

PERCEPÇÃO DE CUIDADORES DOMICILIARES SOBRE A ATUAÇÃO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO A INDIVÍDUOS DEPENDENTES¹
PERCEPTION OF CUIDADORES DOMICILIARES ABOUT THE PERFORMANCE OF THE
TEAM OF THE FAMILY IN THE ATTENDANCE TO DEPENDENT INDIVIDUALS

LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADORES DOMICILIARES SOBRE
LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE LA SALUD DE LA FAMILIA
EN LA ASISTENCIA A LOS INDIVIDUOS DEPENDIENTES

Meliana Gisleine de Paula*
Sonia Silva Marcon**

RESUMO: Estudo descritivo que teve por objetivo identificar a percepção de cuidadores de pessoas com algum grau de dependência sobre o atendimento domiciliar realizado pela equipe de Saúde da Família. Os dados foram coletados nos meses de abril a junho de 2001 junto a 19 cuidadores através de entrevista semi-estruturada. Os resultados, além de revelarem algumas características dos cuidadores, demonstraram também que embora a população se identifique como satisfeita com a assistência oferecida, possui dúvidas em relação à forma de atendimento do PSF e várias expectativas quanto ao mesmo. As sugestões apresentadas envolvem melhoria na qualidade e expansão nos tipos de serviços oferecidos, além de continuidade do programa. Os autores avaliam ser necessário maior preocupação por parte das Equipes de Saúde da Família - ESFs com as atividades desenvolvidas junto a este segmento da população, pois consideram que a valorização das necessidades percebidas pelas famílias/cuidadores constitui condição importante para o resultado da assistência.

DESCRITORES: Cuidador familiar; Equipe de saúde da família; Indivíduos dependentes.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje reconhecido como uma estratégia, é um novo modelo de assistência à saúde que busca a reversão do modelo ainda vigente, que é caracterizado por atividades de caráter curativista e centrado na figura do médico. Através de suas diretrizes operacionais, propostas pelo Ministério da Saúde, acredita-se que os princípios que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) finalmente serão consolidados.

Existem ainda muitas contradições a respeito do PSF, e percebe-se que a estratégia política individual de cada local prejudica a resolubilidade dos problemas, comprometendo o alcance dos objetivos preconizados pelo Ministério da Saúde.

A estratégia fundamental do PSF é a criação, por parte do serviço/profissionais, de vínculo, compromisso e responsabilidade com a família e a comunidade, o qual deve resultar numa assistência mais humanizada, representada, por exemplo, pelo estreito relacionamento entre os profissionais de saúde e a população.

A família, neste contexto, é o foco principal de atuação do programa, a partir do ambiente em que vive e dentro de suas reais necessidades (Brasil, 1997). É neste local que a equipe busca conhecer, entre outros aspectos, características das relações intra e extrafamiliares e assim propor e desenvolver ações que promovam uma vida com mais qualidade e dignidade.

Recebido em 18/06/01 aceito em 02/10/01

¹ Extraído de monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Maringá.

* Enfermeira do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. Especialista em Saúde Coletiva.

** Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora da Universidade Estadual de Maringá. Coordenadora do NEPAAF – Núcleo de estudos, pesquisa, assistência e apoio à família.

Um dos maiores obstáculos para o alcance destes objetivos, segundo Souza (1999), está na qualificação dos profissionais que atuam nas equipes do PSF, os quais ainda não possuem formação para esta nova realidade de atendimento. Não obstante, o mercado profissional certamente estará atento a esta reorientação emergente.

Concordamos com esse autor, pois em nossa prática profissional de quase dois anos junto à equipe de PSF, nos deparamos com situações diversas e percebemos que nem sempre a equipe demonstrou sensibilidade e perfil humanístico para atender às reais necessidades da família, e, às vezes faltou-lhe capacitação profissional.

Em nosso entendimento, o termo "assistência à família" significa muito mais do que "cuidar" de sua saúde, pois implica fortalecê-la, apoiá-la no desenvolvimento de sua autonomia e estimulá-la ao exercício da cidadania. As famílias, portanto, mais do que receberem informações por parte dos profissionais de saúde sobre como conduzir o cuidado, necessitam ser assessoradas, acompanhadas, esclarecidas e fortalecidas no desempenho deste cuidado; e mais: precisam de suporte econômico que dê conta da implementação do cuidado sem comprometer as condições de vida da família como um todo.

Há que se lembrar que o vínculo efetivo entre serviços de saúde e família pode evitar o agravamento do quadro e a necessidade de (re)internação, prevenindo assim uma série de fatores negativos à saúde física e mental das famílias, mais especificamente o estresse e a sobrecarga do cuidador. Também entendemos que uma parcela considerável desta assistência deva ser oferecida no domicílio, pois nesse ambiente é possível compreender melhor suas crenças, práticas e valores sobre saúde e doença e necessidades de cuidado. Além disso, nas interações com as famílias em seu próprio ambiente, o processo de cuidar adquire características de um processo de ensino/aprendizagem, de mão dupla, pois enfermeiro e "clientes" se influenciam reciprocamente. Mesmo existindo diferentes conhecimentos e diferentes práticas, há possibilidade de que as culturas se encontrem, através da interação e da troca de experiências, na busca de cuidados congruentes para um processo de viver mais saudável.

O domicílio, destarte, deve ser utilizado como cenário da assistência, não apenas em situações pontuais e pré-estabelecidas, como, por exemplo, para diagnosticar problemas na saúde dos indivíduos ou para realizar cuidados técnicos necessários para o tratamento, recuperação e/ou manutenção da vida. Ele é o cenário ideal para o diagnóstico da situação de vida de toda a família, assim como de suas limitações e possibilidades, as quais devem ser respeitadas. Isto por sua vez possibilitará uma atuação que promova o cuidado, a responsabilidade, a educação e o conhecimento, sempre respeitando as limitações e possibilidades de cada família.

É totalmente compreensível o fato de não estarmos preparados para este tipo de assistência, mas não podemos perder de vista que esta é uma meta a ser perseguida, e até que não a alcancemos, precisamos estabelecer algumas prioridades. Consideramos que as famílias das quais um dos membros possui algum grau de dependência constituem prioridade para as equipes de PSF.

Alguns estudos têm demonstrado que estas famílias, em especial o indivíduo que assume o papel de "cuidador", possuem maior fragilidade em sua saúde. Cuidador é o indivíduo que por amor, gratidão, obrigação, compromisso, interesse... cuida de pessoas dependentes, realizando atos que são diversificados em sua manifestação e garantem a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida (Collière, 1989).

O cuidador domiciliar, como é designada esta pessoa, na verdade sempre existiu, mas ao que parece, por influência de fatores diversos, como, por exemplo, o aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas, a possibilidade de prolongamento da vida (apesar do acometimento por algumas doenças), decorrente do desenvolvimento do conhecimento técnico-científico, tem contribuído para destacar seu papel na sociedade. Pois, como afirmam Marcon, Andrade e Silva (1998), tem sido atribuída à família uma parcela cada vez mais considerável de responsabilidade na prestação do cuidado à saúde de seus membros, especialmente daqueles com problemas de saúde (portadores de doença crônica), cabendo-lhe arcar com a continuidade do cuidado até a completa recuperação da saúde ou, quando esta não é possível, com a extensão crônica da doença e suas possíveis seqüelas.

Com a implantação das equipes de Saúde da Família, constatamos informalmente em nossa prática profissional que essas famílias, representadas pelos cuidadores domiciliares, possuíam algumas expectativas em relação ao atendimento domiciliar da Equipe de Saúde da Família - ESF, nos motivando a desenvolver o presente estudo. Acreditamos que os resultados poderão subsidiar futuras intervenções junto às famílias que vivenciam este tipo de situação.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, que adotou os pressupostos do método qualiquantitativo no que concerne a seu esquema interpretativo e que objetivou conhecer as percepções de cuidadores domiciliares sobre o atendimento oferecido pela equipe de Saúde da Família.

A investigação foi realizada em Maringá – PR, junto a 19 cuidadores de pacientes que possuem algum grau de dependência para se autocuidarem, residentes na área de abrangência de uma ESF. Nesse município, cerca de 70% da população é coberta pelo Programa Saúde da Família, existindo 59 equipes em atuação, a maioria implantada durante o ano de 2000.

Os dados foram coletados no período de maio a junho de 2001, através de entrevista semi-estruturada. O instrumento de coleta de dados foi um questionário com questões abertas e fechadas, constituído de quatro partes – identificação, avaliação da assistência, expectativas e sugestões – os quais foram submetidos apenas a validação aparente e de conteúdo.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos indivíduos com dependência (apenas uma na Unidade de Saúde), na maioria das vezes em horário previamente agendado. A solicitação de participação no estudo, apesar de verbal, obedeceu aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Como a pesquisadora já era identificada pela população do estudo como pessoa de referência, a apresentação não se fez necessária; mas o esclarecimento do objetivo da pesquisa necessitou ser bem detalhado para que se evitasse confundir objetivos e intenções de participar do estudo.

Os cuidadores foram informados do interesse em realizar o estudo com a finalidade de concluir o Curso de Especialização em Saúde Coletiva, sobre os objetivos do estudo, tipo de participação desejada, direito a livre opção em participar ou não da pesquisa, assim como de poder desistir de participar em qualquer momento em que o desejasse. Ademais, nos comprometemos em garantir anonimato de todas as informações prestadas quando da divulgação dos resultados do estudo. Por fim, comprometemo-nos a deixar uma cópia da versão final do trabalho na Unidade de Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde, para que todos tivessem acesso a ela.

Os dados foram analisados através de frequência simples e de percentuais, porém com maior ênfase no conteúdo das falas, numa tentativa de identificar e caracterizar aspectos relevantes sobre a opinião dos informantes quanto ao Programa de Saúde da Família. Para tanto, na análise dos dados qualitativos, optou-se por levar em consideração única e exclusivamente as respostas emitidas pelos informantes. Assim, após leitura exaustiva, os dados foram objeto de reflexão, visando-se à identificação de similaridades e diferenças e ao agrupamento em sistema de categorias, com identificação de temas significativos a serem interpretados.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CONHECENDO OS CUIDADORES

Tendo-se em vista o anonimato e, ao mesmo tempo, a manutenção de uma identidade na apresentação das características e das falas que ilustram nossas afirmações, cada cuidador foi identificado com um nome fictício. No quadro 1 é apresentado um resumo destas características.

Os dados apresentados no Quadro 1 nos permitem identificar que mais da metade deles se auto-enquadram como “do lar” (63%), mesmo que tenham uma profissão, desde que não a estejam exercendo no momento. Isto sem considerar os que executam a atividade profissional dentro do próprio domicílio, elevando o percentual de cuidadores presentes no domicílio durante todo o tempo para 89%.

QUADRO 1 – CARACTERÍSTICAS DO CUIDADOR DO PACIENTE

CUIDADOR	IDADE	SEXO	RELACIONAMENTO	ESCOLARIDADE	CONDIÇÃO DE SAÚDE	DEPENDÊNCIA DO PACIENTE	RAÇA	ESPOSO	RAÇA DO PACIENTE
A	45	F	Filha	1º grau completo	Boa	III	Branca	III	
A	42	F	Filha	1º grau completo	Boa	II	Branca	II	
A	40	F	Filha	1º grau completo	Boa	II	Branca	II	
A	38	F	Filha	1º grau completo	Boa	I	Branca	I	
D	45	F	Filha	1º grau completo	Boa	II	Branca	II	
D	42	F	Filha	1º grau completo	Boa	I	Branca	I	
A	40	F	Filha	1º grau completo	Boa	III	Branca	III	
A	38	F	Filha	1º grau completo	Boa	II	Branca	II	
A	35	F	Filha	1º grau completo	Boa	I	Branca	I	
A	32	F	Filha	1º grau completo	Boa	III	Branca	III	
A	30	F	Filha	1º grau completo	Boa	II	Branca	II	
A	28	F	Filha	1º grau completo	Boa	I	Branca	I	
A	25	F	Filha	1º grau completo	Boa	II	Branca	II	
A	22	F	Filha	1º grau completo	Boa	III	Branca	III	
A	20	F	Filha	1º grau completo	Boa	I	Branca	I	
A	18	F	Filha	1º grau completo	Boa	III	Branca	III	

Este fato facilita o encontro do cuidador com a Equipe de Saúde da Família – ESF por ocasião das visitas domiciliares, o que lhe possibilita receber orientações sobre o paciente e, por conseguinte, oferecer um cuidado voltado às necessidades do mesmo, às suas próprias necessidades e à realidade familiar.

Destaca-se dos dados deste quadro o fato de que a grande maioria dos cuidadores é do sexo feminino, sendo que a maioria dessas mulheres ocupa a posição de filha (nove), esposa (quatro) ou até mesmo nora do paciente (duas). Observamos ainda que, mesmo quando o cuidador domiciliar é alguém contratado, independentemente do sexo do paciente, ele é do sexo feminino – fato este que reforça o que tem sido identificado em outros estudos (Franco, 1988; Budó, 1994; Andrade, Marcon e Silva, 1998).

Também chama a atenção o fato de a maioria dos cuidadores serem casados (58%), ao mesmo tempo que os dois cuidadores do sexo masculino possuem situação diversa, já que um é viúvo e cuida de uma filha e outro é solteiro e cuida da mãe.

No que se refere à idade, constatamos a presença de cuidadores em diferentes faixas etárias, sendo 49 a idade média, embora o cuidador mais jovem tenha 22 anos e o mais velho 75 anos.

É importante destacar que a maioria dos entrevistados possuem baixa escolaridade, sendo dois analfabetos, seis com primeiro grau incompleto e três com primeiro grau completo. A baixa escolaridade constitui um problema para a educação em saúde e por isso deve merecer a atenção da equipe que atua diretamente com os cuidadores. Torna-se necessário desenvolver estratégias que permitam esclarecimento adequado e facilitem a implementação dos cuidados necessários. Isto porque, apesar de muitas vezes os cuidados serem simples, eles podem requerer habilidades que o cuidador pode não ter desenvolvido até o momento, como, por exemplo, o saber ler, que é importante para o uso correto dos medicamentos.

Nos casos em que são necessários cuidados mais complexos, a qualidade do vínculo entre a equipe e o cuidador constitui condição indispensável para que os cuidados possam ser executados de forma segura e eficaz.

No que se refere ao grau de dependência dos indivíduos atendidos pelos cuidadores em estudo, constatamos que os classificados como portadores de dependência de grau II são os mais frequentes, e os de grau III, os menos frequentes.

Para fazer esta classificação baseamo-nos na proposta de Deiman (1994), fazendo algumas adaptações para o ambiente domiciliar, o que resultou na seguinte classificação:

- Paciente dependente grau I – aquele que se alimenta bem; não apresenta desvio de comportamento; pode andar sozinho; necessita de tratamento mínimo – porém necessita de supervisão no uso da medicação.
- Paciente dependente grau II – aquele que necessita de ajuda para se alimentar e deambular; apresenta discreto desvio comportamental; necessita de cuidados moderados e supervisão no uso da medicação
- Paciente dependente grau III – refere-se à pessoa acamada com dependência total para se alimentar, higienizar e realizar suas eliminações, além de necessitar de cuidados e algumas medicações freqüentes.

É importante destacar que em alguns casos o indivíduo doente não se enquadrou totalmente em nenhum grau de pré-dependência determinado. É o caso, por exemplo, de uma senhora de 43 anos, paraplégica por ter sofrido poliomielite (paralisia infantil), a qual foi classificada como dependente de grau I. Isto porque, apesar de não poder deambular (característica da dependência de grau II), ela na verdade só depende do cuidador, ou mesmo de outras pessoas, para ser retirada ou colocada na cadeira de rodas.

Como este, também ocorreram outros casos que não se encaixaram totalmente em todos os itens referidos para cada tipo de dependência, tendo sido adotado como critério classificar a dependência de acordo com o tipo do qual o caso apresentasse o maior número de características.

O grau de dependência do paciente interfere diretamente no cuidado que é dispensado. Quando o planejamento da assistência leva em consideração o grau de dependência dos pacientes, há maior possibilidade de atendimento de suas necessidades (Deiman, 1994). Traçando um paralelo com o cuidado que é prestado no domicílio, afirmamos que este tipo de planejamento (o que considera o grau de dependência dos indivíduos) pode representar maior probabilidade de atendimento também às necessidades do cuidador, sejam elas relacionadas ou não com o desempenho do cuidado. Isto porque o grau de dependência dos indivíduos atendidos pelos cuidadores interfere na ansiedade e no conjunto das necessidades por eles experienciadas, implicando diretamente na realização do cuidado e no tipo de assistência requerido.

PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES SOBRE A ATUAÇÃO DO PSF

Os dados referentes à assistência oferecida demonstraram que quando se perguntou aos cuidadores se eles conheciam o Programa Saúde da Família - PSF, a maioria afirmou que conhecia (73,7%), e os demais, embora inicialmente tenham afirmado que não conheciam ou conheciam pouco, quando esclarecidos, afirmavam: "Ah! Então eu conheço" (Ana).

Quanto às contribuições das VDs (visitas domiciliares) realizadas pela ESF no cuidado ao paciente dependente, constatamos que estas são percebidas pelos cuidadores de diferentes formas e em relação ao próprio desenvolvimento do cuidado no domicílio, já que percebem que a assistência prestada é mais coerente com a realidade de vida ("... tratamento dentro da realidade social" – Ana, "... levanta as necessidades" – Lúcia), resultando em mais orientações, tanto em termos de freqüência como de profundidade. Isto por sua vez, favorece a integração entre os membros da equipe de saúde e família, o que percebemos através de manifestações que utilizaram palavras como "vínculo" (Cleonice) e "contato mais próximo" (Mariana). Este tipo de relacionamento, além de proporcionar "segurança e confiança" (Josefa) no tratamento prescrito e nas orientações oferecidas, também faz com que o paciente "sinta-se mais valorizado e mais estimulado para enfrentar o problema" (Cleonice), estimulando melhor seguimento no tratamento:

"Elas levam recados para o médico, trazem receita aqui pra mim e às vezes até o remédio para o pai...Um dia o médico veio fazer visita e viu que eu não tava continuando dar o remédio ... o remédio era pra eu continuar dando e eu tinha parado" (Marlene).

Além disso, o próprio cuidador também é beneficiado com as VDs, pois fica menos preocupado, o que inclusive lhe permite descansar mais:

"...agora que vocês começaram vir em casa eu descansei mais, não fico correndo com ele...Antes eu ficava incomodando todo mundo.. hoje me conformei, o doutor falou que ele vai ficar assim mesmo" (Josefa).

Finalmente, um grupo razoável de cuidadores fez referência à comodidade que este tipo de assistência proporciona. É interessante ressaltar que para alguns a "comodidade" é algo realmente necessário, como se observa no caso de paciente acamado, o que é agravado quando a família não possui meio de transporte, e também quando o cuidador é sozinho ou possui baixo nível de instrução.

Não obstante, observamos que dos cuidadores de pacientes acamados ou com grau de dependência III, apenas um fez referência a este tipo de contribuição, o qual também foi referido por quatro cuidadores de pacientes com grau de dependência II e dois de grau I. Isto, no entanto, é compreensível quando se levam em consideração as condições gerais da família, como se constata nos dois casos de dependência de grau I. No caso de Joana, a paciente, além de ser muito idosa (93 anos), mora em um apartamento no 4º andar de edifício sem elevador.

Para Nadir, a comodidade é relevante pelo fato de ela ser arrimo de família e trabalhar oito horas por dia fora de casa. Assim, não tendo disponibilidade de horário para levar a mãe para receber assistência médica em outros locais, o atendimento no domicílio representa para ela maior comodidade.

As respostas dadas ao questionamento sobre expectativas em relação ao PSF nos permitiram identificar que elas estão relacionadas a três aspectos: a) melhoria na qualidade do atendimento; b) necessidade de ampliação nos tipos de serviços oferecidos; e c) manutenção do programa/serviço.

É importante destacar que as diferentes manifestações relacionadas com a melhoria na qualidade da assistência nos permitem também, de certo modo, identificar algumas necessidades percebidas pelos cuidadores no domicílio. Por exemplo, sete cuidadores esperam um aperfeiçoamento do PSF, o que revelam quando afirmam:

"Tá bom assim, mas se melhorar aí fica mais bom ainda, né" (Ana).

ou ainda

"...Nada é cem por cento, ótimo, precisa ir se aperfeiçoando..." (Odete).

Estas falas nos levam a apontar que a população hoje busca melhora para o seu bem-estar, usando de voz ativa e reivindicando aquilo que acredita que lhe trará benefícios. Uma das diretrizes operacionais do PSF é a intersectorialidade, que significa trabalhar juntamente com outros setores na comunidade, e esta pode ser trazida para a realidade de trabalhar com grupos homogêneos, como no caso de famílias que cuidam de pessoas dependentes, na discussão de assuntos que podem melhorar e aperfeiçoar o atendimento.

Ter um atendimento na hora em que se necessita constitui a segunda expectativa referida com maior frequência por este grupo de cuidadores, revelando que para eles, em função inclusive do tipo de assistência à saúde até então disponível, ainda é valorizada mais a assistência de caráter curativo do que a preventiva, conforme se observa na fala de um cuidador:

"Às vezes a gente precisa do médico aqui naquela hora, naquele dia, aí ele não pode vir..." (Amélia)

As orientações, por ordem de frequência, apareceram em terceiro lugar na lista de expectativas, o que de certo modo nos causou inquietação, pois em nossa percepção esta constitui uma das atividades/estratégias de atuação mais frequentemente utilizadas pelas equipes de PSF, constituindo inclusive um dos seus pontos altos, dada a possibilidade de realizá-la de forma coerente com a realidade de cada ambiente e necessidades dos pacientes (Brasil, 1997).

Isto nos leva a inferir que, provavelmente, algumas orientações do tipo mais simples, mas que podem facilitar o cuidado e, por conseguinte, beneficiar o paciente, muitas vezes são esquecidas e não valorizadas pela equipe, conforme se percebe na fala deste cuidador:

"...me ensinaram que se eu colocasse um lençol embaixo dela eu podia mexer, mais não foi vocês não. Agora viro pra lá e pra cá e nem preciso pegar nela... o peso diminuiu, agora eu consigo mexer facinho ela..." (Amélia).

Este relato nos leva a refletir que os profissionais estão acostumados a resolver situações que eles, com seu conhecimento técnico-científico, consideram problemáticas. No entanto, nem sempre o que é identificado pela equipe de saúde como um problema é visto desta mesma forma pela família. O mesmo pode ocorrer em relação aos problemas percebidos pela família/cuidador. Por esta razão os profissionais muitas vezes não valorizam necessidades de cuidados simples e corriqueiros, porém necessários para a

manutenção da vida com maior qualidade, tanto para o cuidador como para o ser doente. E é nisto que reside o valor da assistência no domicílio, ou seja, no reconhecimento de como cada família cuida, identificando suas dificuldades e suas forças, de forma a possibilitar ao profissional assistir a família atendendo às necessidades de cada um de seus membros.

Neste contexto e diante do relato anterior, concluímos que o processo de cuidar não está sendo utilizado em sua plenitude no atendimento às famílias de pacientes dependentes, pois do contrário suas necessidades estariam sendo atendidas ou pelo menos identificadas. Para Waldow (1998), o processo de cuidar se desenvolve dentro de ações, atitudes e comportamentos baseados não só em conhecimentos científicos, mas também em experiências e intuições, na intenção de promover, manter e recuperar a dignidade e capacidade humana (integridade física, social, emocional, espiritual e intelectual) em todas as fases da vida, o que acaba por transformar tanto o ser cuidado como o cuidador.

Em nosso cotidiano constatamos que muitas vezes é difícil desenvolver o processo de cuidar e estabelecer inter-relações em alguns domicílios, devido, por exemplo, ao fato de o paciente/família já ter estabelecido interação com outro profissional, que frequenta seu domicílio. Assim, quando surgem determinadas necessidades/situações, somos nós, membros das equipes de PSF, que fazemos o atendimento domiciliar, e nessa ocasião temos oportunidade de perceber situações nas quais pacientes e cuidadores apresentam necessidades, dúvidas e insegurança em relação à assistência que é oferecida.

Nestes casos e em outros semelhantes a ESF apresenta expectativas quanto à resolutividade de alguns problemas, tais como a adesão do doente ao tratamento indicado e o seguimento das orientações oferecidas aos cuidadores; e quando isto sistematicamente não ocorre, surgem momentos de desânimo e sentimento de incapacidade, levando a equipe a, mesmo que involuntariamente, afastar-se por um determinado tempo, independentemente das necessidades das famílias.

No entanto, segundo Waldow (1998), o cuidado é representado pela vontade de ajudar envolvido pela esperança, sem envolver expectativas; porém no caso de doença, tanto os cuidadores como os doentes têm a expectativa de vencer a incapacidade imposta. Por isto, pode ocorrer de os mesmos manifestarem reações de desagrado quando a equipe não consegue corresponder ao esperado. Por outro lado, por parte da equipe, surge o sentimento de frustração e impotência.

A reflexão sobre estas questões nos leva a considerar que talvez seja necessário um trabalho mais efetivo com as ESFs para que elas possam enfrentar da melhor forma possível situações desta natureza.

O atendimento com frequência mais amiúde é a expectativa extraída desta fala:

"Podia ser pelo menos uma vez por mês, mais uma coisa que a gente podia contar, que precisando ou não, o médico vêem..." (Tereza).

No entanto, a maioria das ESFs ainda não incorporaram a concepção de realizar visitas domiciliares (VDs) com o intuito preventivo ou de avaliação de necessidades. Elas normalmente são realizadas apenas por indicação do ACS (Agente Comunitário de Saúde) ou por solicitação da própria família, e nos dois casos isto ocorre diante de uma "situação-problema"; sendo esta resolvida/solucionada, o retorno ao domicílio torna-se casual e, na maioria das vezes, inexistente.

Outras duas expectativas referidas foram o melhor atendimento e a maior integração entre equipe e família, condições estas que favorecem o vínculo proposto pelas diretrizes do PSF:

"... cada vez que leva ela no médico é um que vai; quando o médico vem aqui ele pega todo mundo e vê como as coisas são...Acho que ele tinha que deixar as coisas escritas pra quando a gente chegar saber o que ele fez" (Antônia).

"Espero que agora a gente receba um melhor atendimento, que trate a gente com mais carinho" (Marcos).

Além das expectativas em relação ao PSF, também procuramos levantar junto aos cuidadores, sugestões para melhorar a assistência domiciliar, e constatamos que as apresentadas, na maioria das vezes, estavam direcionadas para uma necessidade individual. Porém, quando analisadas em seu conjunto, verificamos que muitas podem e devem ser incorporadas no processo de trabalho da equipe, já que poderão ser úteis para outras famílias que em seu cotidiano convivem com a doença:

"Eu gostaria que viesse pelo menos a cada 15 dias sem precisar chamar, já deixar programado com a gente... Ele se sente tão bem quando vocês aparecem por aqui..." (Cleonice).

Sugestões apresentadas por cinco cuidadores de indivíduos com maior grau de dependência (II e III) estão relacionadas com a inclusão de outros serviços,

"Podia colocar fisioterapeuta para vir em casa. Ficar levando ela é difícil e tem risco... Ela tem osteoporose, e se cair?...então se a gente pode prevenir isto..." (Sarita).

ou mesmo com a mudança na forma de atendimento,

"Também acho que se é o médico que conhece o caso, o problema dela, ele tem que estar pronto pra atender quando precisa, mesmo à noite e final de semana...pelo menos alguém de referência..." (Sarita)

Outros dois cuidadores fizeram referência à possibilidade de que o atendimento domiciliar, quando necessário, também pudesse ser feito por especialistas,

"Se o especialista pudesse vim visitar, principalmente o idoso, porque é difícil ficar locomovendo o idoso... Antigamente era assim, os médicos vinham em casa" (Odete).

Estes relatos nos levam a perceber que o atendimento no domicílio agrada muito à população, principalmente àquelas pessoas que enfrentam maior grau de dificuldade para locomoção do paciente. Nestes casos elas passam a idealizar o atendimento no domicílio em sua totalidade ("O atendimento do médico tinha que ser assim nas casas, e não ter que ficar lá no consultório do posto..." – Marlene); porém, avaliando superficialmente as reais condições para implementação deste serviço, sem perceber, por exemplo, que alguns atendimentos são mais complexos, o que exige que os mesmos sejam realizados em outro local, como observado nas falas seguintes:

"Tinha que ser resolvido o máximo no domicílio: consultar, fazer exames, sem a gente precisar ficar levando o doente de um serviço para outro ... com isso vai só demorando e a doença vai agravando" (Sueli).

"...internar em casa sempre que preciso, eu preferia... No hospital o doente não tem aconchego, não tem o olhar da família...lá ele fica isolado e vai morrer de qualquer jeito então aqui em casa tem uma sobrevivência melhor". (Odete).

Em relação à estruturação dos recursos, também foram apresentadas algumas sugestões que percebemos serem decorrentes de experiências nas quais foram sentidas algumas deficiências do programa, tais como ausência ou escassez de transporte, tanto para a equipe:

"Devia ter carro pra trazer vocês aqui sempre, sem ser preciso vocês pôr o carro próprio para atender a gente" (Amélia).

como para o paciente:

"Às vezes é preciso levar ele em outro lugar e não tem quem chama, porque nós somos pobre e não tem carro, só os filhos, mas eles trabalham... então se tivesse ambulância para vim pegar o doente..." (Ana).

A necessidade de expansão do PSF também foi uma sugestão apresentada por dois cuidadores:

"Tem lugar que ainda não existe este sistema de atender os doentes em casa... Tinha que ter em todos os bairros, é maravilhoso o que vocês fazem..." (Tereza).

"Não devia atender só gente doente que não pode ir lá no posto... Aquele dia que vocês vieram aqui e viram o João comendo coisas que não podia...ele ficou preocupado e deu um jeito de se cuidar..." (Amélia).

Outra sugestão foi a de promover alguma forma de cuidado para quem cuida do doente em casa (cuidador domiciliar), demonstrando que este necessita não só de instruções como também de momentos de lazer:

"Ah! Podia é ter uns encontros pra gente poder se distrair um pouco, diminuir o estresse, aprender ter mais paciência e aproveitar para passar orientações, coisas de saúde, para cuidar...A gente também precisa disso" (Odete).

Também existiram sugestões relacionadas com a organização do serviço, ou seja, um cuidador sugeriu que o prontuário fosse mantido em casa para que pudesse servir de orientação para todos os membros da família que se encontram ausentes quando a equipe realiza a visita:

"Quando o médico vem aqui ele examina tudo, mas eu não fico perguntando; mas quando a família chega eu falo o que ele fez, eles querem saber o que o médico achou ou resolveu. Então se ele deixasse tudo escrito em casa era mais fácil" (Antônia).

Outro fez referência à necessidade de o sistema oferecer maior autonomia para o médico do PSF, tendo em vista a resolução de problemas:

"...esse médico tinha que resolver tudo aí no postinho sem ficar encaminhando, indo em outros só para conseguir fazer exames..." (Sueli).

Cabe destacar que três cuidadores não apresentaram nenhuma sugestão, alegando que o programa está muito bom assim e que no momento não teriam sugestões para serem feitas (Mariana, Marcos e João).

Por ocasião da coleta de dados, a equipe de PSF na área em questão já havia sido implantada havia quase um ano; por esta razão, consideramos que os cuidadores em estudo teriam condições de manifestar sua avaliação em relação à assistência domiciliar prestada a seus dependentes, e que os resultados obtidos poderiam apontar aspectos relevantes para serem discutidos pela equipe. Contudo, acreditamos que o fato de a coletadora de dados ser um dos membros da equipe interferiu sobremaneira nos resultados obtidos, já que mais da metade dos cuidadores (52,6%) avaliam a assistência como ótima e os demais como boa.

Estes resultados sozinhos revelam satisfação por parte dos cuidadores em relação ao atendimento:

"Melhorou muito, mais muito mesmo...o atendimento é mais humano" (Tereza).

mas não podemos deixar de considerar algumas expectativas apontadas anteriormente, como por exemplo, a necessidade de aperfeiçoamento:

"...Tudo se aperfeiçoa..mas posso dizer que o atendimento que recebi até agora em casa foi muito bom." (Odete).

Estes depoimentos revelam que os cuidadores percebem melhorias no atendimento ("Todos buscam fazer o melhor" – Mariana). Consideramos, no entanto, que isto é o mínimo que se podia esperar diante de tantos investimentos que estão sendo feitos neste setor. Porém, acreditamos ser salutar o fato de que, ao mesmo tempo, os cuidadores esperam que estas melhorias continuem e até avancem mais, à medida que o tempo passa e a equipe adquire mais experiências, resultando numa assistência de melhor qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados deste estudo nos permitem concluir que os cuidadores de indivíduos com algum grau de dependência ainda não estão suficientemente esclarecidos sobre as formas de atendimento do PSF, embora se mostrem satisfeitos com a assistência recebida; o que, no entanto, não os impede de apresentar expectativas e sugerir melhorias, tanto no que refere à qualidade da assistência como à expansão do serviço.

A identificação de que as funções e formas de atuação das equipes de PSF ainda são pouco conhecidas por uma grande parte da população constitui indicador para que as mesmas repensem sobre a necessidade de prestar maiores e melhores esclarecimentos à população em geral e, de forma particular, às famílias atendidas, especialmente àquelas das quais um dos membros possui algum grau de dependência.

O fato de grande parte dos cuidadores demonstrarem maior valorização do atendimento, digamos curativista, caracterizada pela expectativa de atendimento e resolução de problemas pontuais, deve ser compreendido e aceito pelas equipes de PSF, pois a presença de indivíduos com dependência na família gera necessidades diferenciadas. No entanto, em nosso entendimento, muitas destas expectativas podem ser

interpretadas como sendo de caráter preventivo, pois consideramos que toda e qualquer ação que evite complicações ou que promova melhoria nas condições de saúde/vida tem este caráter.

Assim consideramos que, apesar de o atendimento domiciliar pela equipe ainda estar centralizado no atendimento de situações de doença, e por isto mesmo, vinculado à figura do médico, as equipes de PSF devem estar abertas a novas experiências e capacitadas para compreenderem as necessidades e prioridades de cada família a partir das perspectivas desta, o que favorecerá o alcance de objetivos e o desenvolvimento de relações satisfatórias para ambas as partes.

Reconhecemos ser papel das equipes de PSF também atuar no domicílio com fins meramente curativistas, se esta for uma necessidade percebida pela família, especialmente naquelas que possuem indivíduos com maior grau de dependência; mas acreditamos que deva existir um serviço de referência e contra-referência, de forma a evitar que indivíduos com necessidades de cuidados de média complexidade, por exemplo, sejam encaminhados aos domicílios com necessidades de continuidade no processo de recuperação da saúde, sem que tenha ocorrido qualquer tipo de comunicação prévia com integrantes das ESFs, os quais acompanharão e atuarão como suporte às famílias na condução deste cuidado.

Com a implantação das equipes de PSF, consideramos como natural o fato de as mesmas automaticamente assumirem a responsabilidade pela atenção e preparo da família para o desempenho dos cuidados ao paciente crônico-dependente. Mas esta atividade seria desenvolvida de forma mais eficaz se existisse um serviço de contra-referência entre os diferentes níveis de assistência, pois deste depende a implementação de cuidados corretos e ao mesmo tempo adequados à realidade de vida da família e de seu ambiente de moradia.

O reconhecimento por parte dos profissionais de saúde que atuam na assistência terciária, do trabalho que pode ser desenvolvido na rede básica, constitui recurso importante para o estabelecimento, pela família, da confiança e, por conseguinte, para a recuperação do indivíduo doente.

Acreditamos que se as ESFs ainda não conseguem desenvolver efetivamente um trabalho junto às famílias, em decorrência da ausência ou deficiência de recursos materiais (veículo, medicação, colchões de água, e outros) e humanos (pessoal despreparado, sem respaldo ético-legal, equipe reduzida), está não deve ser uma desculpa a ser utilizada para justificar toda e qualquer ausência de iniciativa e de inovações no trabalho da equipe.

Os resultados do estudo revelam que algumas expectativas dos cuidadores, além de se mostrarem necessárias, são perfeitamente viáveis de serem atendidas sem que grandes mudanças sejam efetuadas, promovendo melhoria na qualidade da assistência prestada e conseqüentemente nas condições de vida do paciente e de seu cuidador.

Finalmente, cabe destacar que muitas sugestões e expectativas referidas neste estudo nem sempre são apresentadas ou explicitadas no dia-dia do serviço, ressaltando-se a importância de estudos desta natureza para subsidiar a avaliação e a busca de melhorias no atendimento.

ABSTRACT: Descriptive study that had for objective to identify perception of the caregivers of the peoples with some dependence degree on the attendance domiciliar accomplished by the team of Health of the Family. The data were collected in the months of April to June of 2001 with the 19 caregivers through semi-structured interview. The results, besides they revealed some characteristics of the caregivers, they also demonstrated that although the population identifies as satisfied with the offered attendance, she possesses doubts in relation to the form of attendance of PSF and several expectations with relationship to the same. The presented suggestions involve improvement in the quality and expansion in the types of offered services, besides continuity of the program. The authors evaluate to be necessary larger concern on the part of ESF with the activities developed with this segment of the population, because they consider that the needs noticed by the families/caregivers constitutes important condition for the result of the attendance.

KEY WORDS: Family; Caregiver; Team of health of the family; Dependent individuals.

RESUMEN: Yo estudio descriptivo eso tenido para el objetivo para identificar la percepción de los conserjes de las personas con algún grado de dependencia en el domiciliar de asistencia logrado por el equipo de Salud de

la Familia. Los datos eran reunido cerca de por los meses de abril a junio de 2001 19 conserjes a través de la entrevista semi-estructurada. Los resultados, además de ellos algunas características de los conserjes revelaron, ellos también demostraron que aunque la población identifica como satisfizo con la asistencia ofrecida, el you/he/she posee dudas respecto a la forma de asistencia de PSF y varias expectativas con relación al mismo. Las sugerencias presentadas involucran mejora en la calidad y expansión en los tipos de servicios ofrecidos, además de la continuidad del programa. Los autores evalúan para ser preocupación más grande necesaria por parte de ESF con las actividades desarrolló este segmento de la población cerca de, porque ellos consideran que los valorizaçõ de las necesidades notados por el familias/cuidadores constituye condición importante para el resultado de la asistencia.

PALABRAS CLAVE: Conserje familiar; Equipo de salud de la familia; Dependientes.

REFERÊNCIAS

- 1 BUDÓ, M. de L. D. Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos. Santa Maria, 1994. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Extensão Rural, Universidade Federal de Santa Maria, 1994.
- 2 COLLIÈRE, M. F. Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- 3 DEIMAN, M. N. A. Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud. (OPS- serie PALTEX para ejectores de Programas de Salud n.32), 1994.
- 4 FRANCO, M. C. Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em um hospital geral. Florianópolis, 1988, 179f. Dissertação (Mestrado) – Enfermagem, Universidade de Federal de Santa Catarina, 1988.
- 5 MARCON, S. S.; ANDRADE, O. G.; SILVA, D. M. P. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. Texto Contexto Enf., Florianópolis, v.7, n.2, p.289-307, maio/ago. 1998.
- 6 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. 34p.
- 7 SOUZA, H. M. O futuro tecido no presente. Rev. Bras. Saúde da Família. Ministério da Saúde, Brasília, nov., p.7-9, 1999.
- 8 WALDOW, V. R. Cuidado Humano – o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998, 204p.