbólica do ACI é ponto relevante para compreensão do sofrimento apontado por estes trabalhadores. Sugere-se nesta pesquisa que especial atenção seja dada pela equipe sobre o papel dos

ACIs, a fim de que sejam identificados e discutidos conjuntamente, especialmente na confecção do “Plano de Cuidados” do idoso, as ações a serem realizadas pelos ACIs e sua diferenciação em relação às atividades cabíveis a outros trabalhadores da equipe e daqueles que atuam no domicílio, tais como os identificados nesta pesquisa: empregados domésticos e cuidadores formais contratados pelo idoso.

Supõe-se que a intervenção da equipe nestas situações, com vistas a delimitar atividades que devam ser realizadas pelo ACI, possa auxiliá-los a posicionar-se com segurança frente às demandas solicitadas pelos idosos e pelas pessoas que convivem com o idoso no domicílio. Ainda, é possível que ajude os próprios ACIs a melhor compreenderem sua diferenciação em relação aos demais trabalhadores domiciliares.

Pela discussão compreendeu-se que, o fato dos ACIs perceberem a insuficiência da prescrição frente à variabilidade do trabalho real, deu visibilidade para o hiato entre os trabalhos prescrito e o real. Este hiato é entendido como a distância entre o trabalho executado e os procedimentos e regulamentos prescritos (Dejours, 2008f; Dejours, 2008b; Dejours, 2008d).

Porém, a constatação de que na prática a organização do trabalho seja inaplicável, caso se atendam a todas as regras prescritas, não subestima a relevância das normas para execução do trabalho. Estas são referência comum para as pessoas serem capazes de trabalhar, o que é legitimado pelos próprios trabalhadores (Dejours, 2008b; Dejours, 2008c; Dejours, 2008d). Tal fato pôde ser identificado nesta pesquisa a partir do reconhecimento pelos ACIs sobre a importância do Documento Norteador como referência fundamental para exercício de seu trabalho.

Os resultados permitiram, ainda, refletir que, o momento de contratação dos ACIs participantes, ou seja, na implantação do PAI, favoreceu o exercício da criatividade destes trabalhadores para contribuição nos ajustes à organização do trabalho. Acredita-se que o fato do Documento Norteador, prescrição formal, ter se construído ao longo do processo de trabalho dos participantes no PAI, tenha permitido a concepção de estratégias para enfrentamento de dificuldades, fruto da inteligência e experiência que os trabalhadores desenvolveram no exercício de seu trabalho. Em contraposição, é possível que a pouca prescrição durante o tempo de exercício de

trabalho possa ter se configurado como uma dificuldade em sua prática, especialmente no que tange à circunscrição das atividades específicas a serem desempenhadas por estes trabalhadores.

Por fim, considerou-se relevante valorizar o PAI, como iniciativa pública do Município de São Paulo nos cuidados de longa duração a idosos frágeis e em situação de vulnerabilidade social. É reconhecido que as mudanças sociais e estruturais das famílias, somado ao crescimento vertiginoso da população idosa, têm afetado a possibilidade das famílias oferecerem cuidados aos idosos dependentes. Frente a estas modificações é essencial o estabelecimento de políticas públicas que permitam alternativas de cuidado formal aos idosos.

Ainda que a modalidade de cuidado domiciliar provida pelo setor público esteja prevista nas legislações voltadas aos idosos, no Brasil a presença do Estado se mostra insuficiente para o apoio ao cuidado familiar, havendo poucos Programas e Políticas de cuidado formal domiciliar (Camarano, Leitão e Mello, 2010). É neste sentido que se ressalta nesta pesquisa a importância da ampliação do PAI no município de São Paulo, e a possível expansão desta iniciativa em âmbito nacional.

10 CONCLUSÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno observado mundialmente. Estima-se que até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (OMS, 2005). Este processo é acompanhado do aumento da prevalência de doenças crônicas-degenerativas que causam incapacidades (Litvoc, Brito, 2004).

Os principais documentos internacionais e nacionais que regem a atenção a este segmento populacional estimulam a criação de programas de amparo aos idosos frágeis, executados preferencialmente em seus lares, com vistas a favorecer sua permanência pelo maior tempo possível de forma independente em sua comunidade (OMS, 2005; ONU, 2003; Brasil, 1988; Brasil, 1994; Brasil, 1996; Brasil, 1999a; Brasil, 2003a).

Este contexto aponta para a relevância da implementação de políticas públicas em gerontologia que considerem a ampliação do auxílio de cuidadores formais para favorecer a qualidade de vida do idoso cuidado e de seus cuidadores informais (Hellstrom, Hallberg, 2004).

As discussões acerca da temática dos cuidadores formais afirmam sua importância no cuidado ao idoso, e se direcionam à adequada regulamentação da função, com vistas à profissionalização. Atualmente a tarefa de cuidador de idosos é considerada uma ocupação pela Classificação Brasileira de Ocupações (Brasil, 2002b).

Porém ainda são restritas as iniciativas que incluem os cuidadores formais na assistência prestada em âmbito público. Internacionalmente há experiências reconhecidas, porém no contexto brasileiro identifica-se o PAI como a única experiência expressiva nesta direção (Paschoal, 2012²).

O PAI configura-se como uma modalidade de cuidado domiciliar destinado a idosos em situação de fragilidade e vulnerabilidade social (Berzins, 2011; Berzins, Paschoal, 2009; Paschoal, 2012²). No PAI os ACIs são os cuidadores formais que integram a equipe (Paschoal, 2012²).

Compreendendo a relevância do PAI como Política Pública pioneira e inovadora do Município de São Paulo (Berzins, 2011; Berzins, Paschoal, 2009; Paschoal, 2012²), esta pesquisa objetivou apreender diversos aspectos envolvidos no processo de trabalho dos ACIs do PAI, a partir da opinião dos mesmos. Este estudo, caracterizado como exploratório e descritivo, teve como população alvo os ACIs das doze primeiras equipes

contratadas pela ASF. Para alcance dos objetivos foi empregada a técnica de grupo focal para a coleta de dados. O material foi submetido à análise de conteúdo temática (Bardin, 1977) e foi analisado segundo categorias previamente definidas a partir do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, proposto por Christopher Dejours (Lancman; Uchida, 2003; Lancman, 2004; Dejours, 2005; Lancman, 2007; Dejours, 2008a; Dejours, 2008b; Dejours, 2008c; Dejours, 2008d; Dejours, 2008e; Dejours, 2008f; Uchida et.al, 2010). As categorias que ampararam a análise dos resultados foram: identidade; trabalho prescrito e trabalho real e inteligência prática.

Em relação à organização desta dissertação, no primeiro capítulo, se descreveu brevemente o histórico sobre a discussão acerca de cuidadores formais de idosos no cenário brasileiro, uma vez que é nesta categoria de trabalhadores que está circunscrito o ACI. O conteúdo referente às políticas públicas com ênfase nas ações de saúde voltadas a idosos, foi mais detalhadamente publicado como artigo teórico na Revista de Terapia Ocupacional da USP (Batista et.al, 2001), após sua apresentação na Banca de Qualificação desta pesquisa. No segundo capítulo apresentou-se o Programa Acompanhante de Idosos. No terceiro foram apresentados elementos da teoria da Psicodinâmica do Trabalho para subsidiar a análise dos resultados. No quarto foram descritos os objetivos da pesquisa. No quinto foram descritos e justificados os procedimentos de pesquisa utilizados. No sexto, os resultados foram apresentados e analisados, prioritariamente, por meio de categorias referenciadas na teoria da Psicodinâmica do Trabalho. No sétimo foram discutidas as sínteses desta análise.

Quanto aos achados deste estudo, na categoria “Identidade” identificou-se que o ineditismo do trabalho dos ACIs influencia diretamente na compreensão da função deste trabalhador por eles mesmos, pelos idosos atendidos e seus familiares, pelos trabalhadores domiciliares com quem os ACIs se deparam em sua prática (cuidadores contratados pelos idosos e empregados domésticos) e pelos demais profissionais da equipe.

Em relação à distinção entre as atribuições dos ACIs em relação aos outros membros da equipe PAI, entende-se que distintas linhas teóricas poderiam auxiliar na discussão acerca das atribuições profissionais na área da saúde, dentre elas a divisão

social do trabalho. Esta é compreendida como o “processo pelo qual as atividades de produção e reprodução social diferenciam-se e especializam-se, sendo desempenhadas por distintos indivíduos ou grupos.” (Holzmann, 2002, p. 84). Compreende-se a relevância de aprofundamento da discussão acerca desta temática, porém, por não ser este o objetivo desta dissertação, o mesmo não foi abordado. Frisa-se que poderá vir a se constituir como objeto de futuras investigações.

Ainda como resultado relevante na categoria “Identidade” ressalta-se que, embora o ACI seja considerado um cuidador, os próprios participantes do grupo identificaram diferenças entre estes dois trabalhadores, negando-se, inclusive, de assim serem denominados. Identifica-se que seria possível tecer correlações entre as competências do cuidador de idosos pela CBO (Brasil, 2002b) e o perfil requerido para contratação dos ACIs no PAI (São Paulo, 2012), bem como possíveis diferenças entre o trabalho de cuidadores formais contratados diretamente pelos idosos e os contratados por Programas Públicos. Tais dados não foram coletados uma vez não ser este o objetivo desta dissertação. Assim, esta discussão não foi realizada neste estudo, mas sugere-se a realização de futuras pesquisas enfatizando-se esta comparação.

Na categoria “Trabalho Prescrito e Trabalho Real” abordou-se o hiato entre o trabalho real dos ACIs e seu trabalho prescrito, constituído pelas ações estabelecidas pelo “Plano de Cuidados” e pelas diretrizes do Documento Norteador. Este documento foi recentemente publicado, em dezembro de 2012 (Paschoal, 2012²; São Paulo, 2012a). Refletiu-se que estes trabalhadores se deparam na prática com demandas imprevistas para as quais a prescrição se mostra insuficiente para respondê-las.

Os participantes apontaram para o ineditismo de seu trabalho. Tal fato permitiu inferir que a insuficiência da prescrição não se relaciona estritamente com a construção do Documento Norteador, o qual foi sendo delineado concomitantemente com a implementação da política, mas também com o contexto de discussão acerca da profissionalização de cuidadores formais no cenário nacional.

Frente ao hiato entre os trabalhos prescrito e real dos ACIs, ao se analisar o conteúdo da categoria “Inteligência Prática”, encontrou-se que estes trabalhadores realizam ações que “*extrapolam*” a prescrição, o que favorece o desenvolvimento e o

aprimoramento do próprio trabalho. Esta categoria apontou também para os riscos assumidos pelos ACIs relacionados à sua subversão à prescrição.

Como limitações do estudo, aponta-se que, em relação ao método, coube à própria equipe escolher os ACIs que participariam do grupo focal, com base na explicitação sobre os objetivos e critérios de inclusão. Deste modo, a pesquisadora desconhece se houve interesse de outros ACIs na proposta e, em caso afirmativo, quais foram os critérios de escolha internos à equipe que elencaram um e não outro para participação. É possível, então, que este tenha se configurado como um viés no estudo.

Além disso, por se tratar de estudo qualitativo, a participação foi restrita quanto ao número de participantes, porém, vantajosa para viabilização da execução do grupo focal. Ressalta-se a investigação aprofundada que buscou levantar opiniões e permitiu conhecer aspectos subjetivos do processo de trabalho dos ACIs. Entende-se que muitos dos resultados encontrados nesta pesquisa são comuns aos demais ACIs do PAI.

Outra limitação é que a população alvo da pesquisa constituiu-se por ACIs das equipes PAI gerenciadas por uma mesma Organização Social: ASF. Desse modo, não foi possível tecer reflexões sobre a influência de possíveis diferenças relacionadas às formas de gestão do PAI pelos parceiros da SMS.

Quanto às potencialidades do estudo destacam-se: a ausência de pesquisas referenciadas na literatura indexada nas bases de dados científicas na área da saúde acerca do PAI; a escassez de literatura que aborde os fatores que interferem no exercício do trabalho de cuidadores formais; o ineditismo do estudo, na medida em que os ACIs são cuidadores formais de idosos frágeis que atuam em âmbito público constituindo-se, portanto, em uma nova categoria de trabalhadores; a importância da contribuição da pesquisa para a discussão do tema no contexto de expansão do PAI e no debate nacional sobre a profissionalização de cuidadores formais.

Ainda aponta-se para o fato da pesquisa ter permitido uma visão global do processo de trabalho dos ACIs do PAI, na medida em que foram convidados representantes das doze primeiras equipes contratadas pela ASF, não se detendo, pois, às particularidades de uma equipe em específico. Sugere-se a realização de estudos exploratórios acerca do processo de trabalho dos ACIs das equipes que foram

implementadas mais recentemente, o que provavelmente traria outros resultados. Isto porque se supõe que as atividades destes novos ACIs sejam influenciadas pelas experiências acumuladas pelos mais antigos. É possível que a percepção em relação à função destes trabalhadores seja maior, já que neste estudo se verificou que o tempo de experiência foi fator preponderante para compreensão dos ACIs sobre as atividades cabíveis à sua função. Futuras pesquisas poderiam realizar, ainda, análise comparativa dos achados desta pesquisa com outros envolvendo os ACIs das novas equipes PAI.

- A- Termo De Consentimento Livre e Esclarecido aplicado aos Acompanhantes de Idosos
- B- Termo De Consentimento Livre e Esclarecido aplicado ao Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal
- C- Autorização para divulgação da identificação do Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal
- D- Termo De Consentimento Livre e Esclarecido aplicado à Profa Dra Yeda Aparecida de Oliveira Duarte
- E- Autorização para divulgação da identificação da Profa Dra Yeda Aparecida de Oliveira Duarte
- F- Protocolo de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
- G- Protocolo de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- H- Protocolo de Aprovação de Mudança de Título

Anexo A Termo De Consentimento Livre e Esclarecido aplicado aos Acompanhantes de Idosos

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA “Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional acompanhante de idoso do Programa Acompanhante de Idosos- PAI”

PESQUISADOR

Pesquisador Responsável: Profa Dra Selma Lancman

Pesquisador Executante: Terapeuta Ocupacional Marina Picazzio Perez Batista

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO ☐
 RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

Reconhecendo-se a importância de cuidadores formais na assistência ao idoso, o Programa Acompanhante de Idosos- PAI é uma iniciativa que tem como intuito prover assistência integral à saúde do idoso com vistas ao desenvolvimento da autonomia, independência, melhoria do estado de saúde; evitar ou adiar institucionalização e diminuir o isolamento social.

Nós, Profa Dra Selma Lancman e Marina Picazzio Perez Batista pesquisadoras do estudo “*Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional acompanhante de idoso do Programa Acompanhante de Idosos- PAI*” temos como objetivo: conhecer o seu processo de trabalho como acompanhante de idosos que trabalha no Programa Acompanhante de Idosos; conhecer possíveis fatores que facilitam ou dificultam o exercício de seu trabalho, no que diz respeito ao atendimento aos idosos; conhecer possíveis estratégias de enfrentamento utilizadas pelo (a) Sr (a) para superar estas dificuldades. Convidamos o (a) sr (a) a participar voluntariamente deste estudo por ser acompanhante de idoso contratado pela Associação Saúde da Família para trabalhar nas primeiras 12 equipes do Programa Acompanhante de Idosos; ser acompanhante de idoso contratado desde o início do PAI, atuando desde então na mesma equipe. Este trabalho compreenderá a participação em grupo de discussão sobre temas pré-definidos. Estes temas se relacionam ao seu cotidiano de trabalho com os idosos atendidos no Programa Acompanhante de Idosos, possíveis fatores relacionais que dificultam ou facilitam o exercício de seu trabalho e estratégias utilizadas pelo (a) Sr (a) para enfrentá-las. O grupo se constituirá em quatro encontros, com duração aproximada de uma hora e meia cada, agendados previamente, realizados na sede da associação Saúde da Família. O grupo será composto por um acompanhante de cada equipe, deste modo, espera-se que 12 acompanhantes participem do grupo. O grupo será gravado em áudio e posteriormente as falas serão transcritas e analisadas. O (a) Sr(a) poderá optar que alguma fala específica sua não seja transcrita, caso não se sinta confortável com a mesma. Pediremos que o (a) Sr(a) forneça seus dados de identificação: idade, gênero, estado civil, grau de instrução, formação complementar relativa à função, tempo de trabalho na função. Estes dados serão utilizados para caracterização do grupo estudado.

Os resultados do projeto deverão compreender informações relevantes para o Programa Acompanhante de Idosos, no sentido de favorecer a reflexão sobre estratégias que auxiliem os acompanhantes de idosos em suas dificuldades no cotidiano de seu trabalho.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) Sr(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Profa Dra Selma Lancman que pode ser encontrada no endereço Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária.

Butantã. CEP. 05083-160. São Paulo, SP, telefone(s) 30918436. Se o (a) Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/SMS- Rua General Jardim, 36- 1º andar- V. Buarque- fone: 33972464- e-mail: smscep@gmail.com e com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com aquelas obtidas com outros sujeitos de pesquisa, não sendo divulgado sua identificação. O Sr (a) não sofrerá prejuízos em seu vínculo empregatício decorrente dos resultados da pesquisa, uma vez que os pesquisadores preservarão seu anonimato. O Sr (a) terá direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. Não há despesas pessoais para o (a) Sr (a) em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, relacionado ao estudo “Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional acompanhante de idoso do Programa Acompanhante de Idosos- PAI”. Eu discuti com o Dra Selma Lancman sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido neste Serviço.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Data ____/____/____

(*Somente para o responsável do projeto*)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

Pesquisador Responsável/Orientador: Selma Lancman
Pesquisador Executante/Mestranda: Marina Picazzio Perez Batista
Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP
Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã.
CEP. 05083-160. São Paulo, SP.
Tel: (011) 30918439/ 81504858 (Marina Picazzio Perez Batista)
3091-7457 / 30918436 (Selma Lancman)
e-mail: marinapperez@yahoo.com.br; lancman@usp.br

Anexo B Termo De Consentimento Livre e Esclarecido aplicado ao Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA “Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional acompanhante de idoso do Programa Acompanhante de Idosos- PAI”

Pesquisador Responsável: Profa Dra Selma Lancman

Pesquisador Executante: Terapeuta Ocupacional Marina Picazzio Perez Batista

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

Reconhecendo-se a importância de cuidadores formais na assistência ao idoso, o Programa Acompanhante de Idosos- PAI é uma iniciativa que tem como intuito prover assistência integral à saúde do idoso com vistas ao desenvolvimento da autonomia, independência, melhoria do estado de saúde; evitar ou adiar institucionalização e diminuir o isolamento social.

Nós, Profa Dra Selma Lancman e Marina Picazzio Perez Batista, pesquisadoras do estudo “*Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional acompanhante de idoso do Programa Acompanhante de Idosos- PAI*” temos como objetivo conhecer o processo de trabalho dos acompanhantes de idosos que trabalham no Programa Acompanhante de Idosos; conhecer possíveis dificuldades no exercício de seu trabalho, no que diz respeito ao atendimento aos idosos e possíveis estratégias de enfrentamento utilizadas pelos mesmos para superar estas dificuldades.

Devido ao pouco material de registro sobre o histórico de implementação e fluxo do Programa Acompanhantes de Idosos, convidamos (a) sr (a) a participar voluntariamente do estudo, que compreenderá na aplicação de um questionário com perguntas abertas que o (a) Sr (a) responderá por escrito e/ou em forma de entrevista presencial. Este versará sobre o histórico de implementação, fluxo e operacionalização do Programa Acompanhantes de Idosos. O (a) Sr (a) foi convidado a participar do estudo por ter participado do processo de implementação do Programa Acompanhante de Idosos, por ser da Secretaria Municipal de Saúde e por estar vinculado ao Programa Acompanhante de Idosos atualmente.

Este questionário será respondido durante entrevista presencial e/ou será enviado ao (à) Sr (a) por correio e e-mail, e ao ser respondido, pediremos que nos reenvie preenchido. Em caso de entrevista, esta será gravada e seu conteúdo transcrito. Este material não será analisado em seu conteúdo porém será de fundamental importância para a contextualização do Programa e discussão dos demais dados coletados. Os resultados do projeto deverão compreender informações relevantes para o Programa Acompanhante de Idosos, no sentido de favorecer a reflexão sobre estratégias que auxiliem os acompanhantes em suas dificuldades no cotidiano de seu trabalho.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) Sr(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profa Dra Selma Lancman que pode ser encontrada no endereço Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã. CEP. 05083-160. São Paulo, SP, telefone(s) 30918436. Se o (a) Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/SMS- Rua General Jardim, 36- 1º andar- V. Buarque- fone: 33972464- e-mail:

smscep@gmail.com e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com aquelas obtidas com outros sujeitos de pesquisa, não sendo divulgado sua identificação. O Sr (a) terá direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. Não há despesas pessoais para o (a) Sr (a) em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, relacionado ao estudo “Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional acompanhante de idoso do Programa Acompanhante de Idosos- PAI”. Eu discuti com o Dra Selma Lancman sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Data ____/____/____

(*Somente para o responsável do projeto*)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

Pesquisador Responsável/Orientador: Selma Lancman
Pesquisador Executante/Mestranda: Marina Picazzio Perez Batista
Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP
Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã.
CEP. 05083-160. São Paulo, SP.
Tel: (011) 30918439/ 981504858 (Marina)
3091-7457 / 30918436 (Selma Lancman)
e-mail: marinapperez@yahoo.com.br; lancman@usp.br

Anexo C Autorização para divulgação da identificação do Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

Anexo D Termo De Consentimento Livre e Esclarecido aplicado à Profa Dra Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA “Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional acompanhante de idoso do Programa Acompanhante de Idosos- PAI”

PESQUISADOR

Pesquisador Responsável: Profa Dra Selma Lancman

Pesquisador Executante: Terapeuta Ocupacional Marina Picazzio Perez Batista

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	X	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO ☐		RISCO MAIOR	☐

Reconhecendo-se a importância de cuidadores formais na assistência ao idoso, o Programa Acompanhante de Idosos- PAI é uma iniciativa que tem como intuito prover assistência integral à saúde do idoso com vistas ao desenvolvimento da autonomia, independência, melhoria do estado de saúde; evitar ou adiar institucionalização e diminuir o isolamento social.

Nós, Profa Dra Selma Lancman e Marina Picazzio Perez Batista, pesquisadoras do estudo “*Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional acompanhante de idoso do Programa Acompanhante de Idosos- PAI*” temos como objetivo conhecer o processo de trabalho dos acompanhantes de idosos que trabalham no Programa Acompanhante de Idosos; conhecer possíveis dificuldades no exercício de seu trabalho, no que diz respeito ao atendimento aos idosos e possíveis estratégias de enfrentamento utilizadas pelos mesmos para superar estas dificuldades.

Compreendendo a relevância dos cuidadores formais de idosos para o auxílio aos idosos dependentes, convidamos (a) sr (a) a participar voluntariamente do estudo, que compreenderá a aplicação de um questionário com perguntas abertas que o (a) Sr (a) responderá em forma de entrevista presencial. Este versará sobre a contextualização da temática cuidadores de idosos no cenário brasileiro. O (a) Sr (a) foi convidado a participar do estudo por ser referência na área de gerontologia relacionada à discussão da temática dos cuidadores formais.

A entrevista será gravada e seu conteúdo transcrito. Este material será de fundamental importância para a contextualização do tema cuidadores de idosos no cenário brasileiro e para a discussão dos demais dados coletados.

Os resultados do projeto deverão compreender informações relevantes para o Programa Acompanhante de Idosos, no sentido de favorecer a reflexão sobre estratégias que auxiliem os acompanhantes em suas dificuldades no cotidiano de seu trabalho.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) Sr(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profa Dra Selma Lancman que pode ser encontrada no endereço Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã. CEP. 05083-160. São Paulo, SP, telefone(s) 30918436. Se o (a) Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004–

E-mail:

cep.fmusp@hcnet.usp.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com aquelas obtidas com outros sujeitos de pesquisa, não sendo divulgado sua identificação. O Sr (a) terá direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. Não há despesas pessoais para o (a) Sr (a) em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Comprometemo-nos a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, relacionado ao estudo “Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional acompanhante de idoso do Programa Acompanhante de Idosos- PAI”. Eu discuti com o Dra Selma Lancman sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Data ____/____/____

(*Somente para o responsável do projeto*)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

Pesquisador Responsável/Orientador: Selma Lancman
Pesquisador Executante/Mestranda: Marina Picazzio Perez Batista
Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP
Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã.
CEP. 05083-160. São Paulo, SP.
Tel: (011) 30918439/ 981504858 (Marina)
3091-7457 / 30918436 (Selma Lancman)
e-mail: marinapperez@yahoo.com.br; lancman@usp.br

Anexo E Autorização para divulgação da identificação da Profa Dra Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Autorização

Eu, YEDA A O Duarte, RG 11926996x concordo e permito voluntariamente que minha identificação seja divulgada na pesquisa **"Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional acompanhante de idoso do Programa Acompanhante de Idosos- PAI"**. Meu nome será identificado nesta pesquisa por meio da divulgação do conteúdo por mim fornecido durante a entrevista realizada no dia 21/11/2012.

Yeda A O Duarte
Assinatura do sujeito de pesquisa Data 20/11/12

[Assinatura]
Assinatura do Pesquisador Data 20/11/12

Pesquisador Responsável/Orientador: Selma Lancman
Pesquisador Executante/Mestranda: Marina Picazzio Perez Batista
Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP
Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã.
CEP 05083-160. São Paulo, SP.
Tel: (011) 30918439/ 981504858 (Marina)
3091-7457 / 30918436 (Selma Lancman)
e-mail: marinapperez@yahoo.com.br; lancman@usp.br

Anexo F Protocolo de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0031.0.444.162-11

São Paulo, 09 de Maio de 2011.
PARECER Nº 128/11 – CEP/SMS

Ilma. Sra.
Selma Lancman

Projeto de Pesquisa: - Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional, Acompanhante de Idosos, PAI Programa Acompanhante de Idosos.

Pesquisador Responsável: Selma Lancman

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Local onde os dados serão coletados: SMS/ PAI- Programa Acompanhante de Idosos

Patrocinador: a pesquisadora

I - Sumário Geral do Protocolo/Considerações

OBJETIVOS: Espera-se favorecer processos de capacitação aos Acompanhantes e contribuir para o aprimoramento do Programa Acompanhante de Idosos e com a experiência destes trabalhadores, possa contribuir para maior expansão do Programa e consolidação de diretrizes para transformação do PAI, em uma Política Nacional na área de Gerontologia.

Esta pesquisa caracteriza-se como estudo exploratório por ter como objetivo, conhecer o processo de trabalho dos Acompanhantes, discutir e refletir sobre as possíveis dificuldades vivenciadas pelos mesmos.

Será realizada discussão em grupos focais, que visa compreender experiências e práticas cotidianas, destacar aspectos inexplorados.

Serão 5 encontros, com grupos de no mínimo 4 (quatro) e no máximo 12 (doze), sendo 1 (um) representante de cada equipe das 12 (doze) primeiras equipes constituídas, e 2 (dois) coordenadores também das primeiras equipes, com sessões de 90 a 110 minutos cada. Os potenciais participantes, serão convidados a participar do estudo por e-mail ou por telefone e caso demonstrem interesse, receberão pelo correio ou por e-mail, questionário a ser preenchido e Termo de Consentimento em duas vias.

As sessões de grupo focal a serem realizadas com os acompanhantes de idosos se darão em momentos diferentes das entrevistas a serem realizadas com os coordenadores de equipes.

A moderadora do grupo será a pesquisadora executante deste estudo.

O questionário será composto por questões com formulação de ordem uniformizadas, para as quais não serão oferecidas opções de respostas. Com definição para exclusão e inclusão dos participantes

Para sustentar as discussões entre os participantes, será utilizado um roteiro, um conjunto de questões que nortearão a discussão do grupo focal.

As discussões nos grupos serão gravadas em áudio e as falas transcritas e analisadas, e ainda anotações feitas pelo pesquisador, que visam apreender expressões, gestos, entonações, interrupções, silêncios e registrar observações e impressões do pesquisador, as quais auxiliarão na análise. O material coletado nas entrevistas com os coordenadores, observação nas equipes e grupos focais com os acompanhantes de idosos serão guardados em local seguro, no qual outras pessoas, que não os pesquisadores, não terão acesso.

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

Página 1/2

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0031.0.444.162-11

Será preservado o anonimato. Este material será guardado por cinco anos após o término do estudo.

O local de realização dos grupos focais será a sede do PAI. O estudo contará com toda infra-estrutura da Associação Saúde da Família.

Material utilizado: 2 (dois) gravadores digitais, material de expediente, serviço de impressão, transporte e alimentação, no valor total de R\$ 1.460,00 (um mil, quatrocentos e sessenta reais), custos esses que ocorrerão por conta do Pesquisador.

II - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Solicitamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

MBeEB/ba

Anexo G Protocolo de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 13/04/2011, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 133/11 intitulado: "REFLEXÕES SOBRE O COTIDIANO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL ACOMPANHANTE DE IDOSO DO PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS- PAI" apresentado pelo Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Selma Lancman

Pesquisador (a) Executante: Marina Picazzio Perez

CEP-FMUSP, 14 de Abril de 2011.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo H Protocolo de Aprovação de Mudança de Título

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **03.10.2012**, **APROVOU A MUDANÇA DE TÍTULO** do Protocolo de Pesquisa nº 133/11 intitulado: **"Reflexões sobre o cotidiano de trabalho do profissional acompanhante de idoso do Programa Acompanhante de Idosos-PAI"** para "Reflexões sobre o processo de trabalho do acompanhante de idosos do Programa Acompanhante de Idosos (PAI) no município de São Paulo, SP (Brasil)" e seus anexos, apresentado pelo Departamento de **Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa .

Pesquisador (a) Responsável: Selma Lancman

Pesquisador (a) Executante: Marina Picazzio Perez Batista

CEP-FMUSP, 04 de outubro de 2012.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire 2º andar CEP 01246903 – Fone : 3061-8004
mail: cep_fm@usp.br

12 REFERÊNCIAS

Abrahão J, Sznclwar LI, Silvino A, Sarmet M, Pinho D. *Introdução à Ergonomia: da Prática à Teoria*. São Paulo: Editora Blucher; 2009.

Associação Saúde da Família (ASF). Associação Saúde da Família. São Paulo: ASF; 2012. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.org/>

Associação Saúde da Família (ASF). Edital Acompanhante Comunitário. São Paulo:ASF; 2008. Disponível em: http://www.saudedafamilia.org/asf/trabalheconosco/editais_processos_seletivos/2008/pa_i_edital_acompanhante_comunitario.pdf

Ayalon L. Subjective socioeconomic status as a predictor of long-term care staff burnout and positive caregiving experiences. *Int Psychogeriatr*. 2008 Jun;20(3):521-37.

Ayalon L. Beliefs and practices regarding Alzheimer's disease and related dementias among Filipino home care workers in Israel. *Aging Ment Health*. 2009 May;13(3):456-62.

Barbosa MLO. As profissões no Brasil e sua sociologia. *Dados*. 2003; 46 (3): 593-607.

Barbour R. *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Batista MPP, Almeida MHM, Lancman S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2011;22(3):200-07.

Berzins MAVS, Paschoal SMP. Programa Acompanhante de Idosos. *Envelhecimento e Saúde*. 2009; 47(1):53-55.

Berzins MAVS. [editorial]. *Revista Portal de divulgação*. 2011;17:2-3.

Born T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? Dez anos depois: considerações sobre família, assistência médica, lugar para morar, (im)previdência social e outras coisas mais. *Revista Portal de divulgação*. 2011;17:4-15.

Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. Brasília; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.

Brasil. Leis etc. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política nacional do idoso cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília; 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.

Brasil. Leis etc. Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília; 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm.

Brasil. Leis etc. Projeto de Lei da Câmara nº 2880 de 2008. Regulamenta a profissão de cuidador de pessoa, delimita o âmbito de atuação, fixa remuneração mínima e dá outras providências. Brasília; 2008. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=384533>.

Brasil. Leis etc. Projeto de Lei da Câmara nº 2178 de 2011. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador. Brasília; 2011a. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=518075>.

Brasil. Leis etc. Projeto de Lei da Câmara nº 539 de 2011. Institui o dia nacional do cuidador de idosos. Brasília; 2011b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=493246>.

Brasil. Leis etc. Projeto de Lei do Senado nº 284 de 2011. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso. Brasília; 2011c. Disponível em: http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=100403.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395 de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 1999a. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial MS/MPAS Nº 5.153, de 7 de abril de 1999. Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Brasília; 1999b. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/legislacao/portaria5153.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a. 104p. [Série A: Normas e Manuais Técnicos]

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº. 397 de 10 de dezembro de 1999. Institui a Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília; 2002b. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>.

Brasil. Leis etc. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília; 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm

Brasil. Ministério da Assistência Social, Fórum Nacional de Secretários de Estado da Assistência Social, Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social. Pauta da Trigésima Oitava Reunião Ordinária[on-line]. Brasília: Ministério da Assistência Social, Fórum Nacional de Secretários de Estado da Assistência Social, Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social; 2003b [citado 1 fev. 2013]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/acesso-a-informacao/orgaoscolegiados/orgaos-em-destaque/cit/arquivos/2003/38a-reuniao-de-2003.pdf/at_download/file

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução CNAS nº 145 de 15 de outubro de 2004. Institui a Política Nacional de Assistência Social. Brasília; 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/arquivo/Politica%20Nacional%20de%20Assistencia%20Social%202013%20PNAS%202004%20e%202013%20NOBSUAS-sem%20marca.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.

Brasil. Leis etc. Projeto de Lei da Câmara nº 6966 de 2006. Cria a profissão de cuidador. Brasília; 2006b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=322855>.

Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular, 2007. 60 p.

Camarano AA, Leitão e Mello J. Introdução. In: Camarano AA, organizadora. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?*. Rio de Janeiro: Ipea; 2010, p.13-37.

Campos, GWS. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. saúde pública*. Rio de Janeiro. 2007; 399-405.

Carrion V. *Comentários à Consolidação das Leis do Trabalho*. 21 ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

Carvalho VAML, Calvo BF, Martín LH, Campos FR, Castillo IC. Resiliencia y el modelo burnout-engagement em cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*. 2006;18(4):791-96.

Dejours C. *A avaliação do trabalho submetida à prova do real: crítica aos fundamentos da avaliação*. Sznclwar L, Mascia F, organizadores. São Paulo: Blucher; 2008a.

Dejours C. A concepção de homem: modelização individual ou modelização coletiva? Abordagens da sociologia da ética e da psicodinâmica do trabalho. In: Betiol MI, Tonelli MJ, tradutores. *O fator humano: Christophe Dejours*. 5a ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2005, p. 49-61.

Dejours C. *Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. In: Lancman S, Sznclwar L, organizadores. *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo; 2008b, p.49-106.

Dejours C. Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem. In: Lancman S, Sznclwar L, organizadores. *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo; 2008c, p.245-290.

Dejours C. Patologia da comunicação. Situação de trabalho e espaço público: a geração de energia com combustível nuclear. In: Lancman S, Sznelwar L, organizadores. *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo; 2008d, p. 291-324.

Dejours C. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: Lancman S, Sznelwar L, organizadores. *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo; 2008e, p. 325-350.

Dejours C. Entre sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar L, organizadores. *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo; 2008f, p. 351-364.

Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão MLL, Duarte YAO (Org.). *Saúde, Bem-estar e Envelhecimento*. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

Duarte YAO. O cuidador no cenário assistencial. *Mundo saúde*. 2006; 30 (1): 37-44.

Duarte YAO. Eixos norteadores para cursos de formadores de cuidadores de pessoas idosas e de cuidadores de pessoas idosas. In: Duarte YAO. Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas. São Paulo: Fundação Padre Anchieta; 2009. p.15-38.

Gatti BA. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber Livro; 2005.

Hellström Y, Hallberg IR. Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and relation to quality of life. *Scand. j. caring sci*. 2004;18:387-95.

Heloani R, Lancman S. Psicodinâmica do Trabalho: o método clínico de intervenção e investigação no trabalho. *Produção*. 2004; 14(3): 77-86.

Holzmann L. Divisão Social do Trabalho. In: Cattani AD. *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2002, p. 84-87.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010*. IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios*. PNAD; 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/sintese_defaultpdf_domicilios.shtm.

Kawasaki K, Diogo MJD. Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal – parte II. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(3):320-7.

Kitzinger J. Grupos focais. In: Mays N, Pope C. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.33-41

Lancman S, Uchida S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2003; 6: 79-90.

Lancman S. Psicodinâmica do Trabalho. In: Cavalcanti A, Galvão C. *Terapia Ocupacional: Fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007, p.271-277.

Lancman S. *Saúde Mental e trabalho: repensando a ação em Terapia Ocupacional* [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

Litvoc J, Brito FC. *Envelhecimento, prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004.

Macken M, Sawyer LAH. Coping with alzheimer's in assisted living: a new approach to training formal caregivers. In: 54th Annual Scientific Meeting. "2001 – A Gerontological Odyssey: Exploring Science, Society and Spirituality."; 2001Nov; Chicago. Program Abstracts. Chicago: GSA; 2001. v.41, p.92-93.

Miyamoto Y, Tachimori H, Ito H. Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatr Nurs*. 2010 Jul-Aug;31(4):246-53.

Molloy RJ, Rudder C, Saverese D, Lee SY. Developing a new and better long term care system in NY state. *The Long Term Care Community Coalition*. New York; 2006.

Nascimento LC. Profissionalismo: expertise e monopólio no mercado de trabalho. *Perspectivas Contemporâneas*. 2007; 2: 105-116.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(6):1639-1646.

Organização das Nações Unidas. *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003.

Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

Paschoal SMP, Berzins MAVS. Expansão do Programa Acompanhante de Idosos. In: Anais do XXV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e VI Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e não-violência. Brasília; 2009. p.10.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking do IDH do Municípios do Brasil 2003; 2003. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2003.

Rio de Janeiro. Leis etc. Projeto de Lei nº 979 de 2011. Estabelece normas para o exercício da atividade de cuidados de idoso no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro; 2012. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1115.nsf/1061f759d97a6b24832566ec0018d832/04ec1dbcb6d046358325792e00635a3f?OpenDocument&ExpandSection=-1>.

Rodrigues RAP, Andrade OG, Marques S. Representaciones sociales del cuidado del anciano em trabajadores de salud en un ancianato. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2001 Jan;9(1):7-12.

Saad PM. O Projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: Lebrão MLL, Duarte YAO (Org.). *Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

São Paulo. Secretaria da Saúde amplia programa de acompanhante de idosos. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, São Paulo [online]. 2008a nov 18: [1 tela]. Disponível em: <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/>.

São Paulo. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano. *Infocidade: Regiões, Subprefeituras e Distritos Municipais*, São Paulo [online]. 2008b. Disponível em: http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/3_regioes_subprefeituras_e_distritos_munic_2008_69.html.

São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Processo: 2010-0.330.078-9. Edital de Credenciamento de Instituições com Conhecimento Técnico e Experiência em oferecer Atividades de Aprimoramento para Profissionais da Rede Municipal de Saúde. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, São Paulo [online]. 2011a: [4 telas]. Disponível em: <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/>.

São Paulo. Programa pioneiro leva acolhimento, auto-estima e dignidade aos idosos. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, São Paulo [online]. 2011b: [1 tela]. Disponível em: <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/>.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos do Município de São Paulo. 2012a. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/DocumentoNorteador-PAI.pdf>

São Paulo. Núcleo técnico de contratação de serviços de saúde – NTCSS-SMS.G. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, São Paulo [online]. 2012b fev 25: [1 tela]. Disponível em: <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/>.

Stark SW. Blind, deaf, and dumb: why elder abuse goes unidentified. *Nurs Clin North Am*. 2011 Dec;46(4):431-6.

Talley RC, Crews JE. Caring for the most vulnerable. *Am J Public Health*. 2007;97(2):224-28.

Trad LB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis*. 2009;19(3):777-96.

Uchida S, Lancman S, Sznclwar LI. Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho para o Desenvolvimento de Ações Transformadoras no Processo Laboral em Saúde Mental. In: Glina DMR, Rocha LE. (Org.). *Saúde Mental no Trabalho da Teoria à Prática*. São Paulo: Roca; 2010. v.1, p.191-209.