

JULIANA ALEXANDRINO SANTOS

**COTIDIANO FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS
DEPENDENTES DE CUIDADO - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,
VIÇOSA/MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Economia Doméstica para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2008

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

S237c
2008

Santos, Juliana Alexandrino, 1977-

Cotidiano familiar e qualidade de vida de usuários dependentes de cuidado – Programa de Saúde da Família, Viçosa/MG / Juliana Alexandrino Santos. – Viçosa, MG, 2008.

x, 111f. : il. (algumas col.) ; 29cm.

Inclui apêndices e anexos.

Orientador: Maria das Dores Saraiva de Loreto.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 90-96.

1. Família. 2. Programa Saúde da Família (Brasil). 3. Qualidade de vida. 4. Cuidadores. I. Universidade Federal de Viçosa. II. Título.

CDD 22.ed. 306.85

JULIANA ALEXANDRINO SANTOS

**COTIDIANO FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS
DEPENDENTES DE CUIDADO - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,
VIÇOSA/MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Economia Doméstica para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Aprovada em 15 de maio de 2008.

Prof. Adelson Luiz Araújo Tinoco

Prof^a. Simone Caldas Tavares Mafra

Prof^a. Rosângela Minardi Mitre Cotta
Co-Orientadora

Prof^a. Rita de Cássia Lanes Ribeiro
Co-Orientadora

Prof^a. Maria das Dores Saraiva de Loreto
Orientadora

AGRADECIMENTOS

À Deus pelas bênçãos concedidas durante minha trajetória acadêmica, por ter me dado à oportunidade de realizar este sonho e pela ajuda nos momentos mais difíceis.

Aos meus queridos pais Zélia e Gastão e ao meu irmão Henrique pelo carinho, apoio e pelas orações que muito me ajudaram.

Ao Hugo, meu amado esposo, pelo apoio, incentivo e por estar ao meu lado em todos os momentos.

À professora Maria das Dores Saraiva de Loreto pela orientação, dedicação, incentivo e, principalmente, pelo carinho e amizade.

Às minhas co-orientadoras, as professoras Rita de Cássia Lanes Ribeiro e Rosângela Minardi Mitre Cotta pela orientação e dedicação.

Aos professores Adelson Tinoco e Simone Caldas Tavares Mafra pela disponibilidade em participar desta pesquisa, contribuindo grandemente para a melhoria deste trabalho.

À professora Luciana Gomes pela atenção e pelas contribuições.

Aos meus colegas de curso pelo carinho, amizade e por terem tornado esta tarefa mais agradável.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para o êxito deste trabalho.

A todos, muito obrigado!

BIOGRAFIA

Juliana Alexandrino Santos, filha de Francisco Gastão Santos e Zélia Alexandrino Santos, nasceu no dia 08 de maio de 1977, na cidade de Paula Cândido, Minas Gerais.

Em 2004, graduou-se bacharel em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

Em 2006, ingressou no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, em nível de Mestrado, atuando na Linha de Pesquisa “Família, Políticas Públicas e Avaliação de Programas e Projetos Sociais”, submetendo-se à defesa da dissertação em 15 de maio de 2008.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	vii
ABSTRACT	ix
1. INTRODUÇÃO: Contextualização do problema e justificativa	1
1.1. Objetivos	5
2. REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1. Um breve histórico sobre a saúde pública no Brasil	6
2.2. O Programa de Saúde da Família	9
2.3. O cotidiano familiar em sua dimensão de rede	12
2.4. Programa de Saúde da Família: Uma rede de apoio?	16
2.5. As interfaces saúde e qualidade de vida	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO – CONCEITUAL: ABORDAGEM SISTÊMICA E DAS REDES DE SIGNIFICAÇÕES	21
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
4.1. Tipo de pesquisa	25
4.2. Local de estudo	26
4.3. População e amostra	26
4.4. Método de coleta de dados	27
4.5. Variáveis analíticas	30
4.5.1. Atividades desenvolvidas no PSF	30
4.5.2. Perfil pessoal e familiar do dependente e do cuidador	31

4.5.3. Caracterização do <i>habitat</i> familiar	33
4.5.4. Cotidiano familiar e redes	33
4.5.5. Qualidade de vida e redes de significação	34
4.6. Procedimentos de análise dos dados	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1. Caracterização do Programa de Saúde da Família em Viçosa	36
5.1.1. Atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família	37
5.1.2. Atividades desenvolvidas com a família que cuida de um indivíduo dependente	51
5.2. Perfil pessoal e familiar do dependente e do cuidador	59
5.3. Caracterização do <i>habitat</i> familiar	66
5.4. O cotidiano das famílias cuidadoras de indivíduos dependentes e suas redes	68
5.5. Qualidade de vida e redes de significação	78
6. CONCLUSÕES	86
7. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DA PESQUISA	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
APÊNDICE	97
ANEXO	106

RESUMO

SANTOS, Juliana Alexandrino. M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, maio de 2008. **Cotidiano familiar e qualidade de vida de usuários dependentes de cuidado - Programa de Saúde da Família, Viçosa/MG.** Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-Orientadoras: Rosângela Minardi Mitre Cotta e Rita de Cássia Lanes Ribeiro.

Buscou-se nesta pesquisa compreender a realidade cotidiana e a qualidade de vida de sistemas familiares que cuidam de um indivíduo dependente, no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF). A pesquisa, de natureza quanti-qualitativa, pautou-se na teoria sistêmica e das redes de significações, fazendo uso do estudo de caso. Para tanto, foram selecionadas as equipes do PSF de Nova Viçosa, Amoras e Cachoeirinha, do município de Viçosa. No processo de coleta de dados, fez-se uso de registros documentais e de entrevistas com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), as unidades familiares e os indivíduos dependentes. Os resultados mostraram que as atividades desenvolvidas pela ESF com as famílias envolviam, basicamente, a orientação sobre o cuidado com o dependente. O período de dependência, considerada moderada e leve, de acordo com o índice de Barthel, variou de 20 dias até 14 anos e, na maioria dos casos, os motivos eram decorrentes de doenças neurológicas. A principal mudança na vida do familiar dependente foi o fato de ele não poder trabalhar. Além disso, a dependência provocava mudanças na vida da família, principalmente em relação ao aumento das despesas e às funções desempenhadas, considerando que a mulher cuidadora tinha que conciliar o trabalho fora de casa, os afazeres domésticos e o cuidado do familiar enfermo. No dimensionamento da qualidade de vida dos indivíduos dependentes, o domínio social foi o mais expressivo, o

que demonstra a importância das redes sociais, principalmente a familiar. O bem-estar psicológico também contribuiu para a qualidade de vida global. A baixa contribuição do domínio físico pode estar refletindo a hipótese da *homeostase* quanto à condição de enfermos, trazendo limitações na vida social e na percepção sobre o ambiente em que estavam inseridos. Diante deste contexto concluiu-se que a dependência é uma questão que merece atenção por parte das políticas públicas, sendo necessária no PSF uma política específica e mais efetiva de capacitação da ESF e de atenção para os cuidadores, considerando que o PSF representa uma rede social forte no processo de um atendimento mais humanizado.

ABSTRACT

SANTOS, Juliana Alexandrino. M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, May 2008. **Everyday familiar and life quality of care dependant individuals – Family Health Program, Viçosa/MG.** Adviser: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-Advisers: Rosângela Minardi Mitre Cotta and Rita de Cássia Lanes Ribeiro.

This research was designed to comprehend the actual daily life and the quality of familiar systems that take care of a dependant individual, within the Family Health Program (PSF) context. The research of quality and quantity nature, was based on the systemic theory and on the signification nets, using the case study. For this purpose, the PSF groups of Nova Viçosa, Amoras and Cachoeirinha, in the municipality of Viçosa, were selected. In the data collection process, documental registrations and interviews with the professionals of the Family Health Team (ESF), the family units and the dependant individuals were used. The results showed that the activities developed by the ESF with the families basically involved the guidance on how to care for the dependant. The dependence period, considered moderate and light, according to the Barthel index, varied from 20 day to 14 years, and, in most of the cases, the causes were a result of neurologic diseases. The main change in the life of the family dependant was the fact that he or she could not work. Moreover, the dependence caused changes in the life of the family, mainly in relation to the increase of expenses and to the functions performed, considering that the caring woman had to adjust the out-of-the-house work, the household work and the care with the ill familiar. In the evaluation of the life quality of the dependant individuals, the social domain was the most expressive, which demonstrates the importance of the social nets, mainly the familiar one. The psychological welfare also contributed to the general overall life quality. The low

contribution of the physical domain could be reflecting the hypothesis of *homeostasis* as to the condition of the individuals causing limitations to the social life and to the perception of the environment in which he or she was set. In face of this picture, it was concluded that the dependence is a matter that deserves attention from the public policies, and in the PSF a specific and more effective policy of the ESF capacitation and of attention for the caners is necessary, considering that the PSF represents a strong social net in the process of a more humanized care.

1. INTRODUÇÃO: Contextualização do problema e justificativa

Nas últimas décadas têm-se observado várias mudanças na sociedade brasileira, sendo o envelhecimento da população uma delas, com um notável aumento de indivíduos com mais de 60 anos. Esta mudança no perfil demográfico, segundo Cattani e Girardon Perlini (2004), teve início na segunda metade dos anos 1970, em virtude do declínio da taxa de natalidade, além do próprio aumento da expectativa de vida.

Atualmente, no Brasil, os idosos representam cerca de 10% da população geral. O censo de 2000 informou que, dos 169,5 milhões de brasileiros, 15,5 milhões têm 60 anos ou mais, e projeções apontam o crescimento desse grupo populacional para 18 milhões até 2010 e 25 milhões até 2025 (IBGE, 2007a). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), o Brasil ocupará, até 2025, o sexto lugar na lista de países com maior número de pessoas idosas.

O prolongamento da vida, segundo Celich e Batistella (2007), eleva a incidência de enfermidades crônicas não-transmissíveis e incapacitantes, com possível dependência física, cognitiva e emocional. O aumento das doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias tem representado a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro. O problema, que não afeta só a população idosa, tem atingido gradativamente tanto a população de países desenvolvidos quanto daqueles em desenvolvimento, em função das modificações no estilo de vida das pessoas, sobretudo nos hábitos alimentares, nos níveis de atividade física e no fumo (OPAS, 2003).

Essas enfermidades são responsáveis por 59% dos 56,5 óbitos anuais e 45,9% da carga global de doenças. Segundo informações apresentadas pela OPAS (2003), boa parte dos óbitos (17 milhões) é causada por doenças cardiovasculares, sobretudo

cardiopatas e acidente vascular cerebral (AVC), cujos principais fatores de risco são: obesidade, hipertensão arterial, alto nível de colesterol e consumo de álcool e de tabaco.

Essas mudanças na sociedade, com repercussões na saúde da população, representam novos desafios tanto para as famílias, que têm de cuidar do familiar idoso e, ou, doente, quanto para o sistema de saúde, que precisa identificar as necessidades dessas famílias.

As políticas de saúde têm voltado sua atenção para a família, compreendendo-a como elemento-chave no cuidado com a saúde de seus membros e na melhoria da qualidade de vida. Reconhece-se, como afirma Elsen (2002), que muitos dos problemas de saúde devem ser tratados em casa, na família, uma vez que esta é a primeira a reconhecer os sinais de alteração na saúde de seus membros, como também a primeira a realizar os cuidados necessários.

Segundo Marsiglia (2005), é nesse sentido que tem havido a tendência de as políticas de saúde elegerem a família e o seu espaço físico e social como unidade de trabalho e base para o atendimento de doentes crônicos, deficientes físicos e mentais, idosos, acamados, jovens e crianças, incentivando a desinstitucionalização, com redução do tempo de internação por doenças graves e incentivo ao tratamento domiciliar.

Diante disso, conforme afirma Carvalho (2005), tem-se falado menos em internação hospitalar e mais em internação domiciliar, médico de família, cuidado domiciliar, agentes comunitários de saúde, e em programas de saúde da família, centros de acolhimento, reabilitação, convivência etc. A família, em sua condição de esfera de vida íntima, lugar de encontro humano, de construção de história de vida, de reposição de valores e exercício de poder moral sobre o imediato, tem sido percebida como interface necessária na esfera política. Sarti (2005) ressalta que o importante na formulação dessas políticas públicas é manter o foco na família, entendida em sua dimensão de rede, sempre considerando que as desigualdades se configuram em relações, dentro de um mundo de significações, caracterizadas por um dar, receber e retribuir contínuos.

Entretanto, quando se elege a família como foco de cuidado em saúde é preciso compreender que as várias mudanças ocorridas no plano socioeconômico-cultural, pautadas no processo de globalização da economia capitalista, vêm interferindo na dinâmica e na estrutura da família, provocando, como ressaltam Gomes e Pereira (2005), alterações em seu padrão tradicional de organização. A estrutura familiar está se tornando mais complexa, novos laços afetivos têm sido formados, assim como novas rupturas que podem abalar as relações familiares. Segundo Bourdieu (2005), a família

nuclear, “natural”, tem desaparecido, dando lugar às novas formas de laços familiares inventados a cada dia.

Além disso, acompanhando a tendência mundial, o número de filhos por domicílio vem diminuindo nos últimos anos, levando a uma teia familiar mais restrita, com reflexos sobre o cuidado domiciliar. Conforme ressalta Sommerhalder (2001), as famílias numerosas têm maior chance de fazer arranjos e conseguir dar suporte ao familiar dependente, ao passo que as famílias pequenas têm menor possibilidade de compartilhar funções e maior chance de sobrecarregar uma única pessoa. Todos esses fatores podem funcionar como empecilhos para implementação do cuidado no domicílio.

Cuidar em casa de indivíduos com perdas funcionais e dependência é uma prática que vem se tornando cada vez mais freqüente no cotidiano das famílias. Esse cuidado gera gastos crescentes para a família, além de uma assistência permanente ao enfermo, o que provoca desgaste muito grande, especialmente para o cuidador. Além disso, cuidar em família é uma tarefa isolada e que conta com maior possibilidade de receber apoio informal (amigos e vizinhos) do que formal (instituições públicas e privadas, governamentais ou não). Assim, diante desse aumento de indivíduos dependentes de cuidado e da complexa tarefa que é cuidar deles em casa, pode-se afirmar que a dependência é uma questão de saúde pública, sendo, portanto, necessário definir claramente as responsabilidades do Estado e da família no processo de cuidados domiciliares.

Em face desse cenário de mudanças em nossa sociedade já é possível perceber algumas ações por parte de instituições governamentais e não-governamentais preocupadas com a dependência, principalmente de idosos, oferecendo cursos de orientação e grupos de apoio aos cuidadores. Entretanto, esses projetos contemplam uma pequena parcela da população, mas são consideradas iniciativas importantes que dão apoio aos cuidadores e aos indivíduos dependentes.

A Política Nacional de Saúde do Idoso representa um avanço nas questões referentes ao cuidado de idosos dependentes. No item que se refere ao "Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais", sugere-se a formação de parcerias entre os profissionais de saúde e as pessoas responsáveis pelo cuidado, uma vez que a assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, requer orientação, informação e assessoria de especialistas. Além disso, recomenda que as pessoas responsáveis pelo cuidado também devam receber cuidados especiais, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica

riscos de tornar doente, e igualmente dependente, a pessoa do cuidador (BRASIL, 1999).

Além disso, o Ministério da Saúde, por meio da portaria SAS/ MS n^o 249, de 16 de abril de 2002, cria os mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, estabelecendo a Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. O artigo 2^o dessa portaria estabelece que as Secretarias Estaduais de Saúde devam adotar as providências necessárias à articulação dos Centros de Referência cadastrados com a Rede de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família (PSF). A assistência a ser prestada pelos Centros de Referência deve ser conduzida em conformidade com as diretrizes essenciais contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 2002).

O PSF, como estratégia de reorganização do sistema sanitário brasileiro, além de ter sido implantado com o objetivo de introduzir mudanças significativas no setor saúde, substituindo o antigo modelo assistencial (médico-medicamentoso e hospitalocêntrico), tem como objetivo oferecer subsídios para que as famílias tenham condições de exercer as funções que lhes vêm sendo imputadas. O atendimento domiciliar, privilegiado pelo PSF, ressurge como uma das possibilidades de promover mudanças na qualidade da atenção à saúde e como um espaço possível de atuação, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da assistência, bem como nos princípios da equidade e da integralidade (GASPAR, 2006). Assim, ele pode ser considerado um suporte a essas famílias cuidadoras, com a finalidade de aliviar ou minimizar o seu sofrimento, bem como fornecer as orientações necessárias relativas ao cuidado.

Diante desse contexto de mudanças perpassadas pela sociedade brasileira, bem como o fato de as políticas públicas atribuírem, cada vez mais, funções aos diferentes arranjos familiares presentes no mundo contemporâneo, esta pesquisa propõe compreender o cotidiano das unidades familiares que cuidam de um indivíduo dependente e as possíveis redes que lhes fornecem apoio, e, em especial, avaliar se o PSF tem representado uma destas redes, sendo efetivo na assistência a essas famílias, cumprindo, assim, sua proposta de garantia de acesso, equidade e humanização, bem como a melhoria da qualidade de vida.

Essa nova realidade que muitas famílias têm vivenciado, que é cuidar em casa de um membro familiar dependente, é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público. Por isto, justifica-se a realização desta pesquisa, uma vez que seus resultados podem oferecer

subsídios para formulação de políticas públicas de saúde voltadas para as necessidades dessas famílias, e, em especial, ao funcionamento do PSF.

1.1. Objetivos

Analisar a relação entre o Programa Saúde da Família (PSF) e os sistemas familiares que cuidam de um indivíduo dependente, visando compreender a realidade cotidiana e a qualidade de vida dessas famílias.

Especificamente, procurou-se:

- Identificar as atividades desenvolvidas pelo PSF, em função da situação vivenciada pelas famílias que possuem um membro familiar dependente de cuidado.
- Identificar o perfil pessoal e familiar dos indivíduos dependentes e dos seus cuidadores, bem como o *habitat* familiar.
- Examinar o cotidiano das unidades familiares que cuidam de um indivíduo dependente, especialmente seus subsistemas pessoal e administrativo.
- Caracterizar as formas de manifestação e qualificação das redes de significações, com destaque para a atuação do PSF.
- Analisar a qualidade de vida dos indivíduos dependentes, ressaltando o papel do PSF para a melhoria da qualidade de vida.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi estruturada em função dos objetivos propostos, centrando-se nos seguintes tópicos: um breve histórico da saúde pública no Brasil até a implantação do Programa de Saúde da Família; o cotidiano familiar em sua dimensão de rede; discussão do PSF como rede de apoio; e as interfaces entre saúde e qualidade de vida.

2.1. Um breve histórico sobre a saúde pública no Brasil

A saúde pública no Brasil sofreu várias mudanças ao longo dos anos, configurando-se conforme as necessidades e os contextos de cada período e acompanhando as tendências da sociedade vigente. Ao realizar um breve histórico sobre essas mudanças, buscou-se compreender como surgiu a necessidade de reformar o sistema de saúde brasileiro e de estabelecer um novo modelo assistencial, pautado, principalmente, em práticas de promoção da saúde e prevenção das doenças, sem deixar de lado o atendimento curativo, o que esclarece a implantação do PSF como uma estratégia para reafirmação desse modelo.

As primeiras ações sanitárias que ocorreram no Brasil iniciaram-se no período das grandes exportações, com campanhas de vacinação em massa para combater doenças e mortalidades por peste e a febre amarela. De acordo com Mendes (1999), essa política de saneamento ocorria nos espaços de circulação das mercadorias exportáveis no intuito de erradicar ou controlar as doenças que poderiam prejudicar a exportação.

No início do século XX, a política agroexportadora dava lugar à crescente industrialização dos grandes centros urbanos, modificando o cenário político-social brasileiro. Com isso, muitas pessoas migravam do campo para a cidade à procura de trabalho, o que contribuiu para a formação de favelas, cortiços e vilas operárias. Esse novo cenário urbano trouxe consigo vários problemas de saúde, frutos das próprias condições de trabalho, como: acidentes, verminoses, doenças transmissíveis e desnutrição (LUZ, 1984).

Diante desse quadro, como aponta Nunes (2000), a preocupação com a saúde pública pautou-se, basicamente, na higienização e disciplinarização das cidades e de seus habitantes, como forma de manter a ordem e reorganizar a maneira de se viver em cidades. Entretanto, com o processo de urbanização ocorrendo de forma acelerada surgiu a necessidade de atender à massa operária, buscando manter e restaurar sua capacidade produtiva (MENDES, 1999). Foi então que se criou uma assistência médica – Previdência Social – voltada basicamente para trabalhadores que possuíam carteira assinada, ficando a outra parcela significativa da população dependente de assistência particular ou de hospitais filantrópicos, caso não possuísse recursos financeiros para pagar (BORGES, 2002).

Já no período do regime militar o controle das políticas ocorria de forma centralizada no governo e o investimento na área da saúde era precário. Segundo Filho (2006), parte do dinheiro destinado à saúde pública era para o pagamento dos serviços prestados por hospitais particulares aos doentes pobres, enquanto a outra parte era destinada para algumas campanhas de vacinação, não sobrando quase nada para investir nos sistemas de distribuição de água tratada e de coleta de esgoto, elementos vitais para a prevenção de muitas doenças.

Esse modelo médico-assistencial privatista começou a sofrer esgotamento no final dos anos 1970, como mostra Mendes (1999), tendo como pano de fundo uma crise fiscal do Estado, com fortes repercussões na Previdência Social. Além disso, esse modelo não atendia à realidade sanitária brasileira, pois a prática médica baseada nos aspectos curativo-reabilitadores não era capaz de alterar os perfis de morbimortalidade, sem falar nos crescentes custos desse modelo, que inviabilizavam sua expansão. Acrescido a isso, estava a insatisfação dos usuários, dos prestadores de serviços e dos trabalhadores da área de saúde com a gradativa perda da qualidade dos serviços prestados pela Previdência Social.

Foi nesse cenário de exclusão social, marcado pelas desigualdades de acesso aos serviços de saúde, pela fragmentação da assistência e pelo privilegiamento das ações

curativas e hospitalares, que surgiu a necessidade de desenvolver políticas públicas e programas sociais que atendessem tanto o enfrentamento da crise econômica quanto às necessidades da população. Neste período de transição da ditadura para a democracia desencadeou-se o movimento de reforma sanitária, liderado por profissionais de saúde e atores políticos, com apoio da população em geral (BORGES e CARDOSO, 2005).

A reforma sanitária propunha três aspectos fundamentais, como aponta Mendes (1999): primeiro um novo conceito de saúde, mais abrangente, que passa a ser definido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. Segundo, institui-se a saúde como direito de cidadania e dever do estado, e, em terceiro lugar, foi proposta a profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A formalização dos ideais dessa reforma se concretizou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, com ênfase nas ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. A nova constituição brasileira, aprovada em 1988, incorporou a proposta contida no relatório final da VIII CNS. Porém, a regulamentação do SUS só ocorreu em 1990, com a lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Segundo Borges (2002), as diretrizes propostas para o SUS na VIII CNS foram:

- Descentralização: gestão única em cada esfera do governo: União, Estado e município. Segundo D'Aguiar (2001), a descentralização viabilizou a adequação de práticas administrativas e gerenciais destinadas a cada realidade local, favorecendo o desenvolvimento de programas e ações capazes de intervir, de maneira singular, conforme o diagnóstico de cada comunidade.

- Municipalização: os municípios passam a ter autonomia para dirigir seus recursos, investindo conforme as necessidades específicas de cada região.

- Financiamento dos serviços: por meio de arrecadação de impostos e contribuições das esferas federal, estadual e municipal.

- Participação Social: passa a ser garantida nas decisões a serem tomadas com relação à saúde, por meio das conferências e dos conselhos de saúde.

Essas diretrizes estariam pautadas nos seguintes princípios doutrinários:

- Universalidade: todo cidadão, independentemente de sua situação ocupacional, deve ter direito à saúde e ao acesso aos serviços médicos, que podem ser de caráter preventivo ou curativo, priorizando o preventivo, sem prejuízo dos serviços assistenciais (médico/hospitalares).

- Eqüidade: todo cidadão deve ser igual perante o SUS e deve ser atendido de acordo com suas necessidades. Assim, a eqüidade assegura ações e serviços de todos os níveis, conforme a complexidade de cada caso, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras.

- Integralidade: tanto a saúde quanto as pessoas devem ser vistas como um todo, e ao receberem tratamento devem ser olhadas como um ser integral, inseridas em um contexto familiar, social e econômico.

Conforme apontado por D'Aguiar (2001), a reforma do Sistema de Saúde trouxe profundas mudanças, principalmente no que se refere à descentralização das ações de saúde e ao privilégio da Atenção Primária à Saúde, tendo o PSF como principal estratégia operacional.

2.2. O Programa de Saúde da Família

A implantação do PSF no Brasil, em 1994, ocorreu em função da necessidade de solidificar o funcionamento do SUS e, ao mesmo tempo, resolver a maior parte dos problemas de saúde, investindo na promoção da saúde. Nesse sentido, o PSF tem sido considerado uma estratégia do SUS, pois não traz propostas inovadoras, mas incorpora e reafirma os princípios e as diretrizes do SUS. A Saúde da Família, que tem uma das suas raízes no Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, implantado em 1991 pelo Ministério da Saúde, foi instituído no intuito de substituir o modelo tradicional: excludente, centrado na doença, individualizado e segmentado. Faz parte, portanto, de uma reorientação das práticas de saúde, sendo responsável pela atenção primária e pela articulação com os outros níveis de atenção, contribuindo para a construção de um sistema de saúde integrado (BORGES e JAPUR, 2005).

O Ministério da Saúde regulamentou o programa por meio da Portaria/MS nº 692, de 25 de março de 1994, publicado no Diário Oficial da UNIÃO – DOU, nº 060 de 29 de março de 1994, Seção 1, página 4572 (BRASIL, 1994).

O PSF consiste no trabalho de uma equipe multiprofissional, composta pelo médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Esses profissionais compõem a equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde, e, quando são incorporados à equipe os profissionais de saúde bucal (dentista, auxiliar de consultório dentário e o

técnico em higiene dental) a equipe do PSF passa a ser considerada uma equipe ampliada (BRASIL, 2006).

Uma Equipe de Saúde da Família (ESF) pode ser responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. Cada agente comunitário deve acompanhar no máximo 750 pessoas (BRASIL, 2006). A equipe é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características, dividindo-as em microáreas de abrangência definida (adscrição territorial da clientela).

A organização do trabalho se estrutura dentro desse território delimitado, que não deve ser compreendido somente como um espaço geofísico, mas também como espaço social das relações sociopolíticas e da cultura local. De acordo com Alves (2005) e Borges (2007), a equipe inserida nesse território deve traçar estratégias de intervenção nas famílias, conforme as necessidades da comunidade que ali reside, buscando apreender as necessidades mais abrangentes dos sujeitos. Assim, para Souza e Carvalho (2003), o fato de os profissionais de saúde estarem inseridos na comunidade, indo até o domicílio das pessoas, pode criar entre ambos um vínculo de compromisso e coresponsabilidade, que facilita a identificação dos problemas de saúde e, até mesmo, o atendimento.

O atendimento deve ser realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no domicílio, visando o trabalho com o princípio da vigilância em saúde, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de todas as pessoas, estejam elas sadias ou doentes, de forma integral e contínua, de modo a garantir melhores níveis de saúde e qualidade de vida para todos aqueles que o utilizam. Isso caracteriza o nível primário de atenção¹, considerado o primeiro contato da população com o serviço de saúde (BORGES, 2002).

¹ A atenção básica caracteriza-se por ser: “(...) um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais essas equipes assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orientam-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade ao sistema, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. (...) A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (BRASIL, 2006: 2).

Como o trabalho de intervenção no PSF ocorre em nível de atenção primária, tendo o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente como foco de atenção, ele deve enfatizar a promoção da saúde. Na Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, a promoção da saúde foi definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação da comunidade no controle deste processo. Sendo assim, a comunidade deve participar no sentido de assumir a responsabilidade pela resolução de seus problemas de saúde, sendo esta associada à qualidade de vida e ao bem-estar das pessoas (CONFERÊNCIA, 2007). A inclusão da família como foco de atenção em saúde pode ser considerada uma das grandes contribuições do PSF no intuito de promover a saúde e a qualidade de vida das famílias em seu cotidiano. A proposta é que esta qualidade seja garantida e mantida no próprio ambiente em que vivem as famílias e que essas pessoas sejam participantes ativas desta manutenção.

Nessa linha de raciocínio, Borges (2007) acrescenta que esse processo de trabalho em saúde é considerado uma prática social, complexamente interligada à realidade em questão, sendo a participação popular extremamente valorizada, compondo a co-responsabilidade nas intervenções desenvolvidas no território.

Todas as ações e, ou, atividades realizadas pela ESF devem ser lançadas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que é um sistema para gerenciamento de dados obtidos nas visitas domiciliares e nas Unidades de Saúde da Família (USF). Os relatórios produzidos pelo SIAB auxiliam as equipes e os gestores municipais no conhecimento da realidade socio sanitária da população acompanhada, bem como na avaliação da adequação dos serviços de saúde oferecidos com intuito de readequá-los, sempre que necessário, podendo, assim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 1998; NICHATA e FRACOLLI, 2001).

A produção dessas informações, segundo Nichiata e Fracolli (2001), vem se tornando um importante instrumento de controle social do SUS, uma vez que possibilita à população acompanhar e avaliar as atividades dos serviços de saúde. Além disso, vem se conformando como uma estratégia para a operacionalização do SUS, pois a análise desses dados permite traçar prioridades políticas a partir dos perfis epidemiológicos de determinada localidade, além de ser um instrumento válido para fiscalização da aplicação dos recursos públicos destinados à área social. Assim, o trabalho realizado pela equipe do PSF tem gerado uma quantidade significativa de dados, devido ao

grande número de equipes e, conseqüentemente, ao número de famílias cadastradas e atendidas.

Com a implantação do PSF, grande parte da população passou a ter acesso à atenção básica. Com isso, o número de municípios que implantam esta estratégia vem crescendo a cada ano. Em 2006, 5.106 municípios aderiram ao programa, perfazendo um total de 26.729 Equipes de Saúde da Família implantadas, com uma cobertura de 46,2% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 85,7 milhões de pessoas e a um investimento de R\$ 3.248,50 bilhões (BRASIL, 2007). Só em Minas Gerais, o PSF está presente em 823 municípios, o que corresponde a uma cobertura de 96% (MINAS GERAIS, 2007).

Cabe lembrar que cada município, ao implantar o PSF, deverá seguir as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, buscando adequá-las à realidade local, pois só assim poderá alcançar seus objetivos de forma satisfatória. Sobre isso D'Aguiar (2001) argumenta que cada modelo de atenção desenvolvido em nível nacional deverá ser utilizado de maneira distinta, dependendo da região, uma vez que o Brasil apresenta uma grande diversidade geográfica, social, cultural e política.

2.3. O cotidiano familiar em sua dimensão de rede

Nos últimos anos tem-se observado aumento significativo no número de idosos em todo o mundo, bem como aumento da incidência de enfermidades crônicas não-transmissíveis, que têm causado dependência física, cognitiva e emocional. Compreendendo a repercussão de tal situação para a sociedade, especificamente para as famílias que cuidam de pessoas nessa situação, muitas pesquisas vêm sendo realizadas no intuito de analisar o cotidiano dessas famílias. Nessas pesquisas procuram-se conhecer as atividades que envolvem esse cuidado, o perfil dos cuidadores, ou seja, quem dentre os familiares é o cuidador principal e como se dá essa escolha, além de procurar detectar as redes de apoio que se agregam à tarefa de cuidar.

O ato de cuidar, segundo Azevedo e Santos (2006), abrange desvelo, atenção, zelo e solicitude. Mais do que isso, acrescentam Gonçalves *et al.* (2006, 576): “*representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro*”. É por imbuir-se desse cuidado que a família vem sendo considerada uma instituição social muito eficiente, acreditando que cuidar do

familiar doente, idoso ou não, é seu dever moral, decorrente das relações pessoais e familiares (CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004).

Ao se falar de família, principalmente daquela que cuida de doentes ou idosos, é preciso que ela seja compreendida de forma mais ampla, pois segundo Mendes e Lopes (2001) ela pode incluir qualquer pessoa identificada com o indivíduo a ser cuidado, como um parente distante ou mesmo um vizinho, que tenha melhores condições de cuidar do que um familiar mais próximo.

Assim, para Rice *apud* Lacerda e Olinisk (2004), a definição de família está intimamente ligada ao tipo de relacionamento estabelecido entre seus membros, sendo considerada um grupo de pessoas que vivem juntas ou possuem um contato íntimo, cuidando uma das outras e proporcionando cuidado, apoio, criação e orientação uns para os outros.

Cuidar de um familiar doente, idoso ou não, em casa pode ser considerado vital para sua reabilitação, afirma Cattani e Girardon-Perlini (2004) considerando que o domicílio constitui um espaço onde as pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções podem viver com boa qualidade de vida, sem interrupção do convívio familiar e social.

O cuidado no domicílio gera a necessidade de pessoas – cuidadores – que assumam a responsabilidade de cuidar desses indivíduos dependentes. Para Laham (2003), normalmente, essa responsabilidade recai sobre um único familiar, denominado de cuidador principal, que pode ser considerado aquela pessoa, membro ou não da família, que fica responsável pelo cuidado do familiar dependente no exercício das suas atividades diárias (CELICH e BATISTELLA, 2007).

Os motivos que contribuem para a escolha do cuidador principal são diversos, dentre os quais podem ser destacado: a proximidade parental (cônjuges), gênero (principalmente mulher), proximidade física (viver juntos) e proximidade afetiva (pais, filhos) (KARSCH, 2003; RESTA e BUDÓ, 2004; CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004).

Segundo Gonçalves *et al.* (2006), os motivos para a escolha do cuidador são decorrentes da obrigação moral, alicerçada em aspectos culturais e religiosos; da ausência de outras pessoas para exercer essa tarefa, fazendo com que o cuidador assuma essa incumbência não por opção, mas por força das circunstâncias, e de casos de filhos desempregados e com dificuldades financeiras, que cuidam dos pais em troca de sustento.

Para Cattani e Girardon-Perlini (2004), na família existem outros possíveis cuidadores, porém, num ato espontâneo e, em muitos casos, impulsivo, uma das pessoas assume o cuidado ou pequenos cuidados, e quando se dá conta já é o cuidador principal. Assim, quanto mais o cuidador se envolve no cuidado, mais os outros membros familiares se afastam sendo, portanto, o cuidado dificilmente transferível para outros familiares.

Evidências empíricas apontadas por diversos pesquisadores, como Laham (2003), Resta e Budó (2004), Cattani e Girardon-Perlini (2004), Gonçalves *et al.* (2006), Azevedo e Santos (2006), dentre outros, têm demonstrado que a maior parte dos cuidadores é do sexo feminino. Os autores acreditam que este fato pode ser explicado pela tradição de que a mulher, por não trabalhar fora de casa, sempre foi responsável tanto pelo cuidado da casa e dos filhos quanto dos doentes e idosos. Entretanto, observa-se que, apesar das mudanças sociais na composição familiar e dos novos papéis assumidos por ela, devido à sua inserção no mercado de trabalho, as pesquisas ainda revelam a mulher como a principal responsável pelo cuidado. Com isso, somam-se à sua atividade de cuidadora de pessoas com dependência as atividades domésticas próprias de mãe, esposa e avó e, em muitos casos, o trabalho fora de casa.

O cotidiano dessas famílias envolve várias atividades que dependem do grau de dependência do familiar. De acordo com a pesquisa realizada por Gonçalves *et al.* (2006) sobre o perfil da família cuidadora de idosos fragilizados, esse cuidado envolve atividades que podem durar quase todo o dia, como a ajuda no deslocamento, o auxílio no banho, o encaminhamento ao sanitário para as necessidades fisiológicas e em situações de incontinência urinária, a ajuda no despir e no vestir, bem como nas trocas de fraldas e roupas. Em casos de pessoas mais debilitadas, as atividades podem ser ainda mais complexas.

Cuidar de um indivíduo dependente não envolve somente uma mera ajuda nas atividades diárias, mas também saber lidar com alguém que, às vezes, se encontra atingido na sua integridade física, psíquica e social, vulneráveis na sua auto-estima, que exterioriza, muitas vezes, sinais e sintomas difíceis de suportar, como deformidades, vômitos e mau-cheiro (CAMPOS, 2005).

Esse acúmulo de trabalho pode se transformar em sobrecarga significativa para o cuidador, que acaba se esquecendo de cuidar de si próprio, tornando-se paciente em potencial. Alguns estudos, como os de Karsch (2003), Floriani (2004) e Gonçalves *et al.* (2006), apontam que essa sobrecarga pode provocar dores lombares, depressão, pressão alta, artrite, reumatismo, problemas cardíacos e diabetes, além de exclusão social,

isolamento afetivo, distúrbios do sono, desgastes nos relacionamentos e outras complicações.

Mesmo apesar dessa sobrecarga de trabalho, com repercussões sérias para a saúde do cuidador, Gonçalves *et al.* (2006) constataram que os cuidadores não se sentiam incomodados em desenvolver essas atividades, deixando parecer que eles eram vocacionados para tal tarefa. Pode-se entender, também, que esse sentimento estava ligado ao fato de considerarem o ato de cuidar como um dever moral, uma exigência do viver em família, como afirma Cattani e Girardon-Perlini (2004).

É preciso ressaltar, ainda, um aspecto importante que afeta o cotidiano das famílias cuidadoras, ou seja, a dificuldade financeira, principalmente daquelas camadas mais pobres da população. Segundo Gaspar (2006), diante da doença e na maioria dos casos de envelhecimento, a família vê o orçamento domiciliar comprimido pelas despesas com hospitais, transporte, medicação, equipamentos, além de outros gastos. Para piorar a situação, acrescentam Gonçalves *et al.* (2006), muitos cuidadores se encontram desempregados, tendo de sobreviver de aposentadorias do familiar dependente, que, em muitos casos, não são suficientes para atender nem às necessidades básicas do próprio indivíduo.

Diante da complexa tarefa que é cuidar de uma pessoa com dependência, as famílias, no intuito de minimizar a sobrecarga de trabalho, vão estabelecendo as redes sociais², que se formam ao longo da vida, de acordo com os vínculos que vão sendo criados. Como destaca Amaral (2004), o estabelecimento de vínculos é próprio do ser humano e a família é vista como o *locus* para a concretização das trocas, cooperação e solidariedade. Todos os que vivem em sociedade estão de alguma forma fazendo parte, no seu dia-a-dia, de uma rede de relações, que é inerente às atividades humanas, estando presente em todas as relações que uma pessoa estabelece cotidianamente ao longo da vida. Assim, cada pessoa é o centro de sua própria rede, que é formada por uma teia de relações. Neste sentido, os indivíduos não devem ser analisados de forma isolada, mas sobre sistemas interativos de relações em um contexto estrutural, considerando as diferentes dimensões (micro, meso e macro) e definindo suas regularidades e propriedades estruturais (FAZITO e SOARES, 2008). Portanto, cada pessoa é vista de forma sistêmica, como aponta Sluzki (1997), uma vez que se considera que as fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam somente à unidade familiar, mas a

² A palavra rede vem do latim *retis* e significa entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido, porém sua conceituação como sistema de laços realimentados provém da Biologia, especificamente do estudo das teias alimentares e dos ciclos da vida (GASPARONI, 2007).

um conjunto de pessoas em uma população e suas conexões, ou seja, a rede social corresponde ao nicho interpessoal do indivíduo.

É preciso ressaltar que o tamanho e a composição dessas redes variam de acordo com cada família, havendo, portanto, famílias que contam com a ajuda de várias pessoas para cuidar e outras que não têm com quem contar. De acordo com os estudos realizados por Sommerhalder (2001), a família foi a fonte de apoio mais citada e com quem os cuidadores mais contavam, com destaque para a ajuda dos maridos, irmãos, irmãs, cunhados e cunhadas, mas também de filhos e filhas, dos netos e das netas. Os amigos e vizinhos também foram citados, compondo a rede de apoio. A pesquisa realizada por Gonçalves *et al.* (2006) corrobora esse resultado, demonstrando que pouco mais da metade dos cuidadores, em torno de 56%, contam com a ajuda de parentes no cuidado. Entretanto, nessas pesquisas citadas foi possível, também, verificar que nem todas as famílias têm alguém (parente ou não) para ajudar no cuidado.

A existência da ativação das redes, principalmente em situação de pobreza, é ressaltada por Sarti (2005) em seu artigo sobre famílias enredadas, na qual destaca que a sobrevivência das famílias pobres é possibilitada pela mobilização cotidiana de toda uma rede de sociabilidade em que a família está envolvida. Assim, as redes se constituem na única possibilidade de ajuda com que as famílias carentes podem aliviar as cargas da vida cotidiana. Essas cargas se intensificam em condições de enfermidade, quando ocorrem modificações nas relações do enfermo com o trabalho, os familiares e os amigos, afetando seu próprio sentido de vida e a capacidade de resolver problemas. Nessa situação, reveste-se de valor a rede social na saúde ou o apoio social fornecido pelas redes, que permite o intercâmbio de informações, ganho de controle sobre as decisões, além de auxílio nos momentos de crise.

2.4. Programa de Saúde da Família: Uma rede de apoio?

A mudança no modelo de assistência à saúde resgata a família como a grande parceira das políticas públicas, em especial a política de saúde. Nessa parceria a família recebe inúmeras funções, dentre as quais se pode destacar a de cuidadora de indivíduos dependentes e idosos no âmbito doméstico. Ao mesmo tempo em que atribuem funções às famílias, as políticas de saúde procuram, pelo menos em tese, oferecer subsídios para que as famílias tenham condições de exercê-las. Um exemplo disso é a implantação do PSF, que se constitui como parceiro dessas famílias.

Tratando-se especificamente de famílias que cuidam de indivíduos dependentes, percebe-se, como aponta Delgado (2002), que elas precisam de orientação e ajuda no processo de cuidar e que uma das formas sugeridas por elas é justamente aquela advinda dos profissionais da saúde. Pode-se dizer que a dependência é uma importante questão de saúde pública, que, se bem estruturada, pode ser considerada uma rede de apoio muito eficiente.

A visita domiciliar, privilegiada pelo PSF, tem sido uma alternativa assistencial, principalmente para as famílias que cuidam de um membro familiar dependente, idoso ou não. Essa estratégia é muito eficiente e vem sendo utilizada nos serviços de saúde, especialmente no PSF, no intuito de garantir maior humanização da assistência. (COTTA *et al.*, 2002a, b).

Assim, a visita domiciliar é um instrumento de intervenção utilizada pela ESF para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Por se dar no domicílio, a visita possibilita compreender melhor a dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, além das características demográficas e epidemiológicas. É possível identificar também aquelas famílias que possuem um membro que necessita de cuidado domiciliar e como elas têm realizado esse cuidado, considerando os valores e as crenças que influenciam sua forma de cuidar. Ou seja, constatam-se *in loco* a realidade e as necessidades das famílias a serem assistidas (TAKASHI e OLIVEIRA, 2001; AZEREDO *et al.*, 2007; OLIVEIRA e MARCON, 2007).

É nesse contexto que se configura o importante papel da ESF junto às famílias, principalmente daquelas que cuidam de um familiar dependente. Para Lacerda e Oliniski (2004), é o profissional de saúde quem orienta o cuidador familiar, informando-o sobre a doença, como realizar cuidados de maior complexidade e como proceder diante de algumas alterações. Para tanto, devem-se conhecer as necessidades que os cuidadores enfrentam durante o processo de cuidar e, assim, colaborar na assistência tanto do cuidador quanto do doente. O foco do cuidado, de acordo com Cattani e Girardon-Perlini (2004), deve estar em ajudar e em capacitar a família para que possa atender às necessidades de seus membros, principalmente no que se refere ao processo saúde-doença.

A relação que se estabelece entre a ESF e a família cuidadora, proporcionada pela visita domiciliar, permite que vínculos e laços de compromisso e coresponsabilidade sejam criados entre ambos, os quais tendem a facilitar a identificação e o atendimento aos problemas de saúde dessas famílias. Podem contribuir, ainda, na maneira como as famílias encaram o processo de cuidar, como lidam com o tratamento

e, até mesmo, na confiança depositada no profissional que lhe assiste. Para Azeredo *et al.* (2007), essa interação permite que as famílias sejam cuidadas em sua integralidade e de forma mais adequada.

As visitas domiciliares devem ser feitas por toda a ESF, entretanto o ACS tem sido o maior responsável por esse trabalho. O ACS deve atender às famílias da sua área de abrangência no mínimo uma vez ao mês, no intuito de identificar suas necessidades, orientando-as sobre atitudes promotoras e protetoras de saúde, fazendo, assim, a interlocução entre as famílias e os demais membros da equipe, que geralmente vão a essas visitas em caso de necessidade de atendimento domiciliar. Ou seja, a visita domiciliar tem caráter tanto educativo quanto assistencial (AZEREDO *et al.*, 2007).

Há algumas limitações para a realização das visitas/atendimentos domiciliares, como apontado por Kawamoto *et al.*, *apud* Marasquim *et al.* (2004), que se configuram pelas dificuldades de acesso a algumas das famílias e pela limitação dos encontros devido ao horário de trabalho e aos afazeres domésticos, que podem impossibilitar ou dificultar suas realizações, além do problema de transporte, muito comum nos PSF, o que também prejudica o trabalho da equipe e a assistência às famílias (AZEREDO *et al.*, 2007). Além desses fatores, há outros que podem interferir no trabalho da ESF, com repercussões na realização das visitas/atendimentos domiciliares, gerando desmotivações e, até mesmo, a desresponsabilização na execução das atividades. Dentre eles podem ser destacados os baixos salários, as precárias condições de trabalho, com carência de recursos técnicos e materiais, além da capacitação profissional, muitas vezes pautada no paradigma curativo e hospitalocêntrico, o que compromete as relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde. Essa situação tem se tornado um desafio para esses profissionais, em termos do desenvolvimento de ações e práticas eficazes e eficientes, voltadas para atenção primária, coletiva e de caráter educativo e preventivo (COTTA *et al.*, 2006a, b).

Contudo, para Gaspar (2006), o atendimento no domicílio representa uma alternativa possível para assegurar o direito à equidade na assistência à saúde, principalmente de indivíduos que sobrevivem às doenças crônicas não-transmissíveis e apresentam seqüelas que dificultam a locomoção e o acesso aos serviços de saúde, constituindo, portanto, a fatia menos privilegiada nos programas assistenciais até então implantados. Assim, o PSF se torna uma potência em atingir essas populações, visando diminuir a exclusão socioespacial.

Não obstante, acrescentam Cattani e Girardon-Perlini (2004), essa assistência deve ser de qualidade, e não somente uma visita rápida e de rotina, pois somente assim

será possível perceber de forma mais ampla o processo saúde-doença, proporcionando qualidade de vida tanto para os cuidadores e o familiar enfermo, quanto para toda a família.

2.5. As interfaces saúde e qualidade de vida

A expressão “qualidade de vida” tem sido muito utilizada em inúmeros discursos acadêmicos, políticos, ideológicos, dentre outros, porém, como ressaltam Souza e Carvalho (2003), sua definição ainda é imprecisa, não existindo um consenso teórico a seu respeito. Sendo assim, seu conceito torna-se muito abrangente, pois além de envolver diferentes domínios da vida associada às mudanças sociais, políticas, ideológicas, também envolve a maneira como o indivíduo interage com o ambiente externo. Desta forma, a definição de qualidade de vida depende da abordagem com que cada um trabalha a questão.

A expressão *qualidade de vida* foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que: "*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.*" A partir de então, para Fleck *et al* (1999), muitos estudos passaram a dar maior enfoque ao termo qualidade de vida. Nas ciências humanas e da saúde, a preocupação com o conceito refere-se ao movimento no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Assim, como apontam Canavarro *et al.* (2005), ter qualidade de vida não significa apenas ter boa saúde física ou psicológica, mas é sentir-se bem consigo mesmo, com o local onde se vive, com a família, os amigos e outras pessoas que o rodeiam, além de envolver estilos de vida saudáveis, cuidado de si, capacidade para realizar as atividades do dia-a-dia, tempo para atividades de lazer (hobbies e passatempos) e outros hábitos que o façam sentir-se bem e realizado.

Para o entendimento e a avaliação da qualidade de vida, segundo Sliwiany *apud* Souza e Carvalho (2003), é necessário levar em conta a experiência cotidiana e pessoal de cada um dos membros familiares, considerando que prover boas condições de sobrevivência não garante a elevação dos níveis de qualidade de vida, uma vez que o que a determina são a forma e a capacidade do indivíduo perceber e se apropriar dessas condições. De nada valem os recursos se os beneficiários não podem se favorecer deles.

Além disso, viver com qualidade é uma condição que satisfaz as exigências e demandas que determinada situação impõe aos indivíduos, em um dado contexto particular.

Santos *et al.* (2002) relatam que a qualidade de vida pode se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação, além de estar relacionada com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde. Assim, o conceito de qualidade de vida varia de acordo com a visão de cada indivíduo, sendo para alguns considerada como unidimensional, enquanto para outros é conceituada como multidimensional.

Reconhecendo a natureza multifatorial da qualidade de vida e a necessidade de debater esse conceito e construir um instrumento para a sua avaliação, a OMS criou o *The WHOQOL Group*, formado por estudiosos de diferentes culturas. O grupo propôs um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que incluísse elementos positivos (mobilidade) e negativos (dor), ficando assim definido: “*qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (GRUPO WHOQOL, 1998). Trata-se de um conceito amplo e complexo que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente.

Assim como é difícil conceituar qualidade de vida, para Santos *et al.* (2002) a sua medida também o é, já que ela pode sofrer influência de valores culturais, éticos e religiosos, bem como de valores e percepções pessoais. Os autores acrescentam que esse caráter de subjetividade, no qual se reveste o conceito, baseia-se na realidade individual que converge no subjetivismo, constituindo-se em um conceito muito complexo e difícil de avaliar.

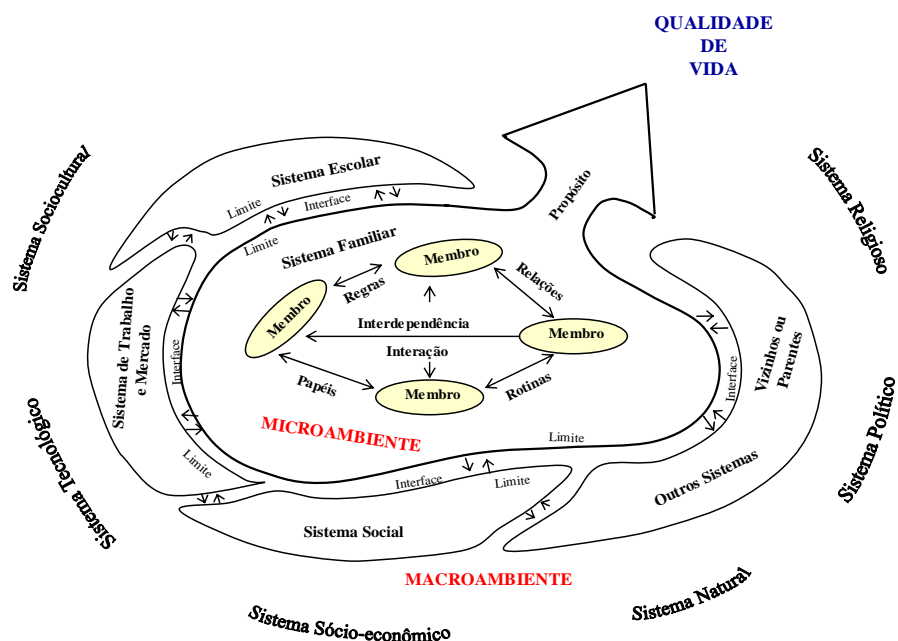
Desta forma, para Pereira (2005), tem sido um desafio avaliar a qualidade de vida pela própria dificuldade de quantificar sentimentos subjetivos e de estabelecer um ponto de corte que se aplique, ao mesmo tempo, a diferentes populações, além de não haver um padrão único para comparar resultados e avaliar a eficácia dos novos instrumentos; além disso, não há um único instrumento capaz de avaliar todas as dimensões do construto qualidade de vida. Portanto, para mensurar a qualidade de vida é necessário escolher um instrumento que inclua todos os domínios que se deseja avaliar, além de ser necessário considerar a seriedade e a confiabilidade dos estudos publicados sobre o método e sobre a instituição que o propôs.

3. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL: ABORDAGEM SISTÊMICA E DAS REDES DE SIGNIFICAÇÕES

Esta pesquisa teve como fundamentação teórica a abordagem sistêmica, criada pelo biólogo Ludwig von Bertalanffy, como uma nova forma de ver, compreender e descrever os fenômenos. Nessa concepção, o mundo é visto em termos de sua relação e interação, formando um sistema. Assim, a família é vista como um sistema que está em constante interação com o ambiente. Essa interação, segundo Rice e Tucker (1969), pode ser denominada de ecossistema humano, cujo propósito é a melhoria da qualidade de vida.

Como pode ser observado na Figura 1, o ecossistema familiar é composto pelos seguintes elementos: os membros familiares, o ambiente (macro e micro) e as diferentes formas de organização e manejo dos recursos.

Os membros familiares, segundo Hook e Paolucci (1970), são pessoas que vivem juntas e possuem algum tipo de comprometimento entre si, comportando como uma unidade. A forma e a função da estrutura organizacional da unidade familiar, por meio das interações e interdependências entre seus membros, derivadas dos papéis, de regras, rotinas e responsabilidades de cada pessoa para com a outra, têm como foco o alcance da melhor qualidade de vida, ou seja, a família, como um ecossistema humano, constitui um sistema de sustentação da vida para os seus membros, que é dependente do ambiente humano e natural, determinantes da qualidade e do significado à vida.



Fonte: Rice e Tucker (1969).

Figura 1 – Família como ecossistema.

O microambiente é composto pelo sistema escolar, sistema de trabalho e mercado, sistema social, vizinhos, parentes e outros sistemas que compõem o *habitat* da família. Já o macroambiente consiste de elementos naturais adjacentes e de instituições socioculturais, socioeconômicas, políticas, religiosas e tecnológicas da sociedade (RICE e TUCKER, 1969).

De acordo com Engberg (1992), o microambiente é circundado pelo macroambiente, estando as instituições, as políticas e os poderes de nível médio e intermediário estruturados em termos regional, estadual e municipal, que podem contribuir com *inputs* para os ambientes familiares e comunitários e, ao mesmo tempo, receber *outputs* desses sistemas menores. Esses sistemas interdependentes operam em uma hierarquia na qual cada unidade menor é um subsistema da próxima unidade maior contida em um “todo”, possuindo uma organização própria, em função da sua realidade cotidiana.

Assim, como apontam White e Klein (2002), todo sistema possui algum tipo de limite ou fronteira que regula a entrada e saída de informações e energia. No caso do sistema familiar, o próprio contexto sociocultural no qual a família está inserida cria limites e regras explícitas e implícitas que governam os relacionamentos com outros sistemas do micro e macroambiente (ZANETTI, 2006). Essa permeabilidade permite

classificar os sistemas em abertos ou fechados. Em um sistema fechado não há permeabilidade para com outros sistemas, já no sistema aberto não há nenhum impedimento para essas trocas, havendo permanente relação com o seu ambiente. Para Vasconcelos (2003: 208), os sistemas abertos são “*sensíveis a variações no ambiente, sendo capazes de incorporar informações novas e, portanto, capazes de aprendizagem*”. Nesse sentido, as relações vão se estabelecendo à medida que as relações com o ambiente vão acontecendo.

Segundo Melo *et al.* (2005), os sistemas familiares têm diferentes graus de abertura (limites ou fronteira) com o seu meio circundante, em função da sua estrutura organizacional. Os pontos onde os sistemas formam elos ou conexões são denominados de interfaces, que facilitam as interações dos sistemas entre si e com o meio ambiente, no sentido de direcionar para o alcance da qualidade de vida.

Em termos do manejo de recursos, o ecossistema³ familiar possui dois subsistemas, pessoal e administrativo. Conforme Deacon e Firebaugh (1988), a família ao realizar suas atividades leva em consideração tanto o subsistema pessoal – composto pelo conjunto de valores, crenças, recursos e habilidades – quanto o subsistema administrativo, que envolve um conjunto de respostas flexíveis a uma dada situação ou evento em particular, considerando os *inputs, through, outputs* e *feedback*.

O *input* é constituído por demandas, recursos e eventos. As demandas podem ser originadas tanto no micro quanto no macroambiente vivenciado pelo sistema familiar, ou ainda por eventos, que são ocorrências inesperadas (como é o caso da enfermidade de um membro familiar) que requerem ações administrativas, de acordo com os valores e recursos disponíveis, tanto humanos (conhecimentos, habilidades e capacidades dos membros familiares) quanto materiais (dizem respeito aos bens disponíveis para consumo ou que podem ser usados para produção de outros bens, além da poupança e dos investimentos).

O *through* ou propriamente subsistema administrativo envolve uma série de decisões relacionadas à transformação dos *inputs* em *outputs*, em termos do processo de planejamento (definição de padrões e seqüência de ações) e de implementação (ativação de plano e controle das atividades/ procedimentos).

³ Ecossistema refere-se à totalidade de organismos e ambiente, em uma interação interdependente. A abordagem ecossistêmica é importante para a compreensão do comportamento dos membros familiares, em termos das relações que visam a auto-estabilização e organização adaptativa (COX e BLAIR, 1987).

O *output* ou produto resultante compreende as demandas satisfeitas ou preenchidas, além dos recursos usados para o alcance da qualidade de vida, proporcionando um indicativo da satisfação da família com a atividade administrativa.

Determinados *outputs* ou resultados das ações administrativas podem entrar novamente no sistema como *inputs*, atividade que é conhecida como *feedback*, que pode ser positivo ou negativo, com capacidade para corrigir ou modificar os sistemas pessoal e administrativo. O *feedback* é visto como negativo quando há um desvio em relação a um padrão e o sistema ajusta-se, reduzindo ou neutralizando esse desvio, mantendo-se a estabilidade, ou *homeostase*, do sistema. Assim, os *feedbacks* negativos procuram fazer com que as coisas continuem como sempre foram. Já o *feedback* positivo introduz a noção de mudança qualitativa que permite a transformação, o crescimento e a criatividade e faz com que o sistema atinja um nível superior de complexidade (ABORDAGEM, 2007).

No manejo das decisões familiares, que envolvem tanto componentes pessoais, relacionados ao desenvolvimento cognitivo, sociopsicológico e espiritual, quanto ações administrativas de planejamento e implementação das atividades, estão implícitas as redes de significações, ou seja, o comportamento humano é delimitado, estruturado, recortado e interpretado pela ação do outro, como também por um conjunto de elementos orgânicos, físicos, interacionais, sociais, econômicos e ideológicos, que se interagem, compondo uma rede que contempla condições macro e microindividuais e estrutura um universo semiótico, constituindo as redes de significações (ROSSETTI-FERREIRA *et al.*, 2000).

De acordo com os referidos autores, o termo rede de significações deriva-se da pressuposição de que a característica humana básica é a imersão da pessoa em um mundo simbólico, em um processo contínuo de construção de significados de si próprio como pessoa, considerando experiências passadas, percepções do momento e projeção de perspectivas futuras. Ou seja, na relação indivíduo-meio ocorre um movimento de co-construção, em que simultânea e reciprocamente pessoa e meio se constituem, por meio de significações, mediação e, portanto, negociação. Assim, cada momento e situação, os componentes individuais (de ordem biopsicossocial), os campos interativos (características das relações) e os cenários ou contextos (sociohistórico, vivido, aqui e agora, prospectivo) se interagem, produzindo práticas sociais diversas e estruturando diferentes comportamentos, como é o caso do cuidado, por meio de uma reorganização contínua dos valores e significados.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos foram estruturados em termos do tipo de pesquisa, local de estudo, população e amostra, métodos de coleta de dados, variáveis analíticas e procedimentos de análise dos dados.

4.1. Tipo de pesquisa

Neste estudo, de natureza quanti-qualitativa, fez-se uso do estudo de caso, uma vez que foram analisadas três unidades do Programa de Saúde da Família em Viçosa.

O estudo de caso, segundo Babbie (1999), permite coletar e examinar o máximo de dados possíveis sobre o tema, descrevendo de forma mais abrangente a comunidade e seus atores, buscando determinar as inter-relações lógicas de seus vários componentes.

De acordo com Yin (2005), o estudo de caso, por ser uma estratégia de pesquisa, pode contribuir para o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados. Enfim, procura responder aos fenômenos sociais complexos, fazendo uso de uma ampla variedade de evidências, como: documentos, entrevistas e observações. Além disso, por ser uma estratégia de pesquisa abrangente, permite a triangulação dos dados, possibilitando o alcance dos objetivos.

4.2. Local de estudo

O presente estudo foi realizado na cidade de Viçosa, situada na microrregião da Zona da Mata de Minas Gerais, localizada a uma distância aproximada de 225 km da capital, Belo Horizonte. Possui uma área geográfica de 299 km² e uma população, estimada em 2007, de 70.404 habitantes (IBGE, 2007b).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, Viçosa conta, atualmente, com um centro de saúde para atendimento de mulheres e crianças (CSMC – Centro de Saúde da Mulher e da Criança), uma policlínica, um centro de atenção à saúde bucal, um centro de especialidades odontológicas (CEO), uma unidade de atendimento especializado e 12 Unidades de Saúde da Família. Oferece, também, serviços de fisioterapia, litotripsia (unidade de tratamento de cálculo renal), vigilância em saúde (Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica), dentre outros.

O município conta, ainda, com outros prestadores de serviços à saúde, como o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISMIV), dois hospitais conveniados com o SUS e oito laboratórios de análises clínicas, além de uma Farmácia Popular.

4.3. População e amostra

A presente pesquisa foi realizada no Programa de Saúde da Família de Viçosa-MG, implantado no município em 1997, e conta com 13 ESF. Para compor o universo amostral foram selecionadas três equipes do PSF, a saber: Nova Viçosa, Amoras e Cachoeira de Santa Cruz (Cachoeirinha). A seleção dessas equipes se justifica pelo fato de serem as pioneiras, visto que as outras foram implantadas somente em 2006; sendo assim, o tempo de implantação contribui para que os usuários possam avaliar o seu funcionamento.

Fizeram parte desta pesquisa os profissionais da equipe que prestavam algum tipo de atendimento às famílias que possuíam um de seus membros dependentes de cuidado, ficando a amostra da ESF composta por três médicos, três enfermeiros, três nutricionistas e três técnicos de enfermagem, ou seja, 100% destes profissionais fizeram parte da amostra; e 15 ACS, que representaram 93,7% dos agentes.

Também fizeram parte da amostra famílias cadastradas pelo PSF, que cuidavam

de um familiar dependente⁴. Nesta pesquisa, foi considerado dependente de cuidado, aquele indivíduo adulto, que apresentava dificuldades de locomoção, passando, a maior parte do tempo deitado ou sentado, por apresentar doença crônica não-transmissível e, ou, por velhice. A família foi representada por um cuidador, que nesta pesquisa foi considerada aquela pessoa que, por vínculos parentais ou não, assumiu a responsabilidade pelo cuidado do familiar dependente.

Como todas as famílias que preenchiam o requisito citado aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de Consentimento Livre Esclarecido, a amostra foi composta por 30 famílias (cuidadores) e 32 indivíduos dependentes de cuidado, pois duas famílias tinham dois dos seus familiares dependentes.

Da amostra dos 32 indivíduos dependentes foi retirada uma subamostra de 18 pessoas, sendo estes os que tinham condições de responder às questões a eles destinadas, para que se pudesse fazer um estudo mais profundo e dinâmico da sua qualidade de vida e das redes de significação.

4.4. Método de coleta de dados

Os dados foram coletados no período de agosto/2007 a novembro/2007, por meio de fontes de origem secundária e primária. Inicialmente, realizou-se, na Secretaria Municipal da Saúde de Viçosa, uma pesquisa documental, a partir dos dados do SIAB. Essa base de dados foi examinada desde 1997 até 2006, e forneceu informações sobre as atividades dos profissionais de cada equipe, permitindo o conhecimento das ações desenvolvidas pelo programa ao longo de sua existência.

Na segunda etapa da pesquisa, realizou-se um levantamento junto aos profissionais da ESF, por meio de entrevistas semi-estruturadas, no intuito de obter informações sobre as atividades que desempenhavam no PSF e com as famílias que possuem um membro dependente de cuidado (Apêndice A). Entrevistas semi-estruturadas, segundo Boni e Quaresma (2005), combinam perguntas abertas e fechadas, permitindo ao informante discorrer sobre o tema proposto, em um contexto semelhante

⁴ Segundo Caldas (2003), o termo dependência está ligado ao conceito de fragilidade, que pode ser definido como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Condição que é observada em pessoas com mais de 85 anos ou naquelas mais jovens que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzam sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco.

ao de uma conversa informal. Também permite que o entrevistador faça perguntas, além daquelas previamente definidas, para elucidar questões que não ficaram claras.

De posse das informações sobre as famílias, obtidas com o ACS, deu-se início a próxima etapa, que consistiu na aplicação do questionário em forma de entrevista ao familiar cuidador dos indivíduos dependentes, para obter informações sobre o perfil familiar, o *habitat* familiar, o cotidiano e suas redes de significação e sobre a avaliação do PSF (Apêndice B). Aplicou-se, também, um questionário para avaliar o nível de dependência física dos indivíduos, utilizando-se para isso o índice de Barthel⁵.

Conforme Anexo A, o índice de Barthel consta de um questionário contendo dez perguntas referentes às atividades da vida diária, que são: alimentação, banho, cuidados pessoais, capacidade de vestir-se, ritmo intestinal, ritmo urinário, uso do banheiro, transporte da cama até a cadeira, mobilidade e subir escadas. Essas atividades possuem valores diferentes, podendo variar de 0 (dependente), 5 (necessidade de ajuda ou supervisão), 10 (parcialmente dependente) e 15 (independente) pontos, sendo este último considerado somente na transferência cadeira/cama e mobilidade. Os valores que se atribui a cada atividade dependem do tempo empregado em sua realização e da necessidade de ajuda para realizá-la. Assim, cada respondente recebe uma pontuação em função de seu grau de dependência para realizar essas atividades. A pontuação global corresponde ao somatório das pontuações de todas as atividades, podendo variar de 0 a 100 pontos, traduzindo o nível de dependência da pessoa (0-15 = dependência total; 20-35 = dependência grave; 40-55 = dependência moderada; 60-95 = dependência leve; e 100 = independente). Assim, quanto mais próximo de zero estiver a pontuação de um sujeito, mais dependente ele será, e quanto mais próximo de 100 mais independente (CID-RUZAFÁ e MORENO, 1997; RENOSTO e TRINDADE, 2007).

Além de utilizar informações a partir da pontuação global, buscou-se conhecer melhor quais eram as dependências específicas dos respondentes. Para isso, foram calculadas a média de cada atividade e uma média geral, visando as análises comparativas.

Ainda nessa etapa, foram aplicados um questionário sobre qualidade de vida ao indivíduo dependente e, em seguida, o método da história de vida (Apêndice C). Tanto as entrevistas aplicadas ao cuidador quanto a história de vida realizada com os indivíduos dependentes foram gravadas e, posteriormente, transcritas e analisadas.

⁵ Para Cid-Ruzafa e Moreno (1997) o índice de Barthel é uma medida genérica que quantifica o nível de dependência do paciente em relação à sua capacidade de realizar algumas atividades básicas da vida diária, mediante diferentes pontuações, segundo a capacidade do sujeito examinado para realizar essas atividades.

O questionário utilizado para avaliar a qualidade de vida foi o *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-breve*⁶ (Anexo B), proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse questionário consta de 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida (domínio de qualidade de vida global) e as 24 restantes contemplam os quatro domínios: físico - que envolve a percepção do indivíduo sobre sua condição física; psicológico - que compreende a percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; social - que identifica a percepção do indivíduo sobre as relações e os papéis sociais adotados na vida; e meio ambiente - que caracteriza a percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Cada domínio é composto por questões cujas respostas variam de intensidade entre 1 e 5, em diferentes escalas, como pode ser visto no Quadro 1. As médias finais de cada domínio foram calculadas após se obter a média ponderada de cada uma das questões referentes aos seus respectivos domínios, calculada com base numa escala de referência de 4 a 20, cuja média corresponde a 12, conforme a metodologia do WHOQOL-breve, considerando o sentido das questões (da pior condição para a melhor). Desta forma, foi necessário inverter os valores das questões 3, 4 e 26, pois estas tinham o sentido contrário das demais (GRUPO WHOQOL, 1998).

O questionário WHOQOL-breve é auto-aplicável, sendo utilizado para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos enfermos, sadios e idosos. Entretanto, para esta pesquisa, optou-se pela aplicação do questionário pelo pesquisador, devido a dificuldade de leitura, problemas visuais e analfabetismo de alguns entrevistados. Antes da aplicação foi enfatizado aos respondentes que todo o questionário referia-se às duas últimas semanas, para evitar o viés de memória.

⁶ O WHOQOL-breve é uma versão abreviada do *WHOQOL-100*, o instrumento original. O WHOQOL-100 possui seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade), sendo cada um deles constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões. O instrumento é composto por 24 facetas específicas e uma faceta geral, que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida, sendo constituído, portanto, de 100 questões. Assim, enquanto no WHOQOL-100 cada uma das 24 facetas é avaliada por quatro questões, no WHOQOL-breve cada faceta é avaliada por apenas uma questão, distribuídas em quatro domínios, além de duas questões referentes à qualidade de vida global (GRUPO WHOQOL, 1998).

Quadro 1 - Relação das variáveis e suas respectivas escalas, conforme questionário da qualidade de vida – WHOQOL-breve

Variáveis da Qualidade de Vida	Escala				
	1	2	3	4	5
Qualidade de vida e mobilidade	muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
Saúde, sono, atividades da vida cotidiana, capacidade de trabalho, auto-estima, relações pessoais, atividade sexual, apoio social, ambiente no lar, acesso aos serviços de saúde e transporte	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
Dor, dependência de tratamento médico, aproveitar a vida, sentido da vida, segurança física, ambiente físico	Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
Energia, aparência física, recursos financeiros, informações, lazer	Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Sentimentos negativos	Nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre

Fonte: WHOQOL-breve (GRUPO WHOQOL, 1998).

4.5. Variáveis analíticas

As variáveis utilizadas para alcançar os objetivos propostos foram: atividades desenvolvidas no PSF, perfil pessoal e familiar do dependente e do cuidador, caracterização do *habitat*, cotidiano familiar e redes, qualidade de vida e redes de significação.

4.5.1. Atividades desenvolvidas no PSF

A análise dinâmica do funcionamento do PSF foi caracterizada de acordo com algumas atividades descritas no SIAB, por meio de informações como: número de

pessoas cadastradas por equipe, número de visitas domiciliares por categoria profissional, acompanhamento de grupos prioritários, número de consultas por faixa etária, encaminhamentos e relação de agravos identificados, além da descrição de cada membro da equipe sobre as atividades que desenvolvem com as famílias, em especial com aquelas que cuidam de um familiar dependente, bem como sobre a capacitação de cada um para o trabalho no PSF. Procurou-se, também, identificar as dificuldades que a equipe enfrenta para realização do trabalho, a percepção sobre os benefícios do PSF para as famílias, as principais dificuldades que a família enfrenta para cuidar de um indivíduo dependente, além de sugestões para melhorar o atendimento para as famílias que cuidam de um indivíduo dependente.

4.5.2. Perfil pessoal e familiar do dependente e do cuidador

O perfil dos indivíduos dependentes de cuidado foi caracterizado por meio dos aspectos pessoais, relativos a idade, sexo, estado civil, naturalidade, raça, religião, grau de instrução, escolaridade, renda total, período em que se encontrava na condição de dependente, diagnóstico e grau de dependência. A operacionalização desses aspectos foi feito da seguinte forma:

- idade (número de anos);
- sexo (feminino ou masculino);
- estado civil (solteiro, casado, separado, viúvo);
- naturalidade (se do município, do estado ou de outro estado);
- raça (cor da pele, definida pelo pesquisador e caracterizada em branca, negra e parda);
- religião (católica, evangélica, outra);
- grau de instrução (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto, superior completo);
- escolaridade (em anos de estudo);
- renda total (em reais);
- período em que se encontrava dependente (em anos);
- enfermidades auto-referidas; e
- grau de dependência (conforme índice de Barthel).

O perfil familiar foi associado aos seguintes aspectos:

- tamanho da família (número de membros residentes no domicílio);
- tipo de família (nuclear – pai, mãe e filhos; monoparental – pai ou mãe e filhos; extensa – pai, mãe, filhos e outros parentes; outros);
- participação na força de trabalho (número de pessoas que realizavam atividades laborais);
- pessoas que recebem renda e contribuem com a renda familiar (em números);
- tipo de ocupação exercida pelos membros familiares;
- posição na ocupação (empregado, conta própria, empregador);
- tipo de relação contratual (fixo, eventual);
- quantidade de trabalho (número de horas/dia, número dias/semana);
- renda familiar mensal (em reais);
- renda familiar *per capita*; e
- planos de saúde (sim/não; e se cobria o familiar dependente).

A caracterização do perfil do cuidador familiar foi associada aos seguintes aspectos:

- idade (número de anos);
- sexo (feminino ou masculino);
- estado civil (solteiro, casado, separado, viúvo);
- naturalidade (se do município, do estado ou de outro estado);
- raça (cor da pele, definida pelo pesquisador e caracterizada em branca, negra e parda);
- religião (católica, evangélica, outra);
- grau de instrução (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto, superior completo);
- relação com o familiar dependente (esposo, esposa, filho, filha, irmão, irmã, outro parente, não-parente);
- trabalho fora de casa (sim ou não); e
- situação dos que não trabalham fora de casa (procurando trabalho, aposentado, afazeres domésticos).

4.5.3. Caracterização do *habitat* familiar

Em relação ao *habitat* familiar, sua caracterização foi relacionada aos seguintes aspectos:

- tipo domicílio (casa, apartamento, barracão, outros);
- condições da habitação (acabado, semi-acabado, sem acabamento);
- números de quartos na casa;
- forma de aquisição da moradia (próprio, alugado, invadido, cedido por terceiros);
- ambiente da residência, considerado em termos de: energia elétrica e condições sanitário-higiênicas, ressaltando as seguintes variáveis: lixo (destino e frequência de recolhimento), esgoto (presença de rede geral ou de outro tipo) e água (origem, forma de acesso e tipo de armazenamento); e
- serviço comunitário presente bairro (escola, telefone público, associações de moradores, iluminação pública, igrejas, ponto de táxi e transporte coletivo).

4.5.4. Cotidiano familiar e redes

Por meio das entrevistas realizadas com os cuidadores de indivíduos dependentes, procurou-se identificar: as atividades desempenhadas no cuidado; as habilidades aprendidas para realizá-las; o tempo gasto nas atividades (em horas); as mudanças na vida do familiar dependente e nas funções desempenhadas pelos membros da família; a administração dos recursos familiares em face da situação de dependência de um membro familiar; as redes de apoio (contatos mais próximos em caso de dificuldades com o estado de saúde de algum familiar, e naquelas situações de problemas no relacionamento com os membros familiares, além da presença de dificuldade financeira, necessidade de ajuda em caso de internação, locomoção e realização de exames, bem como possíveis mudanças nas redes diante da situação vivenciada). Procurou-se também realizar, com os entrevistados, uma avaliação sobre o PSF, em relação ao número de visitas domiciliares feitas pela ESF, as atividades desempenhadas por eles, se o trabalho da ESF influenciava a melhoria da qualidade de vida da família (sim/não), a satisfação com o trabalho da equipe (muito satisfeito, satisfeito, pouco satisfeito, nada satisfeito) e sugestões para melhoria do serviço.

4.5.5. Qualidade de vida e redes de significação

Para análise da qualidade de vida utilizou-se, além de uma pergunta aberta sobre o significado do termo “qualidade de vida” (Apêndice D), o instrumento proposto pela OMS, o WHOQOL-breve. No questionário, as variáveis (facetas) utilizadas contemplam, além do domínio da qualidade de vida global, os quatro domínios do WHOQOL-breve, assim especificadas:

- Domínio global, referente às questões 1 e 2, em que procurou-se identificar a avaliação da qualidade de vida e a satisfação em relação à saúde.
- Domínio físico, correspondente às questões de número 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18 do questionário, que procuram examinar aspectos referentes a: dor, dependência de tratamento médico, energia para o dia-dia, mobilidade, sono, atividades da vida cotidiana e capacidade de trabalho.
- Domínio psicológico, que está associado às questões 5, 6, 7, 11, 19, e 26, identificando-se: como aproveitar a vida, espiritualidade (sentido da vida), concentração, aparência física, auto-estima e sentimentos negativos.
- Domínio social, referente às questões: 20, 21 e 22, que consideram as relações pessoais, a atividade sexual e o apoio social.
- Domínio ambiental, relacionado às questões 8, 9, 12, 13 14, 23, 24 e 25, que levam em conta a segurança física, o ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos), os recursos financeiros, a oportunidade de adquirir novas informações, a oportunidade de lazer, o ambiente no lar e o acesso aos serviços de saúde e transporte.

No caso das variáveis referentes às redes de significações, foi solicitado ao indivíduo dependente que relatasse sobre sua vida antes e depois da dependência, ressaltando o tipo e a qualidade das redes de significações, em termos do grau de satisfação.

4.6. Procedimentos de análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente de forma descritiva (frequência e média), por meio de tabelas simples. Nos dados referentes à qualidade de vida realizou-se uma análise estatística descritiva, por meio de média simples e média ponderada. O coeficiente de correlação de Pearson foi calculado entre os domínios

(físico, psicológico, social e ambiental) e a qualidade de vida global. Além disso, foi feito uso da regressão linear múltipla para analisar a contribuição dos domínios na qualidade de vida global. Para tanto, utilizou-se o *software* Sistema de Análises Estatísticas e Genéticas – SAEG.

No caso dos dados qualitativos, fez-se uso da análise de conteúdo das falas dos entrevistados, que é um método utilizado tanto em pesquisas qualitativas como nas quantitativas, no intuito de aprofundar o conhecimento (BARDIN, 1977).

Segundo Caregnato e Mutti (2006), a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Assim, é um meio de expressão do sujeito, em que o pesquisador busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

Para Bardin (1977), a pré-análise das falas corresponde à fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Em seguida, deve ser feita a exploração do material, quando os dados são codificados a partir das unidades de registro. Já no tratamento e interpretação dos dados, faz-se a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenciações, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram descritos, centrando-se nos seguintes tópicos: Caracterização do Programa de Saúde da Família em Viçosa; o perfil pessoal e familiar do dependente e do cuidador; caracterização do *habitat* familiar; cotidiano das famílias cuidadoras de indivíduos dependentes e suas redes; qualidade de vida; e redes de significações.

5.1. Caracterização do Programa de Saúde da Família em Viçosa

O PSF de Viçosa/MG possui, atualmente, 41.329 pessoas cadastradas, uma média de 11.357 famílias, com cobertura estimada de 58,7% da população⁷. Possui 13 ESF atuando em 12 USF, distribuídas nos seguintes bairros: Nova Viçosa, Cachoeira de Santa Cruz, Amoras, Posses de Nova Viçosa, São José do Triunfo, São Sebastião, Santo Antônio I, Santo Antônio II, Nova Era, Santa Clara, Silvestre, Novo Silvestre e São José (Tabela 1).

Como cada ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, pôde-se constatar que em todas as equipes do PSF do município de Viçosa o número de pessoas cadastradas estava em consonância como o valor preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Entretanto, algumas equipes se encontravam acima do valor recomendado, mas não ultrapassaram o número máximo permitido.

⁷ Esse dado foi obtido com base na população estimada em 2007, segundo o IBGE (2007b).

Tabela 1 - Relação numérica das Equipes de Saúde da Família do município de Viçosa/MG (2007)

PSF	Nº de pessoas Cadastradas	Nº de Famílias cadastradas
Nova Viçosa	2.581	670
Amoras	3.238	839
Cachoeira de Santa Cruz	2.463	642
São José do Triunfo	2.925	732
S. Sebastião	3.948	1076
N. Viçosa/ Posses	2.583	671
S. Antônio I	3.421	974
Nova Era	3.774	1061
Santa Clara	3.694	1125
S. Antônio II	3.721	1073
Novo Silvestre	2.189	687
Silvestre	2.980	700
São José	3.812	1107
Total	41.329	11.357

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) – SMS/ Viçosa/MG, 2007.

As três equipes selecionadas neste estudo, Nova Viçosa, Amoras e Cachoeirinha, são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, em uma área geográfica delimitada, prestando atendimento na USF e no domicílio. Como as três ESF correspondiam à equipe ampliada, os profissionais que faziam parte delas eram: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, dentistas e auxiliares de consultório dentário, além do nutricionista.

5.1.1. Atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família

A implantação do novo modelo de assistência à saúde requer um modo particular de desenvolver o trabalho. Pensando nisso, o Ministério da Saúde estabeleceu atribuições e competências a todos os profissionais da ESF e atribuições específicas para cada categoria (BRASIL, 2006).

As atividades relatadas pelos profissionais da equipe, bem como aquelas previstas segundo o Ministério da Saúde, estão no Quadro 2.

Quadro 2 - Principais atividades desenvolvidas pelos profissionais do Programa de Saúde da Família, Viçosa/MG (2007)

Função	Principais Atividades	
	Previstas*	Realizadas
Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de consultas, diagnósticos e tratamento de indivíduos e famílias; - Conhecimento do sistema de referência e contra-referência; - Execução de ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica; - Participação do processo de formação, capacitação e educação permanente das equipes; - Planejamento e execução de ações educativas; - Preenchimento de registro de produção e atividades; e - Visitas domiciliares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho com grupos específicos (gestante, crianças, hipertensos e diabéticos); - Reuniões com a comunidade; - Atendimento ambulatorial; e - Visita domiciliar.
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento do cadastramento e atualização dos dados pelos ACS; - Ajuda na organização da unidade básica de saúde; - Execução de ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica; - Planejamento, execução, coordenação, acompanhamento e avaliação das ações de assistência de enfermagem ao indivíduo e à família; - Promoção da capacitação e educação permanente da equipe de enfermagem; e - Visitas domiciliares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação da unidade de saúde; - Orientação dos ACS; - Atendimento ambulatorial; - Atividades educativas; e - Visita domiciliar.
Técnico de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das famílias em situações de risco e acompanhamento de seus indivíduos em conjunto com os ACS; - Limpeza, desinfecção, esterilização, conservação e armazenamento do material e equipamentos dos serviços; e - Visitas domiciliares, assistência de enfermagem e procedimentos em domicílio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento ambulatorial; - Atividades educativas com a comunidade; e - Visita domiciliar.
Agente comunitário de saúde (ACS)	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade, por meio de visitas domiciliares; - Fortalecimento do elo entre indivíduos/famílias/comunidade e serviços de saúde; - Mapeamento de sua microárea de atuação e cadastramento das famílias; e - Orientações à comunidade sobre o direito à saúde e suas formas de acesso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação à população sobre saúde/doença; - Marcação de consultas; - Marcação de exames; - Entrega de medicamentos e exames; - Atividades educativas com a comunidade; - Serviços internos; - Acompanhamento de crianças, gestantes, diabéticos e hipertensos; e - Visitas domiciliares.
Nutricionista		<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento nutricional; - Prescrição de plano alimentar; - Trabalho com grupos específicos; e - Visita domiciliar.

*Prefeitura da cidade de São Paulo (SMS), *apud* Cotta *et al.* (2006b).

Analisando as atividades descritas por cada categoria profissional, observa-se que elas não englobam todas as atividades previstas. Esse fato evidencia que as

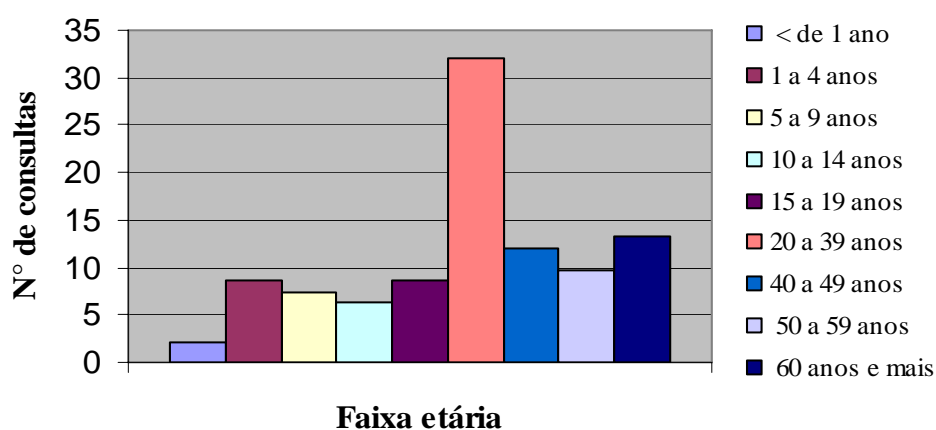
atividades descritas pelos profissionais são aquelas que eles mais realizam, e, por isto, relatadas no momento da entrevista. As informações sobre a produção e as atividades que os profissionais têm de preencher no SIAB ajudam a compreender quais atividades se realizam no PSF, embora só seja possível verificar se elas têm sido desenvolvidas, de fato, mostrando a produção quantitativa dessas informações.

As atividades realizadas pelos profissionais de nível superior e técnico envolvem ações preventivas e curativas, como pode ser comprovado no Quadro 2. Além disso, o médico, juntamente com o enfermeiro, deve participar do processo de capacitação e educação da equipe de enfermagem e dos ACS, embora estas atividades não tenham sido relatadas no momento da entrevista.

Os médicos realizam consultas de pessoas residentes dentro e fora da área de abrangência da equipe. Para os residentes na área de abrangência, as consultas são classificadas por faixa etária, como pode ser visto na Figura 2, para que se possa verificar quais são os grupos de usuários (crianças, adolescentes, adultos e idosos) que mais utilizam o PSF.

Foi possível constatar que os adultos entre 20 e 39 anos são os que mais procuram pela consulta médica, conseqüentemente são os que mais utilizam o PSF; em média 32% em relação ao total de consultas médicas, desde a implantação até 2006. Em seguida, vem o grupo dos idosos (13,3%) e dos adultos entre 40 e 49 anos (12%). As crianças menores de 1 ano são as que menos utilizam o atendimento médico; em média 2,1% de consultas.

As consultas realizadas no PSF ocorrem mediante agendamento, no caso dos grupos prioritários, ou ainda de acordo com a demanda espontânea para o restante da população.



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) – SMS/ Viçosa/MG, 2007.

Figura 2 – Relação de consultas segundo a faixa etária – Viçosa/MG (2007).

Por meio dos atendimentos realizados pelo médico e pelo enfermeiro é possível identificar algumas doenças ou agravos cujo acompanhamento deve se dar de forma sistemática, em alguns grupos prioritários, como: crianças, mulheres e portadores de algumas doenças transmissíveis e de doenças crônicas, como a diabetes e a hipertensão arterial.

Nos PSFs analisados os agravos mais frequentemente identificados, desde o ano de implantação até 2006, foram: pneumonia em crianças menores de 5 anos e infecção respiratória aguda em crianças menores de 2 anos. Já nos adultos, o maior número de doenças identificadas foi o AVC. A ocorrência desses agravos, segundo Nichiata e Fracolli (2001), é um marcador importante da eficácia e eficiência da atuação da equipe, uma vez que o registro desses casos implica a necessidade de a equipe analisar melhor o processo de trabalho, com o objetivo de detectar onde estão as falhas que possibilitaram sua ocorrência.

O médico é responsável pela solicitação de exames complementares de qualquer natureza, encaminhamentos para atendimentos especializados, internação hospitalar, urgência e emergência, além da internação domiciliar.

As informações sobre encaminhamentos são de grande importância para a ESF, pois permite avaliar suas ações. Quando um paciente é encaminhado para um tratamento especializado é porque, em nível de atenção básica, não foi possível resolver seu problema.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), as ESF, trabalhando adequadamente, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 80% dos problemas de saúde da comunidade. Sendo assim, quanto menor for o número de encaminhamentos, maior será o grau de resolutividade do PSF, o que significa que as ações desenvolvidas pela ESF têm sido efetivas.

Por meio do grau de resolutividade, apresentado na Tabela 2, é possível se ter a porcentagem de casos resolvidos em cada PSF pesquisado. Para o cálculo da resolutividade, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, deve-se realizar uma regra de três simples, com os seguintes dados contidos no SIAB: o total de consultas médicas de pessoas residentes na área de abrangência, que corresponde a 100% dos atendimentos; e o número de encaminhamentos que corresponde a X e que resultará no número de casos que não são resolvidos no PSF. Portanto, para se ter a porcentagem de casos que são resolvidos, subtrai-se o valor encontrado de 100%, como pode ser visto no exemplo a seguir:

Total de consultas médicas do PSF de Amoras em 2006: 5.011 _____ 100%

Total de encaminhamentos do PSF de Amoras em 2006: 380 _____ X

X= 7,6% dos casos não resolvidos.

100% - 7,6% = 92% dos casos resolvidos, ou seja, a resolutividade do PSF de Amoras em 2006 foi de 92%.

Tabela 2 - Distribuição da resolutividade das equipes de Nova Viçosa, Amoras e Cachoeirinha desde o ano de implantação até 2006, Viçosa/MG.

Resolutividade: Nova Viçosa									
1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	D. P.
98%	98%	97%	95%	96%	96%	95%	89%	97%	2,7%

Resolutividade: Amoras									
1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	D. P.
94%	97%	95%	93%	94%	93%	97%	94%	92%	1,7%

Resolutividade: Cachoeirinha									
1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	D. P.
-	96%	95%	89%	95%	93%	90%	89%	87%	3,4%

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) – SMS/ Viçosa/MG, 2007.

Observando esses dados pôde-se constatar que as ESF analisadas têm sido efetivas em suas ações, confirmando, assim, os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde. Entretanto, é preciso ressaltar que em todas as equipes esses valores, ao longo dos anos, não apresentam melhora, ou piora, progressiva. Tal fato pode ser explicado por um problema muito comum enfrentado pelos PSF, que é a falta de médicos; e uma vez que o cálculo da resolutividade é feito com base nos procedimentos médicos, pode-se inferir que nos anos em que a resolutividade foi baixa pode ter sido em consequência da ausência de médicos no PSF, ou mesmo por outros motivos que envolvem as ações desenvolvidas pela equipe.

Comparando as três equipes verificou-se que o PSF de Nova Viçosa tem sido mais resolutivo, seguido por Amoras e Cachoeirinha. Entretanto, a equipe de Amoras possui o menor desvio-padrão (1,7), demonstrando menor variação da resolutividade ao longo dos anos.

Também fazem parte da rotina de trabalho da ESF o atendimento em caso de acidente de trabalho; a visita de inspeção sanitária, com o objetivo de avaliar, *in loco*, os riscos à saúde da população presentes na produção e circulação de mercadorias e na prestação de serviços, oferecendo, assim, as devidas orientações; e a realização de

curativos, inalações, injeções, retiradas de ponto, terapia de reabilitação oral e a realização de suturas.

A ESF deve, também, realizar o atendimento de grupo, com o objetivo de desenvolver atividades de educação em saúde. Esse tipo de atendimento deve ser realizado pelos profissionais de nível superior e médio (exclui os ACS), tendo, no mínimo, dez participantes e a duração mínima de 30 minutos. O Ministério da Saúde não preconiza quantas dessas atividades devem ser realizadas por ano, mas é uma atividade muito importante, uma vez que um dos objetivos principais do PSF é a prevenção.

Outra questão observada no dia-dia da ESF envolve a detecção de hospitalizações e óbitos dos indivíduos de sua área de abrangência, procurando identificar suas causas. Essas informações são de grande importância, uma vez que permite detectar as hospitalizações e os óbitos em crianças menores de 5 anos, principalmente.

Em um estudo realizado pelo Ministério da Saúde, entre 1998 e 2004, constatou-se que nos municípios com maior cobertura do PSF o registro de óbitos por causas mal-definidas em menores de 1 ano de idade, por exemplo, baixou de 22,3%, em 1998, para 10,9%, em 2003, demonstrando assim os avanços significativos em indicadores, isto é, a efetividade da atenção básica (BRASIL, 2008).

Aos ACS, especificamente, cabe o mapeamento da microárea sob sua responsabilidade, fazendo o cadastramento das famílias e mantendo os cadastros atualizados. Embora eles não tenham relatado a realização desta atividade, como pôde ser constatado no Quadro 2, esta é uma atribuição muito importante da categoria. Por meio de informações como o número de pessoas residentes na casa, o sexo, a idade, o perfil de alfabetização, o tipo de ocupação, a presença de doenças e o perfil da moradia e saneamento, os agentes procuram conhecer as condições de vida dessas famílias. Essas informações são de grande importância, pois de acordo com Nichiata e Fracolli (2001) possibilita a ESF planejar melhor as ações de intervenção segundo as necessidades da comunidade.

Cada ACS é responsável por uma microárea, devendo cobrir 100% da população cadastrada. Como pode ser comprovado na Tabela 3, a quantidade de pessoas sob a responsabilidade dos ACS está adequada ao que é proposto pelo Ministério da Saúde, que preconiza no máximo 750 pessoas para cada ACS.

Tabela 3 - Distribuição do número de pessoas cadastradas pelas equipes de Nova Viçosa, Amoras e Cachoeirinha em suas respectivas microáreas, Viçosa/MG

PSF	Total de Pessoas Cadastradas	Nº de Pessoas por Microáreas						
		01	02	03	04	05	06	07
Nova Viçosa	2.581	540	491	512	501	537	-	-
Amoras	3.238	443	548	487	587	558	615	-
Cachoeirinha	2.463	479	490	507	469	518	-	-

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) – SMS/ Viçosa/MG, 2007.

Devido à dinâmica proposta pelo PSF, centrada na promoção da qualidade de vida e na intervenção dos fatores que a colocam em risco, a ESF tem por objetivo acompanhar o estado de saúde de alguns grupos ditos prioritários, como: crianças, gestantes, diabéticos, hipertensos, pacientes com tuberculose e hanseníase. O acompanhamento é feito pelo ACS nos domicílios. A Tabela 4 mostra a média de pessoas desses grupos que foram cadastradas e acompanhadas nas três equipes do PSF de Viçosa.

Por meio dos dados apresentados na Tabela 4, pôde-se observar que nem todas as pessoas cadastradas, pertencentes a esses grupos, receberam algum tipo de acompanhamento por parte dos ACS. Exemplificando, no PSF de Nova Viçosa, em 2006, foi cadastrada uma média de 70 pessoas com diabetes, entretanto uma média de 65 pessoas foi acompanhada.

O acompanhamento desses grupos envolve uma série de informações que o ACS deve observar. O acompanhamento de crianças ocorre com aquelas menores de 2 anos e envolve informações sobre os nascidos vivos no mês, seus respectivos pesos, além de outras informações sobre aleitamento, controle de vacinas, desnutrição, diarreia e infecções respiratórias agudas (IRA). No caso das gestantes, o acompanhamento tem por objetivo o controle das vacinas e o pré-natal. Já o acompanhamento de diabéticos, hipertensos, pessoas com tuberculose e hanseníase envolve informações sobre a medicação tomada, as consultas feitas e os exames realizados, além de outras informações, conforme o agravo. Como pôde ser constatado, o número de pessoas com tuberculose e hanseníase cadastradas é muito pequeno, por isto o fato de os ACS não terem mencionado o seu acompanhamento.

Tabela 4 - Relação dos grupos prioritários cadastrados e acompanhados pelos Agentes Comunitários de Saúde das equipes de Nova Viçosa, Amoras e Cachoeirinha, desde a implantação até 2006, Viçosa/MG

	Nova Viçosa								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Diabéticos cadastrados	14	30	34	42	48	55	66	78	70
Diabéticos acompanhados	11	28	33	41	48	55	66	70	65
Hipertensos cadastrados	92	206	218	258	271	292	295	364	322
Hipertensos acompanhados	35	161	188	215	230	260	273	293	290
Pessoas c/ tuberculose cadastradas	1	1	2	0	6	0	0	0	1
Com tuberculose acompanhadas	1	0	1	0	5	0	0	0	1
Pessoas c/ hanseníase cadastradas	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Com hanseníase acompanhadas	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Crianças cadastradas < 2 anos*	108	190	175	176	173	163	149	148	99
Crianças acompanhadas < 2 anos*	45	102	132	145	151	147	128	104	62
Gestantes cadastradas	10	24	34	33	29	27	23	32	24
Gestantes acompanhadas	10	22	34	31	29	25	22	27	22

	Amoras								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Diabéticos cadastrados	31	46	50	53	57	64	57	68	61
Diabéticos acompanhados	11	28	42	42	45	52	50	51	46
Hipertensos cadastrados	109	222	271	258	269	260	301	375	398
Hipertensos acompanhados	33	134	203	176	196	195	239	235	253
Pessoas c/ tuberculose cadastradas	0	0	1	1	0	0	0	1	1
Com tuberculose acompanhadas	0	0	1	1	0	0	0	1	1
Pessoas c/ hanseníase cadastradas	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Com hanseníase acompanhadas	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Crianças cadastradas < 2 anos*	54	117	152	143	147	164	170	139	110
Crianças acompanhadas < 2 anos*	22	57	80	72	72	92	104	78	39
Gestantes cadastradas	9	23	31	34	37	42	28	22	23
Gestantes acompanhadas	8	17	22	28	36	41	26	20	20

	Cachoeirinha								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Diabéticos cadastrados	-	12	24	25	27	45	50	53	52
Diabéticos acompanhados	-	12	23	25	27	39	49	51	49
Hipertensos cadastrados	-	101	207	209	199	189	216	243	266
Hipertensos acompanhados	-	83	183	191	192	170	208	234	246
Pessoas c/ tuberculose cadastradas	-	0	0	0	1	0	1	0	0
Com tuberculose acompanhadas	-	0	0	0	1	0	1	0	0
Pessoas c/ hanseníase cadastradas	-	0	0	0	0	0	0	0	0
Com hanseníase acompanhadas	-	0	0	0	0	0	0	0	0
Crianças cadastradas < 2 anos*	-	43	114	120	103	93	97	81	59
Crianças acompanhadas < 2 anos*	-	29	0	21	50	19	10	4	49
Gestantes cadastradas	-	10	14	17	11	15	15	19	12
Gestantes acompanhadas	-	9	12	15	11	15	15	18	12

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) – SMS/ Viçosa/MG, 2007.

* As médias de crianças cadastradas e acompanhadas são para aquelas menores de 2 anos, pois é o período de maior risco. No SIAB não há dados sobre o número de crianças acompanhadas, portanto os dados considerados aqui se referem às crianças pesadas.

De acordo com o Ministério da Saúde, o fato de o PSF priorizar o acompanhamento desses grupos já tem surtido efeitos positivos, uma vez que, onde as

equipes estão presentes, tem havido aumento no número de vacinação, de grávidas fazendo mais exames de pré-natal, além da diminuição de internações por acidente vascular cerebral (AVC), na população de 40 anos ou mais, além da diminuição de internações e mortalidade infantil (BRASIL, 2008).

Os ACS devem, ainda, realizar reuniões com o objetivo de disseminar informações, discutir estratégias de superação de problemas de saúde ou de contribuir para a organização comunitária. Essas reuniões devem contar com a participação de dez ou mais pessoas, com duração mínima de 30 minutos.

É de responsabilidade de toda a ESF fazer visitas domiciliares, e todos os profissionais disseram realizá-las, como pode ser comprovado na Tabela 5. De acordo com o Ministério da Saúde os ACS devem realizar as visitas no mínimo uma vez por mês em cada casa; já os outros profissionais devem realizá-las sempre que solicitados.

Tabela 5 - Relação do número de visitas domiciliares realizadas pelas equipes de Nova Viçosa, Amoras e Cachoeirinha, desde o ano de implantação até 2006, Viçosa/MG

	Nova Viçosa								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Médico	254	10	7	7	40	10	7	40	103
Enfermeiro	845	982	158	652	609	278	91	94	41
Outro profissional de nível superior	0	59	3	3	42	71	67	751	48
Professor de nível médio	50	119	364	417	603	548	521	307	580
ACS	4324	15696	22445	19880	12674	14696	14207	13190	9020
Total de visitas	5473	16866	23477	20959	13968	15603	14893	14382	9792

	Amoras								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Médico	274	287	310	4	12	94	85	109	112
Enfermeiro	154	595	658	383	405	97	185	138	227
Outro profissional de nível superior	18	122	40	9	143	16	1	294	110
Professor de nível médio	0	45	40	59	98	59	106	90	116
ACS	2586	11820	18563	19617	13469	12402	11792	10077	10359
Total de visitas	3032	12869	19611	20072	14127	12668	12169	10708	10924

	Cachoeirinha								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Médico	-	1,0	33,0	39,0	29,0	12,0	47,0	52,0	89,0
Enfermeiro	-	46	176	113	13	148	136	65	97
Outro profissional de nível superior	-	0	0	0	0	135	13	0	15
Professor de nível médio	-	10	115	10	14	13	12	149	533
ACS	-	8449	26138	18769	9586	8742	10368	9827	8992
Total de visitas	-	8506	26462	18931	9642	9050	10576	10093	9726

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) – SMS/ Viçosa/MG, 2007.

Os ACS, em média, são os que mais fizeram visitas desde a implantação do programa até 2006, uma vez que esta é a principal atribuição da categoria, seguido pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e, por último, outros profissionais de nível superior (dentista e nutricionista).

A maioria dos profissionais das equipes de Saúde da Família entrevistadas disse não ter recebido nenhum treinamento por parte da Secretaria Municipal de Saúde ou do Ministério da Saúde para trabalhar no PSF. A exceção foi uma técnica de enfermagem, que disse ter feito um curso de reciclagem, de seis meses, para trabalhar no PSF, e os ACS, que relataram estar fazendo o curso técnico de ACS, oferecido pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, que terá duração de 18 meses. A maioria dos profissionais (66,7%) de nível superior (médicos, enfermeiros e nutricionistas) que disse possuir capacitação específica para trabalhar no PSF fez pós-graduação em Saúde da Família por conta própria.

Contudo, todos os profissionais de nível superior e os técnicos de enfermagem afirmaram que se sentem preparados para exercer as atividades previstas no PSF, alegando possuir experiência acadêmica e profissional. Dos ACS, 46,7% disseram não se sentirem preparados para exercer suas funções, alegando ter muitas dúvidas, principalmente para dar algumas informações básicas às pessoas sobre medicamentos e até sobre as doenças, porém o curso que eles estão fazendo está servindo para lhes dar mais segurança, como pode ser visto na fala a seguir:

“Nunca a gente está preparada, a gente tá sempre aprendendo com as colegas que tem mais tempo de serviço. Agora tô fazendo o curso de técnico em ACS que tá ajudando” (ACS 12).

Já os 53,3% dos ACS que afirmaram que se sentiam preparados para o trabalho no PSF alegaram que têm aprendido com o tempo, além do curso técnico, que também está contribuindo para isso.

Dificuldades enfrentadas pela equipe para realização do trabalho no Programa de Saúde da Família

As principais dificuldades enfrentadas pelas Equipes de Saúde da Família para realização do trabalho, apresentadas na Tabela 6, se referem principalmente à realização das visitas domiciliares, mencionadas, especialmente, pelos ACS. O problema de transporte é, na opinião da maioria dos membros da equipe, o maior deles, pois traz

prejuízos tanto para o trabalho, principalmente do ACS, quanto para as famílias que não recebem visitas, como pode ser constatado no relatado de um dos entrevistados:

“Muitas famílias ficam sem receber visitas. Tem família que fica mais de dois meses sem visita, porque não tem carro pra levar a gente na casa” (ACS 04).

Embora as equipes analisadas neste estudo contassem cada uma, com um veículo, ele não era de uso exclusivo, tendo de ser compartilhado com outra equipe ou, até mesmo, com outros serviços da Secretaria de Municipal de Saúde. Esse parece ser um problema muito comum enfrentado pelos PSFs. A pesquisa realizada por Cotta *et al.* (2006b), no PSF do município de Teixeira-MG, também revelou a falta de transporte como uma das limitações para a realização das visitas domiciliares, pois as três equipes tinham de dividir o uso do serviço prestado pelo veículo entre si.

Tabela 6 - Principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais das equipes de Nova Viçosa, Amoras e Cachoeirinha para a realização do trabalho, Viçosa/MG (2007)

Respostas	Frequência (%)
Para a realização das visitas domiciliares	51,8
Pessoas que não compreendem o funcionamento do PSF	25,9
Pessoas que não entendem as orientações dadas pelos profissionais	11,1
Funcionários que não sabem trabalhar em equipe	7,4
Falta de infra-estrutura da USF	7,4
Falta de especialidades médicas	3,7
Grande demanda de atendimento na USF	3,7

O difícil acesso a certos locais, como a zona rural, foi relatado por uma minoria dos entrevistados (14,8%) como dificuldade para realização das visitas, principalmente quando chove.

“A zona rural é longe e nem sempre tem o transporte, aí não consigo cobrir o número de visitas que preciso, por isso tenho que ir em outras casas para cumprir” (ACS 04).

Alguns dos membros da equipe, com exceção dos ACS, disseram que a grande demanda de atendimento na Unidade de Saúde dificultava a saída deles para as visitas, como pode ser constatado na fala seguinte:

“A demanda no posto é grande e acaba não sobrando tempo para as visitas... eu quase não faço visitas” (Enfermeira 02).

O fato de algumas pessoas não gostarem de receber visitas, especialmente dos ACS, tem sido outro ponto que tem dificultado o trabalho, principalmente para esse profissional que precisa cumprir a meta de visitar cada família uma vez por mês. Os outros profissionais da equipe disseram não ter esse tipo de problema, porque eles só vão às casas quando são solicitados, mas reconhecem que os ACS os têm. Observando algumas falas dos ACS é possível constatar que:

“Hoje mesmo eu fui fazer uma visita e quando a Dona viu que era eu disse assim: “Ah é você”. E me deixou plantada na rua. Aí a sogra dela veio me atender e me pediu desculpas e disse que tinha que sair, mas era mentira, porque eu vi que ela tinha acabado de chegar. Mas quando a barriga dói... ela vem me procurar...” (ACS 07).

“Essas pessoas não têm problemas de saúde e têm plano de saúde, mas quando precisam, querem o atendimento na hora” (ACS 01).

“Acham que se não estão doentes não precisam de visita” (ACS 10).

Como grande parte das dificuldades na realização das visitas domiciliares é enfrentada basicamente pelos ACS, muitos ainda relataram encontrar obstáculos no horário das visitas, que muitas vezes coincide com o horário de trabalho dos membros da família, ocorrendo em várias ocasiões não encontrar as pessoas em casa ou encontrar só crianças, como pode ser visto no relato:

“O mesmo horário de serviço nosso é o deles” (ACS 15).

Essa situação corrobora a pesquisa descrita por Kawamoto *et al.*, *apud* Marasquim *et al.* (2004), que também identificaram esses obstáculos como sendo capazes de impossibilitar ou mesmo dificultar as realizações das visitas domiciliares.

Além das dificuldades relacionadas à realização das visitas domiciliares, os profissionais ainda enfrentam outros problemas, como o fato de as pessoas não compreenderem o funcionamento do programa (25,9%). Segundo os respondentes, as pessoas só querem receber atendimento curativo, e não o preventivo, e muitas vezes quando tentam marcar consultas, e não conseguem, reclamam. O depoimento a seguir comprova esta afirmação:

“A mentalidade das pessoas ainda é curativa, não querem receber atendimento preventivo e educativo, só querem chegar no posto e serem atendidas pelo médico. A gente faz reunião com a comunidade para explicar sobre o funcionamento, mas mesmo assim elas parecem não entenderem” (Enfermeira 02).

Foi mencionado por uma pequena parcela da equipe (11,1%) que o fato de algumas pessoas não entenderem as orientações dadas, principalmente sobre a medicação prescrita, também tem dificultado o trabalho, uma vez que, nestes casos, o tratamento fica prejudicado.

Profissionais que não sabem trabalhar em equipe e nem criar vínculo afetivo com a comunidade foram citados por aproximadamente 7,4% dos respondentes. O trabalho em equipe é considerado um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho no PSF. Segundo Crevelin e Peduzzi (2005), o trabalho em equipe envolve inúmeras ações que necessita de um elenco diversificado de trabalhadores, que devem estar relacionados de forma consciente e coordenada com o objetivo comum de planejar e executar o serviço de atenção à saúde, para que este constitua um movimento em direção a um só fim, e não na justaposição alienada de trabalhadores desconexos. Para as autoras, a prática do trabalho em equipe deve se apoiar na comunicação entre os agentes do trabalho, na articulação das ações, no reconhecimento das diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, no questionamento das desigualdades estabelecidas entre os diversos trabalhos e no reconhecimento do caráter interdependente da autonomia profissional. Assim, à medida que a equipe trabalha nessa perspectiva, torna-se possível construir um projeto comum, e alcançar os objetivos desejados de forma mais efetiva e eficiente para as famílias atendidas, o que proporciona o fortalecimento do vínculo e dos laços de compromisso e co-responsabilidade entre os atores envolvidos.

Além disso, outras dificuldades também foram citadas, como a falta de infraestrutura da unidade de saúde (7,4%), a falta de algumas especialidades médicas (3,7%) e a grande demanda de atendimento na unidade (3,7%), sobrecarregando o profissional e a qualidade do atendimento, o que está coerente com a pesquisa realizada por Cotta *et al.* (2006b).

Percepção da equipe sobre os benefícios do Programa de Saúde da Família para as famílias atendidas

De acordo com a maioria dos profissionais (66,7%), como pode ser visto na Tabela 7, a garantia do acesso aos serviços de saúde e aos profissionais é um dos grandes benefícios do PSF para as famílias, que além de poder contar com uma atenção primária de qualidade, acaba economizando com idas ao centro da cidade para consultar, como visto na fala a seguir:

“Tem atendimento no bairro, as famílias não têm que ir no centro consultar, com isso, o gasto diminui” (ACS 15).

Segundo Souza e Carvalho (2003), o PSF tem proporcionado a uma grande parcela da população, especialmente aquela em situação de exclusão social, um maior acesso aos serviços de qualidade, no nível de atenção básica, com o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo, por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Tabela 7 - Distribuição da percepção das equipes de Nova Viçosa, Amoras e Cachoeirinha sobre os benefícios do Programa de Saúde da Família para as famílias atendidas, Viçosa/MG (2007)

Respostas	Frequência (%)
Acesso aos serviços de saúde	66,7
Vínculo entre a equipe e as famílias	40,7
Visitas domiciliares	29,6
Visão holística	14,8
Intersetorialidade	14,8
Participação da comunidade	3,7

Outro benefício bastante destacado pela equipe é o vínculo estabelecido entre a ESF e as famílias atendidas (40,7%), pois, por meio dessa aproximação, era possível se ter grandes resultados:

“Você consegue conquistar as pessoas e fazê-las se importar com a saúde” (ACS 02).

O vínculo de compromisso e de co-responsabilidade estabelecido entre a ESF e a população, além de favorecer a transformação do atual modelo assistencial, proporciona elevada aceitação do programa pelas pessoas (SOUZA e CARVALHO, 2003).

Esse vínculo é possível de ser estabelecido, pois o PSF está inserido na comunidade e possui uma clientela preestabelecida, ou seja, os profissionais da equipe conhecem as pessoas que são atendidas, sua história de vida, seus valores, suas crenças e seus desejos. Assim, para Bourdieu (2005: 25), *a proximidade no espaço social predispõe a aproximação, assim as pessoas inscritas num setor restrito do espaço serão ao mesmo tempo mais próximas e mais inclinadas a se aproximar; e também mais fáceis de abordar, de mobilizar.*

As visitas dos profissionais de saúde nos domicílios e o fato de as pessoas poderem receber orientações sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde foram também considerados benefícios para 29,6% dos respondentes. Como aponta Souza e Carvalho (2003), as visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde, além de permitir que esses conheçam a realidade das famílias sob sua responsabilidade, favorecem o vínculo afetivo.

O fato de os indivíduos poderem ser vistos de forma integral, numa visão holística, foi citado por 14,8% dos profissionais como benefício para as famílias. Segundo Alves (2005), a assistência integral abrange tanto ações curativas quanto preventivas a indivíduos contextualizados em seu ambiente socioeconômico e cultural, devendo, portanto, ser considerada, ao mesmo tempo, uma meta e um dos grandes benefícios do PSF.

Alguns entrevistados também citaram como benefício a intersetorialidade, ou seja, interligação que há entre os profissionais da equipe e a integração do PSF com outros setores, principalmente com a Ação Social que lhes dão suporte. Uma minoria (3,7%) citou, ainda, a participação da comunidade na melhoria do PSF como sendo um dos benefícios.

5.1.2. Atividades desenvolvidas com a família que cuida de um indivíduo dependente

As atividades que cada membro da equipe desenvolvia com as famílias que possuíam um membro familiar dependente de cuidado e, especificamente, com o indivíduo dependente estão descritas a seguir.

Os médicos disseram dar orientações às famílias sobre como deveriam cuidar do paciente, além de tirar as dúvidas sobre a doença. Um deles disse fazer a anamnese⁸ do paciente com o familiar responsável, quando este não era capaz de responder, no intuito de conhecer as condições de saúde do paciente. Apenas um dos médicos relatou dar apoio emocional ao cuidador.

As atividades desenvolvidas com o paciente dependente, segundo os médicos, envolviam a consulta e avaliação clínica, e quando necessário, era feita a solicitação de exames. Um dos respondentes disse intervir no meio em que o paciente vive no intuito de facilitar alguns cuidados. Eles afirmaram ainda que realizam essas atividades/atendimento somente quando são solicitados, o que confere com o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, um deles acrescentou que com aqueles pacientes que estão em acompanhamento há certa periodicidade, mas não disse como seria essa periodicidade.

Em relação às atividades/atendimento que as enfermeiras desenvolviam com as famílias que possuem um membro dependente, todas afirmaram dar orientação sobre o cuidado, ou seja, como cuidar de feridas, se houver, e da higiene e a importância de dar a medicação na hora certa. Apenas uma das enfermeiras se mostrou preocupada com o cuidador:

“Atenção especial ao cuidador que, às vezes, fica sobrecarregado, precisando de mais cuidado que o próprio doente” (Enfermeira 3).

Com o paciente dependente, especificamente, apenas uma das enfermeiras disse não ter muito contato, não desenvolvendo, portanto, nenhuma atividade com ele. As outras duas relataram que as atividades envolviam a aferição da pressão arterial, e o restante das respostas, que se seguem, foram dadas por pelo menos uma das duas enfermeiras que têm contato com o paciente, que são: fazer anamnese para conhecer a situação de saúde do paciente, estimular o auto cuidado, vacinar o paciente (tem vacina específica para pacientes acamados, contra tétano, pneumonia e gripe), além de fazer o teste de glicemia, conforme a necessidade. As visitas a essas famílias ocorrem, por parte das enfermeiras, somente quando solicitadas pelo ACS.

Todas as técnicas de enfermagem relataram orientar as famílias que cuidam de um membro familiar dependente sobre como cuidar do paciente, ensinado tratar das feridas (escaras), caso haja, e como fazer os curativos, se o médico autorizar. Por outro

⁸ Informação ou histórico dos antecedentes de uma doença (FERNANDES *et al.*, 1989).

lado, com o paciente dependente, várias atividades foram relatadas, como: aferir pressão, fazer curativo e conversar com o paciente sobre o tratamento, procurando incentivá-lo. Outras atividades, elencadas a seguir, foram mencionadas por pelo menos uma delas, como: orientação de como tomar os remédios, teste de glicemia, orientação sobre higiene e agendamento de consultas com o médico, quando necessário. As visitas domiciliares feitas por elas ocorrem somente quando são solicitadas pelo ACS.

As atividades que desenvolviam com as famílias que cuidavam de um familiar dependente, para mais da metade dos ACS, se referiam basicamente às atividades educativas, ou seja, orientar sobre a alimentação, a prevenção de doenças, o cuidado com a higiene do familiar, bem como orientar sobre o uso correto das medicações e conferir se o paciente estava tomando os remédios corretamente. Grande parte dos ACS também disse orientar o cuidador sobre como cuidar do familiar. Uma pequena parcela disse orientar sobre os exames a serem feitos, informar o médico sobre as condições de saúde do paciente, marcar visitas com os outros profissionais da equipe e procurar fazer visitas mais vezes.

Com os pacientes dependentes que tinham condições de conversar, a maioria dos agentes afirmou procurar saber se estavam tomando os remédios corretamente e se alimentando bem. Além disso, menos da metade dos respondentes disse conversar com esses pacientes sobre vários outros assuntos, no intuito de distraí-los, além de incentivá-los sobre a importância do tratamento, por exemplo, da fisioterapia. Dos ACS entrevistados, 13,3% afirmaram que o atendimento que desenvolviam era basicamente com a família.

Com relação às visitas domiciliares feitas a essas famílias pelos ACS, 13,3% relataram que elas ocorrem semanalmente, enquanto para 40% essas visitas ocorrem duas vezes no mês e para 46,7%, uma vez no mês, não diferenciando das outras famílias.

De acordo com as nutricionistas, as atividades que realizam com as famílias dos indivíduos dependentes envolviam basicamente a orientação nutricional do familiar, e se esse paciente conseguisse entender, reforçava as orientações para que ele pudesse aceitar bem o tratamento. As visitas a essas famílias só ocorriam quando eram solicitadas pelo ACS.

Alguns profissionais da Equipe de Saúde da Família (51,9%) disseram encontrar dificuldades para atender às demandas dessas famílias. Para a maioria dos respondentes essas dificuldades são relativas à realização das visitas domiciliares, principalmente pela falta de transporte para visitá-los, ou mesmo para levar o doente ao hospital, à

fisioterapia ou para fazer exames, uma vez que, segundo os entrevistados, nem todas as famílias tinham condições financeiras para isso.

O grande número de outras famílias a serem visitadas também foi citado como dificuldades, pois impede que as visitas aos indivíduos dependentes ocorram mais de uma vez no mês. O fato de em algumas casas não ter um responsável para acompanhar a visita foi também citado, demonstrando, inclusive, que existiam indivíduos dependentes de cuidado ficando sozinhos em casa. Também foi apresentado como dificuldade o fato de ter de examinar o paciente em casa, visto que existiam certas casas que não tinham lugar para o profissional se sentar, nem mesa para escrever, e a cama do paciente era muito baixa, dificultando a consulta.

Além das dificuldades relacionadas às visitas também foi citado, por uma pequena parcela dos respondentes, o fato de algumas famílias não cuidarem bem do familiar doente e de responsabilizarem o PSF pelo cuidado, o que traz certa preocupação para a equipe.

A falta de uma equipe de apoio, por exemplo, fisioterapeuta e psicólogo, além de uma ambulância para atender à USF, também foi citada por 7,4% dos entrevistados como sendo a dificuldade enfrentada para o melhor atendimento a essas famílias.

Percepção da Equipe de Saúde da Família sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo cuidador

Como o PSF utiliza a estratégia do estabelecimento de vínculo entre a equipe e as famílias por eles atendidas, no intuito de se ter melhores resultados, esse vínculo afetivo permite, ou pelo menos deveria permitir, que a ESF conhecesse bem as dificuldades que as famílias que cuidam de um indivíduo dependente enfrentam e como elas lidam com isso. Com esse objetivo foi perguntado à equipe quais seriam essas principais dificuldades e como as famílias têm feito para enfrentá-las. A questão financeira (Tabela 8) era, na opinião de 55,5% da equipe, a principal dificuldade, como pode ser visto nos relatos a seguir:

“Eles não podem comprar os nutrientes necessários para o paciente”
(Nutricionista 01).

“A família não tem dinheiro para comprar os equipamentos especiais como o colchão casca de ovo, nem para fazer determinados exames” (Médico 02).

Em uma pesquisa realizada com cuidadores de idosos doentes no domicílio, Cattani e Girardon-Perlini (2004) também constataram que as questões financeiras são dificuldades que as famílias enfrentam, e que contribuem para um desgaste do cuidador, que nem sempre consegue suprir todas as necessidades que a doença do familiar exige.

A dificuldade com o cuidado foi outro fator mencionado por 44,4% dos entrevistados, considerando que o cuidador, além de ter de cuidar do doente, sem ter uma orientação adequada para tal, tinha de tentar obter meios para que ele conseguisse fazer os exames e consultas necessárias. Segundo Cattani e Girardon-Perlini (2004), na maioria das vezes essa dificuldade ocorre pela inexperiência do cuidador, que precisa atender às demandas que vão surgindo no decorrer do processo do cuidado e que necessitam ser aprendida no enfrentamento do cotidiano. Além disso, como ressaltam as autoras, inicialmente os cuidados abrangem atividades simples da vida diária, como ajudar o doente a se vestir ou servir de apoio para andar na rua, mas que podem ir se complexificando, exigindo do cuidador conhecimentos e habilidades para o exercício do cuidar.

Tabela 8 - Distribuição da percepção das equipes de Nova Viçosa, Amoras e Cachoeirinha sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo cuidador, Viçosa/MG (2007)

Respostas	Frequência (%)
Financeira	55,5
Dificuldade com o cuidado	44,4
Escolher o cuidador principal	29,6
Falta de transporte	22,5
Sobrecarga de trabalho	18,5
Falta de paciência	11,1
Resistência do doente em aceitar o cuidado	7,4
Agitação do doente	3,7
Espaço físico inadequado	3,7

A família também enfrenta a dificuldade de escolher uma pessoa para assumir o cuidado, como pode ser observado nos relatos a seguir:

“Em alguns casos todos da família trabalham” (Técnico de enfermagem 03).

Diante dessa dificuldade, os membros da família têm de se organizar para definir o cuidador. As pesquisas mostram que o trabalho, normalmente, recai sobre uma única pessoa, pela falta de outras para assumirem o cuidado (CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004; CELICH e BATISTELLA, 2007).

Além disso, na opinião de 22,5% dos membros da equipe, a falta de transporte para levar o doente para fazer exames, fisioterapias e consultas, quando essas não podem ser realizadas pelo médico do PSF, é outra dificuldade que a família encontra, uma vez que grande parte delas tem de pagar um transporte, e as condições financeiras nem sempre permitem. Como já foi mencionado, o PSF nem sempre tem condições de suprir esta necessidade das famílias, pois a falta de transporte também é uma realidade das equipes.

A sobrecarga de trabalho que o cuidador tem sobre si é muito grande, como pode ser constatado na literatura (Karsch, 2003; Floriani, 2004; Gonçalves *et al.*, 2006) e na opinião de 18,5% dos entrevistados, que também reconhecem esse fator como sendo uma das dificuldades enfrentadas. Os depoimentos a seguir comprovam isso:

“Sobrecarrega uma pessoa e nem sempre tem uma outra pessoa para ajudar”
(Nutricionista 02).

“Não tem ninguém para ajudar e quem cuida, cuida por interesse” (ACS 14).

“O cuidador tem uma atenção muito grande com o doente, e esquece de cuidar de si” (ACS 07).

Estudos confirmam que cuidar de uma pessoa, dependente e acamada, pode trazer uma sobrecarga muito grande para o cuidador, com sérias repercussões para a sua saúde, bem como para sua vida social (KARSCH, 2003; FLORIANI, 2004; GONÇALVES *et al.*, 2006). Assim, percebe-se que o cuidador necessita de cuidados por parte da ESF tanto quanto o doente, além de precisar ser motivado para que possa continuar desempenhando cada vez melhor seu trabalho.

A falta de paciência por parte daqueles que cuidam (11,1%) e a resistência do familiar em aceitar o cuidado (7,4%), aliadas à agitação do doente (3,7%) e ao espaço físico da casa, que não é propício à estadia de um doente (3,7%), foram outros fatores apontados pelos profissionais do PSF como dificuldades enfrentadas pela família no cuidado com o familiar dependente.

Analisando as entrevistas com os membros da ESF, pôde-se constatar que, na opinião deles, muitas famílias procuram o PSF para resolver as dificuldades relativas ao

cuidado. Também procuram outro tipo de ajuda, como a do poder público, de vizinhos e de outros familiares, além de fazer economia e até largar o emprego. Mas os entrevistados acreditam que, em muitas das dificuldades vivenciadas, as famílias não conseguem resolver:

“Buscam apoio do PSF. Quando é assim, a gente visita mais vezes, para dar um apoio maior” (Técnico de enfermagem 01).

“Pedem ajuda da prefeitura... da Ação Social...” (Nutricionista 02).

“Vai levando com a ajuda de vizinhos e do PSF” (ACS 15).

“Buscam ajuda da família, da comunidade e do PSF” (Enfermeira 01).

“Tentam fazer uma economia pra dar um jeito” (ACS 12).

“Alguém da família larga o emprego: sempre alguém tem que ceder” (Técnico de enfermagem 03).

“A família procura dar a melhor assistência que pode. Acho que eles ficam estressados porque realmente não tem como eles resolverem, os problemas são tão grandes...” (Médico 02).

O fato de a maioria das famílias que cuidam de um familiar dependente procurar a ajuda dos profissionais de saúde torna importante o papel da equipe junto a essas famílias, no sentido de orientá-las sobre o cuidado, informando-as sobre a doença, como realizar cuidados de maior complexidade e como proceder diante de algumas alterações (LACERDA e OLINISKI, 2004).

Os benefícios do PSF para essas famílias cuidadoras, na opinião de quase todos os entrevistados, estão no fato de eles receberem a visita dos profissionais de saúde, cada um cuidando e orientando segundo sua especialidade, o que garante, segundo Gaspar (2006), a equidade e a humanização da assistência. A facilidade de conseguir remédios e marcar exames e consultas foi citado, por um pequeno número de respondentes, como outros benefícios do PSF.

Sugestão da Equipe de Saúde da Família para melhoria do atendimento para os indivíduos dependentes de cuidado

Foi pedido à ESF que apresentasse alguma sugestão para melhoria do atendimento para as famílias que cuidavam, em casa, de um familiar dependente. Os

resultados mostraram que mais da metade dos entrevistados sugeriram que outros profissionais de apoio fizessem parte da equipe, por exemplo, o fisioterapeuta e o psicólogo, para que pudessem ajudar essas famílias.

Foi sugerido também, por 33,3% dos profissionais, que houvesse capacitação tanto para a ESF, para trabalhar com pacientes dependentes e suas famílias, quanto para as famílias, em especial o cuidador, ensinando-lhes a melhor forma de cuidar. De acordo com Karsch (2003), o cuidador familiar precisa de orientações de como proceder nas situações mais difíceis. Somente um cuidador capacitado para esse tipo de trabalho poderá desenvolver melhor suas atividades, além de lhe trazer uma sobrecarga de trabalho menor.

Nesse sentido, Cattani e Girardon-Perlini (2006) ressaltam que o profissional de saúde, considerado agente transformador no campo da saúde, precisa estar atento e comprometido com a assistência domiciliar ao cuidador; reconhecendo que somente quando bem treinados os funcionários poderão oferecer ajuda de qualidade a essas famílias.

Sugestões para melhorar as visitas domiciliares também foram mencionadas por 40,7% dos entrevistados, já que existem alguns fatores que têm prejudicado a sua realização, podendo trazer conseqüências para as famílias. Foi sugerido, portanto, um veículo específico para cada ESF, assim como a presença de mais funcionários na equipe, no intuito de não sobrecarregar o trabalho na Unidade de Saúde e, assim, não comprometer a realização das visitas. Alguns ACS sugeriram também que outros profissionais da equipe, principalmente o médico e o enfermeiro, fizessem mais visitas para lhes dar um apoio, como pode ser comprovado na fala a seguir:

“Visita do enfermeiro na casa deles para maiores informações, pois nem sempre eles (indivíduos dependentes) acatam o que o ACS fala” (ACS 09).

Um dos agentes ainda mencionou que esses profissionais não têm feito as visitas quando são solicitados, o que está em desacordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde, que preconiza que os demais profissionais da ESF devem fazer as visitas, quando solicitados.

A diminuição da cobrança sobre a produção dos ACS também foi relatada como sugestão por uma minoria dos entrevistados (7,4%), pois este fato, segundo os respondentes, *“atrapalha a qualidade das visitas”*; que não devem ser, como aponta Cattani e Girardon-Perlini (2006), uma visita rápida. A visita deve possibilitar que a

realidade da família seja conhecida e deve ser capaz de proporcionar qualidade de vida a todos os membros familiares.

Também foi sugerido por 14,8% dos profissionais que outras secretarias, como a de Ação Social, se integrassem mais com o trabalho do PSF, fornecendo equipamentos, como cadeira de roda e suplemento alimentar.

5.2. Perfil pessoal e familiar do dependente e do cuidador

Para identificação da unidade familiar buscou-se traçar o perfil pessoal do indivíduo dependente de cuidado, o perfil familiar e o perfil do cuidador principal.

Perfil pessoal dos indivíduos dependentes

No que se refere ao perfil pessoal dos indivíduos dependentes pesquisados, constatou-se que a idade deles variou entre 41 e 98 anos, sendo a média de 75,7 anos e a moda de 77. Conforme dados apresentados na Tabela 9, a maioria desses indivíduos era do sexo feminino, viúva, natural de outras cidades do Estado de Minas Gerais, predominantemente brancos e pardos e da religião católica.

Quanto ao grau de instrução, a maioria dos indivíduos dependentes era analfabeta e os que cursaram o ensino fundamental (19%) não o completaram. Assim, o nível de escolaridade, em termos de anos de estudo, variou de zero a 11 anos.

No que diz respeito ao rendimento percebido, foi possível verificar que a maioria desses indivíduos recebia algum tipo de renda (90,6%), sendo esta aposentadoria, pensão ou benefício, e que 62,5% destes moravam com o cuidador principal. Dos 28,1% que não moravam com o cuidador principal, todos recebiam renda. O valor da renda variou de R\$325,00 a R\$1.200,00, mas a grande maioria (75%) recebia um salário mínimo⁹, havendo apenas uma pequena parcela (9%) que não recebia nenhuma renda.

O período em que se encontravam na condição de dependente variou de 20 dias até 14 anos, e, em geral, esses indivíduos eram acometidos por várias patologias, concomitantemente. Assim, o levantamento do motivo pelo qual o indivíduo se encontrava dependente de cuidado foi realizado com base na ênfase que o cuidador dava como sendo o motivo principal da dificuldade de locomoção e dependência do paciente.

⁹ O salário mínimo na época da pesquisa era de R\$380,00.

Tabela 9 - Caracterização do perfil pessoal dos indivíduos dependentes de cuidado, Viçosa/MG (2007)

Componentes	Número	Frequência (%)
Sexo		
Feminino	22	68,7
Masculino	10	31,3
Estado Civil		
Viúvo	22	68,7
Casado	8	25,0
Solteiro	2	6,3
Naturalidade		
Do Município	14	43,8
Do Estado	17	53,1
Outro estado	1	3,1
Raça		
Branco	12	37,5
Negro	8	25,0
Pardo	12	37,5
Religião		
Católico	31	96,9
Evangélico	1	3,1
Grau de instrução		
Analfabeto	25	78,0
Ensino fundamental incompleto	6	19,0
Ensino médio completo	1	3,0
Renda Percebida		
Nenhuma	3	9,0
Menos de 1 SM	1	3,0
1 SM	24	75,0
Mais de 1 SM	4	13,0

Constatou-se, como apresentado na Figura 3, que 43% dos pacientes eram portadores de doenças neurológicas, incluindo alzheimer, esclerose e AVC, com predomínio dos casos de AVC (dez pacientes). Havia também indivíduos na condição de dependência de cuidado por doenças ortopédicas (osteoporose e reumatismo), pela velhice principalmente, além de outras enfermidades como diabetes, esquizofrenia, depressão e glaucoma.

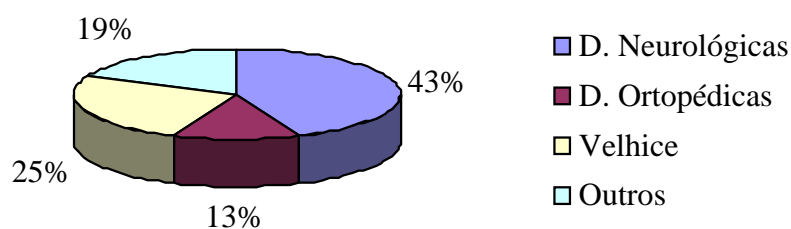


Figura 3 – Relação percentual dos motivos da dependência dos indivíduos pesquisados, Viçosa-MG (2007).

No que diz respeito ao grau de dependência dos indivíduos pesquisados, constatou-se que, conforme o índice de Barthel, a dependência variou de leve à total, devendo ser ressaltado que a maioria tinha grau de dependência moderada (34,3%) e leve (34,3%), não existindo nenhum respondente independente, conforme mostrado na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição do grau de dependência dos indivíduos pesquisados segundo o índice de Barthel, Viçosa-MG (2007)

Grau de Dependência	Número	Frequência (%)
Total	4	12,6
Grave	6	18,8
Moderado	11	34,3
Leve	11	34,3
Independente	-	-

A média geral das dez atividades da vida diária, examinadas pelo índice de Barthel, foi de 4,4. Pode-se verificar, conforme mostrado na Figura 4, que as questões referentes aos números 2, 3, 4, 7 e 10 ficaram abaixo da média geral, indicando que, para a maioria dos pacientes, as dificuldades na realização das atividades estavam associadas aos seguintes itens: banho, cuidados pessoais, capacidade de vestir-se, uso do banheiro e condição de subir e descer escadas. O melhor desempenho nas atividades realizadas pelos entrevistados dizem respeito aos itens 1, 5 e 9, correspondentes a alimentação, ritmo intestinal e mobilidade.

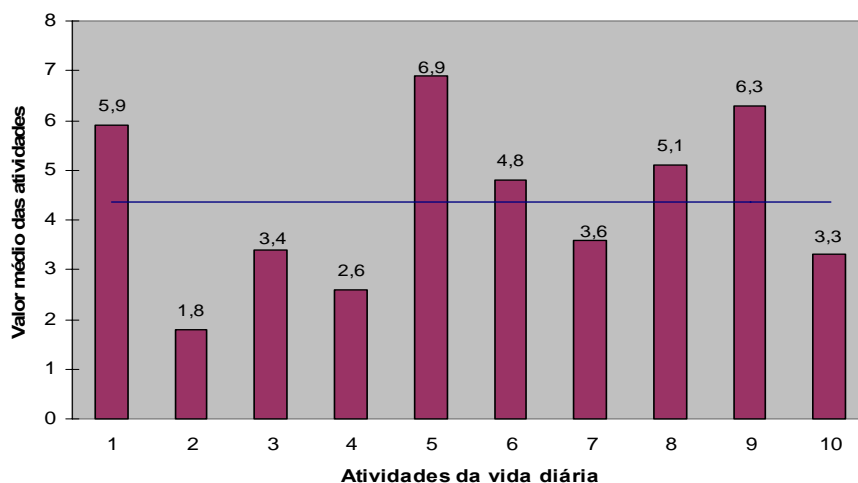


Figura 4 – Relação das médias das atividades da vida diária, conforme o índice de Barthel, Viçosa-MG (2007).

Por meio dessas informações pôde-se observar que a maioria dos indivíduos estudados nesta pesquisa não é totalmente dependente de seus cuidadores, principalmente em relação a alimentação, ritmo intestinal e a pequenos deslocamentos dentro de casa. A dependência registrada é maior naquelas atividades relacionadas à higiene pessoal e aos deslocamentos, que requerem maior dificuldade, como subir e descer escadas.

Perfil familiar

O perfil familiar apresentado na Tabela 11 demonstrou que o tamanho da família variou de um a sete membros, com predomínio das famílias com quatro e dois membros. Por meio dessas informações foi possível verificar a existência de indivíduos dependentes de cuidados familiares morando sozinhos.

Quanto ao tipo de família, pôde-se observar que 59,3% era do tipo monoparental, ou seja, pai ou mãe morando com os filhos, e que, na maioria dos casos, eles eram casados e tinham filhos. Todas essas famílias eram quebradas, principalmente por viuvez do cônjuge. Havia também uma parcela de famílias do tipo nuclear (18,8%) e extensa (12,5%), sendo 9,4% das outras famílias formadas por famílias do tipo unipessoal, ou seja, uma pessoa morando sozinha e outras com irmãos morando juntos, sem a presença dos pais.

No que se refere à participação na força de trabalho, ficou evidenciado que a maior parte das famílias (56,3%) não possuía nenhum de seus membros trabalhando fora de casa, e que em 18,7% dos casos havia apenas uma pessoa trabalhando fora.

Considerando apenas aquelas famílias compostas por mais de uma pessoa e que não tinham nenhum de seus membros trabalhando fora de casa, constatou-se que 37,5% viviam exclusivamente da renda do familiar dependente e que 50%, além de viver com a renda desse familiar, recebiam algum tipo de benefício, como a aposentadoria, principalmente. O restante (12,5%) vivia do benefício de algum membro da família, ou seja, quase todas as famílias que não tinham nenhum de seus membros trabalhando fora de casa necessitavam da renda do familiar dependente para sobreviverem.

Tabela 11 - Caracterização do perfil familiar dos indivíduos dependentes, Viçosa-MG (2007)

Componentes	Número	Frequência (%)
Tamanho da família		
01	2	6,3
02	7	21,9
03	5	15,6
04	8	25,0
05	5	15,6
06	4	12,5
07	1	3,1
Tipo de família		
Monoparental	19	59,3
Nuclear	6	18,8
Extensa	4	12,5
Outros	3	9,4
Pessoas trabalhando fora de casa		
Nenhuma		
01	18	56,3
02	6	18,7
03	5	15,7
04	1	3,1
05	1	3,1
	1	3,1
Pessoas que recebem renda e contribuem com a renda familiar		
01		
02	12	37,5
03	9	28,1
04	8	25,0
	3	9,4
Renda familiar mensal		
Entre 1 e 2 SM	17	56,6
Entre 2 e 3 SM	3	10,0
Entre 3 e 4 SM	5	16,7
Mais de 4 SM	5	16,7

Entretanto, foi possível constatar que nem todas as pessoas que recebiam renda contribuía com o orçamento familiar. As famílias que possuíam apenas uma pessoa contribuindo com o orçamento familiar corresponderam a 37,5%, e aquelas que possuíam dois membros contribuintes a 28,1%. O percentual das famílias com quatro membros contribuindo com o orçamento familiar foi de 9,4%, que foi o máximo de pessoas contribuintes encontradas.

O tipo de ocupação predominante dos membros familiares que trabalhavam fora de casa foi a prestação de serviços gerais (38%), envolvendo as seguintes atividades: pedreiro/servente, garçom, lavrador, balconista e arrumadeira. O trabalho doméstico era desempenhado por 24,1% dos membros familiares, seguido pelo funcionalismo público (20%) e outros setores (17,2%), como comércio e hospitais.

Em relação às pessoas que trabalhavam fora de casa, os dados mostraram que a maioria (86,2%) era empregada, existindo 13,8% dos membros que trabalhavam por conta própria. O trabalho era fixo para 75,9% dos casos, e a maior parte trabalhava 8 horas por dia (44,8%), embora existissem aqueles que trabalhavam em regime de escala (17,2%). Quanto aos dias da semana trabalhados, constatou-se que 69% trabalhavam até seis dias por semana; 55,2% dos membros empregados possuíam carteira de trabalho assinada.

A renda familiar mensal variou de R\$380,00 a R\$3.950,00, isto é, de um até pouco mais de dez salários, estando, entretanto, concentrada entre um e dois salários mínimos (56,6%). Já a renda *per capita* variou de R\$95,00 a R\$790,00, sendo a média equivalente a R\$306,90, ou seja, menos de um salário mínimo. Entretanto, mais da metade das famílias (63,3%) encontrava-se abaixo da média, demonstrando a situação de vulnerabilidade social dessas unidades familiares.

Das famílias analisadas, constatou-se que 60% não possuíam nenhum plano de saúde. Entretanto, das 40% que declaram possuir, a maioria dos planos (66,6%) não cobria o familiar dependente. A maior parte dos planos de saúde das famílias era o AGROS e IMAS, seguido pela UNIMED, PLAMUV e Polícia Militar.

Perfil do cuidador

Quanto ao perfil do cuidador principal, demonstrado na Tabela 12, constatou-se que eles possuíam idade entre 24 e 76 anos, sendo a média de 46,1 anos. Eram, predominantemente, do sexo feminino (93,3%), e mais da metade declararam-se casados, seguidos por solteiros, separados e viúvos.

O fato de a maioria dos cuidadores ser do sexo feminino corrobora os dados de outras pesquisas (LAHAM, 2003; CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004; RESTA e BUDÓ, 2004) o que demonstra que a mulher em nossa sociedade é considerada cuidadora por excelência. Assim, além de ser responsável pelo cuidado da casa, dos filhos e, muitas vezes, ter de trabalhar fora de casa, ainda se espera que a mulher seja responsável pelo cuidado de idosos e doentes.

Tabela 12 - Caracterização do perfil pessoal dos cuidadores, Viçosa-MG (2007)

Componentes	Número	Frequência (%)
Sexo		
Feminino	28	93,3
Masculino	2	6,7
Estado Civil		
Solteiro	6	20,0
Casado	20	66,7
Separado	3	10,0
Viúvo	1	3,3
Naturalidade		
Do município	14	46,7
Do Estado	16	53,3
Raça		
Branco	12	40,0
Negro	9	30,0
Pardo	9	30,0
Religião		
Católico	26	86,7
Evangélico	3	10,0
Não tem	1	3,3
Grau de instrução		
Analfabeto	4	13,0
Ensino fundamental incompleto	19	64,0
Ensino fundamental completo	1	3,0
Ensino médio completo	6	20,0

Quanto ao parentesco que os cuidadores apresentavam com os indivíduos de quem cuidavam, constatou-se que a maioria era filho (56,2%), seguido por esposas (18,7%), outros parentes (15,7%), irmãos (6,3%) e, até mesmo, não-parentes (15,7%). Esses dados também foram encontrados por Celich e Batistella (2007) e Laham (2003), o que demonstra, conforme pesquisas, que a escolha do cuidador principal é determinada, na maioria das vezes, pela proximidade parental, física e, até mesmo, afetiva (KARSCH, 2003; CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004; RESTA e BUDÓ, 2004). O fato de existir não-parentes cuidadores, embora em pequeno número (3,3%),

também foi encontrado em outros estudos. Minchillo, *apud* Laham (2003), constatou que menos de 3% dos cuidadores não tinham nenhum parentesco com os pacientes.

A maior parte dos cuidadores era natural de outro Estado (53,3%) e era de cor branca (40%). Dos 96,7% que disseram possuir alguma orientação religiosa, 86,7% se declararam católicos.

No que se refere ao grau de instrução do cuidador, constatou-se que a maioria (64%) cursou o ensino fundamental, mas não o completou, havendo também cuidadores analfabetos.

Verificou-se que nem todos os cuidadores exerciam somente essa função, tendo sido constatado que 26,7% também trabalhavam fora de casa, exercendo, na metade dos casos, trabalhos domésticos. Dos 73,3% que declararam não trabalhar fora, 22,7% eram aposentados e 77,3% cuidavam dos afazeres domésticos.

5.3. Caracterização do *habitat* familiar

Constatou-se que das famílias pesquisadas neste estudo 27 moravam na zona urbana e três na zona rural, o que reflete nas características do *habitat* familiar.

Em relação ao *habitat* familiar, percebeu-se, como demonstram os dados da Tabela 13, que todas as famílias residiam em casas, sendo a maioria delas acabadas e da própria família. Nessas residências predominaram aquelas que possuíam de dois a três quartos.

Observou-se que na maioria desses domicílios a água chegava por meio da rede concessionária e ficava armazenada em caixas-d'água com tampa. O acesso à rede geral de esgoto foi declarado por 80% das famílias e 20% utilizavam a fossa como mecanismo de eliminação dos dejetos. Além disso, a maior parte das residências possuía as instalações sanitárias dentro de casa.

No que se refere à qualidade da água consumida, constatou-se que 93,3% das casas utilizavam o filtro de água. No caso daquelas que não o utilizavam, a água consumida era da torneira.

Todas as residências possuíam energia elétrica. O do lixo era, na maior parte dos casos, recolhido pela Prefeitura, de duas a três vezes na semana (60%). Nas residências em que a coleta não era realizada pela Prefeitura o lixo era queimado ou ficava exposto.

Tabela 13 - Componentes do *habitat* familiar dos indivíduos dependentes, Viçosa-MG (2007)

Componentes	Número	Frequência (%)
Tipo de domicílio		
Casa	30	100,0
Condições da habitação		
Acabado	24	80,0
Semi-acabado	6	20,0
Forma de aquisição da moradia		
Próprio	26	86,7
Cedido	3	10,0
Alugado	1	3,3
Nº de quartos		
01	4	13,3
02	9	30,0
03	10	33,3
04	6	20,0
05	1	3,4
Recebimento da água		
Rede da concessionária	25	83,3
Poço	4	13,3
Cisterna	1	3,4
Forma de armazenamento da água		
Caixa-d'água com tampa	29	96,7
Caixa-d'água sem tampa	1	3,3
Filtro de água		
Sim	28	93,3
Não	2	6,7
Esgotamento sanitário		
Rede geral	24	80,0
Fossa	6	20,0
Instalações sanitárias		
Dentro de casa	29	96,7
Fora de casa	1	3,3
Existência de energia elétrica	30	100,0
Destino do lixo		
Recolhido/Prefeitura	24	80,0
Queimado	5	16,6
Exposto	1	3,3
Frequência da coleta		
Nenhuma	6	20,0
Todos os dias	4	13,3
2 a 3 vezes / semana	18	60,0
1 vez na semana	2	6,7

No tocante aos serviços comunitários, disponíveis nas comunidades em que os indivíduos dependentes moravam, constatou-se, dentre outros, que alguns estavam presentes nas seguintes proporções: em 96,7% dos casos havia escolas municipais;

93,3% possuía telefone público; 90% contavam com associações de moradores, iluminação pública e igreja católica; igrejas evangélicas estavam presentes em 83,3% das comunidades e apenas 40% possuía ponto de táxi. Todas as comunidades contavam com o serviço de transporte coletivo.

5.4. O cotidiano das famílias cuidadoras de indivíduos dependentes e suas redes

Buscou-se inicialmente conhecer o dia-a-dia das famílias que cuidavam de um de seus membros familiares na condição de dependente, ou seja, os aspectos relativos ao cuidado, às mudanças na vida do familiar dependente e às funções desempenhadas pelos membros da família, bem como à análise da administração dos recursos familiares diante da situação, as suas redes de apoio, além de uma avaliação feita por eles sobre o serviço prestado pelo PSF.

Aspectos relativos ao cuidado familiar

A maioria das atividades que os cuidadores desenvolvem com o indivíduo dependente envolve cuidar da higiene pessoal e da casa, da alimentação e da saúde, em termos de medicação, exames e curativos. Uma pequena parcela dos cuidadores (26,7%) relatou cuidar das atividades de lazer do membro familiar dependente, buscando conversar com eles para distraí-los, fazer caminhada e alguns exercícios. Quanto ao tempo gasto nessas atividades, apresentado na Figura 5, 17% disseram gastar em torno de 1 a 2 horas, enquanto a maioria (77%) disse se tratar de um cuidado permanente, já que têm de estar em companhia do familiar o dia todo, como pode ser comprovado nos seguintes relatos:

“Tem que ficar o dia todo por conta, senão ele foge, ele esquece onde fica o quarto..., o banheiro...” (M.T.S.C.).

“Eu vivo por conta dela, praticamente 24 horas por dia. Durmo com ela, acordo com ela ... levanto na hora que ela levanta ...” (M.A.T.).

No que se refere à habilidade ou ao conhecimento para realizar as atividades de cuidado, 70% dos cuidadores afirmaram tê-las adquirido com o tempo, chegando até mesmo a se admirarem pela capacidade de cuidar:

“Nem sabia que eu tinha capacidade pra cuidar ... dar banho, preparar alimentação sem sal e gordura ... fazer exercício de fisioterapia ...” (R.S.N.S.).

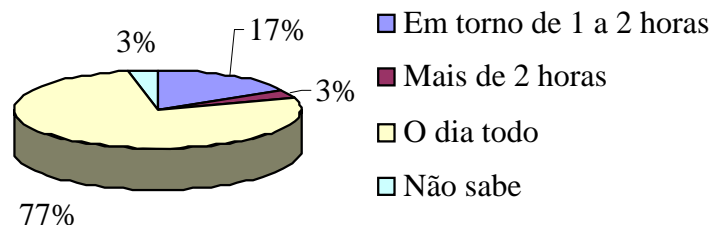


Figura 5 – Distribuição porcentual do tempo gasto com o cuidado, Viçosa-MG (2007).

A maioria deles alegou que o maior aprendizado foi dar assistência de enfermagem, que envolvia atividades mais complexas, como: aplicar insulina, fazer curativo, aferir pressão arterial, fazer teste de glicose, preparar alimentação por sonda e fazer fisioterapia com o familiar. Também foi citado como aprendizado, por uma pequena parcela dos respondentes (26,7%), o cuidado com a higiene pessoal de uma pessoa adulta, por exemplo, dar banho na cama e trocar fraldas.

Uma minoria alegou ter aprendido a ter paciência com o familiar, como pode ser comprovado no depoimento a seguir:

“Só aprender a ter muita paciência, porque ele fica nervoso, xinga ... se não a gente também perde a paciência” (T.R.S.).

Para alguns profissionais do PSF a falta de paciência para lidar com um familiar dependente representa uma das dificuldades que as famílias cuidadoras enfrentavam. Assim, adquirir paciência tem sido uma habilidade, que também foi relatada pelos cuidadores pesquisados por Laham (2003). Segundo a autora foram registrados casos de perda de paciência de cuidadores com o paciente, embora se tratasse de acontecimentos em momentos isolados, de maior *stress* do cuidador, mas que não estava relacionado a maus-tratos.

De acordo com a metade dos respondentes da presente pesquisa, esse aprendizado se deu com a ajuda dos profissionais de saúde, como médico, enfermeiro, fisioterapeuta e nutricionista. A outra metade disse ter aprendido tudo sozinho. Esses dados vêm confirmar que nem todas as famílias, que se encontram na situação de ter

que cuidar de um familiar doente ou mesmo idoso, recebem informação dos profissionais de saúde sobre o cuidado. Além disso, acrescenta Caldas (2003), muitos cuidadores raramente recebem informações a respeito da doença, orientação para o cuidado e indicação para prosseguir o tratamento quando seus familiares recebem alta hospitalar. É, nesse momento, que se faz importante a presença da ESF, que além de dar informações necessárias sobre o cuidado deve fazer visitas periódicas a essas famílias.

Aqueles respondentes (30%) que disseram não ter adquirido nenhuma habilidade ou conhecimento alegaram, dentre outros motivos, que cuidam por instinto, como pode ser comprovado no relato a seguir:

“Cuido por idéia. Um filho tem que cuidar da mãe, é nossa obrigação” (I.D.L.).

No que se refere à ajuda nesse processo de cuidar, 66,6% afirmaram contar com o apoio de membros da família, e 6,7% com a ajuda de outras pessoas. Já 26,7% disseram não contar com a ajuda de ninguém, ou seja, cuidam sozinhos do familiar dependente. Dos que recebem ajuda, 18,2% pagam por ela.

Segundo Sommerhalder (2001), na ausência de serviços públicos voltados para dar suporte às famílias, os cuidadores, com o apoio informal de amigos, vizinhos e parentes, desenvolvem as tarefas, aprendendo por meio de erros e acertos. Descobrem, assim, o melhor modo de se adaptar à nova condição, que pode perdurar por vários anos e ser entremeada por episódios de crise. Nesse período de adaptação passam por momentos árduos, uma vez que, até descobrir a melhor maneira para lidar com cada situação, o cuidador já passou por sofrimentos que poderiam ser evitados, caso tivesse recebido orientações de um profissional habilitado.

Mudanças na vida do familiar dependente e na de sua família

De acordo com a maioria dos respondentes, muita coisa mudou na vida de seu familiar depois que ele ficou dependente de cuidado. Essas mudanças se referiam, na maioria dos casos, às atividades relativas ao trabalho, que tiveram de ser abandonadas em função da situação de dependência, além de mudanças na aparência física, com prejuízo na fala e no andar. Foram mencionadas, por 26,7% dos respondentes, mudanças no próprio comportamento, uma vez que o familiar passou a ficar mais nervoso; uma minoria (20%) relatou mudanças na vida social, pois eles não podem mais

ir à igreja ou passear, além do fato de terem se tornado totalmente dependentes, não podendo mais cuidar de si próprios.

Em relação à percepção dos respondentes sobre possíveis mudanças em suas funções diante da presença de um membro familiar dependente, a maioria (90%) observou ter havido algum tipo de mudança, como o aumento dos serviços dentro de casa, passando a ter que cuidar dos afazeres domésticos e do familiar dependente:

“Aumentou o serviço dentro de casa, eu cuido dela e da casa. A responsabilidade aumentou pra mim, além do cansaço” (A.P.C.).

Uma pequena parte dos entrevistados observou diminuição ou mesmo abandono de atividades pessoais e, ou, com todo o grupo familiar, além de existirem casos em que as pessoas tiveram de se mudar para a casa do membro familiar dependente. Também foi relatado por 16,7% dos entrevistados que eles tiveram de abandonar o emprego para se dedicar exclusivamente ao cuidado, como pode ser visto no relato a seguir:

“Pra mim mudou tudo, né? Eu vivo a vida dela, tive que parar de trabalhar e mudar pra casa dela. Ela me requer muito, ela me chama muito ...” (M.A.T.).

Entretanto, 10% dos cuidadores disseram não ter mudado em nada nas funções desempenhadas, alegando que a vida cotidiana continuou inalterada, mesmo com a presença de um familiar dependente.

Administração de recursos

Em face da presença de um membro familiar dependente, foi possível comprovar que os gastos tornaram-se mais elevados. Para todos os entrevistados, esses gastos se referiam à compra de remédios e ao pagamento de médico especialista. A maioria ainda citou o gasto com a alimentação, uma vez que essa precisava ser diferenciada, além daqueles referentes ao cuidado, por exemplo, a higiene pessoal. Também foi mencionado, por uma parcela dos entrevistados (33,3%), o gasto com transporte para levar o familiar para uma consulta ou para fazer exames.

É preciso ressaltar que muitos entrevistados alegaram que esses gastos eram mínimos, pelo fato de conseguirem remédios, principalmente, no PSF, o que para alguns profissionais do PSF representavam benefícios para essas famílias.

Quanto à parcela de gastos com as despesas do familiar dependente, constatou-se, conforme a Figura 6, que mais da metade das unidades familiares gastavam até

R\$200,00 (0,5 salário mínimo); devendo ser ressaltado que as despesas acima de R\$1.000,00 prevaleceram em 6,6% dos domicílios pesquisados, que recebiam renda superior a seis salários mínimos.

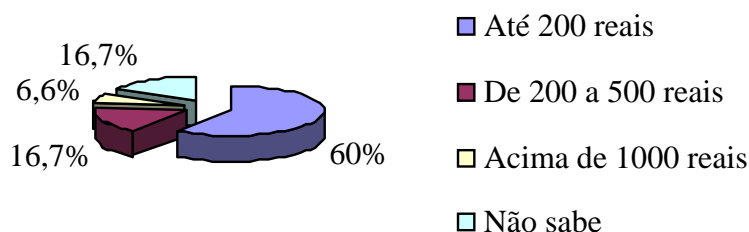


Figura 6 – Relação percentual dos gastos com os indivíduos dependentes, Viçosa-MG (2007).

Muitos respondentes tiveram dificuldade de relatar o valor gasto com as despesas, alegando que não fazem contas relativas a essas despesas, como pode ser visto no relato a seguir:

“Ultimamente nem tenho feito conta, porque senão eu enlouqueço” (M.A.T.).

Constatou-se ainda que, devido às condições financeiras precárias, uma parcela das famílias tem deixado de comprar alguns medicamentos ou mesmo de utilizar-se de tratamentos para o familiar em virtude da escassez de recursos, como pode ser comprovado no relato a seguir:

“Se anda, bem, se não ... fica assim mesmo” (M.I.L.B.) - (referindo-se ao fato de não levar o marido para fazer fisioterapia, pela falta de dinheiro para pagar um transporte).

Diante da situação vivenciada por essas famílias, 70% delas observaram mudanças nas despesas familiares, tendo que, inclusive, reduzir ou mesmo abandonar alguns itens do orçamento doméstico. Esses itens se referiam principalmente às despesas em geral, passando a comprar somente o necessário, além de haver ocorrido redução nos gastos com lazer, passeios e festas, bem como contenção de gastos com vestuário. Tudo isso para se ter uma pequena reserva nos momentos imprevistos, como relatado a seguir:

“Tem que ter um dinheiro né? porque se precisar de um carro e não tiver dinheiro pra levar no médico ou no hospital morre (...) senão tiver dinheiro não faz nada não (...) Aqui se você tiver passando mal e não tiver dinheiro pro carroto eles (vizinhos) não faz nada não” (J.A.A.).

Contudo, 30% dos respondentes não observaram mudanças em relação às despesas, alegando que existem outros familiares que os ajudam financeiramente, além da contribuição da aposentadoria do membro familiar dependente.

Vale ressaltar que a maioria dessas famílias sobrevivia com uma renda *per capita* inferior a um salário mínimo, daí ser possível inferir que o fato de não haver grandes mudanças nas despesas pode ser devido a baixa renda e, conseqüentemente, ficando difícil reduzir ainda mais as despesas realizadas. A dificuldade financeira também foi um problema citado por alguns profissionais do PSF como sendo a principal dificuldade enfrentada pelas famílias. Para Cattani e Girardon-Perlini (2004), as famílias que cuidam de um familiar dependente enfrentam a dificuldade de não terem condições financeiras suficientes para suprir todas as necessidades de que a doença do familiar exige. Segundo as autoras, muitas dessas famílias têm a aposentadoria como única fonte de manutenção e sobrevivência, como também constatado neste estudo.

Redes de apoio familiar

No intuito de verificar as redes de apoio que faziam parte do cotidiano dessas famílias, buscou-se conhecer quem eram seus contatos mais próximos, ou seja, aquelas pessoas/instituições a quem podem recorrer em casos de problemas de saúde de algum de seus membros, problemas de relacionamento ou mesmo em caso de dificuldade financeira, bem como verificar os primeiros contatos, em caso de internação, locomoção e exames do familiar dependente.

Pôde-se constatar que os parentes são os mais procurados em caso de qualquer problema, seja ele de saúde, de relacionamento ou financeiro (Tabela 14).

Na ocorrência de problemas de saúde, as famílias, além de recorrerem aos parentes, também contam com o PSF (23,3%), com o médico do doente, que nem sempre é do PSF (10%), bem como com outras pessoas, como vizinhos e amigos (6,6%). Uma pequena parcela (6,6%) não recorre a ninguém, buscando resolver tudo sozinha.

Em caso de problemas no relacionamento, 70% dos cuidadores disseram recorrer a outros membros da família, enquanto 20% buscam o apoio de vizinhos e amigos e 10% não procuram ninguém para ajudá-los.

Tabela 14 - Distribuição das informações relativas às redes de apoio familiar, Viçosa-MG (2007)

Elementos da Busca por Ajuda	Número	Frequência (%)
Em caso de problemas de saúde		
Parentes	18	60,0
PSF	7	23,3
O médico do doente	3	10,0
Outros	1	3,3
Ninguém	1	3,3
Em caso de problemas no relacionamento		
Parentes	21	70,0
Amigos e vizinhos	6	20,0
Ninguém	3	10,0
Em caso de problemas financeiros		
Parente	18	60,0
Amigos e vizinhos	4	13,3
Outros	2	6,7
Ninguém	6	20,0

Com relação aos problemas financeiros, 60% das famílias também contam com parentes, com os vizinhos e amigos (13,3%), além de outras pessoas (6,7%); já 20% disseram não ter com quem contar. Em caso de internação, realização de exames e necessidades de locomoção, 46,6% dos cuidadores contam com outros familiares para ajudá-los, 16,6% procuram o PSF e 6,6% procuram tanto familiares quanto vizinhos. No entanto, 23,2% disseram não contar com ninguém, tendo de resolver tudo sozinho, inclusive pagar o transporte para levar o familiar dependente.

A partir do momento em que um dos membros da família ficou dependente de cuidado, na visão de 73,3% dos respondentes ocorre algum tipo de mudança nas redes de convivência. Para 23,3% dos respondentes, passa a existir maior proximidade com as redes familiares e de amigos, enquanto 23,3% disseram ter se aproximado mais do PSF, 16,7% afirmaram que a aproximação se deu por parte tanto do PSF quanto das redes de convivência e 10% observaram distanciamento das redes familiares e dos amigos, como no relatado a seguir:

“Não houve aproximação de ninguém, pelo contrário, piorou... O relacionamento familiar piorou 200% (...) Pelo fato de ser solteira, não ter marido, não ter filho, emprego ... eu achei que era o mais justo eu cuidar dela, porque eu era a mais livre. Aí vim e tive uma decepção muito grande, porque eu não encontrei o apoio que eu esperava encontrar. Então, os primeiros 6 anos foi uma barra muito pesada pra mim, foi quando eu tive depressão ... hipertensão ... pouco tempo pra cá começou a melhorar. Não sei porque, mas eu entendo assim, que eles acham: - ela é solteira (...), usa o salário de mãe, ela que se vira. Não é

ninguém que falou não, eu que imagino. Os filhos homens, principalmente, afastaram mas afastaram mesmo. Vem e faz uma visita como se fosse assim: -eu vou porque eu sou obrigado. – vô hoje pra não precisar ir amanhã. E isso me afetava demais da conta, porque eles ficam o mês inteiro e num dão nem um telefonema” (M.A.T.).

Porém, para 26,7% nada mudou nas redes de convivência diante da situação vivenciada pela família.

Foi possível observar que em questões relacionadas ao estado de saúde dos membros da família o PSF tem representado uma alternativa viável que muitas famílias têm podido contar; e os próprios profissionais de saúde reconhecem que eles têm sido referência para essas famílias. Contudo, é preciso ressaltar, como aponta Lacerda e Oliniski (2004), que para o PSF ser considerado uma rede de apoio os profissionais da equipe devem oferecer às famílias todas as informações necessárias para o cuidado, além de compreenderem a realidade dessas famílias e as dificuldades que elas enfrentam no processo de cuidar.

Das famílias analisadas, a maioria (76,7%) não participava de nenhum grupo comunitário, alegando, principalmente, a falta de tempo como fator limitante; já dos 23,3% que disseram participar a maioria freqüentava grupos religiosos. Para Laham (2003), a religião pode ser usada como válvula de escape para as tensões a que os cuidadores estão sujeitos, podendo reduzir o nível de angústia dos cuidadores. Entretanto, como foi observado, muitos deles não tinham com quem deixar o familiar dependente, não tendo, portanto, condições de freqüentar grupos comunitários, o que, de certa forma, repercute sobre a vida social desses, que acabam tendo de ficar só em casa, cuidando do familiar dependente. Essa dedicação exclusiva, segundo alguns autores (KARSCH, 2003; FLORIANI, 2004; GONÇALVES *et al.*, 2006), pode trazer prejuízos para a saúde dos cuidadores, aumentando ainda mais o nível de *stress*.

Percepção das famílias sobre o apoio do PSF

Todas as famílias da pesquisa em questão confirmaram receber as visitas dos profissionais de saúde do PSF, embora a freqüência tenha variado, como pode ser visto na Figura 7:

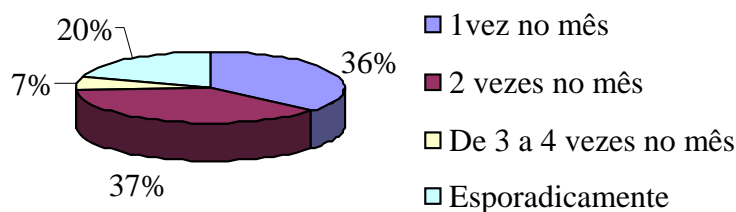


Figura 7 – Frequência de visitas da ESF, Viçosa-MG (2007).

Segundo depoimentos prestados por 36% das famílias, as visitas feitas pela ESF ocorriam uma vez no mês, e para 37% elas aconteciam duas vezes no mês. Uma pequena parcela (7%) disse receber a visita de três a quatro vezes no mês, enquanto para 20% as visitas eram esporádicas, existindo meses em que elas nem acontecem.

Essas informações estão de acordo com aquelas fornecidas pela ESF, uma vez que as visitas têm ocorrido de uma a duas vezes no mês, por parte dos ACS, além de existirem casas que não recebem visitas no mês, devido à falta de transporte, como relatado pela ESF.

De acordo com a maioria dos entrevistados, quando os profissionais da ESF vão às suas casas, cada um conforme suas especialidades, buscam averiguar a necessidade de trocar a receita dos remédios, de realizar algum exame ou consultas, bem como de procurar saber sobre o estado de saúde do indivíduo dependente, levando informações sobre a doença, os medicamentos e a alimentação. Grande parte dos respondentes também afirmou que eles procuram aferir a pressão do paciente.

Quando questionados se o trabalho desempenhado pelo ESF no domicílio influenciava a melhoria da qualidade de vida da família, 80% afirmaram que sim, devido principalmente à facilidade em conseguir remédios, atendimento e orientação:

“Se não tivesse nem sei como nós ia fazer. Antes de ter o PSF era difícil conseguir uma receita de remédio, agora os agentes comunitários vêm na casa e troca a receita e até traz o remédio” (M.B.C.G.).

E também, pelo fato de permitir melhor acesso ao serviço de saúde:

“Favoreceu muito, porque antes não tinha nada disso, era uma dificuldade imensa. Eu lembro que eu já passei a noite no INPS, na rua, chovendo, pra

poder pegar uma ficha, lá na rua porque aqui não tinha posto. Quando veio o posto ... veio o médico ... não dava conta de todo mundo, né. E agora eles dividiram tudo, dividiram as equipes de rua, os bairros, tudo pra cada equipe tomá conta. Cada um tem sua área” (V.H.M.).

Além disso, esse acesso ao serviço de saúde proporcionou a essas famílias uma economia nos gastos, conforme relatado por um dos respondentes:

*“Porque se tivesse que pagar não sobrova nem pra comer” (F.A.A.L.)
(referindo-se ao fato de conseguirem consultas, remédios e exames pelo PSF).*

Ressaltaram que o fato de os ACS irem às casas tem evitado que eles (os cuidadores, principalmente) tenham que sair de casa para irem ao PSF, evitando terem de deixar, muitas vezes, o familiar dependente com algum parente, vizinho, ou mesmo sozinhos, para conseguir uma consulta ou remédio.

“Porque às vezes a gente num tá esperando, e tá precisando de ir lá no posto e eles tão chegando ... qué coisa melhor” (M.H.O.).

Contudo, 20% dos entrevistados alegaram que a presença do PSF no bairro não tem melhorado em nada a qualidade de vida. As razões explicitadas se referiam ao fato de acharem as visitas pouco freqüentes, ao fato de só o ACS ir à casa e não poderem resolver nada de imediato, além de acharem que o PSF não tem condições de oferecer o que o familiar dependente necessita.

Os resultados apresentados vêm, mais uma vez, confirmar o quanto o PSF tem sido um suporte para as famílias, especialmente para aquelas que cuidam de uma pessoa dependente. O PSF tem proporcionado maior acesso aos serviços e aos profissionais de saúde, garantindo segurança, em caso de necessidade relacionada à saúde das famílias, além de representarem uma economia nas despesas. Entretanto, nota-se que as equipes poderiam ser mais atuantes, principalmente no que se referem às visitas domiciliares dos outros profissionais da equipe, e não somente os ACS, pois como foi relatado por alguns membros da equipe nem todos os profissionais, médicos e enfermeiros, têm feito visitas quando solicitados.

Assim, no que se referiu à satisfação da família em relação ao trabalho realizado pela ESF, constatou-se que 30% estavam muito satisfeitos, 43,3% satisfeitos, 23,3% pouco satisfeitos e apenas 3,4% disseram estar nada satisfeito.

Para 6,7% dos entrevistados o funcionamento do PSF estava “bom”, não precisando melhorar em nada, mas 93,3% sugeriram algumas melhoras. A maioria das sugestões estava relacionada com o aumento no número de visitas da equipe,

especialmente do médico, seguido pelo aumento no número de profissionais da equipe, especialmente médicos e profissionais especializados. Uma parte dos respondentes (30%) também sugeriu que houvesse um veículo para que a equipe pudesse fazer mais visitas e uma ambulância para casos de necessidades. Uma minoria, aproximadamente 13,3%, sugeriu que houvesse melhora do serviço prestado pela equipe, tanto na unidade de saúde quanto no domicílio, por meio de orientações sobre o cuidado. Esse fato demonstra que existem famílias que não têm recebido dos profissionais da ESF as informações necessárias sobre como cuidar de um indivíduo dependente.

5.5. Qualidade de vida e redes de significação

Para se ter uma visão mais aprofundada das redes de significação e da qualidade de vida dos indivíduos dependentes, selecionou-se uma subamostra composta por 18 indivíduos. Deve ser lembrado que esses indivíduos selecionados foram todos aqueles que tiveram condições de responder o questionário da qualidade de vida (WHOQOL-breve) e contar sobre suas histórias de vida, especificamente sobre suas vidas antes e depois da doença.

Inicialmente foi perguntado aos entrevistados se eles sabiam o que era qualidade de vida; apenas 33,3% relataram saber, relacionando o conceito com o fato de estar bem com as pessoas, ter boa saúde e alimentação, ser independente, bem como ao fato de estarem vivendo, como mostram as falas:

“É estar bem com todo mundo” (E.O.; 47 anos).

“Eu penso assim ... é a pessoa ter saúde e boa alimentação” (M.B.A.; 54 anos).

“É viver independente” (C.G.; 90 anos).

“É a gente tá vivendo.... Eu não tô vivendo, não” (M.A.G.; 87 anos)

Como muitos não conseguiam expressar o que era qualidade de vida, as perguntas do questionário da OMS (WHOQOL-breve) ajudaram na avaliação da qualidade de vida.

O resultado dos questionários demonstrou que, dentre os domínios do WHOQOL-breve, o social apresentou maior média (15,6), seguido do psicológico (14,7), conforme descrito na Tabela 15. Ao comparar a média encontrada para cada

domínio da qualidade de vida com o valor máximo da escala de referência (escala de 4 a 20), verificou-se que os valores médios dos domínios social e psicológico representavam aproximadamente 75% da escala de referência. Na percepção dos respondentes, o domínio físico era o mais restritivo à melhor qualidade de vida, considerando que seu valor médio era inferior à média do valor de referência (12).

Ao analisar o domínio global, verificou-se que, na avaliação dos respondentes sobre sua qualidade de vida, a metade a considerava nem ruim, nem boa. Essa avaliação pode ter ocorrido devido a um sentimento de apatia, ou mesmo de conformidade, em face do contexto e da situação vivenciada. Como demonstrado no estudo de Arnold *et al.* (2004), os escores da qualidade de vida de grupos de pacientes enfermos não diferiam de grupos de pacientes saudáveis, pela hipótese da *homeostase*, isto é, os pacientes se acostumaram à sua condição de enfermo e passam a não considerar sua qualidade de vida como ruim. Foi possível constatar ainda que, na avaliação feita sobre a atual condição de saúde, mais da metade dos respondentes se encontravam nem satisfeitos e nem insatisfeitos com esta, confirmando, mais uma vez, que muitos indivíduos se acostumam com a condição de enfermos.

Em relação ao domínio físico, os dados mostraram que o que mais influenciou para que este domínio estivesse abaixo da média de referência (equivalente a 12) foram as questões referentes à dor, que os impedia de fazer o que precisavam; a necessidade que tinham de tratamento médico para levar a vida, a incapacidade para se locomoverem, além da incapacidade para o trabalho. A satisfação dos respondentes em relação ao sono foi o motivo que mais influenciou, positivamente o domínio físico. Como esse domínio está relacionado com a percepção do indivíduo sobre sua condição física, fica fácil perceber o quanto a capacidade funcional fica afetada na situação de dependência.

Observou-se que a aceitação da aparência física e a auto-estima foram os motivos que mais contribuíram com o valor médio do domínio psicológico (14,7). A questão referente “aproveitar a vida” apresentou a menor contribuição, entretanto sua média (13,1) está acima da média do valor de referência, o que quer dizer que, mesmo estando na condição de dependência, muitos desses indivíduos sentem que estão aproveitando sua vida, em termos cognitivos e afetivos.

No tocante ao domínio social, verificou-se que os motivos que mais influenciaram a sua média foram as relações pessoais e o apoio que os indivíduos dependentes recebem dos amigos. A atividade sexual foi a menor contribuição, o que pode ser justificado pelo fato de a maioria ser viúva e estar na condição de dependente.

Tabela 15 - Valores médios dos diferentes domínios do WHOQOL-breve, Viçosa/MG (2007)

Domínios	Variáveis	Escala					Média Ponderada*	Média Simples
		1	2	3	4	5		
QV Global	QV	2	1	9	0	6	13,6	12,8
	Saúde	4	0	10	0	4	12,0	
Físico	Dor	1 (5)	1 (4)	2 (3)	0 (2)	14 (1)	6,4	10,7
	Tratamento médico	0 (5)	0 (4)	6 (3)	0 (2)	12 (1)	6,7	
	Energia	2	0	9	0	7	14,2	
	Mobilidade	9	0	7	0	2	8,9	
	Sono	2	0	7	1	8	14,9	
	Atividade cotidiana	4	0	6	3	5	13,1	
	Capacidade de trabalho	7	0	7	1	3	10,4	
Psicológico	Aproveitar a vida	1	1	12	0	4	13,1	14,7
	Sentido da vida	0	1	10	0	7	14,9	
	Concentração	2	0	6	1	9	15,3	
	Aparência física	0	0	10	0	8	15,6	
	Auto-estima	2	0	5	2	9	15,6	
	Sentimentos negativos	3 (5)	11 (4)	0 (3)	0 (2)	4 (1)	14,0	
Social	Relações pessoais	1	0	4	1	12	17,1	15,6
	Atividade sexual	2	0	12	0	4	12,9	
	Apoio social	2	0	3	1	12	16,7	
Ambiental	Segurança física	4	0	8	0	6	12,9	14,2
	Ambiente físico	0	0	4	0	14	18,2	
	Recursos financeiros	2	0	11	2	3	12,9	
	Informações	4	1	8	1	4	12,0	
	Lazer	11	0	4	1	2	8,2	
	Ambiente do lar	0	0	3	0	15	18,7	
	Acesso a serviços de saúde	0	0	3	0	15	15,3	
	Transporte	1	0	8	1	8	15,3	

A oportunidade para as atividades de lazer representou a menor contribuição para a média do domínio ambiental (14,2). Já o ambiente do lar, ou seja, as condições do local onde os respondentes moravam, bem como o seu ambiente físico, englobando os aspectos referentes ao clima, barulho, poluição e atrativos, foram os elementos que mais contribuíram. O acesso ao serviço de saúde também representou uma contribuição importante para o domínio ambiental, tendo a maioria dos respondentes afirmado estar muito satisfeito com esse acesso. Como a ESF tem realizado visitas a esses indivíduos, proporcionando a eles acesso ao serviço de saúde, pode-se dizer que essa satisfação se deve ao PSF.

* Para o cálculo da média ponderada, multiplicou-se o número de respostas pelo referido valor da escala e dividiu-se pelo número de respondente (18). Em seguida multiplicou-se o valor por 4, para que todos os valores ficassem numa escala de 4 a 20.

É preciso ressaltar que os escores da qualidade de vida estão em escala positiva (4 a 20), o que quer dizer que quanto maior o escore melhor a qualidade de vida. Entretanto, não existe um escore, abaixo ou acima, que permite inferir que a qualidade de vida é boa ou ruim, ou seja, apesar da maior parte dos domínios apresentar médias superiores ao valor médio de referência (12), não se pode dizer que a qualidade de vida dos respondentes seja boa.

Ao analisar a contribuição dos diferentes domínios na qualidade de vida global, constatou-se que a contribuição dos quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental) juntos explicava 62,7%, devendo-se ressaltar que cada domínio diferia na sua contribuição individual. Os domínios que mais contribuíram na qualidade de vida global foram o social (25,92%) e o psicológico (20,73%); já a contribuição dos domínios físico e ambiental com o domínio global da qualidade de vida foi estatisticamente não-significativa, a uma probabilidade de 5%, como pode ser evidenciado na Tabela 16. Desta forma, os domínios não explicam totalmente a qualidade de vida global, demonstrando, portanto, que existem outros fatores, além daqueles abordados no questionário, que influenciavam a qualidade de vida dos indivíduos em estudo.

A maior influência do domínio social e psicológico deriva-se principalmente do grau de satisfação dos indivíduos dependentes com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos e colegas), do apoio recebido da sua rede de amigos, bem como por sentirem que suas vidas têm sentido, por aceitarem sua aparência física, por terem capacidade de concentração, por estarem satisfeitos consigo mesmos e por não terem sentimentos negativos, como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão.

Tabela 16 – Estimativa dos coeficientes de correlação de Pearson e da análise de regressão linear múltipla entre os domínios e a qualidade de vida global, Viçosa-MG (2007)

Domínios	Qualidade de Vida Global (dependente)		
	Correlação	Regressão	
	r	R ² (%)	β
Físico	0,123 ^{ns}	5,74	3,18 ^{ns}
Psicológico	0,495 ^{**}	20,73	0,25 ^{ns}
Social	0,622 ^{**}	25,92	1,20 ^{**}
Ambiental	0,318 ^{ns}	10,51	0,92 ^{ns}
R² (%) total		62,7	

*significativo a 5% de probabilidade, pelo teste “t”;

* *significativo a 1% de probabilidade, pelo teste “t”; e

^{ns}não-significativo a 5% de probabilidade, pelo teste “t”.

A baixa contribuição do domínio ambiental na qualidade de vida global pode ser explicada pela situação de “conformidade” com o ambiente físico no qual os entrevistados estavam inseridos, mesmo estando limitados a viver em um espaço restrito da casa, com a condição financeira precária e sem a possibilidade de saírem de casa para freqüentar igrejas e festas. Assim, não percebem como determinantes para qualidade de vida o quão seguros se sentem em sua vida diária, quão saudável seja seu ambiente físico, em termos de clima, barulho, poluição e atrativos; a disponibilidade de informações e de dinheiro necessário ao seu dia-a-dia; as oportunidades de atividades de lazer, bem como o grau de satisfação com a moradia, o acesso ao serviço de saúde e o meio de transporte.

Com a finalidade de se ter maior aprofundamento sobre a qualidade de vida e a influência das redes de significação diante de uma situação de dependência, foi feito uso da história de vida. Nos relatos foi possível comprovar a influência das relações sociais sobre a qualidade de vida desses indivíduos, principalmente nas relações que se estabelecem com a família, em especial, com aqueles membros cuidadores. A maioria dos respondentes alegou estar satisfeito tanto com o relacionamento que têm com seus familiares quanto com o cuidado por eles dispensado, o que demonstra, como pode ser visto nos relatos a seguir, que esse relacionamento lhes oferece segurança, já que a família os tem acolhido nesse momento.

“Toda vida os filhos e minha mulher cuidam muito de mim, não descuidam de mim não” (J.A.S.; 77 anos).

“Ninguém nunca me deixou pra nada não” (M.A.S.; 77 anos).

Porém, como pode ser visto nas falas a seguir, alguns sentem que estão incomodando seus familiares com o fato de se encontrarem dependentes:

“Eu tô é dando trabalho, eu queria ir morar num asilo” (J.M.; 74 anos).

“Num tô muito satisfeito porque tô amolando ela (esposa)” (J.S.; 57 anos).

Entretanto, foi possível perceber que muitos não se encontravam satisfeitos com alguns membros da sua rede de convivência, principalmente com os amigos, alegando que estes se afastaram, além de não oferecerem nenhum tipo de ajuda. Contrariando o

que responderam sobre a satisfação com as relações sociais e o apoio que recebem dos amigos, tem-se.

“Dos parentes só gosto de alguns ... muita gente se afastou de mim” (M.A.G.; 87 anos).

“Eu não tô muito satisfeita com os parentes não, eles não vem me visitá” (J.M.; 74 anos).

“...Antes eu tinha um bar, eu gostava muito de tomar uma cachaça com os meus amigos ... tocava sanfona... quase todo dia fazia um forró no bar. Depois que eu fiquei doente (suspirou) os amigos se afastou – diz que é amigo, mas é amigo da onça. Tem dia que eu choro pra daná” (J.A.S.; 77 anos).

“Depois da doença diminuiu muito a vinda dos amigos, mas às vezes eles vem, pouco mais vem” (E.O.; 47 anos).

Além disso, foi observado um sentimento de carência por parte dos indivíduos dependentes, que ficavam em casa na expectativa de passar alguém com quem pudessem conversar, esperando a bondade dos outros, como relatado a seguir:

“Eu fico aqui, sentada na cadeira de roda olhando pela janela os outros passá. Todo mundo que passa aqui me cumprimenta, até as crianças... eles gritam: oi vô. Eu tô aí esperando a bondade dos outros pra me ajudá” (C.G.; 90 anos).

Essa carência foi percebida, inclusive, durante a pesquisa, pois os respondentes se mostraram alegres e valorizados com o fato de alguém perguntar sobre sua vida, sendo este um momento em que eles puderam encontrar alguém para conversar, principalmente para ouvi-los. Pois, embora muitos deles pudessem contar com alguns membros da família nas questões referentes ao cuidado, nem sempre o cuidador tinha tempo para conversar com eles, visto que, além de ter que exercer as atividades relativas ao cuidado (banho, alimentação etc.), tinha que cuidar das atividades domésticas.

Também foi possível detectar, na fala de alguns (16,7%), um saudosismo em relação a alguns familiares mais distantes, deixando transparecer um desejo de visitá-los, além de uma expectativa futura de melhora.

“Se eu miorá, se Deus quisé!!! eu quero ir vê os parentes ... eles não corre pra me vê mais eu corro pra vê eles” (M.B.; 69 anos).

No que diz respeito à influência do domínio físico na qualidade de vida global pôde-se perceber que a preocupação maior estava associada com a capacidade deles

para irem ao trabalho, considerando que na atual situação ficava totalmente inviável, como pode ser comprovado nas falas a seguir apresentadas:

“Antes eu trabalhava muito. Eu gostava muito da minha roça, gostava de plantar café e catar” (A. A.; 81 anos).

“A minha vida era muito boa... trabalhava muito, mas eu gostava. Agora não posso fazer mais nada, só fico deitado – cama não é bôo não... cama é só pra dormir” (M.B.; 69 anos).

Embora os resultados da análise estatística tenham demonstrado que o domínio físico tenha sido não-significativo, percebeu-se, pela história de vida, que a incapacidade para o trabalho causava maior frustração para os respondentes, o que evidencia que os domínios encontram-se entrelaçados, tornando-se não muito preciso avaliá-los individualmente.

Assim, percebe-se que quanto menos ativa for uma pessoa, menor sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, pior será sua qualidade de vida, uma vez que para muitas pessoas a capacidade para o trabalho demonstra o quanto uma pessoa ainda pode ser considerada útil. Para Pereira (2005), a capacidade funcional pode ser considerada um fator importante de impacto na qualidade de vida. Entretanto, quando essa capacidade funcional fica prejudicada pelo fato de os indivíduos se encontrarem na condição de dependência, seja por motivo de doença ou mesmo pelo avançar da idade, isso repercute na qualidade de vida.

Com a capacidade funcional prejudicada alterava-se também a vida social desses indivíduos:

“Eu era catadora de papel na rua, fui uma das primeiras catadoras, eu era muito conhecida na cidade. Eu tinha muitos amigos... ia nas festas dançar, gostava de tomar uma cachacinha... gostava muito de namorar também. Agora não faço nada não, fico só sentada ou deitada, só saio pra fazer fisioterapia” (M.G.; 58 anos).

“Eu gostava muito de sair, ir nas festas dançar – se me chamava eu ia. Minhas amigas até hoje me convida ... mas agora não dá mais” (M.C.; 78 anos).

A situação de incapacidade repercutia, inclusive, na percepção deles sobre si mesmos:

“Eu não faço quase nada em casa... fico mais deitada, sentada ou assistindo televisão. Às vezes, minha filha me leva na porta de casa, mas eu tenho vergonha.” (M.B.A.; 54 anos).

Por meio da análise da qualidade de vida e das redes de significação dos indivíduos dependentes de cuidado, constatou-se apatia por parte dos respondentes quanto à situação vivenciada, ou seja, uma *homeostase* quanto à condição de enfermos, daí considerarem a qualidade de vida nem boa nem ruim. Fatores ligados às redes sociais, principalmente à familiar, traziam grandes satisfações e segurança. Contudo, foi possível perceber um saudosismo em relação aos parentes mais distantes e uma insatisfação com o fato de não poderem trabalhar por causa da capacidade funcional prejudicada com a dependência, que trazia também limitações na vida social e na percepção sobre o ambiente em que estavam inseridos.

6. CONCLUSÕES

Na análise do funcionamento dos PSFs pesquisados constatou-se que, apesar de apresentarem falhas em suas ações e limitações para a realização do trabalho, têm sido resolutivos, demonstrando, assim, que a proposta de trabalho, baseada no vínculo da população com a equipe, na territorialidade e no acesso aos serviços de saúde, tem trazido grandes benefícios para as famílias atendidas, especialmente para as famílias que cuidam de um indivíduo dependente.

Na visão das famílias cuidadoras, o trabalho desenvolvido pela ESF tem influenciado a melhoria da qualidade de vida. Entretanto, essa melhoria não estava associada ao fato de receberem orientação no processo de cuidar, mas sim pelo acesso ao serviço de saúde e pela economia de gastos. Desta forma, conclui-se que os profissionais não têm dado a devida atenção para essas famílias, que enfrentam muitas dificuldades e têm sobre elas, especialmente o cuidador, uma sobrecarga de trabalho muito grande, o que os colocam como doentes em potenciais. Assim, é importante tanto o monitoramento familiar quanto a orientação do cuidador sobre os vários aspectos da tarefa de cuidar no cotidiano, por exemplo, o manuseio de medicamentos, a higiene pessoal, as transferências, a alimentação, além de tirar dúvidas sobre a doença e realizar atendimento clínico.

A visita domiciliar tem sido um dos maiores benefícios para essas famílias cuidadoras, pois além de garantir equidade e humanização da assistência permite que a equipe conheça de perto a realidade dessas famílias, principalmente as dificuldades que têm enfrentado. Contudo, foi possível constatar que, mesmo cientes dos benefícios das visitas, alguns profissionais do PSF não as têm realizado, mesmo quando solicitados, existindo, assim, um descompasso entre o que é estabelecido pelas diretrizes e propostas

do PSF e a realidade prática de suas ações junto às famílias que têm que cuidar de um dos seus membros.

As famílias que cuidam em casa de um familiar dependente enfrentam muitos problemas em seu cotidiano. Esses problemas estão relacionados com atividades de cuidar, bem como com o fato de terem que adquirir habilidades e conhecimentos para lidar como o familiar dependente. Esse aprendizado, muitas vezes, ocorre por tentativas e erros, pois nem sempre recebem informações dos profissionais de saúde. Essas famílias também enfrentam problemas na administração dos recursos que, na maioria das vezes, já são escassos e se tornam ainda mais limitados diante do aumento dos gastos, além de mudanças nas funções desempenhadas, quando a mulher cuidadora tem que conciliar o trabalho fora de casa, os afazeres domésticos e o cuidado do familiar enfermo, que também sofre com a dependência, principalmente com o fato de não poder trabalhar.

Diante da complexa tarefa que é cuidar de um indivíduo dependente, muitas famílias procuram apoio das redes sociais mais significativas, no intuito de tentar aliviar a sobrecarga física e, até mesmo, psicológica a que são submetidas, principalmente no caso do cuidador. Essas redes, normalmente, são representadas pelos familiares, pelos amigos e pelas instituições, como é o caso do PSF. A rede familiar é a mais forte delas, uma vez que é a família, principalmente aqueles membros mais próximos, que tem oferecido apoio em caso de problemas de saúde, no relacionamento e problemas financeiros. O PSF também representa uma rede social forte, pois o atendimento da forma como é desenvolvido representa redução dos gastos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Assim, essas famílias precisam de ajuda, especialmente da ESF, no processo de cuidar, e o indivíduo dependente também necessita de apoio para sair da apatia e da conformidade quanto à sua condição de enfermo e enfrentar as dificuldades com otimismo. Essa realidade mostra a relevância de uma política específica e mais efetiva de capacitação da ESF, bem como de atenção para os cuidadores, que precisam receber as devidas orientações sobre o cuidado e as motivações para continuarem cuidando, considerando que o PSF representa uma rede social forte, que prioriza um atendimento mais humanizado.

7. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DA PESQUISA

As principais limitações detectadas nesta pesquisa estão associadas ao processo de coleta de dados. Considera-se importante apontar as dificuldades para se reconhecer o indivíduo dependente de cuidado, atendido no PSF. Os profissionais da equipe consideram como sendo dependentes de cuidado ou acamados aqueles indivíduos que, por algum motivo de saúde ou velhice, não podem comparecer à unidade de saúde. Sendo assim, durante a pesquisa de campo, foram encontrados indivíduos que, embora não pudessem comparecer à unidade de saúde, por alguma limitação, em casa não careciam da dedicação de um cuidador, conseguindo se cuidar sozinhos. Também houve dificuldade de estabelecer a amostra dos indivíduos para responder o questionário da qualidade de vida (WHOQOL-Breve) e relatar suas histórias de vida, pois como eles eram idosos e, ou, doentes, alguns já não tinham mais condições psicológicas para respondê-las. Sendo assim, foi necessário contar com a ajuda do cuidador para informar se o familiar tinha ou não condições de responder, uma vez que os membros da equipe não sabiam dar esta informação.

Outro ponto de dificuldade encontrada nesta pesquisa foi perceber certa apatia de alguns entrevistados aos responderem as questões, pois pareciam não ver, ou não acreditar, neste estudo como uma possibilidade de trazer-lhes melhoria na qualidade do serviço prestado. Alguns inclusive respondiam com certo receio ao reclamarem dos profissionais do PSF, pensando que poderiam ser punidos por isso.

A dependência de cuidado tem extrapolado a esfera familiar e alcançado o âmbito público, passando a ser de responsabilidade das políticas públicas, que devem capacitar os profissionais de saúde, para que possam oferecer ajuda de qualidade para as famílias cuidadoras, especialmente para o cuidador principal. Entretanto, para se

oferecer ajuda de qualidade é necessário, primeiramente, que o profissional, além de ser capacitado para tal, tenha o perfil para trabalhar com famílias carentes e com uma equipe interdisciplinar, situando a família como parceira desse processo. Desta forma, torna-se imprescindível que os profissionais contratados para trabalhar no PSF passem por uma seleção, ou mesmo por um período probatório, que avalie seu perfil para trabalhar no serviço público e, principalmente, com diferentes tipos de famílias.

Nesse sentido, sugere-se para estudos futuros uma análise mais aprofundada do trabalho da equipe de profissionais do PSF, buscando avaliar o trabalho, a qualificação profissional e a proposta do PSF na busca da melhoria da qualidade do serviço de atenção básica.

Tendo em vista que as famílias cuidadoras têm enfrentado várias dificuldades na tarefa de cuidado, devido, principalmente, às questões financeiras, à sobrecarga de trabalho, além das próprias dificuldades com o ato de cuidar, sugere-se a realização de pesquisas etnográficas que abordem a interface PSF/ famílias que cuidam de um familiar dependente, envolvendo uma análise mais aprofundada do cotidiano e das redes familiares de apoio, abordando, inclusive, estudos com os indivíduos dependentes em diferentes faixas etárias e grau de dependência.

Acredita-se que desta forma será possível ter um levantamento completo das necessidades das famílias que cuidam de um indivíduo dependente, idoso ou não, o que servirá de subsídios para a formulação de políticas públicas destinadas a estas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABORDAGEM **Sistêmica da Administração** Disponível em: <<http://www.professorcezar.adm.br/Textos/AbordagemSistemicaAdm.pdf>> Acesso em: 10 out. 2007.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMARAL, V. **Redes Sociais e redes naturais: a dinâmica da vida**. Disponível em: <http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_tmtes_fev2004.cfm>. Acesso em: 12 fev. 2007.

ARNOLD, R.; RANCHOR, A.V.; SANDERMAN, R.; KEMPEN, G. I. J. M.; ORMEL, J.; SUURMEIJ, T. P. B. M. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. **Quality of Life Research**, v. 13, p. 883-896, 2004.

AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOT, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 319-329, 2007.

AZEVEDO, G. R.; SANTOS, V. L. C. G. Cuidador (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 5, Set./Out. 2006. Disponível em: <<http://eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 15 jan. 2008.

BABBIE, E. **Método de Pesquisa de Survey**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999. 519 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.

BORGES, C. C. **O Construcionismo Social no contexto da Estratégia Saúde da Família:** articulando saberes e práticas. 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BORGES, C. C. **O Sentido de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa Saúde da Família (PSF).** 2002. 161 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BORGES, C. C.; CARDOSO, C. L. A Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: Compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005.

BORGES, C. C.; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 507-519, 2005.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação.** Tradução de Mariza Corrêa. 6. ed. Campinas, SP: Papirus Editora, 2005. 224 p.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 20 dez. 2007.

BRASIL. Leis, Decretos Portaria MS n.692, de 29 de março. **Diário Oficial da União.** Nº 060, 4572, 1994.

BRASIL. Leis, Decretos. Lei nº 8080, de 19 de setembro. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, MS, 18055-9, 1990.

BRASIL. **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB.** Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portaria>>. Acesso em: 28 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395/GM, de 10 de Dezembro de 1999. **Política de Saúde do Idoso.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de Abril de 2002. Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União** nº 72. Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

BRASIL. **Saúde da Família ultrapassa a marca dos 50% de brasileiros atendidos.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2008.

- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 773-781, 2003.
- CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005. 148 p.
- CANAVARRO, M. C.; SIMÕES, M.; PEREIRA, M.; PINTASSILGO, A. L. Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um projecto. 6º Congresso Virtual HIV-AIDS. 2005. **Anais eletrônicos**. Disponível em: <http://aidscongress.net/pdf/whoqol_hiv_abstract.238_comunic_270.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2006.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, Out./Dez. 2006.
- CARVALHO, M. C. B. Família e Políticas Públicas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. **Família, Redes, Laços e Políticas Públicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 267-274.
- CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.06, n.02, p. 254-271, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 14 jun. 2007.
- CELICH, K. L. S.; BATISTELLA, M. Ser cuidador familiar do portador de doença de alzheimer: vivências e sentimentos desvelados. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 143-149, Abr./Jun. 2007.
- CID-RUZAFÁ, J.; MORENO, J. D. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. **Rev Esp Salud Pública**, v. 71, n. 2, p. 177-137, Mar./Abr. 1997.
- CONFERÊNCIA Internacional sobre a Promoção da Saúde. (1986). Carta de Ottawa. Ottawa. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploasArq/ottawa.pdf>>. Acesso em 4 abr. 2007.
- COTTA, R. M. M.; AZEREDO, C. M.; SCHOTT, M.; MARTINS, P. C.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 16, n. 1, p. 2-8, 2006a.
- COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006b.
- COTTA, R. M. M.; SUAREZ-VARELA, M. M.; COTTA FILHO, J. S.; GONZALEZ, A. L.; RICÓS, J. A. D.; REAL, E. R. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. **Rev Panam Salud Pública**, v. 11, n. 4, p. 253-61, 2002a.

COTTA, R. M. M.; SUAREZ-VARELA, M. M.; COTTA FILHO, J. S.; GONZALEZ, A. L.; REAL, E. R.; RICÒS, J. A. D. Hospitalización domiciliaria y reorganización de la asistencia hospitalaria: la verdadera reforma pendiente. **AGATHOS**, v. 2, n. 1, p. 38-50, 2002b.

COX, M.; BLAIR, P. Families as Systems. **Annual Review of Psychology**. Pólo Alto, 22 p. 1987.

CREVELIM, M. A.; REDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre os trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

D'AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil: A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**. 2001. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

DEACON, R. E.; FIREBAUGH, F. M. **Family Resouvice Manegement** – principles and applications. 2.ed. Boston: Ally an Bacon, 1988. 291 p.

DELGADO, J. A. A família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 443-460.

ELSEN, I. Cuidado Família: Uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 11-24.

ENGBERG, L. E. **Rural Households and resource allocation for development: an ecosystem perspectivel**. Rome: FAO, 1992. 165 p.

FAZITO, D.; SOARES, W. **Análise das redes de migração interna no Brasil (1986-1991): aspectos macroestruturais**. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em: 04 abr. 2008.

FERNANDES, F.; LUFT, C. P.; GUIMARÃES, F. M. **Dicionário Brasileiro Globo**. 12.ed. São Paulo: Editora Globo, 1989.

FILHO, C. B. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4.ed. Editora Ática, 2006. 71 p.

FLECK M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLORIANI, C. A. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 4, p. 341-345, 2004.

GASPAR, J. C. **Quem precisa de cuidados no domicílio? Investigando os perfis das pessoas atendidas por Equipes de Saúde da Família no município de São Paulo**. 2006. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GASPARONI, M. M. **Família, redes sociais e empoderamento: uma análise no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil Ubá-MG**. 2007. 120 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2007.

GOMES M. A.; PEREIRA M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 357-63, 2005.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E. L. S.; SANTANA, L. W. S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idosos doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis – SC. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, 2006.

GRUPO WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.htm>> . Acesso em: 25 ago. 2006.

HOOK, N.; PAOLUCCI, B. The Family as Ecosystem. **Journal of Home Economics**, v. 62, n. 5, p. 315-318, 1970.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000: dados preliminares**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2007a.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2007b.

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

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 239-248, 2004.

LAHAM, C. F. **Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. 2003. 161 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LUZ, M. T. Saúde e Instituições médicas no Brasil. In GUIMARÃES, R. **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. 4.ed. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1984. p. 157-174.

MARASQUIN, H. G.; DUARTE, R. V. C.; PEREIRA, R. B. L.; MONEGO, E. T. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (Tocantins). **Revista da UFG**, v. 6, n. especial. 2004. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>>. Acesso: 14 jun. 2007.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questão para o Programa Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. **Família, Redes, Laços e Políticas Públicas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 169-173.

MELO, D. L. M.; LORETO, M. D. S.; MARQUES, N. A. C.; PEREIRA, J. R. Avaliação perceptiva dos impactos da implantação de uma unidade de preservação sobre a qualidade de vida da população de seu entorno. **OIKOS**, Viçosa, v. 16, n. 2, p. 91-107, 2005.

MENDES, E. V. (Org). **Distrito Sanitário: Processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4.ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1999. 310 p.

MENDES, W. V.; LOPES, C. M. B. A assistência Domiciliar na perspectiva da qualidade da assistência ao idoso. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, UFJF, v. 3, p. 24-29, 2001.

MINAS GERAIS. Notícias – Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais. **Cobertura do PSF em Minas Gerais alcança 96% dos municípios**. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/not/bancodenoticias/Not_648382.asp>. Acesso em: 20 dez. 2007.

NICHIATA, L. Y. I; FRACOLLI, L. A. O Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB como um instrumento de trabalho da Equipe no Programa Saúde da Família: A especificidade do enfermeiro. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001. p. 29-33.

NUNES, E. D. Sobre a história da Saúde Pública: idéias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalho com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 1, p. 66-72, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS/OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003. 60 p.

PEREIRA, R. J. **Análise da qualidade de vida em idosos - Município de Teixeira-MG**. 2005. 176 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2005.

RENOSTO, A.; TRINDADE, J. L. A. A utilização de informantes-chave da comunidade na identificação de pessoas portadoras de alterações cinético-funcionais da cidade de Caxias do Sul, RS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 709-716, 2007.

RESTA D. G.; BUDÓ, M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 53-60, 2004.

RICE, A. S.; TUCKER, S. M. **Family Management**. 6.ed. New York: MacWilliam Publishing, 1969. 441 p.

ROSSETT-FERREIRA, M. C.; AMORIM, K. S.; SILVA, P. S. Uma perspectiva Teórico-metodológica para análise do desenvolvimento humano e do processo de investigação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13, n. 2, p. 281-293, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-64, Nov./Dez. 2002.

SARTI, C. A. Famílias Enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. **Família, Redes, Laços e Políticas Públicas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 21-36.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997. 147 p.

SOMMERHALDER C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto domiciliar**. 2001. 95 f. Dissertação (Mestrado em gerontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

TAKASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001. p. 43-46.

VASCONCELOS, M. J. E. **Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da Ciência**. In: ____ Rastreado as origens das abordagens teóricas dos sistemas. 2.ed. Campinas: Papyrus/PUC Minas, 2003. p. 188-253.

WHITE, James M.; KLEIN, David M. **Family Theories**. 2.ed. Library of Congress Cataloging-in-publication Data. 2002.

YIN, Robert k. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

ZANETTI, A. C. G. **A família e o processo de adoecimento do portador de esquizofrenia: um estudo de caso etnográfico**. 2006. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PSF:

Entrevistado:

Data:

1 - Função:

- médico enfermeiro Agente Comunitário de Saúde
 Outro: _____

2 – Quais são as atividades que você desempenha no PSF?

3 – Você se sente preparado para exercer essas atividades?

- Sim Não

Explique sua resposta:

4 – Recebeu algum tipo de treinamento/ capacitação para seu trabalho no PSF?

- Sim Não

Qual. E qual a duração?

5 - Em sua opinião quais são os pontos positivos/benefícios aportados pelo PSF, de forma geral e especificamente para as famílias que cuidam um familiar dependente.

- De forma geral:

- De forma específica:

6 – E as principais dificuldades?

- De forma geral:

- No atendimento ao indivíduo dependente:

7 – Quais são as atividades/atendimento que você desenvolve com a **família** que cuida de um familiar dependente?

8 – E com o indivíduo dependente, especificamente?

9 – Recebeu algum treinamento/capacitação para esse trabalho?

Sim Não

De que tipo? E qual a duração?

10 – Essas atividades/atendimentos ocorrem quantas vezes?

Semanalmente Uma vez por mês Duas vezes por mês

Somente quando solicitado

11 – Em sua opinião, quais são as principais dificuldades que a família enfrenta para cuidar de seu familiar dependente? Como ela tem feito para enfrentar essas dificuldades (especificar)?

12 – Qual/quais a(s) dificuldade(s) enfrentada(s) pela Equipe de Saúde da Família para as visitas domiciliares?

13 – Você tem alguma sugestão para melhorar o atendimento domiciliar, especificamente para as famílias que cuidam de um familiar dependente?

APÊNDICE B

I – IDENTIFICAÇÃO			
PSF:		Nº de controle:	
Endereço:		Número:	Bairro:
Entrevistado:			Data: / /

II – CARACTERÍSTICAS DO PERFIL FAMILIAR							
Nome dos membros no domicílio	Relação familiar dependente	Cuidador Principal (S/N)	Mora com o familiar (S/N)	Estado Civil	Idade (em anos)	Sexo (F/M)	Natura Lidade
	1 acamado 2 esposo 3 esposa 4 filho (a) 5 Irmão (ã) 6 Outro parente			1. Solteiro 2. Casado 3. Amigado 4. Separado 5. Desquitado 6. Divorciado 7. Viúvo			1. Do município 2. Do estado 3. Outro estado 4. Exterior
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
Raça	Religião	Grau de instrução	Escolaridade (em nº de anos)	Trabalho Está trabalhando? S= Sim N= Não	Situação		
1 Branca 2-Negro 3-Amarelo 4-Pardo 5-Indígena	1-Católica 2-Evangélica 3-Outra	1-Analfabeto 2-Crianças em idade não escolar 3-1ª a 4ª série 4-5ª a 8ª série 5-Ens. Méd. 6-Superior 7-Pós-grad			Se não trabalhou Qual é a situação? 1. Procurando trabalho 2. Aposentado/Pensionista 3. Afazeres Domésticos 4. Invalído 5. Estudante 6. Sem ocupação 7. Outro (Especificar)		

III – ASPECTOS RELATIVOS AO EMPREGO DOS MEMBROS FAMILIARES								
Nome do trabalhador	Ocupação Principal Tipo de Ocupação	Posição Ocupação	Fixo ou Eventual	Quantidade de trabalho		Carteira de Trabalho ou contrato	Renda mensal (R\$)	Contribui com o Orçamento Familiar
				Nº Horas/dia	Nº Dias/Semana			
1		1. Empregado 2. Conta Própria 3. Empregador	1. Fixo 2. Eventual			S. Sim N. Não		S. Sim N. Não

2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

IV. CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO E DA COMUNIDADE	
4.1 Tipo: () Casa () Apartamento () Barracão () Outros: _____	4.2 Número de cômodos: _____
4.3 Condições: () Acabado () Semi acabado () Sem acabamento	
4.4 Este domicílio é: () Próprio () Alugado () Invadido () Cedido por terceiros () Outros: _____	
4.5 Como a água chega a residência: () Cisterna () Nascente () Poço () Rede da concessionária () Outros: _____	
4.6 Como armazena a água na residência: () Caixa d'água sem tampa () Caixa d'água com tampa () Direto da rede () Outros: _____	
4.7 Ferve água para consumo: () Sim () Não	4.8 Esgoto: () Rede () Fossa () Outros: _____
4.9 Instalação Sanitária: () Exposto () Enterrado () Fossa / Latrina () Sanitário fora de casa () Sanitário dentro de casa () Outros: _____	
4.10 Energia Elétrica: () Sim () Não	
4.11 Lixo: () Exposto () Enterrado () Queimado () Coleta seletiva () Colocado em lata de lixo e coletado () Outros: _____	
4.12 Frequência de coleta do lixo: () Nenhuma () Poucas vezes / ano () Poucas vezes / mês () Uma vez / mês () Uma vez / semana () 2 a 3 vezes / semana () Todos os Dias () Outros: _____	
4.13 Serviços Comunitários no seu bairro: () Iluminação pública () Transporte coletivo () Escola Municipal () Telefone Público () Posto policial () Hospitais () Ponto de Táxi () Igreja Evangélica () Associação de Moradores () Igreja Católica () Asilo () Instituições Portadores de Deficiência	

V – COTIDIANO E REDES FAMILIARES

5.1 – Quais são as atividades que você desempenha no cuidado com o seu familiar dependente?

5.2 – Você teve que adquirir algum tipo de conhecimento/habilidade para realizá-lo?

() sim () não

Se **sim**: qual (quais):

5.3 – Quem lhe ensinou?

5.4 – Em média, qual o tempo total gasto nessas atividades, durante um dia?

5.5 – Você conta com a ajuda de outros (família ou não) para lhe ajudar nesse cuidado?

Sim Não

Se **sim**: quem?

Você paga por essa ajuda?

Sim Não

5.6 – Houve algum tipo de mudança nas funções desempenhadas pelo membros familiares a partir da dependência de um dos seus membros?

sim não

Se **sim**: qual (quais)?

5.7 – Na sua opinião, em face à presença de um membro dependente, quais mudanças ocorreram na administração dos recursos financeiros da família, em termos de:

- Uso do recurso (média e forma de gastos):

- Mudança /controle das despesas familiares (redução/ abandono de itens do orçamento doméstico):

5.8 – No caso de algum tipo de dificuldade, qual é o seu contato mais próximo, ou seja, a quem você recorre com maior frequência?

- Em caso de dificuldade com o estado de saúde:

- Em caso de dificuldade no relacionamento:

- Em caso de dificuldade financeira:

5.9 – A partir do momento em que o membro da família ficou dependente de cuidado, houve mudanças nas redes familiares de convivência (pessoais/ institucionais)?

5.10 - Participa de Grupos Comunitários:

Sim Não

Se **sim**: qual ou quais?

Cooperativa Grupo religioso Associações

Outros – especificar: _____

VI – ASPECTOS RELATIVOS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

6.1 - Motivo pelo qual o membro se encontra dependente:

6.2 - Período em que se encontra dependente:

6.3 - Em caso de necessidade de internação, locomoção e exames para o familiar dependente, a quem você procura primeiramente:

6.4 - Quais foram as principais mudanças ocorridas na vida do membro dependente, em função da enfermidade.

6.5 - Alguém da família possui plano de saúde?

sim não

Se **sim**:

Qual:

Quantas pessoas cobertas pelo Plano:

6.6 – A Equipe de Saúde da Família faz visitas em sua casa.

sim não

Qual a frequência das visitas:

Quais atividades eles desempenham?

6.7 – O trabalho realizado pela Equipe de Saúde da Família em sua casa influencia na melhoria da qualidade de vida e saúde da família?

sim não

Por quê?

6.8 – Satisfação com o trabalho realizado pela Equipe de Saúde da Família:

Muito satisfeito

satisfeito

pouco satisfeito

nada satisfeito

6.9 – Quais sugestões você daria para a melhoria do serviço prestado pelo PSF?

APÊNDICE C

HISTÓRIA DE VIDA

PSF:

Entrevistado:

Data:

Fale-me sobre como era sua vida antes de ficar doente, lembrando de mencionar as atividades e/ou trabalho que você desempenhava, a sua rede ou contatos mais significativos (relações pessoais e institucionais) e sua satisfação com elas. Comente também sobre sua vida agora, se houve alguma mudança no relacionamento e satisfação no que se refere às suas redes de convivência. Além disso, fale sobre suas expectativas.

APÊNDICE D

QUESTIONÁRIO – QUALIDADE DE VIDA

PSF:

Entrevistado:

Data:

1 - Para você, o que é (ou o que você imagina que seja) qualidade de vida?

ANEXO

ANEXO A

PSF:

Entrevistado:

Data:

Índice de Barthel

1 – Alimentação:	
<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz • Precisa de ajuda para cortar os alimentos, espalhar a manteiga, ou requer modificação na dieta • Independente 	0 5 10
2 – Banho	
<ul style="list-style-type: none"> • Dependente • Independente 	0 5
3 – Cuidados pessoais	
<ul style="list-style-type: none"> • Precisa de ajuda com cuidados pessoais • Independente: face, cabelo, dentes, barba (instrumentos fornecidos) 	0 5
4 – Capacidade de vestir-se	
<ul style="list-style-type: none"> • Dependente • Precisa de ajuda, mas consegue vestir a metade sem ser ajudado • Independente (incluindo botões , zíper, laços, etc) 	0 5 10
5 – Ritmo intestinal:	
<ul style="list-style-type: none"> • Incontinente (ou precisa ser dado enemas) • Ocasionalmente há defecção acidental • Contínente 	0 5 10
6 - Ritmo urinário:	
<ul style="list-style-type: none"> • incontinente, ou cateterizado e incapaz de urinar sozinho • ocasionalmente há micção acidental • continente 	0 5 10
7 – uso do banheiro	
<ul style="list-style-type: none"> • dependente • precisa de alguma ajuda, mas pode fazer alguma coisa sozinho • independente (entrar e sair, se vestir e limpar) 	0 5 10
8 – Transporte (da cama para a cadeira e vice-versa):	
<ul style="list-style-type: none"> • incapaz, não tem equilíbrio para sentar • grande ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar • pequena ajuda (verbal ou física) • independente 	0 5 10 15
9 – Mobilidade:	
<ul style="list-style-type: none"> • imóvel ou < 45m • cadeira de rodas independente, incluindo cantos, > 45m • anda com a ajuda de uma pessoas (verbal ou física) > 45m • independente (mas pode usar um auxílio, ex: bengala) > 45m 	0 5 10 15
10 – Subir escadas:	
<ul style="list-style-type: none"> • incapaz • precisa de ajuda (verbal, física, ajuda de suporte) • independente 	0 5 10
TOTAL:	

ANEXO B

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO