



Saúde do Cuidador: Percepção dos Profissionais de uma Equipe de Estratégia Saúde da Família

Carolina Ribas¹; Camila Siguinolfi de Moura²; Renan Garcia Guilherme³; Franciele Nogueira Smanioto⁴; Fabio José Antonio da Silva⁵

Resumo: O cuidador está exposto a uma série de atribuições que exigem disposição e dedicação, uma vez que este sujeito abdica de sua vida para prestar cuidados ao outro, ficando vulnerável ao desenvolvimento do estresse e diminuição da qualidade de vida. Percebem-se diversas ações de cuidado propostas ao dependente, porém as mesmas não estão voltadas para a saúde do cuidador, sendo esta conseqüentemente negligenciada, inclusive pela Atenção Básica que tem por escopo o desenvolvimento de ações, por meio das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), de promoção de saúde, a prevenção de agravos e a recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O presente estudo teve por objetivo a identificação da percepção dos profissionais de uma equipe de Estratégia Saúde da Família em relação à Saúde do Cuidador. Tratou-se de um estudo de caráter descritivo exploratório de abordagem qualitativa, em que a coleta de conteúdo ocorreu por meio do grupo focal, utilizando-se da abordagem de análise de conteúdo para a interpretação e análise do material coletado. Além disso, utilizou-se de um questionário sócio demográfico. Participaram do estudo nove profissionais de uma equipe de ESF de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Apucarana. Da análise e interpretação dos conteúdos emergiram três categorias, sendo estas - Concepção de Cuidador; Qualidade de vida do Cuidador, e Organização do Serviço de Saúde. Constatou-se que a equipe de saúde percebe a amplitude das atribuições e necessidades do usuário cuidador, bem como observam que estes usuários têm a sua qualidade de vida afetada devido a sua função. Também alegaram sofrer na prestação de cuidados aos cuidadores, pois sentem-se sobrecarregados com as demandas trazidas e também impotentes e insatisfeitos por não conseguir ajudá-los. Em relação a prestação de cuidados ofertados a este público, a equipe reconheceu falha no processo de trabalho, em que não trabalha na lógica da integralidade. Assim, não são ofertadas ações de promoção ou prevenção. Contudo, pelo fato dos profissionais entenderem o sofrimento, estes tendem a promover estratégias para favorecer o acesso ao cuidador.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Cuidadores. Trabalhador de Saúde.

¹ Especialista em Saúde da Família - Autarquia Municipal de Saúde - Apucarana/PR. psico.carolinaribas@gmail.com;

² Mestranda em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Londrina - Londrina/PR. camilasiguinolfi@gmail.com;

³ Mestre em Ciências - Universidade de São Paulo - São Paulo/SP. renangarciaguil@gmail.com;

⁴ Mestre em Enfermagem - Universidade Estadual de Londrina - Londrina/PR. fransmanioto@gmail.com;

⁵ Doutorando em Educação Física - Universidade Estadual de Londrina - Londrina/PR. fjas81@hotmail.com.

Caregiver Health: Perception of Professionals of a Family Health Strategy Team

Abstract: The caregiver is exposed to a series of tasks that require dedication, since this subject abdicates of his life to care for the other, being vulnerable to the development of stress and diminished quality of life. Several care actions proposed to the dependent are perceived, but they are not directed towards the health of the caregiver, and consequently neglected, including by the Basic Attention that has as scope the development of actions, through the Teams of Family Health Strategy (ESF), health promotion, prevention of injuries and recovery of health, in a comprehensive and continuous. The present study aimed to identify the perception of the professionals of a Family Health Strategy team in relation to Caregiver Health. It was an observational study with a qualitative approach, in which the content collection occurred through the focus group, using the content analysis approach for the interpretation and analysis of the collected material. In addition, a socio-demographic questionnaire was used. Nine professionals from an ESF team from a Basic Health Unit (UBS) from Apucarana participated in the study. From the analysis and interpretation of the contents emerged three categories, namely: - Conception of Caregiver; Quality of life of the caregiver, and Organization of the health service. It was verified that the health team perceives the breadth of the attributions and needs of the caregiver user, as well as observing that these users have their quality of life affected due to their function. They also claimed to suffer from caring for caregivers because they feel overwhelmed with the demands they bring and also helpless and unsatisfied for not being able to help them. Regarding the provision of care offered to this public, the team acknowledged the failure in the work process, in which it does not work in the logic of integrality. Thus, no promotion or prevention actions are offered. However, because professionals understand suffering, they tend to promote strategies to favor access to the caregiver.

Keywords: Primary Health Care, Caregivers. Health Worker.

Introdução

O cuidador é aquele sujeito que presta cuidados ao outro dependente de taise está exposto a uma série de atribuições que exigem disposição e dedicação, uma vez que este sujeito abdica de sua vida, estando suscetível ao desenvolvimento de prejuízos significativos e diminuição da qualidade de vida (FERNANDES; GARCIA, 2009). De acordo com Karsch (2003), o cuidador é referido como a pessoa responsável pela execução das tarefas pelas as quais o doente lesado não tem mais possibilidade de realizar, ficando incumbido desde a higiene pessoal até a administração financeira da família.

Este papel pode ser exercido tanto formalmente, com a contratação de um profissional da área da saúde quanto informalmente, geralmente associado a um familiar, sendo este último mais frequente (LAHAM, 2003). Neste último caso, percebe-se que estes têm maior probabilidade de prejuízos pois assumem tal responsabilidade sem o devido conhecimento ou

suporte (GONÇALVES *et al*, 2011). Estudos como o de Karsch (2003) caracteriza o perfil do cuidador familiar, que sinaliza o predomínio do sexo feminino, com idade média de 50 anos na população brasileira, pontuando que esta atribuição na maioria das vezes não é remunerada. A responsabilidade exclusiva da família na prestação dos cuidados ao usuário

dependente está condicionada a escassez de suporte do governo com ações que visem acolhimento e orientações.

Nesse sentido, sabe-se que existem diversas ações de cuidado propostas ao dependente, porém as mesmas não estão voltadas para a saúde do cuidador, sendo esta conseqüentemente negligenciada, inclusive pela Atenção Básica que tem por escopo o desenvolvimento de ações, por meio das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), de promoção de saúde, a prevenção de agravos e a recuperação de saúde, de forma integral e contínua (BRASIL, 2017).

A ESF é uma importante ferramenta do Sistema Único de Saúde (SUS) para a reorganização da atenção básica no Brasil, tendo por objetivo a análise permanente dos processos determinantes de saúde da população, bem como a execução de suas práticas de acordo com as demandas existentes. Para a viabilização dessas ações, faz-se necessária a existência de equipe multiprofissional, composta por enfermeiro e médico generalista ou especialistas em Saúde da Família, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. A equipe ainda pode ser acrescida por profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2017).

A integralidade, tem sido o princípio de maior desafio para implementação e, por conseguinte, reorganização do sistema de saúde, posto que para a garantia desta faz-se necessário a mudança no processo de trabalho, exigindo dos profissionais um olhar mais amplo aos usuários, abrangendo-os em sua totalidade (ESCOREL *et al* 2007).

Assevera-se que o cenário de prática da pesquisadora corrobora esta assertiva em que sinaliza a dificuldade da atuação da equipe de ESF em trabalhar a integralidade, concentrando suas ações na reabilitação em detrimento da promoção de saúde e prevenção de agravos e isso fica mais evidenciado diante da saúde do cuidador, visto que nestes casos há um “doente/dependente”.

Levando em consideração ao que foi exposto em relação a pouca assistência destinada aos cuidadores e entendendo que uma das atribuições da Atenção Primária à Saúde é a promoção de saúde e a prevenção de agravos, a pesquisa identificou a percepção de uma equipe de Estratégia Saúde da Família do município de Apucarana-PR em relação à Saúde do Cuidador, abrangendo desde a concepção que eles têm a respeito dos seus usuários que

desempenham tal papel, bem como a identificação dos sentimentos que os profissionais tem por estes e, por fim, as ofertas de cuidados prestadas a este público.

Metodologia

A presente pesquisa tratou-se um estudo de caráter descritivo exploratório e utilizou-se da abordagem qualitativa, na qual objetiva-se o aprofundamento da compreensão dos fenômenos estudados, sendo interpretadas as ações desenvolvidas de acordo com suas próprias perspectivas, não enfatizando na representatividade numérica ou relações de causa e efeito (MINAYO, 2008).

A aplicação da pesquisa se deu mediante um encontro, sendo este dividido em dois momentos: Aplicação do questionário sócio demográfico, contido no Apêndice A e a aplicação da técnica de grupo focal sendo este norteado pelas questões contidas no Apêndice B.

O grupo focal é uma ferramenta qualitativa, não diretiva, em que se valoriza a interação, estimulando o diálogo entre os participantes visando o aprofundamento de determinados temas, de modo que possibilita ao pesquisador identificar formas de linguagem, expressões e tipos de comentários a partir da interação grupal (GOMES, 2005; GATTI, 2012). Destarte, é uma técnica de investigação que coleta os conteúdos sobre determinados assuntos pré-estabelecidos pelo pesquisador através da interação grupal, de modo a coletar o pensamento coletivo em relação ao tema em questão, bem como as divergências a estes e quais as alternativas que o grupo encontra para resolvê-las (PEREIRA, 2004).

Participaram deste estudo nove profissionais que atenderam aos seguintes critérios: Fazer parte da composição de uma equipe Estratégia Saúde da Família em regime Estatutário de uma UBS de Apucarana-PR e aceitação de colaboração do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O grupo pesquisado foi composto pelas seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Odontologia e Agente Comunitário de Saúde. Além das categorias supracitadas, também foi convidado a participar o médico da equipe, porém este recusou alegando indisponibilidade de agenda. A escolha da UBS se deu pelo fato da pesquisadora ter uma experiência prévia de trabalho na referida unidade, durante 12 meses, no ano anterior à aplicação da pesquisa. Nesse sentido, inicialmente foi realizado contato com a enfermeira responsável, em que a pesquisadora explicou e justificou o projeto, além do convite para colaborarem com o estudo.

A coleta de conteúdo aconteceu em uma das salas da UBS em que atuam os participantes do estudo em data e horário previamente pactuados e teve duração de aproximadamente 60 minutos. Além da pesquisadora e dos colaboradores, o grupo focal também contou com a presença de duas observadoras que contribuíram para captação e registro de comportamentos não verbais, tendo como responsabilidades a observação da dinâmica grupal e registro dos conteúdos implícitos (PEREIRA, 2004).

As informações levantadas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra e ficarão armazenadas sob os cuidados da pesquisadora pelo período de cinco anos e, após este período será descartada, seguindo orientações da Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998). A fim de diferenciar as participantes e ao mesmo tempo preservar a identidade das mesmas, as falas das colaboradoras foram codificadas pela letra E seguidas por um algarismo, a exemplo: E1, E2, E3 e assim sucessivamente.

A etapa posterior a transcrição, foi a leitura minuciosa dos materiais para análise e interpretação, utilizando-se análise de conteúdo. Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de dados coletados, que visa à interpretação de material de caráter qualitativo, assegurando uma descrição objetiva, sistemática e com a riqueza manifesta no momento da coleta dos mesmos.

A coleta de conteúdo ocorreu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Apucarana (FAP), sob o Parecer nº: 2.436.777 emitido em 13 de dezembro de 2017 e CAAE: 80402817.3.0000.5216, além da assinatura do TCLE.

Resultado e Discussão

O grupo pesquisado foi composto de nove participantes, sendo todas mulheres, com idades entre 35 a 51 anos e a média do tempo de atuação no sistema único de saúde (SUS) é de 9 anos e 7 meses. Quanto à escolarização, quatro possuem ensino superior completo e cinco concluíram o ensino médio. Quanto aos cargos exercidos, seis são agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma odontóloga.

Da análise e interpretação dos conteúdos emergiram três categorias e subcategorias, quais sejam: 1- Concepção de Cuidador; 2- O impacto na Qualidade de vida do Cuidador, sendo suas subcategorias: *A sobrecarga do papel do cuidador e, * Dificuldades de acesso do cuidador

à UBS; 3- Organização do serviço de Saúde, sendo suas subcategorias: *A lógica biomédica que impede o atendimento integral,

*O sofrimento do profissional de saúde e *Estratégias e Manobras para a prestação do Cuidado as quais serão explanadas e discutidas abaixo, fazendo menção ao aporte teórico.

Concepção de Cuidador

Percebeu-se que não há uma única forma de enxergar o cuidador por parte dos entrevistados, apesar de entenderem que estão falando de algo comum, eles concebem a amplitude do ato de cuidar em que definem o cuidador desde àqueles que prestam os cuidados práticos em procedimentos de saúde, como de enfermagem, alimentação, higiene, até aqueles de responsabilidade legal, conforme pode ser observado nos depoimentos abaixo.

“É que tem vários cuidadores que não estão associados só a parte de saúde, tem muito cuidador de responsabilidade legal” E6.

“Que é só para cuidar... a pessoa tem condição... a saúde não é tão debilitada, mas precisa de um cuidador para não ficar sozinho” E4.

“A gente tem bastante Síndrome de Down, precisa de um cuidador, que não está totalmente inválido, mas precisa de um cuidador, tem as crianças autistas” E6.

De acordo com o Guia Prático do Cuidador (2008), o Cuidador é definido como aquele indivíduo que proporciona cuidados a outro sujeito dependente de tais, podendo este último ser de qualquer idade, desde que apresente limitações físicas e/ou mentais. Tal ocupação integra a Classificação Brasileira de Ocupações — CBO sob o código 5162-10, em que aponta o cuidador como responsável pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida, seja ela criança, adulto ou idoso (BRASIL, 2010).

Laham (2003), acrescenta que este papel pode ser exercido tanto formalmente, com a contratação de um profissional da área da saúde quanto informalmente, geralmente associado a um familiar, sendo este último mais frequente. Vale ressaltar que a necessidade de um membro familiar participar do processo de cuidar decorre mais por uma imposição circunstancial do que por escolha própria. Assim, percebe-se que muitos assumem tal atribuição sem o devido conhecimento ou suporte adequado para o manejo da situação, o que resulta em

prejuízo tanto a sua saúde quanto para a saúde daqueles a qual o cuidado é ofertado (GONÇALVES *et al*, 2011).

Notou-se que os profissionais da equipe de ESF em questão tem a consciência que o ato de cuidar é complexo e denota uma responsabilidade ampla, multifacetada que está para além da simples companhia.

O impacto na Qualidade de Vida do Cuidador

Estudos apontam o impacto do ato de cuidar na saúde do cuidador, quemuitas das vezes devido à progressão da doença ou o quadro de saúde do dependente, este último vai perdendo a capacidade funcional, necessitando assimde mais esforço por parte daqueles que cuidam, ocasionando desgastes físicos, psicológicos e/ou sociais que impactam diretamente na qualidade de vida (QV) do cuidador (BORGHI, 2013; SILVA, 2016; SILVA, 2018).

A sobrecarga do papel do cuidador

Zarit (1994) *apud* Silva (2016), afirma que cuidadores apresentam frequentemente depressão, ansiedade, estresse e sobrecarga. Outrossim, muitos deles passam a ter problemas no trabalho ou deixam a profissão; também participam menos das atividades sociais e de lazer, não realizam o autocuidado e podem ter conflitos familiares, justamente por discussões pela forma como cuidando parente. Outro fator relevante apontado na literatura e confirmado pelas profissionais é a maior probabilidade de os cuidadores desenvolverem problemas de saúde quando comparados a pessoas da mesma idade não cuidadoras (SOUZA, 2015).

Nesse sentido, as profissionais de saúde afirmaram observarem prejuízos na QV de seus usuários cuidadores, como explícito no relato abaixo:

“Porque a qualidade de vida deles não existe né. Eles são literalmente esquecidos” E9.

As entrevistadas relataram observar diferença expressiva na Q.V entre os usuários cuidadores daqueles que não têm essa responsabilidade, pois segundo as mesmas, os cuidadores apresentam-se cansados, sobrecarregados e sozinhos, tendo a necessidade de compartilhar o sofrimento com elas.

“É que as vezes você vai na casa das pessoas e aquela que está cuidando de alguém te vê no portão e descarrega tudo em cima de você Eles choram que as vezes você sai dali carregada” E2.

“O que a gente percebe na maioria das vezes eles querem alguém para conversar esoltar tudo aqui” E9.

Seguindo a perspectiva da referida equipe ESF faz-se necessário uma crítica ao trecho a seguir do guia prático do cuidador em que coloca este como *“um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação”* (BRASIL, 2008).

Pode-se dizer que a definição supracitada favorece para uma idealização da figura do cuidador, colocando-o como um ser humano diferente dos demais. Este fator pode contribuir ainda mais para essa carga dispensada sob os cuidadores, uma vez que, como já mencionado, em muitos casos não optou por desempenhar tal atividade que, inclusive, está atrelada ao desgaste e diminuição da qualidade de vida. Diante disso, percebe-se que os cuidadores são seres humanos comuns, que não detêm qualidades especiais, mas se viram na necessidade ou obrigação de desempenhar este papel, que até mesmo, na maioria das vezes, traz um atravessamento de gênero, em que se naturaliza o papel do cuidador na figura feminina.

É imperioso problematizar a questão de gênero embutida sobre o Cuidador. Wegner (2007) faz uma discussão interessante sobre a temática e traz questionamentos sobre a concepção histórica da imposição do cuidado destinado a mulher. O autor pontua os múltiplos papéis sociais impostos a figura feminina, que não lhes permite a escolha daqueles que melhor se adaptem a sua realidade. Essa imposição não permite uma reflexão crítica que lhe possibilite o despertar da autonomia e emancipação da mulher. Assim, as profissionais relataram que muitas mulheres são cuidadoras mais por uma imposição circunstancial do que propriamente por uma escolha dada por suas qualidades.

Esta problematização não tem o objetivo de desqualificar o papel cuidador, inclusive trata-se de uma atividade que pode trazer gratidão a algumas pessoas, como registrado no estudo de Silva (2018). Porém, propõe-se a necessidade da reflexão de que este papel precisa ser visto pelos profissionais da saúde, sob um ponto de vista realista, sem idealizações, justamente para que a atuação na saúde dessa população contemple toda a complexidade e os impactos desta atividade, no seu caráter fisiológico, psicológico e social.

Esses impactos causados na vida daquele que cuida é algo relevante e merecem ser refletidos, visto que além de trazer sérios prejuízos à vida daqueles que ofertam o cuidado, também impacta diretamente o dependente, que pode apresentar agravos na saúde pela maneira como vem sendo tratado (SILVA, 2016).

Dificuldades de acesso do cuidador à UBS

Os profissionais de saúde da equipe de Estratégia Saúde da Família, participantes desse estudo, sinalizaram a dificuldade do cuidador em acessar os serviços de saúde, em especial àqueles ofertados pela UBS. De acordo com os seus relatos, eles percebem que a prática do cuidador é um serviço que na maioria das vezes exige dedicação que leva o cuidador a não ter tempo para os seus afazeres e o autocuidado. Isso pode ser evidenciado nas falas das participantes E2, E5 e E3, respectivamente.

“Às vezes a pessoa fica até do lado, porque fica cuidando da outra pessoa e deixade lado ela mesma”.

“Eu acho que eles têm um pouco mais de dificuldade por justamente isso que elas falaram, que eles têm um compromisso com o trabalho, então fica difícil para vir”,

“Eles nunca têm tempo para participar”.

Corroborando as percepções dos colaboradores, um estudo conduzido pela Embracing Carers (2018) realizado com cuidadores chegou à conclusão que mais da metade destes, aproximadamente 54% da amostra de cuidadores não procuram médico para si, alegando a falta de tempo para o agendamento da consulta, bem como para o comparecimento desta e 42% colocam a saúde do dependente acima da sua, indo ao encontro da seguinte fala evocada no presente estudo:

“Então eles pensam mais no paciente do que neles” E5.

Outro fator elucidado pela equipe atrelado à não adesão desse público à UBS é o fato de não terem com quem deixar o dependente, posto que geralmente a função do cuidador é dirigida na maior parte dos casos para apenas uma pessoa. Assim, qualquer atividade requer um planejamento, pois os cuidadores precisam se organizar para encontrar alguém para ficar com

o dependente no período de sua ausência e nem sempre isso é possível, como explícitos nos trechos abaixo das participantes E2 e E1, respectivamente.

“... não pode ir ao médico porque não tem com quem deixar. aí não vai”.

“Ele tem que ter um tempo para se programar”.

Uma das estratégias relatada pela equipe para o enfrentamento desse problema é o fato dos usuários cuidadores aproveitarem o momento da visita domiciliar do médico destinada ao dependente para também serem consultados, a exemplo: “como ele não pode vir aqui ele reza para uma visita domiciliar para ele ser consultado também na visita domiciliar” E6.

Organização do Serviço de Saúde

Na medida em que os profissionais foram questionados acerca de suas percepções sobre as dificuldades/fragilidades enfrentadas na prestação do cuidado a saúde do cuidador, foram evidenciadas algumas questões relevantes no que tange a organização do serviço de saúde. Fertoni, *et al* (2015), afirma que há uma ampla discussão sobre as formas de organização das práticas de saúde, sendo debatidas as características de um modelo de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como as dificuldades encontradas na inserção de tal.

A seguir serão explanadas, conforme as seguintes subcategorias: A lógica biomédica que impede o atendimento integral; O sofrimento do profissional de saúde gerado pela sobrecarga emocional e pela impotência diante da prestação de cuidados aos cuidadores e Estratégias e Manobras para a prestação do Cuidado.

A lógica biomédica que impede o atendimento integral.

O Sistema Único de Saúde foi criado em 1988 pela Constituição Federal e implantado no início da década de 90, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 19/09/1990 e sua complementar a Lei nº 8.142 28/12/1990 e, deste então, apresenta constantes avanços. Dentre esses, pode-se destacar a reorganização do modelo de atenção da Atenção Básica (AB) a partir das Equipes de Estratégias Saúde da Família (ESF), em 1994, que na época era nomeada por Programa Saúde da Família.

Inicialmente como PSF, a ESF foi criada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reorganização do modelo de saúde no Brasil, por meio da Atenção Primária, de modo a tornar efetivo o SUS, pautando-se no atendimento integral, contínuo, utilizando-se dos princípios da equidade e do alto grau de resolutividade, por meio das ações humanizadas e no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de Saúde. Este modelo se contrapõe ao modelo biomédico, em que há o predomínio de práticas curativistas e fragmentadas, tendo o profissional o domínio sobre a saúde do usuário, enfatizando apenas no corpo biológico e ignorando as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais implicadas na doença (MORETTI-PIRES, R 2009).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (2017), a ESF propõe a reorganização da atenção básica no Brasil e tem por objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e execução de suas práticas de acordo com as demandas existentes, orientando-se com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Para viabilizar essas ações, é imprescindível a existência de equipe multiprofissional, composta por enfermeiro e médico generalista ou especialistas em Saúde da Família, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. A equipe ainda pode ser acrescida por profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2017).

Dentre os três princípios para a reorganização do sistema de saúde, quais sejam: a universalidade, a equidade e a integralidade, este último tem sido o mais difícil de implementar, visto que para a garantia de tal faz-se necessário a mudança no processo de trabalho, exigindo dos profissionais um olhar mais amplo aos usuários, abrangendo-os de modo integral (SCOREL, 2007).

Sob essa perspectiva, os referidos colaboradores afirmaram dificuldade para atender os cuidadores devido a organização do serviço de saúde que os impede ou não incentiva na promoção de ações destinadas a esse público, como pode ser observada nos depoimentos a seguir.

“A impressão que se tem é que a AB não está preventiva ela está curativa. A gente não consegue fazer prevenção e quando consegue é muito pouco” E9.

“Na verdade, não tem uma educação em saúde, uma oficina, a gente só apaga fogo” E5.

“Porque vai na casa do paciente...ele é o acamado, o doente, mas e quem cuida?Nunca é priorizado. A gente não olha” E9.

A percepção sobre a saúde do Cuidador na ótica dos profissionais é o reconhecimento de que a equipe não consegue ofertar um cuidado de saúde que atendam às necessidades reais desse público e eles justificam a escassez de oferta ao Cuidador devido ao modo de organização do serviço de saúde, isto é, eles já possuem ciência das suas fragilidades. Essa consciência crítica da organização do trabalho e da gestão é um passo importante, porém não suficiente para a mudança, uma vez que também é responsabilidade da equipe propiciar momentos de educação permanente para refletir sobre o processo de trabalho no intuito de promover a assistência integral (LEMOS, 2016).

A literatura aponta que a integralidade é difícil de alcançar porque não se trabalha na lógica ampliada do processo de determinação saúde-doença (SCOREL, *et al* 2007). Então, quando a equipe pensa no cuidado, este é permeado pela lógica curativista; não se pensa em promover qualidade de vida aos usuários da área adscrita, em prevenir doenças e, isso é intensificado no contexto em que há um dependente debilitado, como no caso da figura do cuidador, em que a oferta de cuidado proposta pela de ESF é direcionada ao “doente”.

O Sofrimento Do Profissional De Saúde

No tocante aos sentimentos e pensamentos em relação à saúde do cuidador, os profissionais da EFS relataram sofrimento diante da prestação de cuidados. Este sofrimento advém tanto no âmbito da sobrecarga emocional, bem como pela impotência e insatisfação daquilo que não conseguem ofertar. Segundo as colaboradoras, esse sofrimento é tão intenso que pode levar ao adoecimento, como pode ser observado no trecho a seguir:

“Eu não vou citar nomes, mas entre nós mesmo, profissionais aqui, teve uma pessoa que a gente percebeu que ela estava ficando doente por causa de um usuário que estava sobrecarregando ela demais. É então você via que ela estava num limite e ela estava adoecendo, tanto é que adoeceu por causa disso” E2.

Mendes (2011) *apud* Glanzner (2014) descreve que o sofrimento no trabalho surge quando a relação entre organização de serviço e trabalhador é bloqueada em função das dificuldades de negociação das diversas variáveis decorrentes do desejo da produção e o desejo

do trabalhador. Em relação ao sofrimento psíquico gerado pelo trabalho, Dejours (2004) traz considerações importantes sobre a temática, em que afirma que este sofrimento surge do hiato entre aquilo que é prescrito ao profissional, daquilo que lhe é possível de ser executado pelo mesmo.

Observou-se durante a aplicação do grupo focal, que a categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) demonstrou sentir maior impacto em sua saúde ao se referir sobre os pensamentos e sentimentos ao Cuidador. Esse dado pode ser justificado pelo maior vínculo entre os ACS com os cuidadores, quando comparados ao restante da equipe, pois como já constado anteriormente o cuidador tem dificuldades para acessar a UBS e, assim tendem maior contato com o ACS.

O Programa de Agentes Comunitários de saúde foi desenvolvido em 1997 objetivando assegurar o acesso da população a rede primária de saúde (BRASIL 2001). As visitas domiciliares aos usuários representam atribuição central no papel do ACS, na qual devem realizar as seguintes tarefas:

“Realizar mapeamento de sua área; cadastrar e atualizar as famílias; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; realizar acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas; desenvolver ações básicas de saúde com ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças; promover educação em saúde e mobilização comunitária; incentivar a participação e o fortalecimento dos conselhos de saúde; orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde; participar da programação das ações de sua USF (VILELA; SILVA; FILHO, 2010, p. 290)”.

Destarte, o ACS é quem faz a ponte entre usuário e UBS e, diante das necessidades, os usuários recorrem primeiramente a esse profissional, seja para a resolução de algum conflito, ou alguma informação, bem como reclamação e esperam que o ACS possa solucionar, gerando uma relação de cobranças e exigências e esse contato pode ser ininterrupto, pois o ACS reside no mesmo bairro que trabalha. (MARTINES; CHAVE, 2007 *apud* ROSA; BONFANTI; CARVALHO2012).

A respeito do sofrimento, as ACS alegaram serem afetadas pelos problemas de seus usuários, em especial dos cuidadores aos quais elas percebem terem maior necessidade de compartilhar suas angústias e, assim, aproveitam as visitas domiciliares para “despejarem” tudo o que sentem, gerando uma sobrecarga emocional nos profissionais. Algumas ACS afirmaram ainda pensar nos problemas dos usuários, mesmo quando não estão no trabalho, como observado nos depoimentos abaixo:

“Você chega aqui supercarregada que daí eles despejam tudo em cima de você, quer ajuda né... E as vezes fica até difícil você sai da casa e pensa meu Deus euvou deixar essa pessoa aqui assim chorando né... e fica mesmo difícil para gente” E4.

“É que as vezes você vai na casa das pessoas e aquela que está cuidando de alguém te vê no portão e descarrega tudo em cima de você Eles choram que as vezes você sai dali carregada” E2.

“Mas eles vêm até nós e parece que eles querem pegar aquele fardo e jogar na gente e acaba respingando muita coisa na gente sim” E9.

“quando a gente sai daqui às 17hrs o problema daqui ainda nos acompanha. Aí você chega em casa, toma banho aí você põe a cabeça no travesseiro e vem lá aí o fulano de tal... oh pai eterno. Aí você fica, igual eu falo a gente trabalha de noite. Você deita e fica caminhando pelas suas ruas. Olha fulano tem isso, fulano tem aquilo” E4.

A sobrecarga de trabalho pode ser definida pelo conjunto de altas exigências impostas ao trabalho, aliado ao não reconhecimento do trabalho e pelo intenso envolvimento emocional com dos usuários com os ACS, que pode culminar em exaustão física e psicológica, podendo levar desapeço e desinteresse pelo trabalho (PUPIN, 2008; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; WAI, 2007 *apud* ROSA; BONFANTI; CARVALHO 2012).

Outro ponto relatado pelos profissionais está relacionado ao sentimento de impotência e insatisfação diante da possibilidade de oferta de cuidado aos cuidadores. Com já explanado, o cuidador tem suas especificidades e necessidades que não conseguem ser supridas pela equipe de saúde, justamente pelo modo como a organização de serviço de saúde está instaurada. Portanto, muitos dos profissionais optam por muitas vezes “fugir” do cuidador, pois se sentem constrangidos em não conseguir auxiliar em suas demandas, como exposto nos trechos a seguir pelas participantes E4 e E5, respectivamente.

“você fica com vergonha de voltar na casa porque toda vez cobra e você não tem resposta”

“Impotência e insatisfação né por você não conseguir resolver os problemas que você quer, mas as vezes você não consegue”.

Nesse sentido, Tomaz (2002) atribui que esse impacto causado no ACS ocorre porque é destinado a ele a responsabilidade árdua pela consolidação doSUS, em que qualquer atividade a ser devolvida as famílias e comunidade são direcionadas ao ACS, colocando-os

como os salvadores, como super-heróis. Assim, não está claro a delimitação das atribuições do ACS e essa distorção pode gerar o sofrimento no trabalho.

Complementando, Ribeiro e Martins (2011) realizou um trabalho sobre o sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família e constatou que o sentimento de impotência dos profissionais decorria das dificuldades em realizar os atendimentos aos usuários, contribuindo de modo significativo para o desgaste dos profissionais da ESF. Não obstante, a relação de vinculação entre a equipe ESF com as famílias traz inevitavelmente uma relação de intimidade permeada por significados e sentimentos, no qual gerenciá-los não é fácil, o que em muitos casos resulta em cansaço, tensões e impotência (MARTINES; CHAVES, 2006).

Diante deste cenário, os profissionais passam a se utilizar de mecanismos de defesas ou estratégias defensivas para lidar com o sofrimento a eles causados (Dejours, 1992). Ribeiro e Martins (2011) aduzem que pelo fato do profissional entender a situação dos usuários, umas das estratégias utilizadas pelos profissionais é justamente evitar o encontro com este, de modo que não presencie o choro e a cobrança daquilo que não está ao seu alcance. Os mesmos autores acrescentam que os trabalhadores tendem a oferecer uma escuta passiva, não qualificada o que está intimamente relacionada ao sofrimento causado.

Estratégias e Manobras para a prestação do Cuidado.

No que concerne à oferta destinada aos cuidadores, a equipe estratégia saúde da família afirmou tentar ofertar o que está ao alcance da UBS. Segundo os depoimentos levantados, as colaboradoras entendem as especificidades dos cuidadores, tais como: as dificuldades de acesso a UBS pela falta de tempo ou por não ter alguém para ficar com o dependente e, nesse sentido, encontram estratégias e manobras para minimizar as dificuldades, como pode ser observado nos trechos a seguir:

“O que está ao nosso alcance a gente faz” E3.

“Eu acho assim, as meninas sabem quem cuida, então elas ouvem ah fia não consegui marcar a consulta porque não tive com quem deixar o fulano, aí sempre dá um jeito” E1.

“Já teve dia de sair de casa à noite e vir aqui no bairro trazer a fitinha de insulina que às vezes eu pegava porque a cuidadora não tinha tempo para buscar e não estava casa durante o dia. Era sexta feira...eu pensei Meu Deus fulano não pode ficar sema fita um final de semana inteiro” E4.

“Então a gente procura conversar com eles e chega aqui e cata uma enfermeira e vamos lá e desabafar tudo o que falou e aí precisa de repente um antidepressivo, um remédio, uma consulta, mas fica tão difícil” E3.

“O que depende do posto. Então, a gente fala: a vamos marcar para ela coitada” E1.

Desta maneira, percebe-se que as profissionais têm empatia pelo cuidador, podendo este conceito ser entendido como “A capacidade de identificar os afetos no outro, por meio de sutis pistas sociais... habilidade baseada na autoconsciência emocional, fundamental para a efetividade interpessoal e citada como parte do processo de acolhimento (DEMENECK, 2008 *apud* SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; FLORES; SILVA, 2009)”. Partindo do pressuposto da empatia que a equipe de saúde tem para com os cuidadores, nota-se que isso faz com que estes profissionais se articulem e busquem estratégias na tentativa de minimizar os danos causados à saúde do cuidador. Ainda que em muitos casos, essas ofertas sejam prestadas pelas margens, pois há o entendimento da falha do processo de trabalho em que não está pautada na lógica da integralidade do cuidado.

Observa-se também que a equipe busca ofertar o acolhimento aos usuários cuidadores. O acolhimento é um arranjo-tecnológico, de tecnologia leve, que visa solucionar as demandas dos usuários, de modo a prestar um atendimento pautado na resolubilidade e responsabilização (GARUZI, *et al* 2014).

Conclusões

Dado o exposto, constatou-se que a percepção dos profissionais da referida equipe Estratégia Saúde da Família em relação ao cuidador é de que este é um sujeito de ampla responsabilidade, multifacetado e que tem a sua qualidade de vida afetada devido às condições às quais são submetidos.

Na presente pesquisa ficou evidente o sofrimento dos profissionais da equipe, em especial da categoria dos ACS diante da prestação de cuidados ao usuário cuidador. Este sofrimento se dá tanto pela sobrecarga emocional advinda dos encontros com os cuidadores, em que estes “despejam” (sic.) todo o sofrimento, cansaço e reclamações, quanto também pela impotência na prestação de cuidado, na qual o profissional de saúde se vê de mãos atadas, pois entende a dor do cuidador, porém não consegue oferecer suporte apropriado.

Constatou-se que este sofrimento gerado nos profissionais de saúde advém da maneira como está organizado o processo de trabalho, pois este é pautado no modelo biomédico, em que o foco está voltado para atenção curativista e individual de tal modo que as ESF concentram suas ações em práticas assistenciais em detrimento daquelas de promoção e prevenção. Para a transformação deste pressuposto, é preciso estimular a mudança de paradigma de modo que os profissionais ampliem sua visão sobre os processos de saúde e doença, priorizando assim o atendimento integral e promovendo a articulação intersetorial com a realidade adscrita.

Entretanto, apesar da incipiência na oferta de ações que tangenciam de promoção ou prevenção de saúde do cuidador, percebeu-se que a equipe compreende a sobrecarga aliada a esta atividade e suas consequências para a saúde, e tendem a dirigir esforços para promover estratégias que favoreçam o acesso destes aos serviços.

Conclui-se a importância do estudo, pois através deste foi possível identificar a percepção do profissional de saúde em relação à saúde do Cuidador. Além do mais, o espaço fomentou discussão a respeito da referida temática, permitindo a reflexão e, quiçá a reavaliação do processo de trabalho. Sugere-se a continuidade nos estudos do tema apresentado com possíveis estratégias de intervenções que possam auxiliar as equipes de ESF a ampliarem a sua visão de cuidado ao cuidador.

Referências

- BARDIN, L. (2006). Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)
- BORGHY, A.C *et al.* Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2013.
- BRASIL. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010 – 3. ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. — Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p.
- BRASIL. Secretária Executiva. Programa de Agente comunitária de saúde. Secretária Executiva- Brasília. Ministério da Saúde. 2001.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho (A. I.Paraguay, & L. L. Ferreira, Trans., 5ª ed.). São Paulo: Oboré. 1992.

DEJOURS, C. A. A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In Lancman S, Sznelwar L.I, organizadores. Christophe dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: fiocruz; Brasília: parallo 15; 2004

EMBRACING CARERS. Cuidador não se cuida. Censuwide. 2018. Disponível em: https://www.embracingcarers.com/pt_BR/home/research/global-carer-survey.html. Acesso em 09/10/2018.

ESCOREL, *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. 2007. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>. Acesso em: 02/12/2018.

FERNANDES M.G.M; GARCIA T.R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2009; 62(1):57- 63.

FERTONANI, *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a Atenção Básica Brasileira. **Revista Ciência Saúde Coletiva**. 2015, vol.20, n.6, pp.1869-1878.

GARUZI, M; ACHITTI, M.C.O; SATO, C.A; ROCHA S.A; SPAGNUOLO, R.S.

Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: Revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2014;35(2):144–9.

GATTI, B. A. Grupo focal em ciências sociais e humanas. Brasília: Liber Livro, 2012.

GLANZNER, C. H. O descompasso entre o trabalho real e o prescrito: prazer e sofrimento dos profissionais das equipes ESF no grupo Hospitalar Conceição. 2014. 217 **Tese** (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem. 2018.

GOMES, A. A. Apontamentos sobre a pesquisa em educação: usos e possibilidades do grupo focal. **EccoS – Revista Científica**, São Paulo, v. 7, n.2, p. 275-290, jul./dez. 2005.

GONÇALVES L.H.T. *et al.* A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev Latinoam Enferm**. 2011;19(3):458-66.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

LAHAM, C.F. Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. **Dissertação**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

LEMO, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, Mar. 2016.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, Sept. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. 11 ed. São Paulo:Hucitec, 2008.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-166. 2009.

PEREIRA, M.J.B. *at al.* Colectando dados em grupo-el grupo focal. **Revista Panamericana de Enfermeira**. Brasília. v.2, n.1, p 27-34, jun 2004.

RIBEIRO, S. F.R; MARTINS, S. T. F. Sofrimento Psíquico Do Trabalhador Da Saúde Da Família Na Organização Do Trabalho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p.241-250, abr./jun. 2011.

ROSA, A. J; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141-152, Mar. 2012.

SCHOLZE, Alessandro da Silva; DUARTE JUNIOR, Carlos Francisco; SILVA, Yolanda Flores e. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.

SILVA, G.M. Sobrecarga E Qualidade De Vida Sob A Ótica De Cuidadores De Idosos Com Acidente Vascular Encefálico. **Trabalho de Conclusão de Residência em Atenção Básica**. 2018. Apucarana-PR.

SILVA, J.A.A. Cuidando Do Cuidador: Uma Proposta Para Melhoria De Vida De Cuidadores E Acamados. **Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica**. 2016. Uberaba-MG.

SOUZA, L.R. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Colet.**, 2015, Riode janeiro, 23 (2): 140-149.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface - Comunic**, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-94, fev 2002.

VILELA, R. A. G; SILVA, R. C; FILHO, J. M. J. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 122, n. 35, p. 289-302, jul./dez. 2010.

WEGNER, W. **Concepção de Saúde de Mulheres Cuidadoras-leigas: Estratégias à sua promoção de Saúde**. Dissertação (Mestrado Enfermagem). 2007. Porto Alegre- Rio Grande do Sul.

Como citar este artigo (Formato ABNT):

RIBAS, Carolina; MOURA, Camila Siguinolfi de; GUILHERME, Renan Garcia; SMANIOTO, Franciele Nogueira; SILVA, Fabio José Antonio da. Saúde do Cuidador: Percepção dos Profissionais de uma Equipe de Estratégia Saúde da Família. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Julho/2021, vol.15, n.56, p. 577-595, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 18/07/2021;

Aceito: 23/07/2021.