

CUIDADORAS: UM RELATO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA COMUNITÁRIA¹

CAREGIVERS WOMEN: A REPORT OF ESTAGIO IN COMMUNITY PSYCHOLOGY

**Cristiane Holzschuh Gonçalves², Marília dos Santos Amaral²
e Monise Gomes Serpa³**

RESUMO

No presente trabalho, apresenta-se um relato de experiência de estágio realizado em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada em Santa Maria-RS. Objetiva-se apresentar uma proposta de atuação em Psicologia Comunitária com mulheres que apresentaram sofrimento psíquico ao cuidar de familiares com doenças crônicas. Participaram deste trabalho quatro mulheres, com idade entre 39 a 74 anos. Foram realizadas visitas e atendimentos domiciliares, sendo utilizados roteiro de entrevista semiestruturado, material informativo sobre doenças e diário de campo. Os dados obtidos foram analisados conforme o modelo da Análise de Conteúdo e categorizados de acordo com sentimentos apresentados pelas participantes, como: o ato de cuidar e o sentimento de estresse; a rotina do cuidar e o sentimento de isolamento; o ato de cuidar e o papel feminino e as cuidadoras e o atendimento psicológico. As práticas desempenhadas buscaram diminuir o sofrimento psíquico, fortalecendo o exercício da autonomia e ampliação da rede de apoio. Sugere-se que a atenção em saúde busque práticas terapêuticas/pedagógicas que fortaleçam a capacidade de enfrentamento individual, familiar e comunitário no lidar com o sofrimento gerado pelas consequências psicológicas, sociais e orgânicas no contexto vivido por mulheres cuidadoras.

Palavras-chave: processo do cuidar, promoção de autonomia e cidadania, atendimentos domiciliares.

¹ Trabalho de Iniciação Científica - UNIFRA.

² Acadêmicas do Curso de Psicologia - UNIFRA.

³ Orientadora - UNIFRA.

ABSTRACT

The present article treats about an experience on-the-job training that was fulfilled at a Family Health Estrategic located at Santa Maria - RS. The goal is to show a proposal of actuation in Community Psychology with women that present psychic suffering in taking care of family members with chronic diseases. Have been participated of this paper four women, at ages between 39 and 74 years. It has been made home visits and care, it was used a semi-structured interview script, informative material about diseases and a field diary. The found data was analyzed in agreement with the model of Content Analysis and categorized according to the feelings showed by the participants such as: the acting of care and the feeling of strees; the care routine and the isolation feeling; the acting of care and the female role and the caregivers and the psychological treatment. The performed practices searched for decreasing the psychic suffering, stronging the exercise of autonomy and the expansion of their support net. It suggests that the attention in health searches for therapeutical/pedagogical practices that strongs the individual, familiar and community coping capacity on the deal with the suffering generated by the psychological, social and organical consequences in the context lived by caregivers women.

Keywords: *giving care process, autonomy and citizenship promotion, home care.*

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata de um relato de experiência de estágio em um contexto de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma comunidade de Santa Maria-RS. O objetivo neste relato é descrever uma proposta de atuação com mulheres cuidadoras que apresentaram sofrimento psíquico ao cuidarem de familiares com doenças crônicas. Essa situação foi identificada durante o processo de levantamento das necessidades da comunidade realizado nas visitas domiciliares.

A partir dessa realidade, buscou-se entender o processo do cuidar permeado pela questão do gênero feminino, abordando as implicações históricas e culturais envolvidas nessa temática. Assim, partiu-se para atendimentos domiciliares com ações voltadas para a prevenção na saúde mental e para a promoção de autonomia e cidadania. Neste trabalho, serão abordados o surgimento do processo do cuidar e as implicações de gênero, assim como a Psicologia Comunitária como uma proposta teórica e metodológica.

Com o aumento da longevidade de pessoas portadoras de doenças crônicas, surge um novo fenômeno, no qual o domicílio passa a ser um local em que essas pessoas podem manter uma estabilidade da doença (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002). Para os autores, tal fato deve-se à melhora da tecnologia em aparato médico e farmacológico. Com isso, surge a necessidade que alguém da rede de apoio do doente venha a ser o seu cuidador (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004; PERLINI; FARO, 2005; CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Sobre a rede de apoio, a inserção da família no plano dos cuidados tem sido fortalecida por fatores como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a redução do tempo de internação, o incentivo para tratamentos ambulatoriais e a ampliação de uma rede de suporte em saúde (GALERA; LUIS, 2002).

O cuidador é visto como aquele que propicia cuidados aos doentes, podendo ser ele um membro da família ou alguém que mora com o paciente e que cuida por um tempo maior do que seis meses (GARRIDO; ALMEIDA, 1999). Ainda para os autores, é considerado cuidador aquele que fornece ou gerencia recursos demandados pelo paciente.

A designação de quem será o cuidador é, na maioria das vezes, informal e, para Cattani e Girardon-Perlini (2004), segue certas regras como: o grau de parentesco, o gênero, a proximidade física e a proximidade afetiva. Com o estabelecimento de uma doença crônica, há a reformulação da dinâmica familiar e dos papéis, sendo que essa transição e a ação de assumir o papel de cuidador podem trazer muito sofrimento (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Na construção histórica da família, é a mulher quem assume o papel de prover cuidados aos seus membros, sejam eles crianças, velhos, sejam os acometidos de doenças (VERNIER-NEVES, 2007). Para a autora, esse papel faz parte de um processo cultural e social que é transmitido transgeracionalmente. Papel que envolve características como dedicação, renúncia e servidão.

Segundo pesquisas, a função do cuidar delegada exclusivamente à mulher tem gerado sobrecarga emocional e física (NEVES; CABRAL, 2008; CASSIS et al., 2007). Para esses autores, tal sobrecarga acarreta afastamento de outras redes de socialização, sofrimento e estresse, prejudicando diretamente o seu bem-estar.

Diante dessa realidade, buscou-se uma intervenção embasada nos aparatos teóricos e metodológicos da Psicologia Comunitária por ela entender que o ser humano está inserido em um contexto histórico, cultural, social, político e econômico (GÓIS, 1993). Segundo o autor, faz-se necessária a compreensão da relação desses aspectos para o entendimento do psiquismo. Nesse sentido, as

atuações do psicólogo comunitário visam a entender os fatores que impedem e/ou favorecem a pessoa de se tornar sujeito de direito em uma comunidade. Com relação à realidade de mulheres cuidadoras, o enfraquecimento das redes de apoio e a sobrecarga física e emocional podem dificultar o exercício da autonomia e da cidadania. Por isso, as atuações com as mulheres cuidadoras gravitaram pela potencialização da autonomia e ampliação das redes de apoio.

MÉTOD

LOCAL DE ESTÁGIO

Esta pesquisa teve origem durante experiência de estágio em Psicologia em um contexto de Saúde Pública, no interior do Rio Grande do Sul, onde há duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tal local possibilitou à equipe e aos estagiários dos cursos de saúde o exercício de atendimentos e visitas domiciliares, bem como a inserção e intervenção em grupos destinados à comunidade.

PARTICIPANTES

Fazem parte deste relato de experiência quatro mulheres cuidadoras sendo duas mães e duas esposas. Todas as participantes possuem auxílio financeiro governamental nos medicamentos, auxílio-doença e aposentadoria, sendo elas:

Cuidadora L.

L. é uma mulher de 46 anos de idade e há seis anos assiste o marido, de mesma idade, que sofre da doença de Alzheimer, doença de chagas e arteriosclerose. O casal reside sozinho e tem uma filha casada que vive em uma cidade próxima. Os sintomas do marido começaram a aparecer quando ele ainda estava em atividade profissional, o Alzheimer foi diagnosticado e ele aposentado por invalidez. A renda mensal do casal é de, aproximadamente, um salário mínimo e meio.

Cuidadora M.

M. é divorciada, tem 74 anos e há 28 cuida do filho com diagnóstico de esquizofrenia grave, considerada por alguns médicos como retardo mental grave. Ambos moram sozinhos e o filho, hoje com 40 anos, depende da cuidadora

para todas suas atividades diárias, como tomar banho, comer e vestir-se, embora caminhe sozinho. A cuidadora trabalhava na comércio até o filho apresentar a doença. Atualmente, vivem com dois salários mínimos.

Cuidadora A.

A. tem 39 anos e cuida de seu marido de 70 anos que sofre com as sequelas de quatro acidentes vasculares encefálicos (AVE). Há cinco anos ele está em condição vegetativa e, progressivamente, seus órgãos estão parando o funcionamento e sendo substituídos por sondas e medicações. Três filhos residem na mesma casa, mas apenas o mais novo é filho desse marido. A. trabalhava como empregada doméstica até o marido sofrer os AVEs. Atualmente, vivem com dois salários mínimos.

Cuidadora B.

B. tem 63 anos e cuida de três filhos portadores de uma doença degenerativa que os torna completamente dependentes. A filha mais velha tem 43 anos de idade, a outra tem 34 e o filho 38, sendo que há um ano faleceu o quarto filho com a mesma doença. Seus filhos nasceram saudáveis e, a partir dos dois anos de idade, observou-se atraso no desenvolvimento. Nenhum deles chegou a falar ou caminhar, somente engatinhar e sentar. B. é viúva há cerca de 20 anos e tem mais dois filhos saudáveis. A renda familiar é de quatro salários mínimos.

INSTRUMENTOS

Utilizou-se um roteiro semiestruturado de entrevista contendo os seguintes aspectos: a história da comunidade (surgimento, participação, mudanças ocorridas), mapeamento das redes de serviço (escola, hospital, água, luz...), realidade econômica (como vivem, renda familiar), escolaridade (leitura e escrita), lazer (diversão), dificuldades mais apresentadas (doenças e problemas sociais) e a participação comunitária (atividades e dificuldades). Após cada encontro, o conteúdo obtido era registrado em um diário de campo que foi o instrumento base para a interpretação dos dados.

PROCEDIMENTOS

O primeiro contato com os moradores da comunidade foi por meio de um processo de familiarização com o objetivo de aproximar as estagiárias da

realidade da comunidade. Nesse contato, os ex-estagiários e a supervisora de Psicologia relataram algumas características da comunidade e a história de vida de alguns moradores. Nessa etapa ainda foram feitas visitas domiciliares a alguns moradores atendidos na área de abrangência do ESF, sendo que algumas dessas casas visitadas pertenciam às quatro cuidadoras estudadas nesta pesquisa.

As primeiras visitas domiciliares foram acompanhadas de pessoas, nas quais as cuidadoras já tinham vínculo (ex-estagiária ou ACS), sendo agendado dia e horário semanal a ser realizado o atendimento domiciliar. Após cada atendimento, os dados obtidos eram descritos em um diário de campo e no prontuário da Psicologia, localizado na Instituição de Ensino. Apenas dados de cunho global acerca da vida dos usuários eram registrados no prontuário geral arquivado na sede da ESF, a fim de que a equipe de saúde acompanhasse alguns dos dados pertinentes ao atendimento psicológico.

Os atendimentos psicológicos domiciliares com as cuidadoras foram realizados durante 10 meses, sendo que nos meses finais houve a preparação para o desligamento. Algumas foram ainda encaminhadas para o serviço de Psicologia para dar continuidade no próximo ano aos atendimentos domiciliares.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do diário de campo foram analisados, conforme o modelo descrito por Minayo (2000), como Análise de Conteúdo, na qual os enfoques qualitativos voltam sua atenção para a presença ou ausência de uma característica, ou conjunto de características, nas mensagens analisadas.

Na Análise de Conteúdo, relacionam-se as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e os articula com os fatores que determinam suas características (variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem). Buscam-se, assim, diferentes significados de natureza psicológica, sociológica, política e histórica (MINAYO, 2000).

As etapas propostas são feitas por meio de categorias, que consistem em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos (MINAYO, 2000). A partir dessas operações, foi possível desvelar núcleos de sentido contidos na fala das cuidadoras, baseados na frequência desses núcleos, sob a forma de dados segmentáveis e comparáveis. De posse dessas informações, foram realizadas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos dados obtidos nos atendimentos às cuidadoras, observaram-se sentimentos e situações comuns a todas. Assim, para a discussão e apresentação dos resultados desses dados, emergiram quatro categorias, sendo elas: o ato de cuidar e o sentimento de estresse; a rotina do cuidar e o sentimento de isolamento; o ato de cuidar e o papel feminino e as cuidadoras e o atendimento psicológico. Todas as categorias serão discutidas a seguir.

O ATO DE CUIDAR E O SENTIMENTO DE ESTRESSE

Nessa categoria foram incluídas as formas em que o sofrimento psíquico aparece na vida das cuidadoras e as questões relacionadas a esse processo. A literatura contemporânea aponta para evidências de que há relação entre as características dos pacientes com demência, doenças crônicas e degenerativas com as alterações comportamentais e o exame psíquico dos cuidadores (CASSIS et al., 2007). Sobre isso, a prática profissional permite perceber que determinadas doenças como o Alzheimer, o comprometimento de AVE e até mesmo doenças graves psiquiátricas, por suas características, trazem consequências significativas para a dinâmica familiar, interferindo diretamente na qualidade de vida das famílias envolvidas e, muitas vezes, levam os indivíduos afetados pela doença a uma situação de total dependência desses familiares.

Essa dependência gera situações de estresse acompanhadas por sentimentos de desesperança comuns na fala das cuidadoras. O sentimento de desesperança aparece em vários momentos na fala da cuidadora B., até mesmo no seu cumprimento às pessoas, quando perguntada como está:

“É, a gente vai levando...” (Cuidadora B., 63 anos).

No discurso da cuidadora B., o sentimento de desesperança aumentou após a morte do filho, sendo que ela chegou a pensar em suicídio. Em seu discurso, esse sentimento aparece permeado pela preocupação que demonstra pelos filhos caso ela venha a falecer. Por isso, nega a sua dor de mãe enlutada, preferindo que os filhos morram antes dela a sofrerem sem seu cuidado.

Observa-se que todas as participantes em alguns momentos se caracterizaram como “estressadas”, seja em relação ao cotidiano, seja com a possibilidade de perda do ente cuidado. A cuidadora L. e A. demonstram isso em falas constantes como:

“Tenho vontade de sumir” (Cuidadora L., 46 anos).

“Dá vontade de largar tudo!” (Cuidadora A., 39 anos).

No caso da cuidadora B., em vários momentos essa ideia foi mencionada, como no momento em que brigou com as noras. Seu primeiro pensamento foi o de “sair correndo e fugir” (*sic.*), mostrando que o “sair de casa” (*sic.*) é uma estratégia de liberação, de descarga que lhe proporcionaria alívio de algo que a prende em casa: a necessidade de cuidar dos filhos.

O termo estresse é utilizado como sinônimo de sobrecarga do cuidador, além da fadiga e impacto. Referem-se à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida de pessoas que são responsáveis pelo paciente (CASSIS et al., 2007; NEVES; CABRAL, 2008). A sobrecarga emocional vivenciada pelo cuidador pode interferir no cuidado prestado ao paciente, sendo, inclusive, fator agravante de maior número de hospitalizações entre eles, aumento de institucionalizações e maior mortalidade entre os cuidadores (CASSIS et al., 2007; NEVES; CABRAL, 2008).

É possível perceber que o agravamento de sintomas dos pacientes gera comportamento de dependência em relação à cuidadora, causando fadiga, seguida de irritação. Estes últimos, especialmente, agravados quando a cuidadora também precisa dividir atenção com outras pessoas, como no caso da cuidadora A.

A cuidadora L., diante das inúmeras hospitalizações de seu marido, apresentou sofrimento e momentos de muito choro, especialmente nas semanas em que antecederam uma grave intervenção cirúrgica. Sentimentos que perduraram mesmo após o sucesso da cirurgia, demonstrando, dessa forma, seu sofrimento e estresse agravados mediante o medo de perder seu marido, vivido durante o ato cirúrgico. Observa-se que ela vivencia a possibilidade do luto, mesmo após o ocorrido, pois, como quase todas as cuidadoras, permite-se sofrer, mais intensamente, após os acontecimentos, sendo que em momentos de emergência, elas se preocupam em serem enérgicas e mostrarem-se fortes.

Outra sensação vivida pela cuidadora L., no episódio de tensão pós-cirúrgica do marido, foi a possibilidade de a morte dele significar uma nova vida de “modo diferente, mais feliz” (*sic.*), como menciona. Nova vida, distante da cansativa rotina de cuidadora de um marido acometido por grave comprometimento funcional. No entanto, tenta afastar logo este pensamento:

“credo D-eus o livre pensar um negócio destes” (Cuidadora L., 46 anos).

Os maiores níveis de estresse do cuidador também podem ser relacionados à presença de sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais do paciente, ao

grau de comprometimento funcional, à gravidade do déficit cognitivo, ao tempo de história de sintomas, ao tempo de cuidado, ao fato de o cuidador residir com o paciente e de haver diagnóstico prévio (CASSIS et al., 2007).

A ROTINA DO CUIDAR E O SENTIMENTO DE ISOLAMENTO

Nessa categoria, foi abordada a rotina das cuidadoras, sendo o isolamento efeito consequente a essa realidade. Observa-se que a desgastante rotina que enfrentam, além de diminuir o convívio social, também afeta a vaidade das cuidadoras, pois por não terem contato com outras pessoas e exercerem atividades do lar cotidianamente, pouco se percebem em sua autoestima e autocuidado.

Sobre a rotina no lar, observa-se que as de menos idade, quando comparadas às mais velhas, apresentam maior facilidade no manejo higiênico, medicamentoso e alimentar de seus acamados, por aprenderem com os profissionais da saúde as técnicas, e principalmente, por procurarem um maior entendimento da doença que passou a fazer parte de sua rotina. Segundo alguns autores, há fatores específicos que atuam como preditores do impacto no cuidador, como: duração dos cuidados, idade, sexo, grau de parentesco e nível de escolaridade e socioeconômico dos cuidadores e pacientes (LEMOS, GAZZOLA; RAMOS, 2006).

É comum entre as cuidadoras a queixa de que as noites são maldormidas, geradas pela preocupação com o bem-estar do familiar e pelo compromisso em administrar medicamentos (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). A cuidadora B. relata não conseguir ter sono tranquilo, por levantar, várias vezes, durante a noite ao ouvir os gemidos de um dos filhos.

A cuidadora A. relatou que há anos não possui cama, dorme no chão ao lado do marido que dorme em uma cama hospitalar. A cuidadora M. mantém seu filho em um quarto com grades de madeira para que possa dormir, pois o medo da agressão é uma constante.

Para realizar as atividades do lar, as cuidadoras não costumam contar com a ajuda de outras pessoas. Dessa forma, o isolamento sofrido por elas acompanha as rotinas que enfrentam, pois essas atividades lhes impõem uma jornada de trabalho que se estende ao longo do dia (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Como a maior parte de seu tempo diário é no cuidado do paciente e do lar, as cuidadoras não dispõem tempo ao autocuidado, lazer e convívio social, o que gera nelas mal-estar e frustração e, conseqüentemente, a diminuição da sua rede de apoio e saúde física e mental.

É possível notar que as quatro cuidadoras pouco privilegiam atividades voltadas para o cuidado de si. Fato existente pelo tempo dispensado ao marido ou ao filho acamado, que ocupam lugar primordial em suas vidas. Essa questão aparece na fala das participantes:

“Não me vejo mais no espelho, só sinto que estou envelhecendo” (Cuidadora A., 39 anos).

“Tenho a impressão que vou passar até meus 80 anos, sentada aqui, esperando a morte chegar, seja a minha, seja a dele” (Cuidadora L., 46 anos).

O ATO DE CUIDAR E O PAPEL FEMININO

No relato das cuidadoras, aparece claramente o histórico do cuidado desde muito cedo em suas famílias, pois A. relata ter participado da criação dos quatro irmãos e do cuidado da mãe e do avô desde seus dez anos. Da mesma forma, B. tem desentendimentos com as noras, com a queixa de que estas não a ajudam. Para a cuidadora B., a oferta de ajuda é a obrigação de qualquer mulher, na qual renega seus prazeres em prol da organização da casa e do cuidado dos filhos.

Diante desses relatos, é comum ao discurso das duas cuidadoras o sentimento de naturalização do cuidar como algo inerente à figura feminina. Ao papel masculino é conferido o trabalho e o sustento financeiro da família, pois, mesmo acamados, sustentam a casa com o auxílio-doença e/ou aposentadoria. Garrido e Almeida (1999) observaram em revisão que cuidadores do sexo feminino apresentaram maiores índices de sobrecarga e depressão. Desse modo, reafirma-se o papel social da mulher, tradicionalmente reforçado pela sociedade, que atribui principalmente ao homem o dever de manutenção financeira da família e à mulher a organização dela (LEMOS et al., 2006).

Os legados de dedicação, abnegação e solidariedade feminina, aliados à obrigação moral que são transmitidos culturalmente para as mulheres da família, contribuíram para que as participantes internalizassem a função de cuidadora principal da família. Esses legados reforçam que o papel da mulher para cuidar é uma construção social, ideologicamente determinada, constituindo-se em uma obrigação moral (NEVES; CABRAL, 2008).

Sobre isso, a pesquisa de Cerqueira e Oliveira (2002) aponta para o predomínio de mulheres cuidadoras (73%). Para Ehrlich e colaboradores (1992) apud Lemos et al. (2006), os membros da família representam 90% do número de cuidadores. O trabalho realizado por Haley (1997) apud Lemos et al. (2006), detectou que 80% dos cuidadores de pacientes com alguma síndrome demencial

são familiares. Outros estudos demonstraram que a responsabilidade sobre os cuidados de pacientes idosos recaí, na maioria das vezes, sobre a mulher, seja esposa, filha ou irmã (NERY; SOMMERHALDER, 2002).

A teoria e a prática demonstram que para ser uma boa mãe, atendendo ao legado da obrigação moral, a cuidadora necessariamente tem de ser atenciosa, dedicada, zelosa e abrir mão de suas necessidades pelas dos filhos (NEVES; CABRAL, 2008). Isso é percebido nas participantes que deixam de sair de casa, ir a festas, ao médico e visitar familiares para cuidar dos filhos e maridos acamados.

Abrir mão de atividades que eram praticadas habitualmente, antes de se tornarem cuidadoras, são características comuns entre muitos cuidadores (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). A prioridade torna-se cuidar de seu familiar doente, realizar o que ele necessita, abdicando de suas próprias vontades.

As cuidadoras A. e L. justificam não sair de casa, usando o mesmo argumento: pelo fato de *“ninguém saber cuidar do meu marido como eu cuido”* (*sic.*). No entanto, houve momentos em que ambas relataram ficar muito irritadas ao perceberem que outras pessoas exercem o mesmo cuidado que elas. Para elas, o fato mais difícil é notar que os pacientes se sentem muito bem com outras pessoas, além delas. A escolha de cuidar está relacionada ao sentimento de obrigação, mas também às relações afetivas e à impossibilidade de optar por outro cuidador (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

O componente afetivo é um fator importante que influencia na escolha em ser cuidador, porém ele estará acompanhado de valores impostos pela cultura familiar, ou seja, os direitos, deveres e obrigações dos membros da família. No caso das mulheres, o ato de cuidar está incluído no papel da mulher casada, a partir do compromisso assumido e selado desde o momento do matrimônio (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Para os autores, há um sentimento de heroísmo que torna as cuidadoras respeitadas perante sua comunidade, pois estão cumprindo com suas obrigações. Por isso, para algumas cuidadoras mencionadas nesta pesquisa, compartilhar o cuidado com outras pessoas pode representar a perda da sua função social, tanto para a família, quanto para a comunidade na qual está inserida. Cattani e Girardon-Perlini (2004) afirmam que os benefícios do cuidar relatados por cuidadoras, quase sempre estão relacionados ao crescimento pessoal, senso de autorrealização, senso de significado e senso de reciprocidade.

O fato de as cuidadoras enfrentarem tudo sozinhas é motivo de orgulho como foi observado por Neves e Cabral (2008) em suas pesquisas. Em busca de ser uma mãe dedicada, as mães cuidadoras, utilizam os moderadores externos da cultura e de gênero, em que quanto melhor for, mais ela será reconhecida pela sociedade (NEVES; CABRAL, 2008).

Nas mães cuidadoras de filhos “deficientes”, percebe-se o sentimento da culpa pela situação dos filhos, a qual é um dos motivos que as fizeram assumir a posição de cuidadora e não compartilharem essa função com outras pessoas. A participante B. relatou que, logo quando os filhos nasceram, ela se culpava mais, entendendo o fato como um castigo. Já com as cuidadoras casadas, não surge a culpabilização. O sentimento que surge, nesse caso, é a perda dos sentimentos sexuais, pois relatam sentirem pelos seus maridos um amor de irmão, muito distante do amor de uma mulher por um homem.

AS CUIDADORAS E O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

Nesta experiência de estágio, foi possível constatar que um dos processos mais importantes a serem trabalhados com as cuidadoras, durante o atendimento psicológico, é a iminência do luto e, principalmente, a possibilidade da continuação da vida delas após esse acontecimento. Foi observado que suas vidas são dependentes da doença de seus entes, e que a possibilidade de seu fim pode levá-las a um estado de vazio de sentido.

Nos atendimentos à B., observou-se sua percepção de finitude da vida dos filhos, quando percebe a progressiva dificuldade para eles mastigarem, o que demonstra que a doença está se agravando. Percebe, também, a finitude de sua vida, pelo aumento de dores no corpo. Percepções dolorosas para a participante ainda em processo de luto pelo filho que faleceu.

Para a participante A., a consciência de que o luto pode acontecer a qualquer momento, gerou uma retomada de sua autoestima, cuidando de si, procurando médico, cabeleireiro e voltando a estudar. Ela justifica isso em razão da necessidade de estar sadia para seus filhos e amigos, pois entende que tem feito tudo que o marido precisa, sendo impotente diante da progressão da doença.

De acordo com Neves e Cabral (2008), a mulher cuidadora, por meio do conhecimento/educação como instrumento libertador, é quem pode fazer a tomada de consciência, buscando o controle de sua vida por meio do empoderamento individual. Para esses autores, a cuidadora, ao fazer uma reflexão sobre sua condição, possui os elementos necessários por meio da ação-reflexão-ação, podendo, assim, realizar uma transitividade da consciência ingênua para a crítica.

Na experiência, percebeu-se que a participante B. modificou seu discurso sobre não sair de casa, que em sua concepção a qualificava como boa mãe. Perante o exercício de reflexão, proposto nos atendimentos, a participante passou a também falar com orgulho das vezes em que saía e dedicava um tempo para si. Mesmo

não sendo o tempo desejado, tendo “*hora para voltar para casa*”(sic.), sentia-se empoderada ao sair de casa. Uma das maneiras de possibilitar a libertação dessas mulheres cuidadoras é desconstruir o discurso dominante que dificulta o processo de empoderamento, pois reforça o papel da boa mãe e esposa, excluindo o restante da família do processo de cuidar (NEVES; CABRAL, 2008).

No domicílio, as demandas de cuidados são intensas e se constituem em desafios para o cuidador familiar, em especial, a mulher. A forma como elas enfrentam a situação está diretamente relacionada ao seu contexto social e cultural (NEVES; CABRAL, 2008). As dificuldades pautam-se no esforço físico, na desinformação e no medo, no constrangimento e na vergonha em lidar com o corpo do outro (PERLINI; FARO, 2005).

Todas essas implicações fazem parte de uma gama de sofrimento psíquico, na qual sofrem as cuidadoras e, diretamente, aqueles que são cuidados. Na prática de estágio realizada, a inserção na comunidade por meio das visitas domiciliares permitiu um aprofundamento maior sobre a realidade das mulheres, moradoras de uma comunidade, atendida por uma UBS. O conhecimento do ambiente comunitário facilita o planejamento de estratégias que possibilitem mudanças sociais e no cotidiano das pessoas. Com isso, objetiva-se a promoção da autonomia, tomada de consciência e bem-estar biopsicosocial (GÓIS, 2005).

Assim como a proposta do ESF é entrar no cotidiano e/ou na casa das pessoas, o psicólogo também pode contribuir nesse processo. Muitas vezes, por dificuldade de locomoção, por uma doença física ou mental, o usuário não pode ir até a unidade sanitária ou aos grupos que acontecem na comunidade, como é o caso das cuidadoras. Nesses casos, o atendimento domiciliar é adequado, por promover saúde e bem-estar a pessoas que, muitas vezes, encontram-se impotentes com sua situação de doença (LAHAM, 2004; ROTH, 2002).

Mostra disso foram as atuações realizadas, dentro desse contexto, fundamentadas nas estratégias da Psicologia Comunitária, visando ao fortalecimento dos laços entre os vizinhos; o exercício de reflexão diante do compartilhamento das funções do cuidar com outras pessoas; a possibilidade de saída das cuidadoras do espaço doméstico para atividades de lazer; a reestruturação da rotina para a oportunidade de inserção em grupos da comunidade; e a potencialização de estratégias que proporcionem envolvimento dos familiares na dinâmica do cuidado.

O psicólogo, nesse contexto, atua com a comunidade, dialoga sobre saúde em geral, reconhece a demanda de pacientes que se encontram em sofrimento psíquico, em virtude da condição de doença física. Nesse processo, busca explorar,

com a população atendida, as suas potencialidades, promove qualidade de vida. O psicólogo pode também atuar junto à equipe de ESF, encontrar estratégias de troca de informações e facilitar a evolução clínica dos pacientes, ao trabalhar de forma interdisciplinar (BITTENCOURT; MATEUS, 2006).

Na prática, pode ser citado o exemplo da cuidadora L., que percebeu o afastamento dos familiares em razão do desconhecimento da doença do marido. Por isso, procurou recursos para melhor entender a doença de Alzheimer, com a Psicologia e a Fisioterapia, conhecendo mitos e verdades sobre o assunto. Dessa forma, o papel da Psicologia atuou para promover saúde por meio da informação, forneceu material necessário para isso, estudou e conheceu, com a cuidadora, a doença e, posteriormente, produziu um informativo e distribuiu à família, que, após o esclarecimento, foi, aos poucos, retomando a convivência com o paciente.

O psicólogo que tem como população-alvo as cuidadoras, possui a função de mostrar ao cuidador a importância do desenvolvimento de atividades físicas e de lazer, de dedicar um tempo a si, para que possa manter sua saúde física e mental (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Para que essa função seja desempenhada, é necessário que o psicólogo tome como base a historicidade e o ambiente social e cultural da comunidade. No caso das cuidadoras, levam-se em consideração os conhecimentos, os valores e as crenças que possuem diante da saúde-doença, do cuidado, sobre si mesma e sobre o outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, observou-se que as cuidadoras apresentaram sintomas de estresse, comportamento de isolamento, percepção naturalizada sobre o seu papel de cuidar e comprometimento na sua autonomia. As práticas desempenhadas buscaram diminuir o sofrimento psíquico, fortalecer o exercício da autonomia e ampliar a rede de apoio.

Percebe-se que a prática do cuidar está inserida em uma lógica sociocultural opressiva e rígida, o que dificulta a transição para uma consciência crítica. Essa consciência poderia representar a autonomia e a potencialização do sentimento de coletividade, diante do sofrimento experienciado pela desgastante rotina das cuidadoras na função de importante suporte de ajuda e conscientização.

Há ainda o desafio de se proporem políticas de saúde que considerem a condição atual de saúde dos acamados, bem como da saúde de quem cuida deles, na grande maioria dos casos, seus próprios familiares (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002). Diante disso, foi observada a importância de se desenvolverem atividades, dentro das UBS, destinadas a prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde e qualidade de vida de cuidadoras.

Alia-se a essas estratégias um dos objetivos principais da Psicologia Comunitária, que é o fortalecimento da autonomia e da rede de apoio. Este, somado ao cotidiano das mulheres cuidadoras de pacientes com doenças crônicas, abrem possibilidades de ressignificação de sua própria rotina, resgate de sua autoestima e busca de seus direitos seja ele de saúde, político ou social.

Sugerem-se, assim, intervenções futuras que visem a reduzir o estresse do cuidador, considerando as características e particularidades discutidas, para que sejam desenvolvidas estratégias que diminuam esse impacto, que permitam dar voz ao discurso dessas mulheres. Assim, Programas de Grupos de Encontro, de Redes de Apoio entre vizinhos e Rodas de Conversas continuam sendo dispositivos de grande sensibilização para a prevenção e promoção de saúde das cuidadoras e àqueles que são cuidados. Essas práticas podem ser exercidas e estimuladas por pessoas de qualquer campo da saúde, estagiários, profissionais, agentes comunitários e até mesmo pelos próprios moradores da comunidade.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, R. A. A.; MATEUS, M. L. F. Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiência de Bonito-MS. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 26, n. 2, p. 328-343, 2006.

CASSIS, S. V. A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 6, p. 497-501, 2007.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004.

CERQUEIRA, A. T. A. R., OLIVEIRA, N. I. L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia USP**, v. 1, n. 13, 2002.

GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 36, n. 2, 2002.

GARRIDO, R., ALMEIDA, O. P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência. **Arquivo da Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 427, 1999.

GÓIS, C. W. L. **Noções de psicologia comunitária**. Fortaleza, CE: edições da Universidade Federal do Ceará, 1993.

GÓIS, C. W. L. **Psicologia Comunitária: atividade e consciência**. Fortaleza, CE: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

LAHAM, C. F. Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. **Psicologia Hospitalar**, v. 2, n. 2, 2004.

LEMONS, N. D.; GAZZOLA, J. M. R.; L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e sociedade**, v. 15, n. 3, p. 170-179, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000, 269 p.

NERY A. L.; SOMMERHALDER C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERY A.L., (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas, SP: Alínea, 2002.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto e Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 552-60, 2008.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 2, n. 39, 2005.

ROTH, M. C. Atendimento Psicológico Domiciliar. In: ANGERAMI-CAMON, V. **Novos rumos na Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira, 2002.

VERNIER-NEVES, E. T. **O empoderamento de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde**: interfaces com o cuidado de enfermagem [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2007.

