http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude
ISSN on-line1984-7513
DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v19i0.50166

ARTIGO ORIGINAL

O CUIDADO FAMILIAR E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO COM PROCESSO CRÔNICO DE SAÚDE

Ana Elisa Dias Magalhães*
Desirée Rodrigues Mendes**
Marcus Luciano de Oliveira Tavares***
Sheila Aparecida Ferreira Lachtim****
Gisele Lima de Freitas*****
Lívia Cozer Montenegro******

RESUMO

Objetivo: Conhecer como o usuário dependente de cuidados e que possui um processo crônico de saúde acometido por uma doença crônica não transmissível vem sendo cuidado pela família e pelos profissionais da Estratégia Saúde Família. **Métodos:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde e no domicílio dos usuários que possuem um processo crônico de saúde, na cidade de Belo Horizonte. Foram participantes da pesquisa oito usuários com 18 anos ou mais, que possuíam alguma doença crônica, dependentes de cuidados em grau leve. A coleta de dados ocorreu em 2018 por meio de entrevistas gravadas com roteiro semi-estruturado. A análise se deu por meio da análise de conteúdo resultando em três categorias empíricas. **Resultados:** O dependente reconhece as atividades realizadas bem como compreende o papel do familiar como referência para seu cuidado. Apareceram nessa relação sentimentos positivos e negativos sobre o ato de cuidar. Com relação à equipe de saúde o estudo confirmou o vínculo com os agentes comunitários de saúde. **Conclusão:** Esse estudo oferece subsídios para que os cuidadores familiares bem como os profissionais da Estratégia Saúde da Família compreendam os modos próprios de cuidado de um usuário dependente de cuidados em grau leve e as expectativas desse usuário em uma relação de cuidado no domicílio.

Palavras-chave: Enfermagem. Enfermagem Familiar. Doença Crônica. Atenção Primária à Saúde. Cuidadores. Assistência domiciliar.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 72% das mortes frequentemente causadas por doenças cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes, representando a maior causa de mortalidade na atualidade[1].

As DCNT se caracterizam pela multicausalidade, apresentam desenvolvimento gradual, de prognóstico incerto e com períodos de agudização, gerando incapacidades[2]. Esses agravos resultam em um aumento do percentual de pessoas que possuem processos crônicos debilitantes e incapacitantes, tais como cegueira, amputações e paresias ou plegias, que quando agrupadas em um mesmo sujeito configuram usuários denominados pluripatológicos[3].

Considerando as altas taxas de morbimortalidade, bem como as mudanças nos hábitos de vida e no bem-estar do indivíduo provocado por uma DCNT, o cuidado às pessoas acometidas por essas doenças tem se tornado um desafio importante para os profissionais, familiares e serviços de saúde, pois resultam em consequências devastadoras[1].

A grande soma de pessoas que possuem limitações resultantes do acometimento por uma DCNT tem resultado em uma epidemia de pessoas com processos crônico dependentes de cuidados, requisitando cuidados domiciliares contínuos, restritos ao lar e sem autonomia para realizar suas atividades diárias[4].

No Brasil, os cuidados domiciliares de

*Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Email: anaelisadmag@gmail.com. Orcid: 0000-0002-2308-9103
**Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Email: desihaushaus@gmail.com. Orcid:0000-0001-9970-585x
***Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Professor da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte – MG. Email: tavares_mlo@yahoo.com.br. Orcid: 0000-0002-8598-7603
****Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Email: sheila.massardi@gmail.com. Orcid: 0000-0002-3323-5776
*****Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Email: gisellelf@yahoo.com.br. Orcid: 0000-0002-8118-8054
******Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Email: liviacozermontenegro@gmail.com. Orcid: 0000-0003-3216-1645

usuários que convivem com processos crônico dependentes de cuidados tem nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de uma equipe multiprofissional de saúde da família que a operacionaliza, a oportunidade para a organização da assistência à saúde e coordenação do cuidado em conjunto com os demais serviços da rede de atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica que compreende a família como um elemento relevante e muitas vezes condicionante na vida das pessoas desenhou um modelo de intervenção no qual as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias[5]. Porém, estudos apontam que a Atenção Domiciliar (AD) tem sido prejudicada por fatores estruturais como a falta de medicamentos; o acompanhamento não sistemático dos usuários e das famílias, ocasionado muitas vezes pela desorganização da equipe; desinteresse de alguns profissionais, desvalorização da AD pela ESF; a grande demanda de trabalho nas unidades de saúde; e a falta de transportes frequente[6].

Em alguns municípios brasileiros, há ainda programas de apoio ao cuidado domiciliar que beneficia muitas famílias que convivem com entes acometidos por DCNT e que apresentam incapacidades. Apesar dos benefícios dos programas, estes ainda apresentam critérios extremamente rígidos, com foco em pacientes idosos, sem um dimensionamento do grau de dependência e os indicadores de vulnerabilidade familiar, com baixa avaliação de casos pelas enfermeiras das equipes da ESF ou do Hospital, sendo programas individuais, de pouca abrangência, que ainda não compõem uma rede articulada de apoio[7].

Neste sentido a família tem se configurado como elemento essencial para a sustentabilidade do sistema público de saúde especialmente na conjuntura atual de acometimento precoce das DCNT, bem como de contingenciamento de recursos.

Uma das abordagens que reconhece a importância da família como parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidados, assegurando, assim, a sua participação no planejamento das ações e tomada de decisões no âmbito familiar é o Cuidado Centrado na Família (CCF). Tal termo considera a família como influenciadora sobre a saúde de seus membros familiares, e também discorre sobre o apoio e o encorajamento sobre a participação de familiares e pacientes no cuidado, escolhendo como irão atuar[8].

O cuidador familiar tem assumido a responsabilidade de prover, organizar os recursos solicitados pelo dependente de cuidado e exercer uma assistência contínua. Na maior parte dos casos, o familiar não possui formação específica para executar atividades de cuidado e o exerce de maneira intuitiva sem apoio financeiro e social.

Neste contexto, a família como provedora de cuidados, precisa se reorganizar e se adaptar de forma que os papéis e funções de cada integrante cuidador seja dividido e repensado de acordo com as necessidades do indivíduo, já que sentimentos confusos e dolorosos advindos da perda de autonomia, da impossibilidade de realizar o autocuidado sozinhos e da capacidade funcional comprometida podem estar presentes[9].

O usuário, família e profissionais podem ser considerados unidades complexas que, ao se articularem e organizarem, formam um sistema a ser compreendido na relação que mantêm com o ambiente e o tempo. Dessa maneira a equipe atua como apoio às famílias, instrumentalizando-as para o cuidar[6].

No intuito de buscar melhorias para a assistência integral e nas relações de cuidado familiar ao indivíduo dependente de cuidados que convive com um processo crônico de saúde buscou-se conhecer como o usuário dependente de cuidados e que possui um processo crônico de saúde acometido por uma DCNT vem sendo cuidado pela família e pelos profissionais da Estratégia Saúde Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, sustentado pelo referencial teórico do cuidado centrado na Família (CCF), que a família é um fator crucial no cuidado de seus membros[8]. Essa teoria converge para a consolidação de cuidados integrais, participativos e compartilhados entre profissionais e familiares, além de revelar como primordial desta relação a escuta, as escolhas do usuário e familiares, o conhecimento, os valores, as crenças e a cultura[8].

O estudo foi realizado em uma Equipe de Saúde da Família de uma Unidade Básica de

Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte (MG). A UBS tem uma população adscrita de aproximadamente 15.000 usuários. Possui quatro Equipes de Saúde da Família (EqSF), e foi escolhida como cenário por ter abrangência de 100% de cobertura pela ESF e usufruir de uma população compreendida por diferentes níveis de vulnerabilidade. A Equipe escolhida para a aproximação com os usuários dependentes de cuidado foi a equipe três por se tratar da única equipe que possuía uma lista organizada de usuários acamados e restritos ao lar.

Para a seleção dos dependentes de cuidado foram necessárias três etapas:

1ª etapa - reunião com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da UBS cenário de estudo para o levantamento dos usuários dependentes. Nesta etapa foram encontrados 25 usuários em situação de dependência de cuidados. Um número mais elevado do que o material apresentado pela equipe;

2ª etapa - após o levantamento, a equipe da pesquisa foi conduzida junto ao ACS responsável, para o domicílio da família que apresentava situação de dependência de cuidados. No domicílio, o nível de dependência foi avaliado por meio do Índice de Barthel (IB). O IB trata-se de um instrumento validado no Brasil mais utilizado no mundo para avaliação das Atividades da Vida Diária (AVD) executadas pelo indivíduo [(11)].

3ª etapa – após a identificação do nível de dependência do membro da família acometido por uma DCNT, foi identificado que havia um total de 25 dependentes, sendo quatro de grau grave, cinco de grau moderado e 16 de grau leve, segundo o índice de Barthel[(11)].

Foram selecionados aqueles que obedecessem aos seguintes critérios de inclusão: usuários com 18 anos ou mais, dependentes de cuidados devido à uma DCNT, em grau leve, segundo o índice de Barthel, que fosse consciente e comunicativo e que recebia cuidados da família, exceto por cuidadores profissionais. Foram critérios de exclusão, usuários dependentes de cuidados em grau moderado e alto, bem como aqueles cujo cuidador recebia qualquer valor em dinheiro como pagamento pelo cuidado.

Para fins de conhecer como o usuário dependente de cuidados e que possui uma doença crônica vem sendo cuidado pelos profissionais da ESF e pelos familiares, a escolha por apenas aqueles identificados com grau de dependência leve de acordo com o Índice de Barthel[11] justifica-se em virtude do usuário estar em condições de responder a pesquisa e ser participante ativo do processo de cuidado.

A coleta de dados ocorreu de junho a setembro de 2018, por meio de duas etapas. Primeiramente, foi feito um levantamento dos usuários dependentes de cuidados e que possuíam alguma doença crônica seguindo os critérios de inclusão mencionados anteriormente, finalizando em um total de 16 participantes. Desses, oito participantes deixaram de fazer parte da pesquisa, pois não se encaixaram nos critérios de inclusão, sendo dois falecimentos no decorrer da pesquisa, uma recusa, dois participantes que não faziam mais parte da área de abrangência, e três deixaram de ser dependentes leves durante o desenvolvimento da pesquisa, totalizando em uma amostra de oito usuários.

Na segunda etapa da coleta foram realizadas visitas domiciliares intermediadas pelos ACS as oito famílias que apresentavam membros dependentes de cuidado em grau leve, nas quais foi viável realizar entrevista gravada em áudio por meio de um roteiro semi-estruturado que abordava questões como: “Quando o(a) senhor(a) precisa, quem cuida?”, “Como o(a) senhor(a) se sente ao ser cuidado?”, “Quando o(a) senhor(a) precisa de um atendimento profissional, como o(a) senhor(a) faz? E nesse atendimento, o que o(a) senhor(a) busca? E o(a) senhor (a) tem algum profissional de referência?”.

As entrevistas foram realizadas com a finalidade de obter informações relevantes sobre a compreensão das perspectivas e das experiências do entrevistado. As entrevistas tiveram, em média, 20 minutos de duração e foram transcritas abarcando um total de 25 páginas com letra Times New Roman e espaçamento simples para continuidade da análise dos dados.

O processo de análise dos dados foi construído seguindo as fases da análise de conteúdo propostas por Bardin[(12)], sendo construídas as seguintes unidades de sentido: Sentimentos na relação de cuidado entre o cuidador familiar e o membro dependente de cuidados; Principais atividades desenvolvidas pelo cuidador familiar na perspectiva do membro dependente de cuidados e Cuidados prestados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Neste estudo, optou-se por discutir as categorias citadas acima revelando trechos dos discursos dos dependentes de cuidado, os quais foram identificados com a letra E de entrevistado, seguido pelo número correspondente à ordem sequencial das entrevistas a fim de garantir o anonimato dos participantes. Os resultados foram confrontados e discutidos com base na literatura.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob registro CAAE nº 54550412.0.0000.5149 e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma voluntária, após esclarecimento da proposta do estudo em todas as etapas. Foi garantido sigilo absoluto das informações assim como a privacidade e anonimato dos participantes.

RESULTADOS

Perfil dos grupos familiares com membros dependentes de cuidado em grau leve

A faixa etária predominante dos participantes desse estudo foi entre 60 e 90 anos (87,5%). Destaca-se que 75% eram do sexo feminino, viúvas (62,5%) e 50% não eram alfabetizados. Das entrevistadas, 50% eram aposentadas e pensionistas com faixa salarial de até 3 salários mínimos (75%). As doenças de base mais frequentes foram a senilidade e as doenças oftalmológicas (37,5%), sendo que 50% das usuárias dependentes possuíam 2 ou mais Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT). Todas faziam uso de medicamento e a maioria fazia uso de órtese ou prótese (87,5%). O desenvolvimento da doença da maior parte se deu gradualmente (87,5%), sendo que a 37,5% apresentava entre 4 e 6 anos de dependência. A maioria utilizava exclusivamente o sistema de saúde público (75%) e não precisou de internação hospitalar nos últimos 12 meses (87,50%). Com relação aos cuidadores desses usuários dependentes, ressalta-se que a maioria era do sexo feminino (87,50%), sendo o cuidado exercido, em sua maior parte, por filhas (62,5%), e na faixa etária entre 40 a 59 e 60 a 79 anos (50%).

Sentimentos na relação de cuidado entre o cuidador familiar e o membro dependente de cuidados

A partir da análise dos dados coletados, percebeu-se que a maior parte do cuidado prestado aos dependentes que convivem com um processo crônico de saúde é realizado pelo familiar, em sua maioria mulheres e filhas com idade entre 50 e 69 anos. Segundo os membros da família dependentes de cuidado, o cuidado realizado pela família enseja confiança.

> Eu confio em todo mundo. Combino com todo mundo, gosto de todo mundo. Todo mundo, graças a Deus, trata bem de mim, meus netos, minhas netas, minhas filhas. **(E2)**

> É a minha filha que confio para cuidar de mim, já sabe todos os perrengues, tudo, tudo. **(E7)**

O sentimento de confiança na relação com a cuidadora familiar é percebido pelo membro dependente de cuidado quando o familiar se apresenta disponível e com boa vontade para auxiliar em suas necessidades.

> Eu gosto do cuidado que elas estão tendo comigo. Tô satisfeita. Elas não deixam de dar atenção né? Igual essa aí, faz o que pode né? Vai nas compras quando eu peço. **(E8)**

> A gente combina muito, então ela faz de boa vontade, então não tem dificuldade nenhuma não. **(E4)**.

Segundo os membros dependentes de cuidados, apesar de reconhecerem que a cuidadora familiar apresenta boa vontade para auxiliar em suas necessidades, há algumas atitudes como chamar atenção, falta de carinho e não acreditar em suas necessidades que tornam a relação dificultosa e faz com que o dependente tenha uma visão negativa do cuidado prestado pelo familiar.

> Quando elas me chamam atenção eu fico com raiva delas. Elas não acreditam quando estou passando mal, vou ficar de mal, vou conversar com elas não. **(E1)**

> Me sinto bem, sendo cuidado por elas. Mas tem dias que elas brigam comigo, fazer o que né? Tem que aceitar. **(E6)**

> Sabe tudo é difícil, meus filhos são esquisitos, me dão um abraço só no natal, ano novo. Esses dias até assustei, ele estava viajando e quando chegou me deu um abraço. **(E5)**

Outro fator apontado pelos dependentes de

cuidado que torna a relação dificultosa é a vergonha sentida quando é necessário algum ato de cuidado íntimo, como tomar banho ser realizado por alguém da família do sexo masculino. Apesar de a maioria dos cuidadores deste estudo ser mulheres, aparece nas falas a preferência do cuidado ser realizado por mulheres.

> É, pra tomar banho. Eu vou tomar, eu tenho vergonha né? Olha pra você ver, é errado né? Saiu de mim [...]. O jeito de cuidar… mulher tem mais jeito com a gente. Ele é homem, é muito difícil. **(E5)**

Aparecem também na fala de um dos membros dependentes de cuidado entrevistado o sentimento de medo em relação à piora do seu processo crônico de saúde com o aumento da dependência de cuidados, em especial quando suas vontades não são respeitadas.

> A nossa relação é boa, sabe? Ela cuida de mim. Ela não gosta que eu faça as coisas, mas eu faço, sabe por quê? Porque eu tenho medo de atrofiar. E se eu atrofiar aí eu vou dar trabalho para vocês todos. **(E7)**

> Eu nunca fui assim, parei de me cuidar e fiquei assim. Eu andava mancando, mas andava. Não precisava dessa cadeira. Não sei onde vou parar! **(E5)**

Vale a pena destacar que diante das atividades realizadas pela cuidadora familiar os membros dependentes de cuidado expressam sentimentos de frustrações por se sentir um peso para a cuidadora.

> Ah, eu acho que eu fico dando trabalho né? Precisa às vezes sair, não posso sair sozinha. (E6)

> As cólicas que dão dói, essas meninas sofrem muito comigo [...] **(E1)**

Principais atividades desenvolvidas pelo cuidador familiar na perspectiva do membro dependente de cuidados

Após a análise dos dados, esclarece-se que o familiar tem participado ativamente das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) do membro dependente de cuidados, em especial aquelas relacionadas à rotina da casa e cuidados de ordem pessoal, como: o preparo da comida, a limpeza, organização da casa, auxílio na higiene pessoal e vestuário.

> O meu filho faz comida, limpa a cozinha. Quando eu limpo sentada na cadeira é muito difícil [...] **(E5)**

> Ela me ajuda tomar banho, me ajuda, me ajuda a vestir a roupa. Estou tendo muita dificuldade então está sendo ela a minha auxiliar **(E4)**.

Outras atividades mencionadas pelos membros dependentes de cuidados envolvem a busca de suprimentos para a saúde do dependente de cuidados, e a compra de alimentos e vestuário.

> Ele recebe e compra remédio para mim, compra roupa quando estou precisando, quando preciso de um calçado ele compra [...] **(E1)**

> Ele vai lá no boteco aqui perto, aí ele vai e traz biscoito para mim. Ah, eu quero um suco, ele vai lá e traz o suco para mim também. **(E5)**

Os membros dependentes de cuidados reconhecem também que as cuidadoras familiares realizam atividades relacionadas ao atendimento profissional, seja por marcação de consultas, idas ao Centro de Saúde ou realizar exames.

> Quando é para ir ao posto, minhas netas me levam lá. **(E2)**

> Minha filha marca consulta, me leva nas consultas sempre que preciso […] **(E6)**

Cuidados prestados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

O modelo de atenção à saúde no Brasil privilegia o contato dos profissionais com os usuários do sistema público de saúde. Nessa perspectiva, os membros dependentes de cuidado reconhecem os Agentes Comunitários de Saúde como referência para resolução de problemas relacionados à saúde, como marcação de consulta médica e visita domiciliar.

> A minha filha pede a nossa ACS quando preciso de algum atendimento profissional **(E6)**.

> Tem muito tempo que não vou no posto, mas até hoje se eu precisar de alguma coisa eu procuro a ACS [...] **(E7)**.

Foi observado também que o membro dependente de cuidado reconhece a relação de ação conjunta entre médicos e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. Expressam a necessidade de se ter o médico como figura central na realização do cuidado e a relevância do Agente Comunitário para o acesso a saúde.

> A Anette (ACS) ela vem acompanhada, ela vem com o médico, ela marca as consultas, ela vem junto. Até o telefone dela tenho. **(E5)**
>
> Minha filha pede a nossa ACS e ela avisa o doutor Antônio nosso clínico aqui do Posto. **(E6)**
>
> Sempre a Analice (ACS) mexe com os papeis e tudo, e consegue marcar com o Dr. Antônio, manda para outros médicos que precisa de mandar né? **(E8)**

A figura central do médico é assumida pelos usuários dependentes como a fonte para a resolução de problemas diante da capacidade técnica de fazer encaminhamentos para serviços especializados e recomendar exames.

> A doutora Luana, ela é que faz esses encaminhamentos para santa casa, para clínica, tudo é ela, encaminhamento para exames mais sofisticado e ela que faz esses encaminhamentos, tudo é a doutora Luana. **(E1)**
>
> O Doutor Antônio, Ele é mil e uma utilidades, verifica pressão e traz a receita **(E6)**.

DISCUSSÃO

Quando a doença crônica se torna presente no meio familiar e o indivíduo doente não consegue mais realizar suas atividades rotineiras, passando a precisar de cuidados, o papel do cuidador aparece de forma praticamente natural dentro do seio familiar[9]. O cuidado é inerente ao ser humano e provoca um sentimento de responsabilidade social. Aparece quando a existência de alguém tem importância para outra, e esta se sente envolvida e afetivamente ligada, passando então a dedicar-se, dispondo-se a ajudar e a participar de suas buscas, sonhos, sofrimentos e sucessos[13]. O artigo nº 229 da Constituição Brasileira[14] afirmar ser dever dos pais amparar os filhos menores e que os filhos maiores são responsáveis de prestar auxílio aos pais na velhice, carência ou enfermidade, garantindo o cuidado dos dependentes mesmo nos casos em que a família não queira assumir esse papel.

Mesmo com todas as modificações sociais, na formação familiar, em especial pelo fato de muitas mulheres atualmente serem arrimas de famílias, os usuários entrevistados destacam a presença da mulher no cuidado em geral, mesmo que tenham um trabalho fora do lar. Devido a esse histórico sociocultural o dependente crônico referência a mulher como a protagonista do cuidado ofertado a ele, papel o qual nem sempre ela escolheu assumir, mas devido à imposição circunstancial acaba assumindo [15].

As DCNT podem levar o indivíduo a ter dificuldade na realização das atividades diárias, fazendo com que haja perda parcial ou total da sua autonomia, deixando o usuário dependente vulnerável e sob cuidado dos familiares [4]. Nessa relação de cuidado, os usuários participantes do estudo afirmam sentir confiança, mas muitas vezes percebem que o familiar cuidador passa a tomar decisões sentindo-se no direito e com o poder para isso, anulando, a possibilidade de o doente expressar suas vontades. O sentimento de limitação diante da demonstração das vontades próprias dos entrevistados tende a estimular uma relação de cuidado mecânica a qual pode levar o usuário dependente a sentir-se como um peso na vida do outro, principalmente devido às necessidades contínuas de cuidados, ao medo do avanço da dependência e por monopolizar em si a atenção da família como apontado pelos entrevistados nos resultados.

Além da atenção sob os aspectos de cuidado os usuários dependentes apresentam a necessidade de auxílio para as questões que envolvem as Atividades Instrumentais de Vida Diária e o acesso a saúde. É nesse sentido, que a participação da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família, juntamente com a ajuda do cuidador familiar, apresenta um papel essencial: a de orientar e incentivar o dependente de cuidados a participar de forma ativa do seu autocuidado com o objetivo de oportunizar o processo de independência do cuidado. Como decorrência dessa participação, o dependente de cuidados poderá sentir-se mais valorizado, responsável por si mesmo e pelo próprio processo de cuidado, resgatando sua autonomia que, eventualmente, esteve presente, mas que se encontrava anulada[10]. Nesse contexto, o CCF tem como uma de suas funções promover o bem-estar das famílias e de seus membros e, embora seja centrado na família, o cuidado não anula a participação na tomada de decisões do usuário dependente de cuidados sobre sua própria saúde[8].

Tendo em vista que no Brasil o modelo de atenção à saúde vigente tem na vigilância em saúde a oportunidade de os profissionais de saúde

estar mais próximos das casas das pessoas, acredita-se que as famílias que convivem com membros dependentes de cuidados por uma condição crônica devem ser de conhecimento desta equipe. O acesso a um profissional de referência auxilia o cuidador a desempenhar papéis relacionados ao cuidado do familiar dependente. Neste estudo, os usuários reconhecem o Agente Comunitário de Saúde como principal referências para as necessidades de saúde. O contato cotidiano das pessoas com os ACS possibilita a esses profissionais vivenciar os problemas específicos de saúde da área de atuação, a conhecer o modo de vida da população e contribuir para um processo de descentralização das informações[16]. A visibilidade do ACS na fala dos participantes deste estudo revela coerência entre a percepção sobre seu papel profissional e as atribuições definidas pela política nacional de atenção básica. Entretanto, se percebe que a imagem do ACS está associada a uma compreensão biomédica de saúde[17]. A confiança depositada no trabalho do ACS é percebida muitas vezes como uma possibilidade de acessar o profissional médico. O potencial de inserção social do ACS somado ao conhecimento técnico científico do médico parece ser uma simbiose importante para o processo de acompanhamento das famílias que apresentam usuários dependentes de cuidados na atenção primária.

Chama atenção o fato de a equipe de enfermagem não ter sido citada durante as entrevistas. Se percebe que o papel da equipe de enfermagem está limitado apenas a procedimento técnicos, como por exemplo, aferir pressão, aplicar injeção e realizar curativos, não sabendo identificar as outras atividades de responsabilidade da enfermagem na atenção primária[18]. É essencial, nesse sentido, que a equipe de enfermagem esteja mais disponível para essas famílias que apresentam em seus lares dependentes de cuidado, dando suporte aos cuidadores familiares e ajudando as famílias na reestruturação que haverá, uma vez que, após a instalação de uma doença crônica, tanto cuidador familiar quanto o dependente de cuidados precisarão aprender a conviver, a administrar a situação de adoecimento e a buscar o equilíbrio entre os sentimentos que virão, sejam eles bons ou ruins. Mais do que isso, a equipe de enfermagem tem a função de acompanhar continuamente a evolução da cronicidade do dependente de cuidados, com o objetivo de manter sob controle a doença e precaver novas incapacidades, além de ser fundamental que possuam os conhecimentos necessários e a sensibilidade para atender as necessidades e a individualidade de cada núcleo familiar, contribuindo na ajuda a esta com o compartilhamento a outros profissionais da ESF na realização de ações que tornem possível o melhor progresso da doença crônica[4,7]. Essas ações poderão contribuir, eventualmente, para que o sentimento de medo decorrente da piora do processo crônico de saúde com consequente aumento da dependência do cuidado não se torne presente para este usuário dependente, minimizando os sentimentos de culpa e de peso que trazem consigo ao centralizar a atenção dos familiares cuidadores para si mesmos.

Por fim, embora as práticas das Equipes da Estratégia Saúde da Família estejam direcionadas para o exercício de uma equipe multiprofissional, na visão dos usuários dependentes de cuidado ainda não foi possível uma ruptura com a dinâmica médico-centrada. A fragilidade da Estratégia Saúde da Família enquanto concepção de um modelo assistencial centrado na família ainda é limitada e esta visão é resultado da precarização da saúde que com baixo investimento em infraestrutura, desestimula a amplitude do acesso ao Sistema Único de Saúde, referenda a atenção básica como um serviço de baixa densidade tecnológica e sem resposta efetiva dos sistemas de apoio diagnóstico impactando diretamente no cuidado centrado na família[19].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados do presente estudo, reafirmou-se que o cuidado realizado pela cuidadora familiar representa sentimentos de confiança, esforços, tomadas de decisões que permitem ao membro dependente reconhecer as atividades realizadas nesse cuidado bem como compreender o papel do familiar como referência para seu cuidado.

Foi constatado que há diferentes sentimentos na relação de cuidado entre a cuidadora familiar e o dependente de cuidados em que o cuidado proporcionado designa sentimentos de confiança,

satisfação e zelo. Em contraposição, aparecem nessa relação sentimentos negativos sobre o ato de cuidar advindos de atitudes que os familiares cuidadores têm quando na rotina de cuidados tomam decisões pelo familiar dependente. O não respeito às suas vontades e chamar a atenção expressam o controle sobre o estado de saúde do dependente de cuidados e anula a expressão de suas próprias vontades. Além disso, a piora do percurso clínico de doenças crônicas são preocupações desses dependentes pelo fato de poderem se tornar um peso para a família pelo aumento da dependência de cuidados.

O estudo possibilitou constatar que o cuidado realizado pela Estratégia Saúde da Família está centrado nas intervenções realizadas pelos ACS. Embora se apresentem como referência para o acesso a saúde, as ações dos ACS estão atreladas a uma dinâmica médico-centrada. A capacidade técnica do profissional médico é valorizada pelos participantes do estudo na medida em que oferecem oportunidades de acesso a encaminhamentos, exames e receitas. Chama atenção a invisibilidade dos profissionais da enfermagem no contexto domiciliar.

O presente estudo, ainda que limitado na possibilidade de generalização, centrou-se em aspectos peculiares da relação de cuidado entre o cuidador familiar, o membro dependente de cuidados em grau leve e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Outras limitações do estudo, foram: a indisponibilidade dos ACS para acompanhar as entrevistas e entender o valor da abordagem familiar e a interferência do cuidador nas respostas emitidas pelos usuários dependentes de cuidado. Por mais que a entrevista fosse planejada de maneira individual o cuidador familiar buscava meios de estar presente.

Dessa maneira, espera-se que esse estudo possa oferecer subsídios para que os cuidadores familiares bem como os profissionais da Estratégia Saúde da Família compreendam os modos próprios de cuidado dos usuários dependentes de cuidados em grau leve e as expectativas desse usuário em uma relação de cuidado.

FAMILY CARE AND THE FAMILY HEALTH STRATEGY FROM THE PERSPECTIVE OF THE USER WITH CHRONIC HEALTH PROCESS

ABSTRACT

Objective: To know how the user who is dependent on care and who has a chronic health process affected by a chronic non-communicable disease has been taken care of by the family and by the professionals of the Family Health Strategy. **Methods:** Descriptive, qualitative study, carried out in a Basic Health Unit and in the homes of users who have a chronic health process, in the city of Belo Horizonte. Eight users, 18 years of age or older, who had some chronic disease, dependent on mild care, participated in the research. Data collection took place in 2018 through interviews recorded with a semi-structured script. The analysis took place through content analysis resulting in three empirical categories. **Results:**The dependent recognizes the activities performed as well as understands the role of the family member as a reference for their care. In this relationship, positive and negative feelings about the act of caring appeared. Regarding the health team, the study confirmed the bond with community health agents. **Conclusion:** This study offers subsidies so that family caregivers as well as professionals of the Family Health Strategy understand the proper modes of care of a user dependent on mild care and the expectations of that user in a care relationship at home.

Keywords: Nursing. Family Nursing. Chronic Disease. Primary Health Care. Caregivers. Home nursing.

EL CUIDADO FAMILIAR Y DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA EN LA PERSPECTIVA DEL USUARIO CON CASO CRÓNICO DE SALUD

RESUMEN

Objetivo: conocer cómo el usuario dependiente de cuidados y que posee un caso crónico de salud afectado por una enfermedad crónica no transmisible ha sido cuidado por la familia y por los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia. **Métodos:** estudio descriptivo, cualitativo, realizado en una Unidad Básica de Salud y en el domicilio de los usuarios que poseen un caso crónico de salud, en la ciudad de Belo Horizonte. Fueron participantes de la investigación ocho usuarios con 18 años o más, que poseían alguna enfermedad crónica, dependientes de cuidados en grado leve. La recolección de los datos ocurrió en 2018 por medio de entrevistas grabadas con guion semiestructurado. El estudio se llevó al cabo por medio del análisis de contenido resultando en tres categorías empíricas. **Resultados:** el dependiente reconoce las actividades realizadas, así como comprende el papel del familiar como referencia para ese cuidado. En esta relación surgieron sentimientos positivos y negativos sobre el acto de cuidar. Respecto al equipo de salud, el estudio confirmó el vínculo con los agentes comunitarios de salud. **Conclusión:** este estudio ofrece informaciones para que tanto los cuidadores familiares como los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia

comprendan los modos propios de cuidado de un usuario dependiente de cuidados en grado leve y las expectativas de este usuario en una relación de cuidado en el domicilio.

Palabras clave: Enfermería. Enfermería de la Familia. Enfermedad Crónica. Atención Primaria de Salud. Cuidadores. Atención Domiciliaria.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2017; 51(1) Doi: https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília (DF); v. 1, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf

3. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet (British edition). 2011;377(9781). Doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9

4. Tavares, MLO, Pimenta AM, García-Vivar C, Beinner MA, Montenegro LC. Relationship Between Level of Care Dependency and Quality of Life of Family Caregivers of Care-Dependent Patients. Journal of Family Nursing. 2019; 26(1). Doi: https://doi.org/10.1177/1074840719885220

5. 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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

6. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EN e Lacerda MR. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais. Estud. interdiscipl. envelhec.. 2018; 23(2). ISSN: 1517-2473 (impresso) e 2316-2171 (eletrônico). Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/biblio-1010077.

7. Maia ACMS, Silva BVO, Montenegro LC, Pimenta AM, Tavares MLO. Dificuldades no cuidado a usuários que convivem com processo crônico de saúde: Relato dos cuidadores familiares. REPENF – Rev Par Enferm. 2018;1(1). Disponível em: http://seer.fafiman.br/index.php/REPEN/article/view/452

8. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, Balieiro MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. Rev. bras. enferm. 2010; 63(1). Doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022

9. Arruda GO, Leal LB, Peruzzo, HE, Nass, EMA, Reis P, Marcon S. Percepções da família acerca do cuidado ao homem com alguma condição crônica. Cienc Cuid Saude. 2018; 17(1). Doi: https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i1.43845

10. Marcon, S. Pesquisar, ensinar e cuidar de famílias: desafios, avanços e perspectivas. [livro eletrônico]. Londrina: EDUEL, 2019. Disponível em: http://www.eduel.com.br/

11. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta paul. enferm. 2010; 23(2). Doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011

12. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edição 70: 2016.

13. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes: 20ª edição, 2014.

14. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

15. Meira EC, Reis LA, Gonçalves LHT, Rodrigues VP, Philipp RR. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. Esc. Anna Nery. 2017;21(2):e20170046. Doi: http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170046

16. Santana VC, Burlandy L, Mattos RA. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). Saúde debate. 2019; 43 (120). Doi: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912012

17. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(5). Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015

18. Corrêa VAF,Acioli S, TinocoTF. The care of nurses in the Family Health Strategy: practices and theoretical foundation. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 6). Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0383

19. Mendes, EV. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23 (2). Doi http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017

Endereço para correspondência: Lívia Cozer Montenegro. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 – Belo Horizonte MG. Cep: 30130-100. Escola de Enfermagem – 4º andar, sala 420. Contatos: (31) 34098034 / (31) 991957755. E-mail: liviacozermontenegro@gmail.com

Data de recebimento: 11/10/2019
Data de aprovação: 21/07/2020

Apoio Financeiro:
Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – processo 428975/2016-0