

Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de Souza

**Até que a morte os separe: os cônjuges cuidadores,  
profissionais de saúde e o cuidar**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Flávia Pires  
Lucas D'Oliveira

São Paulo

2013

Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de Souza

**Até que a morte os separe: os cônjuges cuidadores,  
profissionais de saúde e o cuidar**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Flávia Pires  
Lucas D'Oliveira

São Paulo

2013

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Souza, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de

Até que a morte os separe : os cônjuges cuidadores, profissionais de saúde e o  
cuidar / Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de Souza. -- São Paulo, 2013.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.  
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira.

Descritores: 1.Gênero e saúde 2.Identidade de gênero 3.Violência de gênero  
4.Cuidadores 5.Atenção primária à saúde

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

“Nada é impossível de mudar,  
Desconfiai do mais trivial,  
na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.  
Suplicamos expressamente:  
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,  
pois em tempo de desordem sangrenta,  
de confusão organizada,  
de arbitrariedade consciente,  
de humanidade desumanizada,  
nada deve parecer natural  
nada deve parecer impossível de mudar.”

Brecht

*Dedico este trabalho à querida tia Ana Maria Zanetti (in  
memoriam), que encerrou sua jornada no mesmo dia em que  
iniciei esta.*

## AGRADECIMENTO

**Meu muito obrigado**

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa (bolsa).*

*Ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP que me recebeu e acolheu.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira pelas orientações, disponibilidade e muitos debates.*

*Aos professores da banca de qualificação Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lilia Blima Schraiber, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Corrêa Oliver, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anna Maria Chiesa pela disponibilidade e ricas contribuições a este trabalho que certamente contribuiram grandemente para minha formação.*

*À Ronaldo Pires Kaltner e Nathalia Vital Santos pela ajuda imprescindível com as transcrições.*

*À Lilian da secretaria de Pós Graduação do Departamento de Medicina Preventiva por todo cuidado, apoio, presteza, e disponibilidade.*

*Aos amigos Eucenir Fredini Rocha e Marlito de Souza Lima pelo apoio, muitas leituras, debates, textos, e verdadeiros bons encontros espinozanos, com muita alegria.*

*Ao Ciro, Tavinho, Sônia, Chico, vó Anna, Cristina, Letícia, Ruth, Maria Fernanda pelo cuidado, carinho, acolhimento e força.*

*Ao Ciro, Caio, Camilo, Cristina, Bruna, Bahia, Paulo, Heitor, Sheila, Simone, Marco, Antônio, Demian e ao pessoal do Fórum Popular de Saúde pelos debates marxistas e por me mostrarem que “nada deve parecer impossível de mudar”.*

*Aos colegas de jornada e batalhas da UBS Jardim São Jorge/Paulo Eduardo Mangeon Elias, e do curso de Terapia Ocupacional da USP (professores, funcionários e estudantes) pelo apoio, e pela construção conjunta e cotidiana de um SUS de qualidade e de uma educação pública de qualidade.*

*Aos cuidadores e profissionais de saúde que se disponibilizaram a participar desta pesquisa, que permitiram que eu entrasse em suas casas, locais de trabalho, dividiram um pedaço de suas histórias de vida e experiência, tornaram esse trabalho possível e contribuíram grandemente para minha formação enquanto pesquisadora, trabalhadora da saúde e mulher.*

*E, por fim, obrigada a todos aqueles que cuidaram e cuidarão de mim durante minha vida.*



---

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	p.1
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	p.8
<b>2.1. O cuidado no contexto da Estratégia de Saúde da Família</b>	p.9
<b>2.2. Gênero e os atravessamentos ideológicos</b>	p.16
<b>2.3. As cuidadoras e suas atribuições: gênero em questão</b>	p. 33
<b>2.4. Violência de gênero: implicações para os cuidadores</b>	p.42
<b>2.5. A ideologia de gênero, a técnica e a construção do cuidar por parte dos profissionais de saúde</b>	p.49
<b>3. OBJETIVOS</b>	p.59
<b>4. METODOLOGIA</b>	p. 61
<b>4.1. Aspectos Gerais</b>	p. 62
<b>4.2. Da preparação do roteiro de entrevista e análise dos dados</b>	p.69
<b>5. RESULTADOS – AS CUIDADORAS E OS CUIDADORES</b>	p.72
<b>5.1. Aspectos Gerais</b>	p. 73
<b>5.2. Cuidadoras - naturalização da violência</b>	p.75
<b>5.3. Cuidadoras - Naturalização do Cuidado</b>	p.82
<b>5.4. Cuidadoras - Reprodução da violência naturalizada</b>	p.90

---

5.5. Cuidadores: gerência de cuidados	p.94
<b>6. RESULTADOS – PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	p.102
6.1. Aspectos Gerais	p. 103
6.2. Os profissionais e gênero: Cuidadores e cuidadoras	p.106
6.3. A escolha e a necessidade de bons cuidadores	p.114
6.4. O cuidador, o “treinamento” técnico e a aderência às orientações	p.116
6.5. (In)Visibilidade da Violência	p.124
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	p.133
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	p.143
<b>9. ANEXOS4</b>	p.155
9.1. Roteiro de entrevista cuidadores	p.156
9.2. Roteiro de Entrevista profissionais de saúde	p.157
9.3. Termo de consentimento livre e esclarecido – profissionais	p.158
9.4. Termo de consentimento livre e esclarecido – cuidadores	p.162
9.5. Resumo das entrevistas utilizadas	p.166

## **Lista de Siglas**

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

VD – Visita Domiciliar

SUS – Sistema Único de Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ACS – Agente Comunitário de Saúde

## Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Número de artigos sobre violência contra o cuidador de 1998 até 2012 apresentados por temática.....P.41

## **Resumo:**

Este estudo tem como objetivo compreender os atravessamentos de gênero e violência nas concepções sobre o cuidado prestado por cônjuges-cuidadores e profissionais de saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família. O ato de cuidar de alguém é frequentemente atribuído às mulheres e a suas supostas capacidades de ser mais paciente, carinhosa e disponível ao outro que o homem em nossa sociedade. Os homens, por sua vez, quando cuidadores, sentem-se deslocados da masculinidade e de suas atribuições sociais. Isso é produto e produtor da ideologia de gênero que auxilia na manutenção da mulher nos espaços privados, dos homens nos espaços públicos, e evita mudanças na divisão sexual do trabalho. A ideologia de gênero também corrobora para que mulheres que sofreram violência perpetrada por seus parceiros íntimos venham a ser cuidadoras desses mesmos parceiros quando estes se encontram com deficiências/incapacidades/doenças sem prognóstico de cura. As ações de profissionais de saúde também são influenciadas pela ideologia de gênero, cuja reprodução torna invisível ou banal a violência de gênero. Esta é uma pesquisa qualitativa que entrevistou 12 cônjuges-cuidadores (2 homens e 10 mulheres) e 14 profissionais de saúde de duas Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família na periferia da Região Oeste do Município de São Paulo. Dentre os cônjuges entrevistados, 10 deles viveram situações de violência de gênero, sendo que 7 dessas situações de violência não eram conhecidas pelas equipes de saúde da família. As cuidadoras entrevistadas naturalizavam e reproduziam a violência de gênero vivida e compreendiam o cuidado como uma tarefa natural das mulheres, mesmo quando há/houve violência na relação com a pessoa de quem se cuida. Para os cuidadores cuidar significava gerência de cuidados, e sentiam-se na obrigação de justificar porque, sendo homens, cuidavam. A maioria dos profissionais de saúde reproduzia a ideologia de gênero em seus discursos, atribuindo à mulher a obrigação de cuidar, havendo uma banalização da violência de gênero. Todavia, alguns profissionais analisaram e questionaram as atribuições sociais de homens e mulheres, e a

naturalização da mulher enquanto cuidadora e de escolha preferencial dos serviços de saúde para essa função. Para concluir, levanta-se a necessidade de criação de políticas públicas específicas para os cuidadores, ampliação de serviços públicos de cuidadores e outros serviços de suporte, como por exemplo, serviço de família acolhedora e repúblicas para idosos, centros de convivência, centros-dia, entre outros. Além disso, mostra-se necessário um investimento em formação profissional que contemple gênero e violência, a fim de que a atuação dos profissionais de saúde não recorra ao *senso-comum* e ao discurso ideológico no trabalho cotidiano com homens e mulheres.

**Descritores:** 1. Gênero e Saúde 2. Identidade de Gênero 3. Violência de Gênero 4. Cuidadores 5. Atenção Primária à Saúde

**TITLE:** Until death do them part: caregivers, professionals health and care

**ABSTRACT:**

The aim of this study is to understand the crossings of gender and violence in conceptions about the care provided by family caregivers and health professionals in the context of the Family Health Strategy. The act of caring for someone is often attributed to women and their supposed ability to be more patient, affectionate and available to the other than a man in our society. The men, on the other hand, when caregivers feel dislocated from their masculinity and their social responsibilities. This is a product and producer of gender ideology that helps to keep the women in private, and men in public spaces, and avoids changes in the sexual division of labor. Gender ideology also reaffirms that women who experienced intimate partner violence may be caregivers of those partners when they are with disabilities / terminal disease. Actions of healthcare professionals are also influenced by gender ideology, whose reproduction makes the gender violence invisible or trivial. This is a qualitative study that interviewed 12 family caregiver (2 men and 10 women) and 14 health professionals from two Basic Health Units with Family Health Strategy in the suburb of the Western Side São Paulo City. Among the spouses interviewed, 10 of them have experienced situations of gender violence, 7 of these situations of violence were not known by the family health teams. The women caregivers interviewed thought violence as natural and reproduced the gender violence experienced and understood care as a natural task for women, even when there was violence in the relationship with the person who being cared for. For men caregivers take care meant care management, they felt compelled to justify why, being men, they used to care. Most health professionals reproduced the gender ideology in their speeches; attribute to women the obligation to care, with a trivialization of gender violence. However, some professionals have analyzed and questioned the social attributes of men and women, and how natural were for women working as caregivers and how they were the preferred choice of health services for this function. To conclude, the necessity to create specific policies for caregivers, expansion of public caregivers and other support services, such as welcoming family service for elderly and senior homesharing units, community centers, day centers, among others, increases. In addition, it appears necessary investment in training that addresses gender and violence, so that the performance of health professionals do not use the common sense and the ideological speech in everyday work with men and women.

**Descriptors:** 1. Gender and Health 2. Gender Identity 3. Gender Violence 4. Caregivers 5. Primary Health Care.

# APRESENTAÇÃO



**A**s questões de gênero foram muito fortes em minha trajetória de vida e, quando adolescente, compartilhava das mesmas impressões sobre o mundo que Michelle Perrot (2005), contadas na introdução de seu livro “As mulheres ou os silêncios da História”, sobre si e sobre Simone de Beauvoir, e assim como elas, o mundo dos homens também me era mais atrativo do que o das mulheres. Queria ser mulher, mas habitar o mundo masculino. Irritavam-me revistas de mulher, programa de TV para mulher e qualquer outra coisa destinada especificamente ao público feminino por conta de seu conteúdo e da forma como a questão feminina era (e ainda é) tratada na mídia.

Escolhi um curso de graduação onde a esmagadora maioria dos alunos é mulher - Terapia Ocupacional -, e só comecei a me solidarizar com as questões do feminino com as disciplinas de estágio na graduação, nas quais acompanhei mulheres que eram únicas cuidadoras de familiares de pessoas com deficiência.

Após a graduação e minha passagem por diversos serviços e níveis assistenciais como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, ambulatórios de serviços privados de saúde, e atualmente, no campo do ensino e da reabilitação na atenção básica, no departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP, acompanhei e acompanho histórias muito parecidas, de violência e silêncio de mulheres cuidadoras das mais diversas classes sociais, idades, formações, o que me pôs a pensar em por que cuidamos

uns dos outros, e por que assumimos essa atribuição, mesmo sabendo que ela pode ser desgastante?

Será que cuidamos porque esta é uma tarefa naturalizada como feminina? E quanto aos homens, por que cuidam? E as cuidadoras que sofrem/sofreram violência perpetrada por parceiro íntimo, por que ainda cuidam de seus cônjuges? E a nossa escolha profissional, também teria um viés de gênero e suas atribuições sociais?

O incômodo com estas questões levou-me à produção desta dissertação, o que me permitiu imergir no estudo das relações de gênero e do cuidado, reaproximando-me das questões do feminino e resignificando-as por meio de reflexões sobre o tema – quer tenham sido suscitadas pelas entrevistas realizadas, disciplinas cursadas, encontros com a orientadora, debates com amigos, e textos lidos, ou mesmo por músicas, trechos de falas cotidianas, propagandas.

Neste trabalho está uma parte do que essa discussão pôde produzir, já que a escrita sobre o papel nem sempre é um suporte que consegue sintetizar todo o processo de viver um processo de aprendizado tão rico e intenso como o mestrado, e nem sempre um pesquisador em formação consegue desenvolver todas as ferramentas de escrita necessárias para traduzir tal processo em palavras.

Como as entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa foram muitas e extensas, pluritemáticas e plurisemânticas, o que se

apresenta nos resultados desse impresso é um recorte dentre muitos que poderiam ser considerados como resultados, que teve como norteadoras questões de gênero e cuidado, e, sobretudo, as questões da ideologia de gênero.

Esta é uma pesquisa engajada, e traz consigo os desafios do envolvimento tão próximo entre objeto de pesquisa e pesquisador. Por vezes esse texto teve de ser relido, analisado e refeito, numa tentativa de compreender quais eram os meus sofrimentos diante do tema – e a raiva e indignação que algumas entrevistas me provocavam, e o quanto o que falava nas análises dos resultados eram os achados ou era eu e minha história.

Tal separação é impossível de ser feita de forma total, já que o pesquisador é parte produtora e produzida na e pela pesquisa, mas todo esse percurso até o resultado final desse trabalho – que só se encerra por conta de prazos acadêmicos – permitiu que eu me re-significasse como mulher, e elucidasse questões não só da pesquisa, mas do cotidiano do construir-me mulher no mundo.

É importante enfatizar que a discussão sobre violência de gênero segue *pari passu* à discussão do cuidado neste trabalho, pois esteve presente em grande parte dos discursos: ou de mulheres narrando a violência vivida, homens narrando a violência perpetrada, ou de profissionais de saúde narrando a violência de gênero presente em seu trabalho cotidiano

e a falta de recursos – humanos, técnicos, e pessoais – além de políticas públicas para lidar com ela.

É importante que se fale sobre a violência de gênero, que ela seja visível, para que não se repita uma história dos silêncios das mulheres, como o apontado por Perrot (2005).

A fim de tentar compreender o cuidado, a violência e as relações de gênero presentes nos dados coletados, o estudo da ideologia mostrou-se como essencial para que eu fizesse uma leitura menos superficial e preconceituosa, evitando as generalizações e naturalizações do *senso comum*.

Além disso, marcas latentes da ideologia de gênero são encontradas nos discursos de profissionais de saúde e de cuidadores familiares entrevistados. Daí a necessidade em entender o que é a ideologia e o *senso comum*, e como estes colaboram para a manutenção do *status quo*.

Assim, é possível compreender o quanto tais construções ideológicas não são mera falta de informação de classes sociais desfavorecidas, já que permeiam discursos de sujeitos de várias classes sociais, com diferentes idades, sexo e formação profissional.

Apesar do estudo sobre o tema, também esses escritos não se salvam da influência do *senso comum* e da ideologia dominante, já que há muito colonizam nossa sociedade. Contudo, proponho-me a refletir criticamente sobre ela, e, na medida do possível, ancorar-me em uma

contraconsciência, de forma a questionar concepções de *senso comum*, de gênero, religiosas, que pensam a mulher como ser de segunda categoria, o cuidado como caridade e a escolha profissional na área da saúde como vocação ou dom. Convido o leitor a fazer esse exercício junto comigo.

No capítulo “Referencial Teórico” introduzo os principais conceitos utilizados neste trabalho. Nos “Objetivos”, esclareço quais os objetivos desta pesquisa. No capítulo “Metodologia” descrevo o desenho da pesquisa, seu processo, e os caminhos escolhidos durante o percurso de construção deste trabalho.

Apresento os resultados juntamente com sua análise, já que por ser esta uma pesquisa qualitativa, e dada à impossibilidade de se separar por completo o pesquisador e sua produção (Chizzotti, 2003), a própria apresentação dos resultados já faz parte da análise. No Capítulo “Resultados – As Cuidadoras e Os Cuidadores” pode-se encontrar os resultados e as análises referentes às entrevistas com os cuidadores, e as referentes às entrevistas dos profissionais de saúde estão no capítulo “Resultados - Profissionais de saúde”.

Mal comparando a pesquisa à história de Teseu, Ariadne e o Minotauro, aludindo também à produção de Ginzburg (2011), durante as entrevistas e sua análise, busquei encontrar o fio condutor do cuidado nas narrativas (o fio de Ariadne), mas também olhei e valorizei os rastros de Teseu no Labirinto, isso é, as marcas de gênero e violência no cotidiano da vida dos entrevistados.

Estamos pouco acostumados a olhar para essas marcas no chão do labirinto, entretanto elas podem nos dizer mais sobre o caminho de Teseu do que o próprio fio condutor. Em outras palavras, estudar gênero e violência quando se fala em cuidado permite que o cuidar cotidiano seja compreendido de forma diferenciada, qualificando-o com outros elementos.

As “Considerações Finais” apresentam uma reflexão sobre os achados, a luz dos conceitos que embasam este trabalho, e propõe algumas soluções para os problemas levantados.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

## O cuidado no contexto da Estratégia de Saúde da Família

Em saúde, o conceito de cuidado está diretamente relacionado ao princípio da integralidade, que, de acordo com Ayres (2009), é definido de forma polissêmica, pois se definido de forma única, empobrece os movimentos que se orientam por este princípio.

Assim, as definições de integralidade dividem-se em quatro eixos: a) **Eixo das necessidades**, onde estão contemplados fatores relacionados à “(...) *qualidade e natureza da escuta, acolhimento e respostas a demandas de atenção à saúde*” (Ayres, 2009. p.14), tendo como norte o “*desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas*” (p.14); b) **Eixo das Finalidades**, referente às diferentes interações entre promoção e prevenção de saúde, tratamento e recuperação de saúde; c) **Eixo das articulações**, alusivo à construção de saberes multidisciplinares, ao trabalho multiprofissional, e intersetorial; d) **Eixo das interações**, que abrange a qualidade das relações e as relações intersubjetivas na saúde (Ayres, 2009.).

Para que os profissionais de saúde possam produzir ações integrais, são necessárias mudanças na produção das práticas de saúde, como



sugerem Franco e Júnior (2008), como por exemplo, a modificação da clínica centrada no biológico, no procedimento/ato prescritivo e/ou no consumo de tecnologia; responsabilização dos serviços pelo cuidado aos usuários; mudança do sistema de encaminhamentos médico-centrado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que empobrece a interação entre diferentes saberes e práticas.

Assim, para que possamos produzir ações integrais, e mais cuidadoras, há que se romper com as formas tecnicistas de se pensar a saúde, já que, como afirma Ayres (2001),

*“Curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas. Todas estas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora, enfim, dos sujeitos-alvo de nossas intervenções. (...) cuidar, no sentido de um ‘tratar que seja’, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar, ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde coletiva” (p.71).*

Cuidar, então, exige o desenvolvimento de tecnologias que contemplem a complexidade desta ação, como nos aponta Melman (2008), afirmando que a clínica em saúde deve transformar-se permanentemente, não ser massificada ou massificadora, buscando não reduzir seus objetos, acompanhando seus sujeitos na construção de modos de vida mais autônomos e livres, sendo necessário, para isto, serviços “(...) fortes e

*solidários com os mais frágeis, criativos e flexíveis, abertos a negociação e ao conflito”*. (p.146).

O Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF), é citado pela literatura em saúde como tendo uma estrutura e forma de funcionamento em que o cuidado e a integralidade deveriam ser facilitados e valorizados (Rodrigues *et al*, 2008; Brasil, 1997; Brasil, 2001; Levicovtz e Garrido, 1996).

Para Magalhães e Senna (2006), a criação do PSF, na década de 1990, propunha uma visão ampliada do processo saúde-doença, que pudesse superar o viés curativo e biologizante, que pensasse a família e o território como centrais para a produção do cuidado.

Além disso a ESF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e, como afirmam Escorel *et al* (2008) está alinhada com a definição de Atenção Primária à Saúde (APS) da Conferência de Alma-Ata, e com a definição de Starfield, porque é um serviço de porta de entrada, faz um acompanhamento longitudinal prestando cuidados abrangentes, realiza um trabalho comunitário e com as famílias, diferenciando-se assim, dos modelos de Atenção Primária à Saúde que privilegiam as ações de baixo-custo simplificadas.

Fica assim evidente que a ESF possui alguns facilitadores na produção do cuidado em relação a outros modelos de serviços tanto da Atenção Primária em Saúde quanto de outros

O trabalho territorial – inclusive com a realização de visitas domiciliares (VD) -, a longitudinalidade, e a presença dos Agentes comunitários de Saúde colaboram para uma maior proximidade entre profissionais de saúde e população, para a identificação de determinantes sociais de saúde, para o acesso ao cotidiano onde a vida da população atendida se produz, e para o estabelecimento de vínculos sensivelmente diferentes daqueles criados em serviços de UBS com funcionamento em modelo tradicional, ou mesmo serviços hospitalares.

Mas é válida a ressalva de que a ESF tem enfrentado inúmeros desafios e obstáculos à sua implementação e construção em todo o território nacional, e em alguns lugares, como apontam Escorel *et al* (2008), a ESF constitui-se em um programa paralelo, havendo sobreposição de redes de serviços da Atenção Primária em Saúde, destinada às populações mais pobres, e restringindo suas ações à realização de algumas ações educativo-preventivas, não se articulando com os demais níveis assistenciais, não garantindo, dessa forma, ações integrais à população, aproximando-se da lógica da Atenção Primária Seletiva, com uma “cesta básica” de ações a serem realizadas.

Também Conill (2008) ressalta que apesar da ESF valorizar o trabalho territorializado, com a comunidade, e ter bons resultados na cobertura de ações programáticas, enfrenta grandes desafios quando as condições econômicas do município ou população do território são precárias, podendo ocorrer o que a autora chama de “Lei do cuidado inverso”, onde piores são a

cobertura e a qualidade do atendimento quanto pior for a condição econômica do município.

Nas palavras da autora:

*“As análises acerca do PSF em grandes centros mostram obstáculos decorrentes do padrão de desenvolvimento urbano e do acentuado processo de favelização, com a necessidade de ações inter-setoriais sinérgicas face às situações de extrema precariedade. A essas situações se somariam problemas setoriais pela existência de sistemas municipais com baixos graus de eficácia e sustentabilidade na gestão e problemas de financiamento decorrentes da política de repasses, com a violência urbana repercutindo no cotidiano e na rotatividade das equipes” (CONILL, 2008, p. S12)*

Quanto maior e mais frequente for a rotatividade dos profissionais das equipes, menor é a qualidade dos vínculos estabelecidos com a população e a comunidade, assim como da qualidade do acompanhamento longitudinal, comprometendo a produção do cuidado.

Além disso, o trabalho de profissionais de saúde em territórios com altos índices de violência urbana, tráfico de drogas, onde ocorrem conflitos frequentes entre polícia e traficantes, ou entre grupos traficantes rivais expõe tanto a população atendida quanto profissionais de saúde, podendo gerar medo, desconfiança em relação ao território, e sofrimento psíquico, o que acarreta um número maior de afastamentos do trabalho e até pedidos de

demissão, contribuindo para o aumento da rotatividade dos profissionais da equipe.

Profissionais de saúde com medo da violência de seus territórios adstritos certamente farão menos procedimentos que envolvam a comunidade, circularão menos pelos espaços comunitários, farão menos visitas domiciliares – ou mais rápidas, ou com menor qualidade – porque não conseguirão estar disponíveis inteiramente ao cuidado do outro, já que estão, simultaneamente à escuta e intervenção que realizam, pensando em sua segurança pessoal, nos conflitos armados do território, se vale ou não a pena correr o risco de circular pelo território, entre outras coisas.

Mesmo com tantas dificuldades para a existência e efetivação da ESF, tanto Conill (2008) quanto Escorel *et al* (2008) reconhecem que este modelo de Atenção Primária tem suas vantagens em relação ao modelo tradicional.

Para Conill (2008), há uma discreta superioridade da ESF no que diz respeito às práticas territoriais e comunitárias, vínculo e acompanhamento de prioridades programáticas.

Para Escorel *et al* (2008), a ESF pode contribuir na reorganização do sistema de atenção à saúde, quando adotada como estratégia de mudança pelos municípios. Para os autores,

*“(...) a implementação da estratégia de saúde da família em grandes centros urbanos difunde uma nova perspectiva para a atenção primária no Brasil, voltada para a família e a*

*comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. (...) o sucesso da implementação da estratégia para a grande maioria da população brasileira, afora incentivos federais, dependerá de estratégias criativas locais para enfrentar a diversidade de nosso País.” (Escorel et al, 2008, p. 175)*

Ainda que as experiências da implantação da ESF no Brasil não sejam uniformes e bem-sucedidas em sua totalidade, como apontam Escorel *et al* (2008) e Conill (2008), e enfrentem desafios específicos em cada região brasileira, ainda assim a ESF configura-se como *locus* privilegiado para a produção de ações integrais e cuidadoras, e, por isso, é pano de fundo desta pesquisa.

Vale lembrar que a ESF prevê a existência de equipes de saúde da família compostas por um médico(a) generalista/especialista em saúde da família/médico de família e comunidade, um enfermeiro(a), dois auxiliares ou técnicos(as) de enfermagem, e até seis agentes comunitários(as) de saúde – que são pessoas da comunidade, que passam por uma formação específica para este trabalho. (Brasil, 2013)

Cada equipe de saúde da família é responsável por um território previamente demarcado, que possui de 3.000 à 4.000 pessoas (Brasil, 2013). Essas equipes de saúde da família podem ser apoiadas por uma equipe de saúde bucal desde 2000 (Brasil, 2000), e à partir de 2008, também pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais das mais diversas formações em saúde que tem por objetivo

ampliar o escopo das ações das Equipes de Saúde da Família e aumentar a resolutividade do serviço (Brasil, 2008).

### **Gênero e os atravessamentos ideológicos**

Antes de entrarmos propriamente na discussão sobre gênero e violência, e mesmo sobre a discussão sobre os cuidadores familiares e os profissionais de saúde, faz-se necessário uma breve explanação a cerca do conceito de ideologia.

Sem a compreensão do que é a ideologia, como ela funciona e atravessa a vida cotidiana, os debates sobre gênero e violência correm o risco de ficarem parciais neste contexto da sociedade de classe em que vivemos, e podemos correr o risco de naturalizar as relações entre homens e mulheres, profissionais de saúde e usuários, mulheres e cuidado, homens e ser cuidado, reproduzindo e validando a ideologia.

De acordo com Mészáros (2010) apoiado em Marx, nada que se produza na sociedade de classes está livre de ideologia. Esta impregna valores, discursos filosóficos, científicos, artísticos, literários, populares, midiáticos tanto aqueles progressistas quanto os conservadores (Mészáros, 2010).

Podemos considerar, portanto, que a produção do cuidado, do cuidar e da literatura a seu respeito não são exceções. Também estão impregnadas de ideologia e a serviço dela.

É importante ressaltar que a ideologia tem uma orientação prática, com estímulos mobilizadores e ações socialmente viáveis de sujeitos reais de um dado período histórico (Mészáros, 2010). Assim, ela tem uma capilaridade sócio-cultural e um poder de enraizamento em todas as classes sociais, daí a dificuldade em desconstruí-la ou de propor movimentos contrários a ela, chamados pelo autor de contraconsciência.

A ideologia atende aos interesses das classes sociais dominantes, e do capital, e se (re)formula para continuar mantendo classe dominante e dominada cada qual em seu lugar (Mészáros, 2010).

Assim, cabe à ideologia a manutenção de um sistema social onde dominados não questionem o poder de seus dominadores, e estes últimos continuem a dominar sem que precisem enfrentar levantes populares ou qualquer outro tipo de discussão ou disputa pelo poder. Vale aqui ressaltar que para Mészáros (2010), as ideologias estão ligadas ao Estado, e mesclam-se com a política controlando o metabolismo social.

Uma das características da ideologia é sua ambiguidade. E ainda que ambígua, é aceita sem questionamentos, pois, como explica Mészáros (2010), ela controla as instituições culturais e políticas. Nas palavras do autor:



*“(...) a ideologia não é ilusão nem superstição religiosa de indivíduos mal-orientados, mas uma forma específica de consciência social, materialmente ancorada e sustentada. (...) Sua persistência se deve ao fato de ela ser construída objetivamente (e constantemente reconstruída) como consciência prática inevitável das sociedades de classe, relacionada com a articulação de conjuntos de valores e estratégias rivais que tentam controlar o metabolismo social em todos os seus principais aspectos. Os interesses sociais que se desenvolvem ao longo da história e se entrelaçam conflituosamente manifestam-se, no plano da consciência social, na grande diversidade de discursos ideológicos relativamente autônomos (mas, é claro, de modo algum independentes), que exercem forte influência sobre os processos materiais mais tangíveis do metabolismo social” (Mészáros, 2010, p.65).*

Chauí (1981), a partir do mesmo referencial marxista, apresenta uma definição para ideologia que dialoga com a de Mészáros (2010), ressaltando que a ideologia é *“(...) um corpo sistemático de representações e de normas que nos ‘ensinam’ a conhecer e a agir”* (p.3), o que a liga diretamente com a vida prática e com as representações sociais dos sujeitos e coisas.

É função do discurso ideológico anular as diferenças, transformar o novo em familiar, produzir uma lógica de identificação que una o pensamento, a linguagem e a realidade - ou o ser, o dizer e o pensar -, e que consiga a identificação dos diferentes sujeitos sociais com uma imagem particular da classe dominante. Em suma, cabe à ideologia ocultar a dominação dos homens sobre os homens (Chauí, 1981).

Com isso, a ideologia suprime as diferenças e as contradições, produz um discurso lacunar – que não pode ser preenchido – e tais lacunas, ao mesmo tempo garantem veracidade, coerência e força à ideologia (Chauí, 1981).

No entanto, o poder da ideologia, como ressalta Chauí (1981) não acontece a despeito das lacunas, pois é graças a essas lacunas que se apresenta como discurso coerente.

Da mesma forma, não podemos transformar o discurso ideológico ruim em uma boa ideologia, ou chegar à verdade simplesmente preenchendo essas lacunas. Para desmontar o discurso ideológico, precisamos fazê-lo por dentro dele próprio, o que, como aponta Chauí (1981), necessita que as atitudes dicotômicas sejam ultrapassadas para que se chegue a uma atitude teórica realmente dialética, “(...) encontrando uma via pela qual a contradição interna ao discurso ideológico o faça explodir” (p.22). Essa via é chamada por Chauí (1981) como via do discurso crítico.

Além disso, a ideologia traz as ideias “fora do lugar”, pois elas são apresentadas como determinantes do processo histórico, e não determinadas por ele; parecem preceder o real, quando na verdade o exprimem; e, no discurso ideológico, os sujeitos sociais e suas relações estão nas ideias, todavia as ideias é que deveriam estar nos sujeitos (Chauí, 1981).

Outra característica descrita por Chauí (1981) é que a ideologia está “fora do tempo”. Isto é, embora a ideologia se atualize com as mudanças sociais ao longo da história, incorporando, inclusive, bandeiras de luta de movimentos sociais, ela é avessa à história, já que a dominação exige certa atualidade nas ideias, e porque ela cria seu próprio mito fundador em relação ao poder e à classe dominante.

Como lembra a autora, a sociedade histórica não pode determinar o ponto anterior à sua existência, como fazem, por exemplo, as sociedades indígenas que tem uma explicação mitológico-teológica de seu surgimento. Tal impossibilidade de determinação está relacionada ao fato de que a sociedade histórica é produto da ação humana e, simultaneamente, é a condição para a ação dos sujeitos sociais e políticos (Chauí, 1981).

*“Porque o momento em que a sociedade começa é o momento no qual também começam seus próprios sujeitos, para poder, dessa maneira, coloca-la no real, de sorte que, para fazê-lo, ela precisa ser a fonte da ação de seus autores. Isso significa simplesmente (...) que o advento da sociedade histórica não pode ser determinado como um fato empírico nem como um fato ideal (...), mas precisa ser pensado como um trabalho (...).”* (Chauí, 1981, p.17).

Entretanto, compreender como a sociedade histórica nasce e como o poder nesta sociedade é atribuído ao Estado e a determinada classe ainda é uma questão (Chauí, 1981), e a ideologia entra para criar esse começo, para explicar a legitimidade do poder do Estado e da classe dominante

justamente para evitar questionamentos a respeito da divisão do poder dentro da sociedade e mantê-lo sob a égide da classe dominante.

O discurso ideológico tem, de certa forma, uma aparência acolhedora frente à dúvida e a impossibilidade de saber exatamente de onde viemos, para onde vamos, e porque funcionamos assim. Oferece um discurso de unidade, identidade e homogeneidade, tornando o presente, o passado e o futuro familiares através do discurso da evolução – afirmando que o que vivemos hoje sempre existiu dessa mesma forma, e foi aprimorado até os dias de hoje – e do progresso – precisamos melhorar a nossa realidade para chegar a um ponto determinado, que já é vislumbrado (Chauí, 1981).

Assim, passado e futuro já foram previamente determinados pela ideologia, sem grandes necessidades de se refletir sobre eles ou sobre a forma como vivemos o presente. O que dá espaço para o não questionamento das naturalizações, pois elas fazem parte da explicação de quem somos, pra onde vamos e porque vivemos dessa forma.

Nesse sentido, o estudo da história da sociedade desvela como a ideologia naturaliza o poder e as relações entre os sujeitos sociais, e mostra as falhas do discurso lacunar, inclusive colaborando para a sua desconstrução. Assim, ainda que se possa estudar a história da ideologia, ela mesma não é histórica, já que, como afirma Chauí (1981), ainda que “fora do tempo”, a ideologia está a serviço da dominação do presente.

*“A operação ideológica fundamental consiste em provocar uma inversão entre o ‘de direito’ e o ‘de fato’. Isto é, no real, de direito e de fato, a sociedade está internamente dividida e o próprio Estado é uma das expressões dessa divisão. No entanto, a operação ideológica consiste em afirmar que ‘de direito’ a sociedade é indivisa, sendo prova da indivisão a existência de um só e mesmo<sup>1</sup> poder estatal que dirige toda a sociedade e lhe dá homogeneidade. Por outro lado, a ideologia afirma que ‘de fato’ (...) há divisões e conflitos sociais, mas a causa desse ‘fato injusto’ deve ser encontrada em ‘homens injustos’ (o mau patrão, o mau trabalhador, o mau governante e as más alianças internacionais, etc.). Assim, a divisão constitutiva da sociedade de classes reduz-se a um dado empírico e moral<sup>2</sup>” (p.20-21).*

Dessa forma, a ideologia cumpre seu papel de transformar as diferenças e as divisões em mera diversidade da vida de cada um (Chauí, 1981), permitindo que a dominação seja dissimulada e que se esquive dos conflitos.

De acordo com Chauí (1981), a ideologia torna-se dominante quando consegue inutilizar as questões sobre o presente – o que pensar, o que fazer - através da eliminação da indeterminação social e política, e também das representações prontas sobre o que pensar/fazer e as normas prévias sobre isso.

Com a ideologia, surge o discurso competente, que é o discurso ideológico autorizado, aceito como verdadeiro, pois perdeu os laços com o tempo e o lugar de sua origem. Mas, como lembra Chauí (1981), “*não é*

---

<sup>1</sup> Grifos da autora.

<sup>2</sup> Idem.

*qualquer um que pode dizer qualquer coisa a qualquer outro em qualquer ocasião e em qualquer lugar” (p.2).*

A existência de um discurso competente produz os incompetentes sociais – o seu par dicotômico. Junto a esse discurso, emergem representações e naturalizações como, por exemplo, o disfarce da divisão social do trabalho sob a figura dos diferentes talentos e inteligências, a cultura como um privilégio natural dos inteligentes ou bem-dotados, a falsa imagem de total comunicação e transparência dos produtos da cultura que acarreta sua banalização pela mídia, entre outras (Chauí, 1981).

Por outro lado, o discurso competente é proferido em um espaço que permite a sua existência e é pré-determinado para que alguns interlocutores sejam autorizados a falar e ouvir, e o conteúdo e a forma do que é dito já foram, de acordo com as competências, autorizados (Chauí, 1981).

O discurso competente é também o discurso do conhecimento, e para que seja eficaz necessita da aceitação de que os homens são incompetentes enquanto sujeitos sócio-políticos. É fundamental para que esse discurso seja pronunciado e mantido, que os sujeitos sociais sejam objetificados, ou, na terminologia da autora, que sejam objetos sociais. Esse discurso tem o objetivo de tentar devolver aos objetos a qualidade de sujeitos (Chauí, 1981) – mas sem, efetivamente, os transformar em sujeitos.

A crença dos objetos sócio-políticos e sócio-econômicos de que são sujeitos é reforçada pelo uso de discursos derivados do discurso competente

que são aqueles que dizem de como se relacionar com o outro e com o mundo:

*“(...) o homem passa a relaciona-se com a vida, com o seu corpo, com a natureza e com os demais seres humanos através de mil pequenos modelos científicos nos quais a dimensão propriamente humana da experiência desapareceu. Em seu lugar surgem milhares de artifícios mediadores e promotores de conhecimento que constroem cada um e todos a se submeterem à linguagem do especialista que detém os segredos da realidade vivida e que, indulgentemente, permite ao não-especialista a ilusão de participar do saber” (Chauí, 1981, p.12-13).*

Nesse sentido é possível refletir o quanto estamos tomados cotidianamente pela ideologia e seus discursos competentes que são reiterados e repetidos como se fossem naturais ou verdades universais.

O próprio discurso atual sobre homens e mulheres parece ter superado a ideologia dominante por conta das conquistas do movimento feminista de direitos e ampliação da circulação da mulher nos espaços sociais. Entretanto, a desigualdade de gênero persiste, o que indica a não-desconstrução da ideologia dominante, mas a parcial incorporação das bandeiras feministas no discurso ideológico, com uma consequente cooptação dos movimentos e manutenção da ordem social.

Como afirma Scott (1989), gênero tem como central a relação entre homens e mulheres na sociedade, e não se restringe à mera diferenciação

dicotômica entre os órgãos sexuais. Para Scott (1989), gênero é “(...) a *forma primeira de significar as relações de poder*” (p.21). Não sendo, deste modo, sinônimo de mulher ou feminino.

Gênero faz parte da constituição das relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos, o que resulta, segundo Scott (1989), em:

- 1) Símbolos evocativos de representações contraditórias e múltiplas (como por exemplo, Eva e Maria como símbolos de mulher);
- 2) Criação de conceitos normativos que evidenciem um sentido de interpretação sobre o símbolo, que, de preferência, evite maiores reflexões sobre ele. Esses conceitos serão utilizados nos diversos discursos, como no religioso, econômico, científico, educativo, jurídico, político, etc., e comumente são uma oposição binária, e afirmam categórica e inequivocamente os sentidos do masculino e do feminino. E essas normas conceituais aparentam ser criadas por um consenso social, não por um conflito.
- 3) Há uma aparente imutabilidade histórica nos conceitos de masculino e feminino, assim como em sua representação binária, e, muitas vezes, gênero é compreendido como sendo apenas produto das relações familiares, de parentesco e domésticas. No entanto, há que se compreender também as relações políticas, e as demais instituições e organizações sociais envolvidas na construção social de gênero, como é o caso do mercado de trabalho, a educação, e a política.



- 4) Gênero é responsável direto pela construção do poder, pois os corpos masculinos e femininos cujos sexos existem, são chamados a provar e legitimar acontecimentos e relações sociais, que nada tem a ver com o sexo ou sexualidade à partir de explicações binárias entre os sexos feminino e masculino.

Assim, refletir sobre o que é gênero e como ele se produz, quais os discursos competentes a seu respeito, e como isso se apresenta cotidianamente é fundamental, pois, como mostra Scott (1989), “*O gênero é, portanto, um meio de decodificar o sentido e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana.*” (p.23).

Besse (1999) é uma autora que estuda gênero e ideologia, e ressalta que a ideologia de gênero contribui para manter a família “em ordem” e sem grandes mudanças na divisão sexual do trabalho, o que, conseqüentemente, mantém a sociedade sem grandes alterações em sua estrutura e funcionamento. Para esta autora, modificar a situação social da mulher e suas atribuições na família implica em mudanças não só na divisão sexual do trabalho, mas também reformas sociais estruturais.

A ideologia de gênero, no passado, delegou às mulheres o lugar do silêncio, e este é uma obrigação reiterada às mulheres pelo discurso competente das religiões, manuais de boas maneiras e comportamento, e até mesmo pelos sistemas políticos. Nas palavras de Perrot (2005):

*“(...) o silêncio era ao mesmo tempo disciplina do mundo, das famílias e dos corpos, regra política, social, familiar – as paredes da casa abafam os gritos das mulheres e crianças agredidas -, pessoal. Uma mulher conveniente não se queixa, não faz confidências, exceto, para as católicas, a seu confessor, não se entrega. O pudor é sua virtude, o silêncio, sua honra, a ponto de se tornar uma segunda natureza. A impossibilidade de falar de si mesma acaba por abolir o seu próprio ser, ou ao menos, o que se pode saber dele. Como aquelas velhas mulheres fechadas em um mutismo de além-túmulo, que não se pode discernir se ele é uma vontade de se calar, uma incapacidade em comunicar-se ou uma ausência de um pensamento que foi destruído de tanta impossibilidade de se expressar.” (p.10-11).*

Para as alfabetizadas, os diários eram as válvulas de escape deste silêncio e um meio de registro de histórias individuais (Perrot, 2005). Assim a história das mulheres e de sua participação no mundo, durante muitos séculos, foi contada – de forma escrita – por homens, a partir de seu ponto de vista, e raramente apresentavam-se mulheres como ícones da história, como lembra a mesma autora, já que a história das mulheres contadas por elas próprias eram histórias orais.

Assim, o olhar sobre os fatos históricos, sua escolha, sua interpretação e registro oficial eram masculinos, o que cria um discurso competente sobre as mulheres na história também masculino, reproduzindo e reforçando a ideologia de gênero.

Além disso, para Perrot (2005), as mulheres são lembradas como porta-vozes da vida privada, que é uma esfera da vida classificada como

indecente de ser contada e pouco dita pelos homens, que, de acordo com a autora, negligenciam esses assuntos, e até mesmo evitam falar disso para manter sua honra, evitando exposições desnecessárias.

Aqui, parte-se da premissa de que a *“forma da relação com o tempo e o espaço, a memória, assim como a existência de que ela é o prolongamento, é profundamente sexuada”* (Perrot, 2005, p.43), e não menos ideológica.

Tampouco no Brasil as relações entre homens e mulheres estiveram ou estão livres da ideologia dominante. No final do século XIX e início do século XX, ocorreu uma mudança de comportamentos sociais e hábitos cotidianos marcados pela expansão do capitalismo que culminaram, por exemplo, nos ditos casamentos por amor, nas mulheres dizendo mais “não” e com movimentos – tímidos e reprimidos – por direitos civis, ainda que o Código Civil Brasileiro de 1916 considerasse a mulher como incapaz, num papel complementar ao marido, e legitimasse a utilização de violência contra as mulheres (Priore, 2011).

Neste cenário de início do século, era corrente socialmente um sentimento de desconfiança em relação ao caráter dessa nova mulher, que frequentava os espaços públicos, trabalhava (desde que autorizada por seu marido), lutava por direitos sociais, pelo fim da valorização da virgindade e o direito ao prazer sexual (Priore, 2011).

Para Besse (1999), à partir da Era Vargas, se criou, no Brasil, todo um projeto ideológico de gênero, diretamente gerido e apoiado pelo Estado e classes dominantes para desconstruir as lutas feministas, impedindo que mudanças na divisão sexual do trabalho ocorressem.

Esse projeto ideológico incluía propagandas de valorização da família, facilidades e incentivos financeiros para mulheres pobres se casarem e terem filhos, elaboração de currículos educacionais que reafirmavam as desigualdades de gênero e o lugar inferior da mulher, oportunizando determinados empregos para mulheres – o que também contribuía para proteger o lugar dos homens no mercado -, criando discursos a respeito do comportamento e saúde sexual/conjugal em parceria com a classe médica e os serviços de saúde, além de prescrever comportamentos e traços de caráter adequados e inadequados para homens e mulheres (Besse, 1999). Tal projeto era político-econômico, e previa a promoção do desenvolvimento do país mantendo a estabilidade social, como ressalta Besse (1999).

É curioso observar que durante a história do Brasil, o discurso competente sobre as mulheres – ou o discurso ideológico de gênero – foi e é proferido por pessoas de ambos os sexos e de diferentes orientações sexuais, não é uma exclusividade dos homens, e vem sendo reproduzido – em diferente escala e com alguns ajustes – até os dias atuais.

Ainda se questiona a capacidade de mulheres ocuparem cargos de chefia, presidência, liderança, cargos científicos/acadêmicos, por exemplo. Ou, quando as qualidades das mulheres são valorizadas para ocupa-los

identificam-nas com a figura da boa mãe cuidadosa e carinhosa, da dona de casa organizada e boa gestora do lar.

Ainda há um julgamento moral sobre mulheres que tem filhos de pais diferentes ou que optam por não tê-los, mulheres que se casam muitas vezes ou que preferem não fazê-lo, que não querem ser mães, que escolhem o trabalho à família, dentre tantos outros julgamentos morais.

Todo este cenário corrobora com a imutabilidade social, e mantém a mulher sob controle, provando o quanto a ideologia de gênero atinge seu objetivo. Olhando para o funcionamento social do início do século passado é possível compreender as origens de muitas naturalizações sobre a mulher que permanecem, ainda que com nova roupagem, ativas no funcionamento social do presente.

No início dos anos 1990, as violências perpetradas por parceiro íntimo, tinham na Escola Positivista Italiana comprovação científica, como sugere Priore (2011), uma vez que a violência (e os crimes passionais) eram consideradas expansões ferozes dos instintos sexuais masculinos – ativos em relação às mulheres (passivas) – o que gerava uma “loucura momentânea” impossível de ser controlada pelo homem. Segundo a autora:

*“Aí tinham [as mulheres] de enfrentar o machismo de juízes que achavam que a conivência da vítima em acender o desejo masculino era total. (...) A mulher tinha de apresentar as marcas mais profundas possíveis de sua resistência, para provar inocência. Já eles, as matavam a pauladas, a facadas, aos muros,*

*muitas vezes rasgando-lhes o sexo.” (Priore, 2011, p.264)*

O Código Penal Brasileiro de 1890, de acordo com Priore (2011), só punia como crime o adultério feminino. O masculino, ainda que tivesse pena prevista, pouco era debatido e julgado, pois era considerado um assunto privado.

O marido, como observa Besse (1999), tem o poder de manter a ordem familiar, mantendo assim, a ordem social:

*“(...) o discurso da ‘emancipação das mulheres’ no seio da pequena elite urbana e das classes médias ascendentes era motivo de alarma para os homens de convicção quer conservadoras quer reformistas, os quais concordavam quanto à necessidade de fortalecer o modelo de família burguesa. (...). Se a rebelião da classe operária ameaçava as relações de propriedade, a rebelião (ou insubordinação das mulheres) urbanas de todas as classes parecia ameaça igualmente perigosa às relações de poder no interior da família e, portanto, da sociedade em geral.” (p.4-5)”*

Dessa forma, o medo por mudanças nas atribuições ou competências sociais da mulher representa um medo por reformas sociais, por isso a ideologia de gênero serve ao capitalismo. E, a violência de gênero – perpetrada por parceiro íntimo – é o instrumento de manutenção da ordem familiar quando ela está ameaçada.

Nos anos 1960, as relações desiguais entre homens e mulheres no casamento ainda era uma permanência histórica, e questões de infidelidade conjugal também eram vistas como naturais para homens, mas em relação às mulheres eram atribuídas a um “instinto materno de péssima qualidade”, e até defendia-se o argumento de que essas mães eram incapazes de criar seus filhos (Priore, 2011).

Tanto Priore (2011) quanto Perrot (2005) julgam que as mudanças ocorridas na década de 1970 em relação ao lugar da mulher na sociedade foram pequenas, porque ainda residem muitas permanências históricas de desigualdade de gênero na relação homem-mulher.

No Brasil, ainda que a pílula anticoncepcional, o aumento da circulação da mulher pelos espaços públicos, e a liberação sexual tenham dado a tônica de muitas discussões, movimentos sociais e culturais, e a estrutura familiar tenha sido questionada e mesmo modificada, a participação de tais movimentos e discussões não foi universal, e restringiu-se a camadas mais privilegiadas da sociedade, capitais e meios estudantis (Priore, 2011).

Nos anos 1970, o homem era citado na mídia como uma vítima do feminismo, de mulheres masculinizadas e mal amadas. As revistas ainda traziam a figura da mãe como ideal feminino, e as novelas pregavam o ideal de amor romântico. Mesmo que o sexo já aparecesse na mídia desvinculado da ideia de procriação, e do casamento, os valores tradicionais ainda repetiam-se e reiteravam-se na mídia (Priore, 2011):

*“Apesar do movimento hippie, dos Beatles, da revolução de costumes, dos Rollings Stones, de todas as mudanças, enfim, a maneira de ver o homem, de perceber seu pendor para o descompromisso, de reagir diante de seu ‘medo de se amarrar’, permanecia tal qual viam, percebiam e reagiam suas avós.” (p.310)*

Essa recuperação histórica sobre gênero tem o sentido de que os achados dessa pesquisa possam ser compreendidos e contextualizados não como falas e produtos individuais, mas como construções sócio-econômico-políticas.

Partindo dessa reflexão, fica claro que há uma ideologia de gênero vigente, que se atualiza com o tempo e permanece nos discursos sejam eles legais, científicos, midiáticos ou de senso-comum, que interfere na organização social, nos modos de produção, na divisão social do trabalho e na produção da própria vida cotidiana.

### **As cuidadoras e suas atribuições: gênero em questão**

A produção social dos cuidadores está diretamente relacionada com a produção do masculino e do feminino na sociedade, suas atribuições,



características, e com a divisão social do trabalho. Todas essas construções são permeadas pela ideologia de gênero.

Schraiber e colaboradores (2005) discutem a questão, e apontam para uma construção social do masculino que dificulta o pensar-se cuidador de si mesmo e de outros. Nas palavras das autoras:

*“Incluir a participação dos homens nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de, em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na sociedade dos homens” (p.8)*

Isso se dá porque valores sociais tais como poder, sucesso e força estão dados como masculinos, e há uma busca no processo de socialização pelo distanciamento de características femininas como a sensibilidade, dependência, fragilidade e cuidado.

Nesta mesma linha, Lyra *et al* (2008) lembram que a participação do homem na família afastou-se do cuidar, assumindo a incumbência de enfrentar limites, prover sustento, produzir riquezas, garantir a segurança e respeitabilidade à família.

Esses autores comentam sobre a escolha dos brinquedos infantis para meninos e meninas como instrumentos que os treinarão para a vida adulta. Nessa atividade, os meninos podem sofrer repressão ao desejarem

adotar posturas femininas ou relacionadas ao cuidar, como brincar de boneca, por exemplo, o que dificulta a realização de atividades cuidadoras (Lyra *et al*, 2008).

As diferenças entre meninos e meninas também podem ser observadas no desenvolvimento e formação da personalidade, como demonstra Gilligan (1985, 2003), pois à masculinidade relacionam-se as capacidades de ficar só e a renúncia a relacionamentos; ao passo que ao feminino relaciona-se a capacidade da renúncia de si mesma em prol dos relacionamentos e vínculos.

Essa diferença no desenvolvimento de meninos e meninas, para a autora, resulta em uma construção moral e formas de resolução de problemas distintas de acordo com o sexo: meninos levarão mais em conta as concepções universais da moral, enquanto as meninas acrescentarão os sentimentos, justiça, compaixão e cuidado ao julgamento moral – isso não quer dizer que há um desvio feminino no processo de desenvolvimento, mas sim que mulheres tendem a particularizar estes processos, o que se relaciona diretamente à forma de entender e de efetuar o cuidado. (Gilligan, 1985).

A tarefa de cuidar, na família, relaciona-se diretamente com a divisão sexual do trabalho e à figura de marido e esposa. Sarti (2008) aponta, a partir de estudos com população de camadas sociais mais pobres, que os homens são responsáveis pela mediação das relações entre a família e sociedade, cabendo-lhes a autoridade moral e a garantia da respeitabilidade

da família. Às mulheres é atribuída a manutenção da unidade familiar, bem como o cuidado dos membros: *“Ela [mulher] é quem cuida de todos e zela para que tudo esteja em seu lugar. [...] No discurso masculino, a casa deve estar ‘sob controle’, enquanto as mulheres ativamente a controlam.”* (Sarti, 2008, p.28).

O mundo doméstico-privado também é apontado por Chauí (1985) como lugar preferencial do feminino, igualmente destinado a idosos, e aos homens quando escravos – nos modelos escravagistas antigos, como na Grécia, por exemplo -, enquanto que aos homens livres destinam-se os espaços públicos. Existe uma diferença hierárquica entre homens livres e mulheres que se reflete nos espaços que ocupam social, cultural e historicamente.

Assim, o privado é também o lugar da privação das relações e existências políticas, como lembra Chauí (1985) apoiada em Arendt, já que para as autoras a definição de espaço privado não se restringe ao lugar da privacidade e da intimidade.

Tais construções de masculino e feminino frente ao cuidado e suas atribuições contribuem para a existência de um cenário onde as mulheres são responsáveis por assumir a maioria das funções de cuidadoras dentro das famílias.

Sabe-se que o perfil mais prevalente dos cuidadores familiares é constituído por quatro fatores, como aponta Karsch (2003), apoiada em

literatura internacional: “(...) *parentesco (cônjuges); gênero (principalmente mulher); proximidade física (vive junto); e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos).*” (p.862)

Em pesquisa exploratório-descritiva e diagnóstico-avaliativa, com 120 cuidadores familiares de idosos em domicílio, na cidade do Porto – Portugal, Pimenta *et al* (2009) citam que os cuidadores são em sua maioria mulheres casadas, que possuem outros afazeres na casa. Afirmam ter se tornado cuidadoras por obrigações morais definidas pela cultura, conjugal idade, ausência de outra pessoa para realizar esta tarefa ou questões financeiras – troca de cuidado por sustento. A maioria não dividia a tarefa de cuidar com outras pessoas, e 73% das cuidadoras dedicavam-se exclusivamente às atividades de cuidado, chegando a dedicar mais de 5 horas/dia exclusivamente a atividades de cuidado direto ao idoso.

Pimenta *et al* (2009), também lembram que historicamente o cuidar dos idosos foi delegado, dentro da família, às mulheres uma vez que estas não possuíam afazeres fora de casa, possuindo pretensamente mais tempo e disponibilidade para o cuidado dos membros da casa.

A tarefa de cuidar de alguém em tempo integral, sem que haja outras pessoas para dividir os encargos, impossibilita à mulher cuidar de si mesma, de decidir que atividades pode ou não fazer, de sair de casa, de agendar compromissos, enfim, a aprisionam nas atividades e na identidade de cuidadora, o que reitera a ideologia de gênero, e contribui para que a mulher não se perceba dominada, nem reflita sobre as origens dessa dominação.

Como lembra Chauí (1985), esse discurso tradicional:

*“(...) se trata de uma fala cuja condição de possibilidades é o silêncio das mulheres. (...) porque determinado por um inconsciente que precisa fantasiar a diferença para torná-la suportável, diferença que a consciência repõe como desigualdade, preparando a violência subsequente.” (p.43 e 45).*

Para debater a questão, Chauí (1985) remete-se a Spinoza e Merleau-Ponty, advertindo que as causas da servidão são por vezes depositadas apenas no outro, agindo-se como se estivesse totalmente submetido às condições em que se vive, sem que isso possa ser alterado.

Tal posicionamento produz um lugar de vitimização das mulheres frente às desigualdades e violência de gênero, que é debatido por D’oliveira (2000), e embora esse posicionamento frente à violência tenha sido importante no passado para que o problema das relações de gênero pudessem mudar na sociedade, nas políticas públicas, legislações e etc., atualmente é perigosa para as mulheres, pois as “vítimas” encontram-se incapazes de defenderem-se ou reagirem, o que impossibilita a superação dessas situações.

Entretanto, precisamos lembrar o peso das punições sociais às mulheres que não aceitam essa atribuição. Estas punições são realizadas por instituições – como igrejas, serviços de saúde/assistência social, dentre

outros – pelas próprias mulheres e homens que reproduzem o discurso e práticas ideológicas de gênero.

Devido às questões de gênero, as mulheres cuidadoras, assim como as outras mulheres, também estão expostas à violência e desigualdade de gênero nos diversos espaços sociais, inclusive no contexto doméstico, e os encargos e significados do ser cuidador na e para a família não lhes protegem disso.

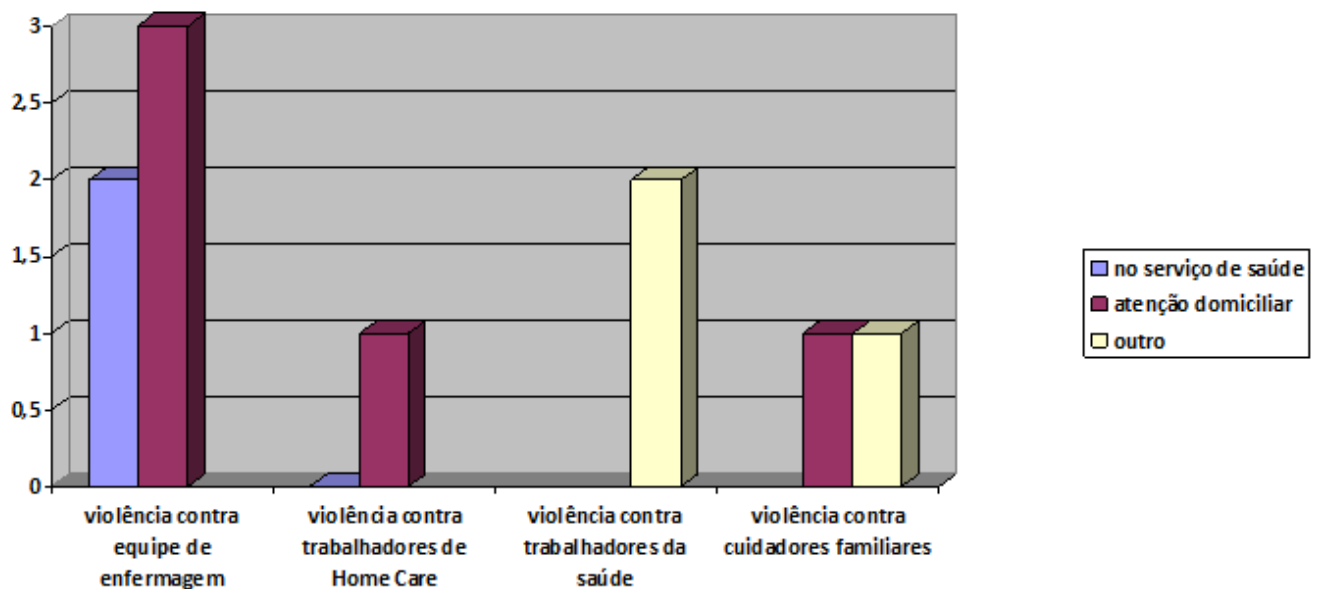
Por vezes os sentidos do cuidar – e muitos deles permeados por conceitos tidos como sublimes e elevados como o amor e a maternagem – escondem um cenário de relações de gênero desiguais, e até de violência de gênero, reduzindo as possibilidades do cuidar e perpetuando injustiças sociais.

É interessante notar também, que na literatura internacional sobre cuidadores, quando esta se refere ao tema da violência, existem poucas ocorrências de textos que tratem da violência perpetrada pelas pessoas que são cuidadas contra os cuidadores, mas o inverso é bastante recorrente, o que pode indicar uma forma de compreender as pessoas cuidadas como vítimas em potencial.

Ao realizarmos uma busca no *PubMed* com o descritor “*violence against caregivers*”, encontramos 62 artigos, sendo que desses apenas 10 efetivamente abordavam o tema da violência perpetrada contra os cuidadores.

**Gráfico 1** – Número de artigos sobre violência contra o cuidador de 1998 até 2012

apresentados por temática.



Na escassa produção encontrada sobre o assunto, dos 10 artigos que abordavam o tema, oito textos tratam da questão da violência contra profissionais de saúde no contexto do trabalho, tendo destaque a produção da enfermagem (profissão que mais produz textos sobre o assunto).

Dos textos que abordam a questão da violência contra cuidadores familiares (Carlson et al, 2006; Arboleda-Flórez et al, 1998 – ambos os artigos encontrados não disponíveis gratuitamente), os dois tratam de uma população bastante específica e com muitos estigmas e estereótipos em relação à violência: as pessoas em sofrimento psíquico.

Nenhum artigo falava sobre pessoas com deficiência/idosos perpetradores de violência, apenas da violência perpetrada contra eles, ou da violência perpetrada pelas famílias desses idosos aos profissionais de saúde nos diferentes contextos de serviços de saúde.

É interessante notar que a periculosidade ou a violência não parece fazer parte das investigações científicas sobre as pessoas com deficiência/incapacidades/idosas, ao contrário do que acontece com as pessoas em sofrimento psíquico/com doenças mentais. Isso demonstra a invisibilidade do tema.

Além disso, as pessoas com deficiência/incapacidades/idosos costumam ser vitimizadas por conta de seus estereótipos, mas são sujeitos capazes e potentes, e, viver preconceitos e dificuldades para participar da vida social, ao contrário do que possa parecer, não é sinônimo de pessoa mais sensível ao outro ou disposta a rever as atribuições sociais dos diferentes sujeitos.

Em outras palavras, as pessoas com deficiência podem reproduzir, tanto quanto as pessoas sem deficiência, os discursos ideológicos sobre gênero e muitos outros, apesar da discriminação e violência a que também estão submetidos.

Isso atravessa diretamente a relação entre cuidador e pessoas sob seus cuidados, define atribuições, grau de autonomia e possibilidades para ambos, define o que é o bom e o mau cuidador, assim como o bom e o mau



doente/pessoa com deficiência/idoso, porque assim como essa dupla terá de lidar com a ideologia de gênero, também terá de lidar com a ideologia em torno da deficiência e incapacidades.

Tanto mulheres quanto pessoas com deficiência não ocupam lugares centrais no modo de produção capitalista, não são figuras que representam a produtividade ou o saber, e até os dias de hoje – dadas as devidas proporções – enfrentam problemas para a participação social. Ademais, não por acaso acabam juntos: a mulher como cuidadora e a pessoa com deficiência sob seus cuidados.

Contudo, neste trabalho, há um corte por camada social da dupla mulheres cuidadoras e pessoas com deficiência, pois tratamos aqui de pessoas de camadas sociais mais pobres, que dificilmente conseguem dispor de renda para contratação de um cuidador, o que pode contribuir para que “ser cuidadora” torne-se ainda mais inevitável e natural.

### **Violência de gênero: implicações para os cuidadores**

Neste trabalho definimos violência a partir da definição de Chauí (1985). Para esta autora, violência consiste em uma conversão de diferentes

em desiguais, e é uma ação que trata o ser humano como objeto, não como sujeito. Portanto, violência não é sinônimo de força:

*“A violência (...) visa manter a relação mantendo as partes presentes uma para a outra, porém uma delas anulada em sua diferença e submetida à ação da outra. A força deseja a morte ou a supressão imediata do outro. A violência deseja a sujeição consentida ou a supressão mediatizada pela vontade do outro que consente em ser suprimido em sua diferença.” (p.35).*

A violência é sustentada pela ideologia dominante, e por isso naturalizada e até mesmo consentida. No caso da ideologia de gênero, há uma naturalização dos papéis sociais de homem e mulher, suas atribuições, e até mesmo o uso de violência contra a mulher.

Os resultados de uma pesquisa de prevalência de violência perpetrada por parceiro íntimo no Brasil (D’oliveira et al, 2009) ilustram a questão, assinalando como fator de risco as experiências de infância, isto é, mulheres que quando crianças tiveram as mães violentadas por parceiro íntimo têm uma chance maior de viver esta mesma violência quando adultas, já que muitas podem ter pouco apoio familiar na vida adulta, reproduzem valores de desqualificação feminina, encarando também a violência como um fato natural das relações entre homens e mulheres.

Entretanto é necessário destacar que isso não significa que há um determinismo genético ou social nas causas da violência, mas uma forma de relacionar-se com o outro aprendida socialmente.

Tanto as mulheres naturalizam a violência contra si mesmas e contra as mulheres em geral como pessoas violentáveis, a partir da vivência da violência com suas mães quando meninas como apontam D'Oliveira *et al* (2009), como os homens também o fazem, como mostram Abramski *et al* (2011) em estudo multi-cêntrico, onde mulheres cujas sogras sofreram violência perpetrada por parceiro íntimo têm maior chance de sofrerem violência em seus relacionamentos.

No que se refere à violência perpetrada por parceiro íntimo, D'oliveira *et al* (2009) apontam que esta relaciona-se diretamente com a aceitação da violência e da legitimação do controle do masculino sobre bens e ações femininas. No momento em que este controle é questionado ou perde sua legitimidade, a violência é o instrumento utilizado para mantê-lo.

Como lembra Brandão (2006), a violência de gênero não é fruto apenas da relação dual entre homem e mulher. Mais do que isso, ela é aprendida e construída socialmente.

Com relação à produção e às formas de enfrentamento da violência, Abramsky *et al* (2011) afirmam que determinados fatores protetivos contra a violência de gênero em determinadas culturas e contextos sociais não o são em outras, o que aponta para a complexidade das situações de violência,

seus significados nas vidas e cotidianos dos sujeitos e para uma grande diversidade de formas de enfrentamento e – quem sabe até – de superação da violência.

Entretanto, a mulher tem participação ativa na produção social da violência, como demonstram Souto e Braga (2009) em pesquisa com mulheres que sofreram violência perpetrada por parceiro íntimo. Nas falas das entrevistadas estavam presentes elementos que sustentavam a condição feminina de sujeição ao outro cônjuge e ao cotidiano violento. O que mostra que muitas mulheres acabam por se colocar neste lugar da não-autonomia e da coisificação, participando ativamente desta relação.

Em pesquisa realizada na Cisjordânia, com 450 mulheres, as entrevistadas justificam a violência perpetrada por parceiro íntimo como: 59% por insultos da esposa ao marido, 49% se o marido é desobedecido, 37% por negligência da mulher aos filhos, 25% se a esposa sai sem avisar o cônjuge, 11% se ela discute com o marido, e 5% se ela queima a comida. E, de acordo com os pesquisadores, 65% das mulheres concordam com pelo menos um desses motivos para o espancamento das esposas (Dhaher *et al*, 2010).

Não é de se estranhar que a prevalência de violência perpetrada por parceiro íntimo contra a mulher no mundo ocidental ainda atinja números elevados. Como mostra uma pesquisa multicêntrica realizada pela World Health Organization (Garcia-Moreno *et al*, 2006), entre 15% e 71% das

mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência física ou sexual, ou ambas, perpetrada por parceiro íntimo em algum momento de sua vida.

Se focarmos a realidade brasileira, entre 2009 e 2010 foram realizadas 108.393 notificações, pelos serviços de saúde, de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, sendo 36.788 (33,9%) homens, e 71.491 (66%) mulheres. Dentre esses casos, 2,7% dos homens sofreram violência perpetrada por cônjuges, contrapondo-se a 16,9% das mulheres (Mascarenhas et al, 2012).

Além da diferença entre o número de homens e mulheres violentados, há a diferença entre o tipo de lesão pós agressões físicas. De acordo com Capaldi et al (2009), as mulheres que sofrem violência perpetrada por parceiro íntimo também sofrem mais lesões – e por vezes mais graves – do que os homens que sofrem violência cometida por suas parceiras íntimas.

Como mulheres que sofreram violência perpetrada por parceiro íntimo é bastante prevalente, e como a prevalência de mulheres cuidadoras também o é, provavelmente existem mulheres cuidadoras de homens que foram ou são seus violentadores.

Essa relação é pouco estudada pela literatura nacional e internacional, que ou estuda as mulheres que sofreram violência perpetrada por parceiro íntimo, ou estudam as cuidadoras, suas Síndromes de *Burnout*, mas sem relacionar as cuidadoras com possíveis episódios de violência passadas ou presentes.

Para exemplificar a questão, em uma busca ao *PubMed* usando conjuntamente os descritores “*caregiver*”, “*burnout*” e “*violence*”, encontramos 12 textos, sendo que 9 desses textos aproximavam-se da temática. 3 desses textos tratavam de *burnout* de profissionais de saúde que trabalhavam em contextos violentos, 1 referia-se a *burnout* de cuidadores de pessoas que sofreram tortura, 3 abordavam casos de cuidadores sofrendo *burnout* que violentavam idosos sob seus cuidados, e 2 textos falavam de cuidadores sofrendo *burnout* que violentavam crianças.

Em busca ao *PubMed*, nenhum artigo foi encontrado que relacionasse as cuidadoras de seus esposos com episódios de violência perpetrados por seus parceiros íntimos, mesmo naqueles que abordavam cuidadoras em sofrimento mental ou aquelas que negligenciavam o cuidado e nem mesmo as que violentavam os maridos deficientes/idosos.

Essa falta de achados sobre o tema pode sugerir muito sobre os sentidos que as cuidadoras têm para a literatura em saúde e para os profissionais que a produzem.

Conjecturando sobre isso e sobre a prática em saúde, por exemplo, podemos pensar que no momento em que um membro da família transforma-se em cuidador, ou no caso, cuidadora já que estamos falando especificamente das mulheres, ela automaticamente assume um lugar, para os profissionais de saúde que independe de sua relação anterior ou atual (pra além de ser cuidadora) com a pessoa de quem cuida.

Assim, suas ações serão julgadas como corretas ou não de acordo com a técnica, os procedimentos que deveria realizar, a qualidade de vida e

satisfação daquele que é cuidado; o sofrimento psíquico produzido ao executar essa tarefa será medido por critérios que indicam o sofrimento produzido neste trabalho; e possíveis maus-tratos cometidos julgados como produto da má vontade da cuidadora ou também atribuídos ao sofrimento mental.

Dessa forma, ter sofrido ou estar sofrendo violência perpetrada por parceiro íntimo quando se é cuidadora desse parceiro não é uma categoria de investigação e/ou análise da qualidade do cuidado prestado nem dos possíveis sofrimentos psicossomáticos das cuidadoras, já que a categoria “cuidador” parece anular as possibilidades de ser pra além dela, ou melhor, não se pode ser esposa enquanto cuidadora, nem ser mulher.

Imaginar, por exemplo, que as cuidadoras façam sexo (ou queiram fazer) com seus maridos com deficiência/idosos parece algo pouco usual. Validar tal desejo como real e possível de ser realizado sem julgamentos morais parece o ser ainda mais. Por outro lado, acreditar que o marido com deficiência violenta sua esposa e cuidadora parece igualmente impossível.

Isso acontece porque nem homem nem mulher estão vistos como sujeitos. Cada qual objetificado na categoria que lhe cabe e lhe determina a ideologia dominante: a de cuidadora e a de deficiente (e aqui não cabe o termo pessoa com deficiência, porque lhe foi impedida a possibilidade de ser para além do estereótipo ideológico de deficiente).

## **A ideologia de gênero, a técnica e a construção do cuidar por parte dos profissionais de saúde**

No que diz respeito ao cuidado e os profissionais de saúde, este vem sendo ora mote do trabalho em saúde, discutido e valorizado por diversas categorias profissionais, serviços e políticas públicas de saúde devido à crescente des-humanização de ações e serviços de saúde, como lembra Schraiber (2011), ora deixado de lado em detrimento de procedimentos, técnicas e evidências científicas biológicas e estatísticas.

Ao mesmo tempo em que o cuidado assume progressivamente um lugar em currículos e cursos da área da saúde - nas discussões de temas relacionados aos cuidados paliativos, à humanização da atenção, bioética e à integralidade – o conceito de cuidado é, por vezes, simplificado à presença de paredes coloridas e decoradas, à “PET-Terapia” (atendimentos com animais) e a presença ou ausência de palhaços no serviço de saúde.

Assim, as dimensões cuidadoras da relação profissional de saúde-usuário/família/comunidade confundem-se numa panaceia de “cuidados” que não cuidam dos usuários, mas sim da estrutura predial dos serviços de saúde – tornando-os hoteleiramente mais atraentes, mas nem sempre mais acolhedores -, que delegam a outros profissionais que não os da saúde (no caso do exemplo, os palhaços) ou aos cachorros a responsabilidade pelo



vínculo, a construção de relações de qualidade e mais acolhedoras, e a construção de espaços não-objetificadores dos usuários.

Além disso, também existem os serviços privados de saúde com atendimentos Home-Care, que vem ocupando lugar de destaque junto ao cuidado de pessoas com deficiência/incapacidades, que prometem serviços especializados a esta população, e por isso tidos como superiores aos cuidados prestados pela família, mas que não conseguem romper com a lógica objetificadora daquele de quem se cuida, uma vez que ganhos de autonomia e independência do usuário, uma maior participação da família e até mesmo a melhora clínica significam a perda de um cliente pagante.

Tais dificuldades na construção efetiva do cuidado relacionam-se com o que aponta Schraiber (2011), apoiada em Ayres, sobre as diferenças entre o acerto técnico (que relaciona-se ao tratamento) e o sucesso prático (relacionado às práticas de cuidado).

Em um contexto profissional, na saúde, de forte valorização das práticas baseadas em evidência, vive-se uma valorização do acerto técnico, dos protocolos, utilizando as palavras da autora, do “como fazer”:

*“O êxito técnico está fundado no olhar e nos saberes da biomedicina da Modernidade. Expressa a própria medicalização da vida social, ao fornecer uma compreensão de que os sujeitos sociais podem e devem ser tomados apenas em sua dimensões do corpo-organismo, o que se torna interpretação hegemônica dos adoecimentos (...). O Êxito técnico refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso*

*em relação a um ‘como’ fazer.” (Schraiber, 2011, p.3041)*

Assim, para esse modo de pensar o trabalho em saúde, o bom profissional é aquele que sabe “como fazer”, que sabe aplicar a tecnologia adequada no momento adequado, e não aquele que sabe “o que fazer”, como ressalta Schraiber (2011).

Refletir se determinada tecnologia é adequada à vida cotidiana dos usuários, o território onde vive e sua cultura, ou seja, pensar sobre “o que fazer” e pensar o outro na relação assistencial em saúde – sendo que esse outro é o usuário e é também o profissional de saúde – é imprescindível para que se atinja o sucesso prático:

*“A relação é, neste caso, intersubjetiva, em que o profissional, que já é técnico, já se vale da ciência e das tecnologias como a tradição da técnica, reage criticamente a essa tradição, pois se modifica como sujeito e modifica sua ação pelo que recebe do outro com quem interage. Este compartilhar atualiza a técnica, não o tecnológico. Repõe a técnica inovando-a, ao dar-lhe nova engenhosidade, permitindo pensar o que fazer e o que não fazer com o tecnológico, por revestir-se de novos componentes para o julgamento a cerca da intervenção (o que fazer).” (Schraiber, 2011, p. 3042).*

Não se quer, portanto, que as tecnologias sejam esquecidas ou subutilizadas, assim como as evidências científicas, mas sim que se tenha um

olhar crítico sobre elas e sua utilização no cotidiano dos serviços e da vida dos usuários. Como ressalta a autora, pensar em novas articulações entre o científico e a prática profissional que não seja mediação tecnológica, a fim de que o cuidado possa ser construído na relação profissional-usuário (Schraiber, 2011).

Também faz parte da construção de relações cuidadoras entre profissionais e usuários a reflexão sobre o quanto sua prática está sendo apoiada por questões de *senso comum*, acrítica à ideologia dominante. Tal reflexão é necessária para que as inequidades de gênero, e outras mais, não sejam mais reproduzidas pelos profissionais de saúde.

No entanto, não se pode esquecer que também são fatores que contribuem para a queda da qualidade da assistência ou, como sugere Schraiber (1997) para a crise da assistência, as condições de trabalho dos profissionais de saúde e sua consequência mais imediata, a falta de motivação profissional, a burocracia assistencial, a despersonalização dos cuidados, as dificuldades de acesso aos serviços e a elitização da assistência. Para a autora, a crise da assistência é também a crise da qualidade e seu desempenho, havendo condições materiais, mas também não materiais interferindo na qualidade da assistência, e dentre estas últimas encontram-se os dispositivos relacionais.

*“Assim, o desempenho de um profissional não se alimenta apenas das condições materiais, ou sequer*

*somente de sua sabedoria técnico-científica. Também se faz com base os dispositivos relacionais, fruto das éticas interativas e comunicacionais.” (Schraiber, 1997, p.128).*

Com a ciência moderna, o cartesianismo, e a crescente valorização da tecnologia em nossa cultura, tende-se a compreender a realidade de forma esquadrihada, dividida, fragmentada, o que contribui para que a “parte técnica” da ação em saúde e a “parte relacional” sejam tematizadas de forma separada e independente, quando na verdade não o são (Schraiber, 1997).

Tal falta de integração na compreensão das ações em saúde está na base de resultados como os observados por Rodrigues *et al* (2008), em pesquisa com profissionais de saúde. Os pesquisadores apontam um descompasso entre o discurso e a prática profissional dos entrevistados: nos relatos as definições de acolhimento, vínculo e responsabilização eram dissociadas do que esses mesmos profissionais diziam realizar em sua prática cotidiana.

Essa cisão entre o agir prático e o comunicacional, a grande valorização de tecnologias e do êxito técnico, fazem com que os profissionais de saúde levem mais tempo estudando e preocupando-se com a técnica e as novas tecnologias, do que refletindo sobre a prática e a relação profissional-usuário. Dessa forma crescem as possibilidades de se

reproduzir desigualdades sociais no momento da intervenção e da construção de projetos terapêuticos a serem oferecidos aos usuários.

Dentre tais desigualdades destaca-se a de gênero. Portella (2005) lembra como o corpo feminino vem sendo controlado socialmente por normas religiosas, pela ciência e pelos serviços de saúde. Estes últimos são apontados pela autora como “(...) *importantes dispositivos de reprodução e perpetuação de desigualdades*” (p.159).

De acordo com Portella (2005), todas as mulheres são definidas pela presença de seus órgãos sexuais e reprodutivos, sua inserção no mundo está vinculado a eles: a maternidade e tudo que se relaciona a ela – os cuidados da casa e da família.

De fato, muitas das ações destinadas às mulheres na maioria dos serviços saúde foram pensadas por esta lógica, e muitos relatos profissionais apoiam-se nessa definição de mulher, e por vezes despersonalizam as usuárias utilizando termos como “mãe” ou “mãezinha”, definidos por Portella (2005) como injustificáveis e infantilizadores.

Schraiber (2005) lembra que a imagem tradicional da mulher para a os profissionais de saúde é a de “(...) *mãe, esposa, dona de casa e, principalmente, como a cuidadora da família e mediadora entre o domicílio e os serviços*” (p.50).

Mesmo as mulheres sendo compreendidas como usuárias privilegiadas do serviço de saúde, ou porque vão mais ao serviço que os

homens, ou porque existem mais ações destinadas a elas, boa parte de suas necessidades enquanto mulher não são atendidas pelos serviços, apenas há lugar para aquelas destinadas ao cuidado de si e do outro (Schraiber, 2005), reiterando este lugar de cuidadora às mulheres e reproduzindo as desigualdades de gênero.

Por vezes tal disponibilidade das mulheres ao serviço coloca-as num lugar de quem busca assistência sem ter reais necessidades para, e o homem é então entendido como alguém que busca o serviço em caso de efetiva necessidade:

*“A mulher, assim, é uma usuária difícil, pois não é simples se lidar com ela. Trata-se de um usuário de ‘tratamento’ complicado. Apresenta muitas queixas e sempre se repetindo (‘está toda hora na unidade’). Traz situações que são, da perspectiva da intervenção médica, desvalorizadas, ou porque tidas como simples de mais (‘ela vem por qualquer coisa’), ou porque consideradas ‘distantes’ demais de uma ação médica, como questões mais socioculturais. Com isso, sua saúde é entendida como limitada à reprodução e ao planejamento familiar.” (Schraiber, 2005. p.52)*

Mais especificamente no caso das mulheres cuidadoras, como lembra Karsch (2003), os profissionais de saúde costumam partir do princípio de que em toda família existem pessoas aptas a cuidar de suas pessoas com deficiência/com incapacidades, sem que questionamentos críticos em relação a quem será o cuidador sejam realizados, se essa pessoa pode ou

não assumir encargo, ou se a família é capaz de cuidar daquela pessoa. Muito menos são questionadas as cargas horárias dos cuidadores familiares.

Nessa mesma linha, Schraiber (2005) afirma que profissionais de saúde solicitam que a família, e em especial a mulher, se responsabilize pelos cuidados de seus membros adoentados/acamados, e exerçam um papel de mediadoras entre serviço e domicílio. Para a autora, demandas das mulheres que extrapolam o papel de cuidar do outro e de si não são contempladas pelos serviços e profissionais de saúde, já que o papel da mulher está cristalizado para eles:

*“O trabalho das mulheres é, então, desvalorizado, pois ela pode esperar (na Unidade), ou certamente pode dedicar-se a todas as intervenções propostas pela Unidade com a maior presteza. De um lado, o que tem para fazer em sua casa não é reconhecido como trabalho de igual importância ao realizado fora da vida privada, exterior ao espaço doméstico, tal como o desenvolvido pelos homens. De outro lado, quando não se trata de afazeres domésticos, não haveria porque a mulher estar menos disponível para as Unidades e sua forma de oferecer assistência.” (Schraiber, 2005, p.51 e 52)*

Assim, profissionais de saúde podem contribuir para a cristalização e reafirmação das relações de gênero e das atribuições de cuidadores e doentes/pessoas com deficiência/idosos dentro das famílias, ao legitimá-los como tal, endossando decisões familiares de que este ou aquele são os cuidadores, sem questionar a escolha ou sem discutir e refletir sobre a justiça e efetividade destas decisões.

Vale o adendo de que tampouco o cuidado aos cuidadores tem lugar diferenciado nas ações implementadas por profissionais e serviços de saúde. Rafacho e Oliver (2010), em trabalho de revisão bibliográfica da produção brasileira sobre o tema “cuidadores”, lembram que a Estratégia de Saúde da Família é uma proposta que reafirma princípios do SUS como a universalização, descentralização, participação popular e integralidade, primando pelo cuidado à família.

Entretanto, em seus achados, nos textos nacionais encontrados pelas autoras que abordavam a questão de cuidadores na Estratégia de Saúde da Família (ESF), dentre os anos de 1997 a 2008, ainda que as vantagens da atenção domiciliar proporcionada pela ESF fossem consideradas no cuidado aos cuidadores, as equipes realizavam ações bastante focadas ao usuário cuidado pelos cuidadores, deixando a desejar, ou não fazendo nada no que se refere ao cuidado a estes últimos (Rafacho e Oliver, 2010).

Por vezes, para os profissionais de saúde, o cuidador passa despercebido enquanto usuário do serviço de saúde, ou mesmo enquanto membro daquela família cuidada por determinada Equipe de Saúde da Família (Rafacho e Oliver, 2010).

Visto como extensão do serviço no domicílio, responsável único pelo bom andamento do caso da pessoa sob seus cuidados, o cuidador informal é quase um “profissional de segunda classe”, já que por não ter formação específica na área da saúde é avaliado pelos profissionais de saúde como despreparado para a tarefa, e, ao mesmo tempo, é um “familiar/trabalhador



de segunda classe”, pois permanece em casa quando os outros podem sair, divertir-se, fazer planos, trabalhar fora, tirar férias, ter salários, dormir até mais tarde, dentre outros afazeres e direitos.

## OBJETIVOS

Tem-se como objetivo geral desta pesquisa:

- Compreender os atravessamentos de gênero e violência nas concepções sobre o cuidado prestado por cuidadores informais e profissionais de saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

Tem-se como objetivos específicos:

- Descrever e analisar concepções de cônjuges cuidadores de esposos(as) com deficiência sobre o cuidado, gênero e violência;
- Descrever e analisar as concepções de profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre cuidado, gênero e violência;
- Contrastar as concepções dos profissionais e usuários buscando convergências e diversidade.

## METODOLOGIA

## Aspectos Gerais

Esta é uma pesquisa qualitativa, que se utilizou da estratégia de entrevistas semiestruturadas com amostra do tipo intencional.

A população alvo foi constituída de cônjuges cuidadores de seus(as) esposos(as) com deficiência/incapacidade/doença sem possibilidade de cura, e de profissionais de saúde da estratégia de saúde da Família de duas UBS da Região Oeste do Município de São Paulo.

Uma das UBS contava com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e, além disso, equipe de saúde bucal, equipe de farmácia, assistência social, e uma equipe de vigilância à saúde.

A outra UBS possuía uma equipe multi-profissional composta por assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, equipe de saúde bucal e equipe de farmácia.

Uma das UBS atendia uma área de 25 mil pessoas, não possuía a totalidade de seu território coberto pela Estratégia de Saúde da Família – 6 equipes -, tendo um funcionamento misto entre modelo tradicional de Atenção Primária à Saúde coexistindo com a Estratégia de Saúde da Família. Também dividia seu espaço de funcionamento com um serviço de Atenção Médica Ambulatorial – serviço que funciona em modelo de pronto-

atendimento, considerado como Atenção Primária à Saúde pela Prefeitura Municipal de São Paulo.

A outra UBS atendia 19 mil pessoas, e possuía todo o seu território coberto pelo modelo da Estratégia de Saúde da Família – 6 equipes de saúde da família.

No momento da entrevista, todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família estavam completas, assim como as equipes NASF, mas haviam profissionais afastados da equipe multiprofissional.

Outro dado importante em relação às UBS pesquisadas é que ambas funcionam como UBS escola, tendo uma grande circulação de professores, supervisores de estágio, recebendo alunos de diversos cursos da saúde tanto para estágios curriculares de graduação quanto estudantes de pós-graduação *estricto e lato sensu*, e também recebem, há alguns anos, o PET – Programa Educação para o Trabalho do Ministério da Saúde. Muitos projetos nas UBS foram construídos junto com esses estudantes/professores/tutores, o que faz com que o perfil destes serviços se diferencie da maioria dos serviços de Atenção Primária à Saúde de São Paulo.

O levantamento de possíveis entrevistados do grupo dos cuidadores deu-se junto às Equipes de Saúde da Família, nos momentos de reunião de equipe, onde eram elencados casos de bons e maus cuidadores, de ambos os sexos, de várias idades, casados, divorciados, cuidadores há mais ou

menos tempo, que sofreram ou não violência perpetrada por parceiro íntimo, e também era apresentado um breve histórico, por parte da equipe, da história do casal e das impressões da equipe sobre a família e o cuidado prestado pelo cuidador familiar.

Após esse momento, era feita uma seleção intencional dos casos buscando a maior variedade possível de características dos entrevistados, de forma que fossem entrevistadas pessoas de variados perfis, bons e maus cuidadores, que estabeleciam diferentes relações com as equipes, que aderiam ou não às orientações dadas, moradores das diferentes áreas e com diferentes tipos de moradia (prédio, casa, barraco), classes sociais, e com ou sem histórico de violência.

Posteriormente as pessoas selecionadas eram visitadas pela pesquisadora para convidá-los a participar da pesquisa. Quando havia aceitação, era agendada a entrevista e o local onde seria realizada.

Em relação ao convite dos profissionais de saúde, após a apresentação da pesquisa em uma reunião geral das UBS, era feito um convite geral a todos os funcionários, e deixado o contato de e-mail e telefone da pesquisadora para que os profissionais pudessem dizer de seu interesse em participar da pesquisa. Posteriormente eram agendadas as entrevistas e realizadas no local e horário definidos pelo participante.

Não houve recusa a participar da pesquisa por parte de nenhum cônjuge-cuidador. Da categoria dos profissionais, os médicos e enfermeiros

que atendiam a área descoberta pela Estratégia de Saúde da Família, os profissionais do NASF de uma das UBS se recusaram a participar da pesquisa, e na outra UBS os ACS homens (no momento da pesquisa, só havia ACS homens em uma das UBS), os auxiliares de enfermagem, e membros da equipe multiprofissional com exceção da assistente social não se dispuseram a participar.

A escolha dos profissionais entrevistados se dava na tentativa de não negar a participação de profissionais de categorias não contempladas, e na tentativa de variar a amostra em relação ao sexo. Por exemplo, no caso de profissões com uma prevalência maior de mulheres, como é o caso dos ACS, auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, os homens eram convidados a participar.

Em geral, dentro da categoria dos profissionais, não foi necessária a exclusão de nenhum candidato a participar da pesquisa, pois a procura pela participação não foi grande – salvo os ACS -, permitindo a existência de um “n” considerável de pessoas.

Não houve desistência da pesquisa por parte de nenhum entrevistado. Não foram entrevistados profissionais/moradores da área não abrangida pela Estratégia de Saúde da Família.

Vale o adendo de que todas as pessoas que se voluntariaram a participar da pesquisa foram entrevistadas, o que levou a um número desigual de profissionais por categoria, e um número de mulheres superior



ao de homens – inclusive na categoria dos cuidadores. Mas todas as categorias profissionais básicas da Estratégia de Saúde da Família foram contempladas, e conseguiu-se ao menos 2 cuidadores homens para participar.

O fluxo das cuidadoras para a participação da pesquisa também se deu via convite de amigas cuidadoras que haviam feito à entrevista, e divulgaram-na para outras cuidadoras que, a partir do telefone da pesquisadora e mediação da cuidadora participante entraram em contato com os responsáveis pela pesquisa e pediram para participar. Foram duas as cuidadoras que entraram na pesquisa por esse fluxo – ambas as usuárias da mesma UBS, mas moradoras de áreas diferentes.

Foram feitas entrevistas semiestruturadas (roteiro em anexo), que foram gravadas, transcritas e lidas até a impregnação. Posteriormente, os dados foram analisados de acordo com a metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009).

Vale a ressalva de que o roteiro não apresenta questões diretamente relacionadas à violência e sua descrição, mas o tema da violência esteve presente nos relatos de profissionais e cuidadores na maioria das entrevistas respectivamente nas questões que solicitavam que o profissional contasse um caso em que a equipe falhou, e com relação aos cuidadores nas questões “Quem cuida melhor, homem ou mulher?” “se você fosse dar um conselho para alguém que está casando agora, que conselho você daria?” e “Se você fosse dar um conselho para um cuidador de primeira viagem, que

conselho daria?”. Esse conteúdo era abordado à medida que aparecia nos relatos, e eram feitas outras perguntas que estimulavam o entrevistado a falar sobre a violência vivida.

É importante ressaltar que a violência inicialmente não era o tema central da pesquisa, mas devido ao número elevado de cuidadores e profissionais de saúde que tocavam neste tema, tivemos de contemplá-lo em nossa análise, assim como incluí-lo em toda a pesquisa, isto é, nas palavras-chave, nos levantamentos bibliográficos, na forma como as entrevistas eram feitas (abriu-se um espaço de escuta maior e mais sensível ao tema), na reflexão sobre quais devolutivas esta pesquisa poderia dar aos entrevistados, entre outras coisas.

Durante a análise dos dados buscou-se compreender o cuidado da perspectiva das cuidadoras e dos profissionais de saúde, e de que forma as questões de violência e de gênero estavam presentes nos relatos e modulavam a compreensão dos entrevistados sobre os sentidos do cuidar.

Todas as pessoas envolvidas em situação de violência responderam às mesmas questões, tiveram o mesmo tempo para falar, e só falavam das situações de violência se desejassem. Os pedidos de ajuda de cônjuges que ainda sofriam violência foram encaminhados às Equipes de Saúde da Família/Serviço de Assistência Social de cada Unidade, como foi o caso de uma mulher cuidada por um dos cuidadores entrevistados que entregou uma carta de pedido de ajuda ao ACS contando da violência ainda perpetrada por seu marido.

Outros pedidos de ajuda por parte dos entrevistados também aconteceram, como por exemplo, vagas para dentistas que atendessem pessoas com deficiência, gratuidade para fraldas, e equipamentos de tecnologia assistiva, como por exemplo, cadeiras de banho, de rodas, e órteses de posicionamento. A maioria desses pedidos acontecia na questão “você gostaria de ter alguma ajuda para cuidar de seu esposo (a)? Qual?”

Com relação à concessão de fraldas, os pedidos foram encaminhados ao serviço de assistência social das UBS, as vagas em dentistas que atendessem pessoas com deficiência eram negociadas primeiro com serviço de odontologia das UBS e depois encaminhadas junto ao serviço de regulação das UBS. Quanto à prescrição dos equipamentos de tecnologia assistiva, eram realizados pela pesquisadora após avaliação das pessoas com deficiência e encaminhados para terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas das UBS para em seguida dar continuidade à concessão desses equipamentos na rede pública (fluxo este já existente na rede municipal e que depende de um encaminhamento de um profissional da UBS com a prescrição do equipamento ao Núcleo Integrado de Reabilitação de referência da UBS).

Optamos por não criar um fluxo paralelo ao já existente no Sistema Único de Saúde para estes pedidos a fim de reforçar a ideia de saúde como direito, não uma concessão a partir da participação de uma pesquisa, nem criar leituras caridosas a respeito da forma como esses equipamentos foram conseguidos. Ainda assim, o acesso à tecnologia assistiva, fraldas e serviço

de odontologia foi facilitado pela pesquisa, e essa foi uma das devolutivas possíveis aos participantes.

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética e foi aprovado com o nº CAAE: 0164.0.162.444-10, parecer nº433/10-CEP/SMS. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, participando voluntariamente da pesquisa, havendo livre acesso a esta, tendo suas identidades preservadas, podendo optar por desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

### **Da preparação do roteiro de entrevista e análise dos dados**

Os roteiros de entrevista sofreram alterações necessárias no decorrer das entrevistas para que os entrevistados pudessem falar de forma mais livre, enriquecendo a coleta de dados.

No roteiro dos cuidadores, a pergunta: “o que a sua equipe de saúde da família lhe oferece é adequado às suas necessidades?” era respondida de forma efusiva pelos entrevistados, e foi substituída por: “Se o(a) senhor(a) fosse o(a) prefeito(a) de São Paulo, o que mudaria no posto?”.

Foram acrescentadas duas perguntas ao roteiro dos cuidadores: “Se o(a) senhor(a) desse um conselho pra alguém que vai casar, que conselho

daria?” e “Que conselho o(a) senhor(a) daria pra um cuidador de primeira viagem, que nunca cuidou de ninguém?”. Essas duas perguntas permitiram que os entrevistados pudessem falar mais de suas experiências de vida, e, conseqüentemente, abordavam mais a temática de gênero e violência.

No roteiro de entrevistas dos profissionais, foi acrescentada a pergunta: “Por que você escolheu essa profissão?”, que colaborou para compreender se o cuidar era um elemento importante na escolha profissional, ou se o desejo de cuidar de alguém motivou a escolha por uma profissão da área da saúde.

Depois das entrevistas transcritas, as leituras buscavam categorizar os trechos das entrevistas em categorias-tema gerais: gênero, cuidado e gênero, cuidado e violência.

Posteriormente, os resultados de cada categoria-tema foram reorganizados dentro de novas categorias, diferentes para profissionais e cuidadores, e derivadas dos achados nos relatos e do referencial teórico utilizado.

Para os cuidadores eram:

- 1) Naturalização da violência;
- 2) Cuidar como obrigação feminina;
- 3) Reprodução da violência;
- 4) Cuidar Masculino: Gerência de cuidados.

Para os profissionais de saúde eram:

- 1) “Maus” cuidadores e desafios do trabalho com cuidadores familiares;
- 2) “Bons” cuidadores e facilitadores do trabalho com cuidadores familiares;
- 3) Como melhorar o trabalho com os cuidadores?;
- 4) Cuidar e suas contradições;
- 5) Cuidar como tarefa feminina;
- 6) Cuidar, religiosidade e caridade.

É importante lembrar que as entrevistas foram analisadas dentro do horizonte de sentidos que o cuidar tinha para cada entrevistado, e as concepções sobre gênero, violência e seus cruzamentos também.

RESULTADOS – AS CUIDADORAS E OS  
CUIDADORES

## Aspectos gerais

Foram entrevistados 12 cônjuges-cuidadores, sendo que 8 eram mulheres que sofreram violência perpetrada por parceiro íntimo, 2 eram mulheres que não sofreram violência, e 2 eram homens que foram ou são perpetradores de violência contra suas mulheres. Um deles confessou-se perpetrador após a entrevista, e o outro já era conhecido do serviço de saúde.

As mulheres que não sofreram violência perpetrada por parceiro íntimo não foram contempladas na análise, porque optamos por dar mais visibilidade e foco às falas das mulheres e homens que viveram violência, pois estes são invisíveis aos serviços de saúde.

O número pequeno de homens entrevistados deu-se devido à dificuldade em se encontrar, no território das UBS, homens cuidadores de suas esposas. Os dois possuíam ensino fundamental completo, e eram legalmente casados. Um deles tinha filhos e o outro, enteados. Possuíam 50 e 65 anos. Um deles referiu poder dividir esporadicamente o cuidado de sua esposa com os enteados, apesar de não aprovar o cuidado ofertado por eles, e o outro cuidador contrata auxiliares de enfermagem para auxiliá-lo 24h/dia. Uma das esposas tinha Esclerose Múltipla e artrose; e a outra tinha um Acidente Vascular Encefálico e era afásica.



As oito mulheres que sofreram violência possuíam de 50 a 76 anos, todas tinham filhos, sofreram violência perpetrada por parceiro íntimo – os mesmos parceiros de que cuidam. Cinco delas eram casadas, duas divorciadas – mas que voltaram a morar com seus ex-maridos após o adoecimento destes – uma ficou viúva durante a pesquisa. Duas delas eram analfabetas, e seis possuíam ensino fundamental. Uma delas revezava o cuidado do marido esporadicamente com filhos, e uma delas contratava uma vizinha para a atividade de banho. Todas as outras mulheres eram cuidadoras exclusivas dos maridos.

As mulheres cuidavam de maridos que sofreram Acidente Vascular Encefálico, Traumatismo Crânio-Encefálico, câncer em fase terminal, Mal de Parkinson, e uma das entrevistadas cuidava do marido com Alzheimer.

Alguns relatos de violência só foram revelados ao desligar do gravador: sussurrados, como uma mulher, que durante a entrevista descrevia seu marido com os melhores adjetivos e dizia amá-lo, mas que ao final disse ter mentido sobre ele, e começou a listar situações violentas – físicas, psicológicas, sexuais - vividas durante o casamento.

É interessante notar que parece ser ainda mais difícil admitir a violência vivida quando se é cuidadora. Aparentemente isso se relaciona ao medo de serem julgadas moralmente, como se o cuidado pudesse ser prestado somente àqueles que o merecem, ou melhor, às pessoas “boas”. Mais a frente esse tema será mais discutido e exemplificado com trechos de falas das entrevistadas.

Os relatos de violência também apareceram em algumas falas masculinas com tom de arrependimento e vergonha, como fez um homem ao confessar, durante um café oferecido por ele à entrevistadora e à esposa, que foi violento com sua esposa no passado, e que só parou de violentá-la fisicamente no dia em que após uma surra esta teve um primeiro episódio com sinais de esclerose múltipla. A partir daí ele passou a atribuir à violência a causa da doença. De acordo com o entrevistado, neste dia tomou consciência de que suas agressões poderiam fazer mal para a saúde de sua esposa, podendo até incapacitá-la. Segundo ele, desse dia em diante, nunca mais a violentou, e fez a promessa de cuidar dela até o dia em que um deles morresse, alegando vergonha de suas atitudes.

Em outro caso de homem entrevistado, onde a violência perpetrada contra a parceira íntima – tanto no passado quanto no presente – era sabida pelos serviços de saúde, esta sequer foi mencionada pelo entrevistado nem durante a entrevista nem depois.

Vale ressaltar que a grande maioria dos casos de violência (7 dos 10) – tanto de pessoas que sofreram violência quanto de perpetradores não eram conhecidos pelas equipes de saúde da família e foram revelados apenas durante as entrevistas.

## Cuidadoras - naturalização da violência

A ideologia de gênero é fundamental para a naturalização da violência de gênero nos relatos das entrevistadas, e para a maioria delas, o adoecimento e o advento de incapacidades e deficiências desses parceiros não representou um rompimento com a violência vivida.

Assim, podemos perceber que ideologia de gênero mantém-se forte, contribuindo para que as relações entre homens e mulheres permaneçam inalteradas, tendo a figura do marido – ainda que doente/com deficiência – como autorizado para violentar, se preciso for, para controlar a família, e a figura da mulher como passível de ser violentada.

A fala a seguir descreve o poder dos pais e maridos na família como natural, apesar de ser uma narrativa datada, e que a entrevistada refere só ter vivido porque não tinha conhecimentos prévios, demonstra o lugar da mulher como o do não-saber – saber adquirido com a experiência de vida, no seu caso. É interessante que ela atribui aos homens a característica de “ser grosso”:

“(…) meu pai me casou não tinha nem 16 anos, porque lá no norte é assim, eles casa com a gente assim, lá não tem nem coisa da gente namorar. Chama o pai, o pai marca o casamento. (...) é uma história engraçada, quando eu casei

eu nem sabia nem pra que eu tava casando, pensava que era um brinquedo me vestir de noiva, usar flor de laranjeira, não sabia pra que que era. Na hora que foi acontecer a lua de mel, eu não queria, pensava que o homem era um bicho. Saí correndo três dias, voltei pra casa do meu pai: 'eu não vou dormir não, corri três dias!'. Aí meu pai: 'agora que você casou, tem que dormir com o home'. (...) a minha mãe não falava nada com a gente (...), como é que a gente vai saber, era que nem bicho do mato. (...) Foi difícil viu, não é fácil não. (...) Ai quando eu fiquei grávida não sabia por onde saia o menino, a menina, não sabia como é que ele entrou. (...) casar assim é muito ruim, é difícil. (...) homem é tudo grosso." (Cuidadora 5)

Algumas mulheres dizem receber bengaladas, xingamentos ao aproximarem-se de seus maridos em momentos onde realizam procedimentos relacionados ao cuidado: no banho, troca de roupas/fraldas, alimentação ou ao aproximarem-se de suas camas.

Algumas entrevistadas lembram as violências sofridas, e narram como isso ainda acontece:

*Cuidadora 3 – “Muito ignorante, muito agressivo, deixava até falar, mas não aceita ouvir. (...) Que a gente se conheceu eu tinha dez anos e ele tinha quatorze (...), eu brincando com a irmã dele e ele chutando minhas bonecas mais a dela. (...) Um tempo ele bebia, aí eu gritei com ele assim: ‘tu não para de beber não, (...) eu vou no velório e arrumo outro!’ (...) aí ele falou: ‘a cara não nega<sup>3</sup>!’ (...) E ele falou: ‘você vai ver, não sei o que (...)!’ (...) o negócio dele é falar muito, e coisas que nem deve falar, eu já não gosto. (...)  
Entrevistadora: Mas isso foi depois que ele ficou doente ou sempre foi assim?  
Cuidadora 3: não, sempre, em 61 anos foi sempre assim.”*

---

<sup>3</sup> Dando a entender que pela cara da esposa já se poderia saber se ela poderia ou não ter mais de um marido.

*“Cuidadora 2- (...) pra mim como agora ela [atual esposa de seu ex-marido] (...) ela diz que vai voltar no mês que vêm, aí quem vai passar a cuidar dele agora vai ser ela. Aí vamos ver, e ela também cuida bem, (...) ela é calma, ela é paciente. Ela cuida direitinho, faz a comida, mas a parte da comida eu não sei se é ela ou se eu que vou fazer pra ele comer. Daí ele põe defeito, né, sabe como é, o bicho põe defeito em tudo! (...)*

*Entrevistadora - (...) antes d’ele ficar doente era agressivo com a senhora?*

*Cuidadora 2 - Hum minha filha! [gesto afirmativo com a cabeça] Se eu for te falar, você fala assim: ‘mas porque a senhora cuida dele?’. (...) quando bebia... Era um tal de (...) ‘quando eu chegar aqui não quero ver você nem seus filho’. (...) cortava os fios da luz e deixava a gente no escuro. (...) Pegava a mangueira, molhava tudo (...). Me xingava (...). (...) fui pro hospital ficar cuidando do meu irmão, (...) conversei com ele [o marido], (...) eu vinha (...) a cada quinze dias (...). Um dia cheguei, e ele [marido]: ‘(...) é que eu arrumei uma mulher e vou me casar (...) e vou trazê ela pra morar aqui’.”*

Para algumas entrevistadas, o agir violento relaciona-se com o adoecimento, ou a falta de administração de medicamentos (ainda que estes sejam para hipertensão ou colesterol), estando desarticulado das histórias de violência vividas no passado:

*“Apesar de ter horas que eu fico nervosa com ele porque, você sabe que, a doença mesmo... é muito agressivo, coisas que ele não falava, ele fala, você fica nervosa, mas não é difícil, não. É até que leve pra cuidar. (...) mas você sabe que você sente, ele fala coisas que eu não mereço, da cabeça dele, mas é a doença.” (Cuidadora 8)*

A entrevistada a seguir diz reagir à agressividade do marido e as ameaças de bengaladas que ele lhe dá em casa e na rua, mas suas exigências de que o marido não lhe dê bengaladas não parecem ser efetivamente cumpridas pelo marido. Esse trecho de entrevista nos sugere que apesar de doente, o marido ainda é quem dá a última palavra em casa:

*“Cuidadora 12 – (...) é que complicou um pouco mais mesmo depois dessa doença principalmente, depois do derrame. Porque antes, mesmo com o pezinho tudo assim, ele andava, trabalhava, (...) agora ele não pode fazer nada. Então, eu acho que ele fica mais nervoso. Ele foi sempre uma pessoa muito trabalhadeira, eu acho que isso também faz muita falta pra ele (...).*

Entrevistadora - E como é que a senhora tem se defendido dessa grosseria dele, dessa agressividade?

Cuidadora 12 - *É, muitas vezes eu até correspondo um pouco pra não ficar muito quieta também, então você tem que responder (...). Agora, o problema da bengala, eu já falei pra ele, se acontecer alguma coisa, aqui na minha casa não entra mais bengala, ele vai aprender a andar sozinho, sem bengala. Porque a bengala é um apoio pra ele, não uma... arma, não é verdade? (...) na rua, tem vezes que (...) quer dar bengalada (...).*

Entrevistadora - *E ele parou depois que a senhora falou isso? Cuidadora 12 - Não, é, quando surge, assim, que a gente fala alguma coisa, assim, ele responde muito mal (...).*”

A mesma cuidadora, em momentos anteriores ao apresentado acima, justifica a violência vivida como se a merecesse por não cumprir corretamente – ou por faltar em alguns momentos – seu dever de cuidadora. A entrevistada reforça o dever feminino de ter paciência com o marido violento para suportar xingamentos e pancadas:

*“Cuidadora 12 - E ter muita paciência, porque dependendo o que acontece com eles, ficam muito agressivos.*

*Entrevistadora - A senhora percebeu essa agressividade no seu marido?*

*Cuidadora 12 - Muita, muita, muita mesmo, agressividade, por nada, sabe? Até hoje ele tem um pouco disso.*

*Entrevistadora - Piorou depois da doença?*

*Cuidadora 12 - É, piorou.*

*Entrevistadora - Mas ele era agressivo antes?*

*Cuidadora 12 - Não, não era não. Mas com a doença ele ficou.*

*Entrevistadora - Que tipo de coisa que ele faz?*

*Cuidadora 12 - Muitas vezes ele usa [para bater – gesticula] a bengala, muitas vezes por nada. E as palavras que eu não gosto. Solta muito palavrão, porque... Pra mim ele fala mesmo, e já fala tudo assim, bem rancoroso. É aonde que acho que a gente tem que ter paciência, que muitas vezes, tem momento que você falta um pouco.” (Cuidadora 12)*

Outra entrevistada, ao falar da mesma paciência para com o marido – paciência esta descrita por todas como uma das qualidades essenciais da cuidadora e da mulher – evidencia o quanto família e profissionais de saúde podem contribuir para a manutenção das relações violentas e desiguais, banalizando a violência e aconselhando a suportar:

*“(...) nada tá certo pra ele [marido]... então, é só não dar atenção, faz de conta que não tá vendo. (...) eu já ouvi isso até deles aqui [família]. Então eu aprendi muito isso. Até esses médico: ‘é assim mesmo, tem paciência!’ (...), mas dá pra suportar, porque aí a gente aprende a fazer que nem os médicos falavam: ‘suporta!’, (...) Dr.<sup>a</sup> M. também fala ‘coloca uma música, canta junto’.”(Cuidadora 6)*

No trecho acima, suportar a violência parece ser o único recurso desenvolvido pela usuária e sua família para enfrentar a situação, assim como pelo profissional de saúde que orientou a cuidadora. A distração – no caso colocar músicas, cantar – funcionariam como recursos instantâneos para tamponar uma situação de sofrimento explícito, ao invés da escolha por ações que visassem à defesa de direitos.

As marcas da ideologia de gênero são claras nas falas das entrevistadas, bem como o quanto tal ideologia colabora para mantê-las casadas, cuidando de seus maridos, sem criticarem e superarem a desigualdade das relações, pois acham que a desigualdade é natural da relação homem-mulher, e assim continuam a habitar o mundo privado descrito por Chauí (1985).

Nesse sentido, a violência passa a compor uma característica do masculino, e suportá-la, uma qualidade do feminino. No trecho abaixo, a entrevistada dá a entender que algum grau de violência pode ser tolerado:



*“(...) tem umas violência que é muito exagerada, que eu acho que é muito difícil continuar. Porque você não tem muitas perspectivas que a pessoa possa melhorar, dependendo da agressividade (...). Porque tem uns que é agressivo mesmo, (...) machuca, espanca, eu acho que aí não dá pra continuar (...), se fosse assim eu não teria continuado, eu tinha separado.” (Cuidadora 12).*

### **Cuidadoras - Naturalização do Cuidado**

Cuidar, para as entrevistadas, é uma obrigação das mulheres reforçada pelas qualidades naturais de cuidadoras das mulheres manifestadas pela paciência, carinho, dedicação ao outro.

É interessante notar que as construções do feminino descritas por Guilligan (1985), como a capacidade de abdicar de si em detrimento do outro é fortemente introjetada pelas entrevistadas e justifica a naturalização da mulher enquanto cuidadora.

As mulheres entrevistadas não se questionam sobre porque são cuidadoras, e algumas se surpreendiam com a pergunta: “por que a senhora cuida de seu marido?”.

Essa forma de entender as atribuições e qualidades femininas na sociedade também explica porque muitas delas disseram que se os papéis estivessem invertidos seus maridos não cuidariam delas.

Nesse sentido, cuidar não é uma escolha para as mulheres, mas sim uma tarefa que vem acoplada à figura da mulher, e principalmente àquelas que são mães e esposas:

*“Entrevistadora - A senhora acha que cuidar é uma escolha?”*

*Cuidadora 9 - Acho que não!”(Cuidadora 9).*

*“É a obrigação de esposa cuidar, você tem que ter amor. Eu acho que a mulher tem mais paciência, por ser mãe, então parece que ela age, assim, como uma mãe [riu].” (Cuidadora 8).*

Outra entrevistada apresenta a justificativa ideológica do senso-comum da “mulher como sexo frágil”, e que precisa do homem para sobreviver no mundo, para justificar os motivos pelos quais cuida:

*“Entrevistadora: E dona A., porque a senhora cuida do marido da senhora?”*

*Cuidadora 3: porque eu tenho dor de perder. Porque eu perdi o meu pai novo, a minha mãe também, quer dizer a única defesa que eu tenho para mim agora é ele, mesmo do jeito que é, que tá.*

*Entrevistadora: a senhora não se sente forte pra se defender sozinha?”*

*Cuidadora 3: não.”*

Para as casadas, além de cuidar de seus filhos, o cuidado do marido é também um dever, independentemente de qual a relação estabelecida entre esposa e marido: se já se separaram, se são felizes ou querem estar juntos, e se há ou não desejo de cuidar daquela pessoa em especial.

As entrevistadas afirmaram que mulheres são melhores cuidadoras que homens por conta de atributos naturais do feminino, como o perdão, a paciência, o altruísmo e o “gosto pelo cuidado”, o que justifica o papel de “cuidadoras naturais”:

*“(...) homem não tem paciência não. Se fosse eu que tivesse no lugar dele, ele não ia cuidar de mim que nem eu cuido dele. (...) Mas a mulher tem mais paciência.” (Cuidadora 9)*

*“pra mim, as mulher cuidam mais e se preocupa mais que o homem, eles gosta mais da liberdade e a mulher é mais ir por dentro das coisas.” (Cuidadora 13)*

*“(...) a mulher é mais calma, tem mais paciência, tem mais critério pra cuidar, dar as coisas na hora certa... homem não, se viveu tá bem, se não viveu pra ele é a mesma coisa.” (Cuidadora 3)*

Uma das entrevistadas se questiona e pondera sobre quem cuida melhor, homem ou mulher, mas chega à conclusão de que as mulheres são melhores cuidadoras por serem mães:

*“Cuidadora 8 – Eu acho que a mu.. Olha, eu não vou falar, porque outro dia passou uma coisa na TV que o homem cuidava muito bem. Vai da amizade, do companheirismo, né. Mas eu acho que, na maioria das vezes, a mulher.*

*Entrevistadora – E por que a senhora acha que tem essa diferença?*

*Cuidadora 8 – Eu acho que a mulher tem mais paciência, (...) por ser mãe (...).”*

A religião assume lugar de destaque nas contribuições para manter a mulher nessa relação hierárquica, reforçando ideologicamente o quanto ser cuidadora não é uma escolha. Para algumas entrevistadas, assim como o marido paga com a incapacidade e a deficiência pelos pecados que cometeu – alcoolismo, violência, infidelidade – também elas estão predestinadas a cuidar do marido ao qual juraram estar ao lado até que a morte os separe.

O dever de cuidar é então entendido como um misto de dever espiritual e qualidade natural do feminino, articulando fortemente religião e natureza no mesmo sentido do atributo da paciência como essencial das mulheres.

Esses relatos se assemelham em muito com o que Besse (1999) traz sobre a propaganda ideológica de gênero da Era Vargas, e possivelmente é uma das grandes permanências históricas que contribuem para a manutenção da mulher em seu lugar desigual em relação aos homens, já que esse não é um discurso puramente pejorativo em relação à mulher, pois a exalta em suas qualidades divinas e únicas, jamais possíveis de serem

alcançadas pelos homens, e relembra a elas a necessidade de assumirem sua atribuição social definida pela vocação.

O questionamento do ser cuidadora, além de soar como pecado, fere atributos naturais femininos. Desconstruir essa trama discursiva é certamente um enorme desafio. Mesmo as divorciadas ou que já não moram há algum tempo com seus maridos, recebem-nos de volta para cuidar deles em tempo integral:

*“(...) porque a gente jura, põe a mão lá naquela bíblia e fala que só a morte nos separa, depois a gente mesmo casa sem jeito de se separar. (...) Daquele dia que você assumiu um compromisso com Deus, você têm que suportar pelo menos um pouco.”(Cuidadora 3)*

*“Cuidadora 6 - ó, tá lá em gênesis, 2:24 "Você tornou uma só carne", Não é não? E quando casa você tornou uma só carne, você gostaria de ser maltratado?*

*Entrevistada - Não.*

*Cuidadora 6 - Não e ela [esposa] também não. Então é isso que é bom hoje em dia, que as pessoas pudessem todo mundo aprender isso, seria muito bom, não é? Então é assim. Ele também agora, ele mudou já bastante. Porque, que nem meus pais diziam, 'quando você aprende uma lição, leva uma lição, você aprende mais', né? (...) porque antes era pior [marido]. E pelo que eu conheço ele [marido], é isso que eu te falei, eu tenho certeza que ele não taria fazendo o que eu tô, ele sabe disso”.*

Além das responsabilidades assumidas com o casamento, a falta de outras pessoas para dividir o cuidado ou de outra pessoa que assuma os cuidados das pessoas com deficiência na família é outro ponto fundamental

para que as mulheres não se sintam como podendo ou não escolher esse papel.

A comum ausência de outras pessoas que assumam ser cuidadores também se relaciona com a naturalização da mulher neste papel, pois os demais familiares sentem-se desobrigados de tal responsabilidade.

*“Entrevistadora: por que a senhora cuida do seu marido?”*

*Cuidadora 9 - Ah, porque ele precisa, né minha filha, a gente cuida. Ele precisa de mim, por isso que eu cuido dele.”*

*“porque eu cuidava dele? Porque não tinha como, eu tinha que eu cuidar dele mesmo, dar banho e tudo porque não tinha como ele fazer tudo sozinho. (Cuidadora 7)”*

As mulheres buscam então, apoio em igrejas para aceitar algo que lhes traz sofrimento e revolta, mas que depois passa a fazer parte do cotidiano:

*“Eu fiquei revoltada no começo, eu pensei até em envenenar ele! Mas eu falo: ‘meu Deus, porque que eu sofri tanto com ele e agora que meus filhos são tudo casado, tudo tem vida boa e eu tenho que ficar presa a uma pessoa na cama?’ Aí minhas colegas me convidaram para a igreja para eu entender um pouco a situação, pra Deus me aliviar um pouco, pra eu dar o perdão pra ele, eu comecei a ir pra igreja, as vezes que eu fico nervosa, eu falo assim: ‘me dá força meu Deus, não quero ficar doente, quero cuidar dele até os últimos dias dele. Se eu não cuidar, quem vai?’” (Cuidadora 1)*

Também dizem serem pessoas iluminadas, ou com dons divinos para o cuidar, e assim suportam a tarefa de cuidar de seus violentadores:

*“(...) não vou falar pra você que eu tenho magoa dele. (...) porque a gente que serve a Deus não pode ter magoa no coração. (...) Foi o que Deus falou pra mim terça-feira na igreja: ‘continue assim com a caridade, com o amor e com a paciência que você tem dentro do seu coração’. Porque quando eu quero ouvir as coisas, eu vou buscar na igreja, Deus me responde, aí eu vou fazendo tudo dar certo.” (Cuidadora 2)*

*“(...) Deus me deu aquele dom, pra cuidar dele, porque se eu não tivesse o dom pra cuidar acho que nada dava certo. Às vezes eu podia dar um remédio errado, eu não podia ter paciência.” (Cuidadora 9)*

Ter sido um “bom pai” é outro argumento das entrevistadas que parece reforçar o dever de cuidar dos maridos, o que soa como uma dívida a pagar. O rótulo de “bom pai” colabora para que exista pressão dos filhos para que as mulheres cuidem, ou para que não abandonem essa função:

*“Cuido em primeiro lugar, porque ele é o pai dos meus filhos, das minhas filhas, e eles cobram muito. Porque apesar de ele não ter sido um bom marido, ele foi um bom pai, (...) então eu cuido.” (Cuidadora 1)*

*“(...) ele cuidou dos meus filhos, deu um teto para meus filhos morar, (...) agora ficou nessa situação, não tem ninguém por ele. (...) Então, tudo o que faço por ele*

*ainda não pagou o que ele fez para meus filhos. Sou grata muito a Deus e a ele por isso.” (Cuidadora 2)*

Tais justificativas esforçam-se por explicar porque seus (ex)maridos merecem ser cuidados, e até mesmo porque se sujeitam/sujeitaram à violência. Refletem valores internalizados e aceitos da definição de mulher, mãe e esposa que naturalizam a condição desigual da mulher e sua sujeição à violência.

Todas essas justificativas parecem atender a uma construção do feminino tradicional, na qual a boa mulher é aquela que aguenta às traições fielmente, que cuida da família custe o que custar, que é mulher de um homem só, que sabe “segurar o marido” e manter o casamento por longos anos, que não está com o marido só por dinheiro ou status social, que está com ele na saúde e na doença, na alegria e na tristeza.

Dessa forma, cuidar de maridos que perpetraram violência não faz parte do inexplicável, e do impensado, mas compõe o quadro do que ainda se espera das mulheres – e do que se esperava, no início do século passado, como apontam Priore (2010) e Besse (1999). Tudo isso atende às construções ideológicas de gênero, e mantém a ordem social.

Além disso, manter as mulheres como cuidadoras é muito conveniente para a família, que não terá de se reorganizar financeiramente e em suas tarefas cotidianas para assumir esse encargo, e para o Estado que



também não necessita dispor de recursos financeiros e humanos para assumir tal responsabilidade.

E é muito interessante aos serviços e profissionais de saúde, pois podem contar com alguém que desempenhará ações necessárias para a manutenção da vida do usuário do serviço e um mínimo de qualidade de vida sem que precise dispendir de recursos para isso.

### **Cuidadoras - Reprodução da violência naturalizada**

Para as entrevistadas, o adoecimento dos maridos, e o fato de ocuparem o lugar de cuidadoras, parece ter contribuído para a existência de um sentimento de diminuição da opressão.

Efetivamente, o que pode ser percebido nas falas, e na insatisfação das mulheres com seu cenário de vida atual, aponta para uma mudança nos papéis hierárquicos dentro da casa, aumentando o controle das mulheres sobre seus maridos, mas a desigualdade de gênero ainda se mantém, e as mulheres têm de responder ao controle dos filhos, serviços de saúde, igreja e amigos.

Além disso, como o demonstrado anteriormente, o adoecimento e consequente desenvolvimento de incapacidades motoras dos maridos não é sinônimo do fim da violência vivida (psicológica e física).

Todavia, buscando vingarem-se das relações violentas e opressoras vividas, muitas mulheres passaram a objetificar seus parceiros cerceando a sua autonomia. Como lembra Chauí (1985), “(...) *a ilusão da liberdade se realiza pela dominação e pela opressão de outros.*” (p.47).

Não raro eram vistos, no dia marcado previamente com a cuidadora para a realização das entrevistas, homens de fralda, seminus e em cenas e trajas infantilizados, com babadores, meias felpudas, usando copos pratos e talheres de plástico, com horário pra tomar leite, deitados em colchões improvisados na sala, mesmo em casas que possuíam cômodos capazes de acomodá-los de outra forma.

Já que não podem escolher não cuidar dos maridos, por diversas razões, tiram-lhes a possibilidade de escolha e decisão sobre suas vidas, vingando-se sutilmente. Ainda que não os agridam fisicamente, os objetificam:

“A vida dele era gandaia, mulheres, viajar, jogar... e eu pra ele era uma indiferente, eu era a velha, a feia. Mas agora quem cuida dele é a velha e a feia que tá do lado dele 24 horas por dia! Se eu não der uma comida, ele não come! Se eu não levar para o banheiro, não toma banho! Se na hora de fazer as necessidade não limpar, não se limpa! [Entrevistada chora]”. (Cuidadora 1) [fala da entrevistada em frente ao marido]

A forma encontrada por essas mulheres para superar a violência parece ser a opressão de seus agressores. Entretanto isso não lhes permite resolver o problema de seu aprisionamento no mundo privado, a perda da qualidade de vida e saúde – com os adoecimentos provocados pela pesada tarefa de cuidar –, ainda não constroem projetos autônomos para as próprias vidas e ainda dependem do presente e do futuro de seus maridos para se projetarem no tempo e se definirem no mundo.

É importante destacar também que a maioria dos entrevistados - exceto a viúva e um homem – quis fazer a entrevista ao lado de seus parceiros, mesmo contando sobre situações violentas vividas no passado e no presente, o que parece indicar o quanto para as entrevistadas os parceiros aparentam possuir menor periculosidade após as incapacidades físicas.

Tal escolha pode representar uma possibilidade de contar aos parceiros e denunciar à pesquisadora o quanto eles as violentaram, como se sentem, e de lembra-los de todo o trabalho e dedicação que têm ao cuidar, como se tentassem, enfim, serem valorizadas por seus parceiros.

*“Entrevistadora: e como é que isso muda a vida da senhora?”*

*Cuidadora 1: ah, muda muito, me prende muito porque deixo de fazer muitas coisas, de aproveitar a minha vida para me dedicar a ele, porque não dá para deixar. Se for pensar no lado ruim, a gente não cuidaria, deixaria pra lá e não cuidaria*

*né, mas é um ser humano que necessita de ajuda, que precisa de você, necessita de você, depende de você, pelo menos o G. depende de mim pra quase tudo né. Então tenho que dar o melhor possível, mesmo ele não merecendo.*

*(...)*

*Entrevistadora: em que aspectos que você acha que ele necessita de cuidado?*

*Cuidadora 1: carinho, ele é muito carente. Então ele quer que você senta perto dele e conversa com ele, às vezes ele fica nervoso eu converso com ele e ponho pra sentar, conto uma piada, uma história, faço rir e daí. Acho que a parte pior pra um acamado é o carinho, porque é isso que leva ele pra frente com os oito AVCs que já teve, o médico mesmo fala que se não fosse o meu carinho, a minha atenção por ele, ele não teria força pra ter sobrevivido, ele tem muita força de vontade também. Então, é isso, eu tento fazer o bem, o mal que ele me fez eu troco com o bem cuidando dele.”*

A fala a seguir exemplifica isso. Dita em tom educativo em frente ao ex-marido, atribui o adoecimento dele a uma punição divina ao parceiro violento, chegando a gargalhar. Depois, afirma ter tendinites em membros superiores, queixando-se de que enquanto cuida do marido em tempo integral não consegue cuidar de si:

*“(...) porque se não fosse a bebida era uma pessoa boa [o marido]. Aí bebeu tanto que o resultado da bebida tá aí agora! Agora ele tá curtindo! [risos] E não morre!! (...). Então o que vou fazer é cuidar, (...) se eu falar assim pra você, vou lutar com ele pro resto da vida, é mentira, porque eu não tenho mais força, e eu estou vendo que cada dia que passa minhas força tá ficando menos. Então não dá! Eu tenho que me tratar.”(Cuidadora 2).*

## Cuidadores: gerência de cuidados

Os cuidadores masculinos foram difíceis de serem encontrados. A maioria das equipes não conheciam casos de cuidadores homem.

O cuidador, para os entrevistados homens, é aquele que gerencia pessoas/serviços/atividades relacionadas ao cuidado. Diferentemente das mulheres, não é, necessariamente, o cuidador quem troca a fralda, dá o banho, limpa a casa, mas aquele que supervisiona a realização de todas as atividades.

Um dos homens entrevistados pensa o cuidado como uma tarefa que se faz para alguém que se ama. Mais do que uma escolha, descreve cuidar como um ato ligado ao amor. Ele também considera a realização dos afazeres domésticos como cuidado, o que não aparece nas falas femininas, já que para elas, os afazeres domésticos compõem uma tarefa “natural” feminina:

*“Entrevistadora: O que é cuidar para o senhor?”*

*Cuidador 14: É ter carinho, é cuidar direito... (...)*

*Entrevistadora - Das coisas que o senhor faz pra esposa do senhor, o que o senhor acha que é cuidar?*

*Cuidador 14- Tudo o que eu faço pra ela é pra ajudar, né. É ajudando que a gente tem carinho, tem, [pausa]*

*ah, sei lá, não tô sabendo. [risada] Tantos cuidados que a gente tem, lavar, cozinhar, tudo... passar...(...). [cuido] Porque eu amo de coração! [riu] Porque a gente gosta. Tem amor, tem carinho, tem tudo, é lógico. (...) às vezes eu subo essa escada aí 50 vezes, pra ver ela, tem que correr aqui fazer as coisas, correr lá, ver como é que ela tá.” (Cuidador 14)*

No entanto, quando questionado sobre quais atividades domésticas realiza sozinho, responde:

*“Cuidador 14- Antes eu não cozinhava, não lavava, não fazia nada. Agora eu faço tudo.*

*Entrevistadora - O senhor limpa essa casa inteira sozinho?*

*Cuidador 14 - Não, não faço nada, a moça vem e limpa. Aí nós pega e dá um jeitinho, né? Mas quem, às vezes, varre, é ela [faxineira], quando ela pode, eu não mexo com isso não. Só a cozinha é pra mim, mas outras coisas, não gosto de fazer de jeito nenhum.”*

Para o outro entrevistado, cuidar também é supervisionar a esposa nas atividades que ela faz em casa e ajuda-la, mesmo com o risco dela sofrer lesões. Na fala, o cuidador parece não se importar com os ferimentos de sua esposa ao realizar as atividades domésticas:

*“(...) comida eu faço com ela, ela me ajuda, queima a mão dela, mas ela me ajuda, ai, ela vai me ajudar, vira e meche ela queima o dedinho mas tá tudo bem.” (Cuidador 15)*

Ao mesmo tempo em que dizem estar orgulhosos enquanto cuidadores, ambos parecem sentir-se deslocados do papel de homens, presos ao mundo privado. E, como se pode perceber nos trechos anteriores das entrevistas, têm muita dificuldade para definir cuidado, quase como se essa fosse uma ação muito fora das atribuições masculinas:

*“Cuidar dela mudou a minha vida porque fiquei mais preso em casa, né, em vez de estar na rua, num bar tal, passeando pra lá e pra cá, não. Já tive, tenho que estar sempre do lado dela, tomando conta dela”  
(Cuidador 15)*

*“Entrevistadora - E como é que isso mudou a vida do senhor?”*

*Cuidador 14 - Ixi, mudou foi tudo. Eu não posso mais sair de casa. [risada] Saio correndo e volto de galope [risada]. É, pago as contas na marra, não tem jeito.”  
(Cuidador 14)*

Para o cuidador 15, a obrigação de cuidar vem de uma dívida por ter vivido com uma mulher bonita no passado, quase que numa relação de troca/barganha. Ao final deste trecho, ele parece “mandar um recado” para os filhos da cuidadora<sup>4</sup>, em tom ameaçador. Parece tentar afirmar o lugar do homem como o lugar da força, e tentar justificar seu envolvimento com a

---

<sup>4</sup> Sabe-se que o cuidador disputa com os filhos da entrevistada (seus enteados) o cuidado de sua esposa, assim como a posse da casa em que moram. Tal disputa apareceu durante a entrevista, e também a Equipe de Saúde da Família citou-a.

entrevistada por valores muito masculinos, como por exemplo, conquistar uma mulher bonita e o cavalheirismo de não maltratá-la:

*“(...) quando eu peguei, ela tava novinha, bonitinha, cheirosinha. Era um filé! Agora ela tá tendo esses derrames, deu esses contratemplos com ela, e eu não vou abandonar ela, então tem que ficar do lado dela. (...) Pra mim fazer pra ela, empurrando ela, jogando ela nos cantos das paredes, não faço, que ela é minha esposa, eu gosto dela, e quero fazer o resto da minha vida, espero que ninguém venha a atrapalhar!” (Cuidador 15).*

Ele também descreve suas ações enquanto cuidador, mas fala como se fosse obrigado a realizá-las como dar banho, trocar e até mesmo amá-la, e narra seu interesse em vê-la melhorar magicamente no ano que vem, melhora esta que depende de méritos de sua esposa, e da fé em Deus, não de seus cuidados:

*“arrumo ela, deixo ela bonitinha, levo no médico, vou no médico, trago do médico, faço de tudo. (...) então eu sei que ela precisa de mim, eu tenho que dar banho nela, tenho que trocar ela, tenho que amar ela, tenho que ajudar ela no possível. Ela tá bem melhor, graças a Deus tá melhor, tá se recuperando, e se Deus quiser espero ela futuramente poder trazer café pra ela, comidinha, e espero que ano que vem se ela recuperar, que com fé em Deus ela vai conseguir.” (Cuidador 15)*

O cuidador, nesse caso, é descrito como um co-adjuvante do processo de melhora, não um determinante. É interessante notar que as



cuidadoras entrevistadas frequentemente valoravam as melhoras de seus maridos de acordo com o arrependimento desses frente ao que fizeram no passado, e também de acordo com o empenho e esforço de seu trabalho enquanto cuidadoras. Na fala acima, a melhora também está ligada ao mérito individual, mas não no âmbito da “purificação” ou arrependimento da esposa, que não era agressora de seu marido, nem tinha problemas com alcoolismo. Parece ser uma questão de querer estar bem e ter fé para que isso aconteça. As tarefas relacionadas ao cuidado são para manter a vida e manter a esposa “bonitinha”, como diz o entrevistado.

O Cuidador 15 escolheu realizar a entrevista ao lado de sua esposa, que agia como testemunha ocular de seu bom trabalho como cuidador:

*“(...) que eu quero ficar com ela, e ela quer, ela gosta de mim e eu gosto dela, você pode ter certeza disso.*

*[mulher faz gestos afirmativos com a cabeça]*  
*(Cuidador 15)*

Apesar de se esforçar por legitimar o bom papel de cuidador de seu marido, essa mulher entrega sistematicamente bilhetinhos à equipe de saúde da família, através de sua Agente Comunitária de Saúde, com pedidos de ajuda, numa tentativa de denunciar essa situação de violência vivida ainda hoje. No entanto, a equipe não conseguiu realizar nenhuma ação articulada para atender esta demanda, mesmo a UBS contando com serviço de psicologia e assistência social. Os filhos, apesar de não gostarem

do padrasto, não aceitam cuidar da mãe, e nem contratar um cuidador profissional ou abrigar a mãe em alguma instituição ou casa de parentes/amigos.

O Cuidador 14 não desejou realizar a entrevista ao lado da esposa. Mas a Equipe de Saúde da Família, ao indicar o caso para a pesquisa, disse que a esposa do Cuidador 14, senhora com esclerose múltipla há mais de vinte anos, “abusa” de seu marido, exigindo mais cuidados do que efetivamente necessita. Apontam esse comportamento da esposa do entrevistado como algo que sobrecarrega a saúde do cuidador, fruto de “mimo” de seu esposo que reforça positivamente essas atitudes com dengos e carinhos. Os cuidados deste esposo para com a esposa não parecem ser vistos pela equipe como cuidado, mas como um excesso, ruim para o desempenho funcional da usuária. É interessante notar que nenhuma equipe fez este tipo de comentário em relação aos maridos acamados, denotando uma diferenciação importante de como o cuidado é visto como dever no caso das mulheres e como excesso no caso de cuidadores masculinos.

Quando questionados sobre quem cuida melhor, homem ou mulher, os entrevistados dizem não ver diferença alguma, mas ainda parecem tentar encontrar argumentos que os valorizem:

“Entrevistadora - O senhor acha que ser homem ou ser mulher influencia pra cuidar de alguém?”

Cuidador 14 - Não, de jeito nenhum. Mulher e homem é uma coisa só. Precisou, tamos aí.

Entrevistadora - O senhor acha que não tem nenhuma diferença?

Cuidador 14 - Não, de jeito nenhum. Tem homem que fala 'não pode cozinhar, não pode fazer isso', os melhor cozinheiro é homem. Então não tem desse negócio."

O entrevistado acima parece se valorizar afirmando que quando homens assumem tarefas femininas as fazem melhor que as próprias mulheres, como no exemplo que dá dos melhores cozinheiros. Assim, as justificativas não vão na direção da naturalização da tarefa, como no caso das mulheres, mas na valorização da capacidade natural masculina de ser versátil (o famoso "pau para toda obra") e aprender rápido.

"Entrevistadora - E você acha que ser homem ou ser mulher influencia pra cuidar? Quem que cuida melhor, homem ou mulher?

Cuidador 15 - Isso quando a gente gosta não influencia em nada, como eu amo ela e ela me ama, ela é minha esposa, não influencia em nada. Tanto é que eu também já tomei conta do pai dela, ele veio a falecer, eu dei banho nele, cortei barba dele, fiz tudo bonitinho (...), então acho que não influencia em nada desde que a pessoa goste do que está fazendo, gosta da pessoa que está ao lado, né? Tem que fazer tudo o que gosta (...)"

A vontade de ajudar, de estar com quem se gosta, e até mesmo um "currículo" de cuidados anteriores prestados que comprove as boas ações como cuidador podem justificar tal papel. A valorização do cuidado prestado

dessa forma se assemelha à forma como procuramos emprego: com referências anteriores de bons trabalhos prestados.

Vale a ressalva de que a experiência feminina que justifica o cuidado é a maternidade, e nesse caso, o entrevistado não se pautou na paternidade para valorizar seu papel – mesmo tendo criado os filhos de sua esposa. Aliás, nenhum dos dois entrevistados (que são pais) se pautou na paternidade como uma experiência ou uma característica natural que os legitimasse nesse papel.

## RESULTADOS - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

## Aspectos gerais

As marcas da ideologia de gênero também estão presentes nos relatos dos profissionais de saúde. E, por se tratar de ideologia, está presente em toda a hierarquia dos profissionais de saúde desde os Agentes Comunitários de Saúde até os médicos.

No entanto, alguns profissionais procuram refletir sobre sua prática, e produzem relatos diferenciados, onde as questões de gênero são ponderadas, questionadas e re-significadas, distanciando-se da ideologia dominante e aproximando-se de uma *contraconsciência*.

É importante nos debruçarmos um pouco sobre a questão das marcas ideológicas de gênero nos relatos, pois estas influenciam a forma como se presta o cuidado e como se pensam as ações em saúde.

A definição de cuidado de Boff (2000) de que “*cuida-se quando o outro se torna importante para mim*” é bastante interessante, e podemos utilizá-la para refletir sobre os atravessamentos ideológicos do cuidado, uma vez que “o outro” da relação é um outro construído socialmente.

Assim, se esse “outro” da relação profissional de saúde-usuário for uma mulher, tem uma dada importância para o serviço e para os

profissionais de saúde, e lhe é oferecido um tipo específico de cuidado e determinadas ações em saúde. Se este “outro” é um homem, isso é completamente diferente – não só porque homens e mulheres são biologicamente diferentes, mas porque são sujeitos sociais diferentes. O mesmo se dá com índios, negros, crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e até mesmo pessoas de diferentes classes sociais.

Entretanto, quando se pode olhar criticamente para este “outro”, rompendo com o viés da ideologia dominante, como fizeram alguns entrevistados, emergem as singularidades, e as ações em saúde podem então ser realmente integrais e cuidadoras.

Isto posto, o foco deste capítulo está nas construções ideológicas de gênero e violência nos relatos dos profissionais de saúde quando narram o cuidado prestado pelos cuidadores familiares.

Foram entrevistados 14 profissionais de saúde: 2 médicos (1 homem e uma mulher), 3 enfermeiros (2 homens e uma mulher), 1 auxiliar de enfermagem (mulher), 2 médicos residentes de medicina de família e comunidade (homens), 1 assistente social (mulher), 5 Agentes Comunitárias de Saúde (mulheres). As idades dos entrevistados variavam entre 20 e 55 anos. 8 entrevistados fizeram cursos de formação (cursos de curta duração, especialização, mestrado, residência, aprimoramento) específicos para o trabalho na Atenção Primária em Saúde.

A temática de gênero é bastante marcada nas falas ao responderem a pergunta: “Ser mulher/homem influencia o cuidar? Quais as principais diferenças para você?”, assim como em algumas definições de bons e maus cuidadores que apareceram na questão “Você acha que o cuidado prestado pelos cuidadores familiares é adequado?”.

Ainda que não houvesse uma questão específica para o tema da violência no questionário, esse tema foi abordado por alguns profissionais de diferentes categorias, inclusive a violência perpetrada por parceiro íntimo, violência de cuidadores contra cuidados e vice-versa, violência sexual, pedofilia, e violência institucional. Em geral, essas falas eram acompanhadas do sentimento de angústia, frustração, de pedidos de ajuda do que fazer em um caso que avaliam que a equipe não dá/deu conta.

Alguns profissionais entrevistados fizeram leituras críticas de sua prática na Atenção Primária, e refletiram de modo a apontar os preconceitos encontrados em seu trabalho cotidiano, através da compreensão de como contribuíram para sua legitimação, propondo meios de superação desses problemas tanto na esfera individual quanto em relação às políticas públicas, organização dos serviços de saúde e formação profissional. Todos esses profissionais possuíam algum curso de formação (extra graduação) relacionado à Atenção Primária em Saúde e/ou Estratégia de Saúde da Família e/ou Medicina de Família.



## Os profissionais e gênero: Cuidadores e cuidadoras

Entre os profissionais de saúde entrevistados, as opiniões sobre a qualidade do cuidado prestado por homens e mulheres se dividem, e há, inclusive, uma diferenciação entre o cuidado prestado pelos cuidadores, e o cuidado prestado pelos profissionais de saúde. Aqui vamos nos ater às falas que se referem aos cuidadores.

Assim como nos relatos dos cuidadores, alguns profissionais também naturalizavam o cuidar como tarefa feminina, e relacionado ao ser mãe:

*“Porque as mulheres, elas já cuidam dos filhos, e quando eles tão idosos, assim, incapazes, ela tem amor ainda por eles, mesmo que eles fizeram muita coisa no decorrer da vida com elas, elas ainda gostam, às vezes é pai dos filhos dela, viveu uma história, então acho que isso elas relevam. O homem eu acho que já não releva isso, o homem, pra ele, não, isso da vida não basta na hora.” (ACS4)*

*“(...) a mulher é mais delicada, com certeza. Ela entende mais, ela é carinhosa. O homem, além de não saber de muita coisa, o homem é mais bruto, por exemplo, na hora de um banho, homem não sabe dar um banho. A não ser, assim, que ele estudou pra'quilo, tem auxiliares de enfermagem masculino, mas o homem cru, ele não sabe cuidar, não sabe!! (ACS3)”*

No relato anterior, o “homem cru”, como descreve a ACS não sabe cuidar, o que aponta para o cuidado como natural das mulheres – que é justificado pela delicadeza natural da mulher – e aprendido tecnicamente pelos homens.

Traçando um paralelo entre os dois trechos de entrevista anteriores e as construções ideológicas de gênero narradas por Gilligan (1985, 2003), Besse (1999) e Priore (2010), vemos o quanto esta ideologia justifica as qualidades de cuidadoras aparentemente intrínsecas às mulheres apresentadas pelas ACS.

A entrevistada abaixo acredita que mulheres cuidam melhor porque existe um maior número de mulheres cuidadoras, o que atribui certa experiência intrínseca a este grupo:

“Ah, mulher! Se bem que eu tenho um paciente, que ele cuida da mulher, ele cuida muito bem, mas assim, ele não fica o dia inteiro com ela porque ele trabalha, mas o tempo que ele fica em casa, o que ele pode fazer por ela, ele faz. Mas você vê mais casos de mulher, então acho que as mulheres cuidam mais, assim, tem mais atenção, mais cuidado.” (ACS4)

Outra entrevistada relata que por não conhecer muitos homens cuidadores não tem como se posicionar sobre a questão de quem provê melhores cuidados, mas afirma que há um “histórico natural do cuidado”:

“Na prática a gente vê mais mulher, (...) até agora acho que eu só conheci um cuidador homem em toda a minha carreira e desde que eu me formei, a maioria é mulher, geralmente filhas, esposas, que acho que já vem com o histórico natural de cuidado, ela se sente obrigada, ou se sente na obrigação de prestar o cuidado pra um familiar, ou mesmo que não tenha conexão sanguínea (...), eu acho que é, mas eu não sei se é porque a gente nunca viu homem cuidador, a gente vê tão pouco que é difícil ter uma opinião a respeito (...)”. (Médica 2)

Todavia, havia os entrevistados que diziam que os homens eram melhores cuidadores, não porque eram naturalmente cuidadores, mas porque aqueles que cuidam estão dispostos a isso, o que os qualifica dentro de uma categoria (homens) onde o cuidado é pouco usual:

*“Mas diferença em qualidade, assim, acho que o homem que se dispõe a cuidar já tem uma qualidade já suficiente pro cuidar. Já vi muitos cuidadores do sexo masculino três mil vezes melhores do que a do sexo feminino”.* (Residente 2)

A entrevistada a seguir pondera qualidades de homens e mulheres para o cuidar, mas termina este trecho de entrevista dizendo que os homens que são cuidadores são raros, e por isso devem ser bons cuidadores, aproximando-se da entrevista anterior, dividindo a hipótese que por assumirem voluntariamente uma tarefa “de mulher”, ou uma tarefa que não está à priori definida como masculina, os homens cuidadores certamente prestam um cuidado de qualidade:

*“(...) não conheci até hoje um homem cuidador, então não sei se eles cuidam bem não. Eu acredito que as mulheres são mais dedicadas (...) não sei se é preconceito da minha parte, mas acho que se um homem for cuidador, eu não conheço nenhum, talvez ele seja um bom cuidador. É tão difícil achar um que um dia que esse um for cuidador, acho que ele vai ser um bom cuidador.” (ACS5)*

Os homens cuidadores, então, parecem exceção à divisão social do trabalho e as atribuições de homens e mulheres dentro da família quando cuidadores, mas é interessante notar que isso não faz deles menos aptos para o cuidado, para os profissionais de saúde entrevistados, mas lhes garantem outras potencialidades na realização das ações.

No trecho abaixo, a entrevistada faz uma apresentação dos prós e contras das contribuições de homens e mulheres para o cuidar, onde podemos observar forte influência da ideologia de gênero na construção das qualidades dos cuidadores genéricos prestados por homens e mulheres descritos pela entrevistada:

*“Ah, o homem ganha da mulher na questão de força. Porque ele não vai ter aquele queixume de dores nas costas, dores nos braços, porque eles têm mais força, e por incrível que pareça tem mais jeito no pegar o peso. Agora a mulher não, e a mulher ela se doa. A mulher não tem horário pra ela tá, ela tá deitada ela tá pensando, olha deixa eu ir lá levantar vê se está respirando ver se tá querendo alguma coisa, elas se doam, e nessa elas acabam se prejudicando.” (ACS1)*

Dentre as potencialidades e dificuldades de homens e mulheres para cuidar, notamos que aos homens é atribuída e permitida certa dificuldade para cuidar de mulheres, no que se refere à lidar com o corpo e a menstruação enquanto que essa não é uma dificuldade permitida ou atribuída às mulheres cuidadoras de homens.

Reiterando a violência como uma construção ideológica própria do masculino, os homens parecem ser passíveis da acusação de serem abusadores sexuais das mulheres de quem cuidam.

Neste relato fica clara a preocupação da ACS com possíveis abusos sexuais do pai e do irmão da moça com deficiência, e a institucionalização pareceu ser uma alternativa tanto para ajudar o pai – que trabalhava e tinha de cuidar de uma filha que já menstruava – quanto em relação à prevenir possíveis abusos sexuais:

*“(...) a mãe dela morreu, (...) e ela tem uma deficiência mental e física (...).Aí o pai dela ficou sozinho pra cuidar dela. (...) Às vezes a gente chegava na casa dela, falta de higiene, em geral, era muito grande, mesmo com ela, mas o pai dela tava ali, não abandonava ela. Só que (...) às três horas ele saía pra ir trabalhar. (...) Ela ficava com o irmão de 15 anos, (...) então, que que a nossa Equipe fazia? A gente vinha, fazia VD<sup>5</sup> nela. Chegou o tempo de menstruar, então o pai dela falou que ficava muito difícil pra ele, porque às vezes ela evacuava e tava menstruada (...), aí começou a fazer aquela injeção nela pra não menstruar mais. (...) tem uns dois meses mais ou menos, que conseguiu uma internação pra ela, definitiva, e o pai dela ficou maravilhado (...), porque a situação dele era*

---

<sup>5</sup> Visita Domiciliar

*muito difícil com ela, porque é pai, mas tem que dar o banho, tem que trocar, ela já mocinha, com tudo formadinho, então ficou muito difícil e quando ele ia trabalhar tinha uma grande preocupação com o menino que ficava com ela, (...) foi um sucesso!” (ACS2)*

A fala a seguir contextualiza as atribuições sociais de homens e mulheres, afirmando que o cuidar é uma questão de gênero, o que depende dessa cobrança em relação ao que se espera socialmente de homens e mulheres:

*“(...) Porque, assim... a mulher já tem a questão da mãe, socialmente, também, ela é a que gere, que administra a casa, que cuida do marido, do filho, desde a comida, da roupa e tudo. Então tem diferença, a cobrança é muito maior pra mulher fazer isso, pra filha mulher fazer isso, culturalmente, aqui no Brasil, nessa nossa sociedade sempre foi a mulher, tanto que ela deixa o trabalho pra levar o filho no médico, não é o marido que deixa. (...). Com a saída da mulher pro mercado de trabalho e com o excesso de funções, muitos maridos estão assumindo a casa, então tá mudando esse perfil, nos últimos 10 anos, 15, sei lá, porque antigamente era muito pontual um homem que ajudava na casa, trocava um filho e hoje não. (...) então por isso que acho que é mais uma coisa mais de gênero a coisa o cuidado, acho que sempre foi.” (Enfermeira 3)*

Também numa tentativa de fazer uma reflexão ampliada, mais sócio-política em relação ao cuidar, os cuidadores e as questões de gênero envolvidas, o entrevistado a seguir parte de uma análise do *senso-comum* para abordar a complexidade do tema:

*“Do senso-comum eu acho que é (...) a mulher, só que eu acredito que homens são tão capazes de cuidar quanto mulheres, só que eu acho que socialmente se espera isso tão fortemente e (...) se espera isso delas de tão pouco tempo, de tão pequenas, que eu acho que sequer se cria essa expectativa a respeito de homens, então (...) eu não acho que isso é uma determinação, eu acho que um homem também é capaz de cuidar com bastante sucesso e inclusive reconhecendo as suas peculiaridades do masculino.”  
(Médico 1)*

A análise desse médico entrevistado é interessante, pois tenta desconstruir uma máxima do *senso-comum*. Para Mészáros (2010), o *senso-comum* além de contemplar mistificações ideológicas, ou seja, releituras e adequações da ideologia dominante para o cotidiano, também está estruturalmente afinado com a base de determinações materiais das diferentes ideologias.

Há quem produza e quem mantenha o *senso comum*, ou melhor, esse alinhamento do *senso comum* às estruturas e determinações materiais das ideologias, contribui para que determinados pontos da conceituação intelectual ideológica sejam relidos e sedimentados, com o tempo, de forma manifesta, independentemente se foram produzidos por um ou muitos indivíduos, e esse processo forma e sustenta o *senso comum* (Mészáros, 2010).

Há também uma tendência do *senso comum* em optar pelo que é tradicional e conhecido, pelo normal e estável mesmo em situações de crises e catástrofes, onde as situações vividas num passado “bem-sucedido” e aparentemente sem conflitos embasam as escolhas por não-mudanças (Mészáros, 2010).

Assim, o questionamento do senso-comum coloca em questão também a ideologia dominante, o funcionamento social naturalizado, podendo, inclusive colaborar para a desconstrução da ideologia.

Nota-se que o entrevistado se esforça para não responder à questão utilizando o discurso pronto do *senso-comum*, e para criar um novo discurso, precisa fazer uma análise social, negando o cuidar como uma determinação natural para o feminino ou como uma negação do masculino.

Nessa mesma linha, outro entrevistado dá uma resposta abrangente, e relata que como à mulher se destinam as atividades de cuidar na família, elas acabam desenvolvendo um “olhar clínico”, o que, na fala, não significa a naturalização da mulher enquanto cuidadora, mas algo que se aprende na prática cotidiana e repetitiva:

“Acho que tem uma coisa de cuidar mais. Acho que uma coisa de atenção maior em algumas coisas. Principalmente mulheres que cuidaram de filhos, por exemplo, tem uma visão de cuidado diferente. (...) porque quer queira quer não, a mãe tem um papel especial no cuidado do filho, pelo menos, a gente brinca, a mãe traz o filho na consulta com o pediatra, se o pai aparecer é porque aí é que o negócio é grave (...) a mãe tem uma noção de cuidado, de alimentação,



de ter uma percepção de sintomas, de a pessoa não estar bem, essa coisa mais de um olhar clínico (...). Mas eu acho que se for de vontade, ou com boa disposição de cuidar, acho que isso não diferencia tanto assim. Se os homens todos se envolvem com o cuidado não tem diferença nesse quesito. (...) Olhar clínico não é algo que se estuda, é algo que se pratica (...). Então, tem alguma coisa que você aprende na observação exaustiva.” (Residente 1)

### **A escolha e a necessidade de bons cuidadores**

A escolha dos cuidadores, para os entrevistados, ainda está bastante permeada pela ideologia de gênero. Poucos são os entrevistados que colocam em questão essa escolha, e refletem de forma crítica sobre os casos onde a equipe foi mal sucedida no trabalho com os cuidadores.

A próxima entrevistada fala das limitações da sua equipe no trabalho com cuidadores e a dificuldade em saber a hora de acionar equipamentos como conselho do idoso. Sente-se responsável enquanto profissional da saúde pela não resolutividade do problema de ajudar os cuidadores a cuidarem melhor, e assume que este ainda é um problema enfrentado em sua equipe. Parece pensar no modelo de um único cuidador para o doente, sem oferecer soluções que envolvam outros familiares/amigos. O falecimento da idosa da história contada pela entrevistada também parece ser um marcador de maus cuidados:

*“(...) esse caso que não deu certo a nossa assistência, (...) era uma senhora idosa com diabetes, que a gente não conseguiu que essa filha cuidasse adequadamente, desse uma assistência boa pra senhora (...) tanto que ela faleceu, tipo assim, num domingo, a filha só foi achar na manhã na segunda feira, quase na hora do almoço. (...) a gente falava várias vezes pra melhorar as condições da casa, da medicação da paciente, da dieta e ela sempre alegava que ela não dava conta, que ela tinha as filhas pra cuidar, antes era o trabalho, então foi um caso que a gente não conseguiu fazer com que a filha cuidasse da mãe e que, assim, que tem o nosso limite, a gente tentou com o que a gente tinha de recurso, mas poderia, a gente fica pensando, será que a gente deveria ter acionado o Conselho do Idoso, será que o que faltou foi isso? A gente ficou com isso na cabeça sim, apesar de a assistente social ter ido lá, a gente escutar o discurso do resto da família, ter briga familiar envolvida dos parentes dessa senhora, bens, porque ela recebia um salário que essa filha usava, então já entra questão salarial, mas a gente ficou meio entre os familiares e não conseguiu fazer, apesar das investidas, tudo, o cuidado correto com essa senhora. Então foi uma situação bem complicada que evoluiu dessa maneira ruim. (...) resultados muito cruéis, né, que ainda tá acontecendo (...).” (Enfermeira 3).*

Nota-se que os outros atributos sociais de trabalhadora e mãe da mulher cuidadora da história acima são considerados de menor valor em detrimento do cuidado prestado, que tem para a entrevistada maior valor social neste caso.

Tanto a ideologia de gênero, que define quem são as cuidadoras quando há um caso de adoecimento na família, quanto a ideia de que orientação é a principal estratégia de ação das equipes para com os

cuidadores, delimitam as possibilidades de ação da equipe, limitam as respostas para os casos difíceis, e geram muita frustração aos profissionais de saúde, pois não conseguem atingir a meta ideal de que precisam orientar corretamente os cuidadores para que os cuidados bem prestados sejam dessa e daquela maneira, feitos por mulheres, filhas ou esposas – preferencialmente –, feito com amor, carinho e paciência, para manter a vida e o bom estado clínico do usuário.

### **O cuidador, o “treinamento” técnico e a aderência às orientações**

O bom cuidador frequentemente era apresentado pelos entrevistados como o bem orientado, que adere às orientações, e que foi treinado tecnicamente para desempenhar essa função. À equipe cabem as orientações e treinos necessários aos cuidadores, bem como a vigilância das ações do cuidador para se certificar de que o cuidado está sendo bem prestado.

No relato abaixo, a entrevistada fala de sua insatisfação com os cuidados prestados pelos cuidadores apesar de realizar sua função de orientar as famílias:

*“Às vezes a gente olha e vê que existe uma (...) falta de experiência, às vezes cuida da maneira deles... mas, (...) quando a gente vê que os cuidados não são adequados, a gente procura orientar pra que seja feito da melhor maneira possível. (...) Olha, de 100%, eu digo que 30% [do cuidado prestado pelos cuidadores] pode ser até que seja adequado, devido as condições de vida, a qualidade de oferecimento da própria moradia, mas o resto eu acho que é bem difícil. (...) a dificuldade é que, às vezes a gente orienta e as pessoas não dá muito ouvido, acha que tem que ser aquilo que é deles e a gente, infelizmente, não pode fazer nada. (ACS2)”*

Quando questionada se ela já havia vivido uma situação onde a equipe falhou no trabalho com os cuidadores e suas famílias, a entrevistada não faz críticas à metodologia de trabalho com cuidadores e pessoas com deficiência/incapacidade/idosos escolhida pela equipe, e parece atribuir toda a responsabilidade dos insucessos às famílias que não seguem as orientações:

*“Agora outra situação que falha, que falhou, assim, eu não tenho nenhuma lembrança de nenhum que possa ter tido falhas, assim. Às vezes não tem uma conduta maior por falta da família mesmo que não ajuda (...).”  
(ACS2)*

A falta de informações, para o entrevistado à seguir, tem lugar de destaque na produção do cuidado:

*“(...) por mais que ele [cuidador] seja portador de imensa boa vontade e disposição, falta muito de informação e formação em saúde, não que ele precise ser formado em alguma coisa de saúde, mas informação é essencial pra ele ter alguma coisa, até pra surgir queixas, demandas e tudo mais, acho que ele é pouco informado também.” (Residente 2)*

Ao analisarmos as respostas sobre os bons cuidadores, eles estavam diretamente relacionados à aderência às orientações dadas pela equipe. No trecho à seguir, o entrevistado fala de como fica satisfeito com cuidadores que aderem às orientações e ao tratamento e se esforçam para que o doente melhore. Os esforços do cuidador e a melhora da qualidade de vida do usuário também parecem indicar que o serviço e dedicação da equipe foram recompensados:

*“O paciente tá com 70 anos (...), tava com um tempo avançado de câncer de próstata. (...) veio pra casa confuso, alimentação tudo batido no liquidificador e dado na mamadeira. E não se movimentava na cama (...). Hoje a gente com o pouquinho que conseguiu fazer das visitas, é um paciente que tá mais lúcido, orientado no espaço, já tá comendo sozinho. No leito ele consegue fazer a mudança de decúbito sozinho, não precisa de ninguém pra ajudar. Tem uma escara, a escara já tá cicatrizando, mas a gente tem ajuda da família que tem uma filha que ajuda, que tá na casa 24 horas direto, e tem um filho que é auxiliar de enfermagem, que trabalha na Santa Casa. (...) pelo menos os dias que eu tenho visto ele, tem apresentado melhoras (...). E a gente tem que aproveitar esse paciente que quer, ele tem vontade, ele e a família ajuda. (...) eu vejo assim, lógico ele tem o prognóstico de uma metástase, (...) mas o que a gente puder fazer para pelo menos ele ter essa qualidade de vida*

*enquanto for possível, a gente vai estar junto aí.”  
(Enfermeiro 1)*

Essa outra entrevistada divide a mesma concepção:

*“(...) a cuidadora, a irmã dela que cuidava era muito boa, assim, a gente via, a gente ia lá dava pomada, cremezinho pra passar na perna e via se tinha algum ferimento e a gente via que a cuidadora (...) tinha muito cuidado porque a senhora não tinha uma assadura, não tinha uma ferida na perna, era sempre limpinha, então isso ajudou, quando a cuidadora ajuda, cuida bem, ela tá ajudando a Equipe e os médicos, porque o paciente tando bem cuidado dentro de casa, ele vai estar bem cuidado em outros lugares, entendeu? Então acho que esse caso foi um sucesso. (ACS4)*

Outra ACS diz que o bom cuidador é o que é bem orientado. Logo, ela entende os sucessos do bom cuidado como de responsabilidade da equipe:

*“Olha, tem um caso que não é meu, é do D. [outro ACS] (...). A casa, você chega lá, a casa tá toda limpa, isso é o cuidador que faz, ela tá tomada banho, ela come de três em três horas, se você olhar pra ela, você não fala que ela tá doente, ela tá de cabelo penteado, unha feita, tudo é orientação do serviço de saúde, é assim que faz, dá mais atenção, conversa com a pessoa, não é porque a pessoa tá acamada que ela tem que ficar lá miserável. Então acho que essa foi bem sucedida, foi bem sucedida porque a pessoa tá bem cuidada, se ela tá bem cuidada é porque o cuidador foi bem orientado. (ACS3)*

Aqui também o bom estado estético, ou como ela diz, o “nem parecer doente”, além da higiene e do cumprimento das orientações da equipe, aparece como um marcador de bons cuidados.

A entrevistada conta um caso onde julgava que o que a cuidadora necessitava era de férias dessa tarefa, refletindo sobre sua prática e, diferentemente dos relatos anteriores, não usando o discurso da técnica ou do treinamento do cuidador para definir o bom cuidado ou o cuidado correto prestado pelos cuidadores:

*“(...) tem uma outra pessoa (...) que ela tá um pouco cansada, (...) ela é esposa (...). (...) porque ele teve assim uma amputação nos dois pés, aí ele sofreu um AVC (...). (...) houve uma atividade da qual ela deveria levar ele pra um passeio, e ela falou pra mim: ‘R. eu não vou nem avisar’, aí eu falei: ‘é isso mesmo’, porque ela tinha uma festa, (...) e ela não queria levar na atividade que a TO ia fazer. Aí eu passei em reunião e comentei com a TO., falei: ‘M. não comenta nada com o seu J. porque ele, a dona E. não quer levar, ela tem uma festa que ela quer ir, acho que ela tem esse direito’, aí a M. falou: ‘não, eu acho justíssimo!’. E aí a gente passou um pano branco, ninguém comentou com ele do passeio e ela foi pro aniversário dela. Aí eu percebi, a dona E. tá precisando de umas férias, e ela não tem como tirar. (...) Isso que é o pior, ela tem que ficar ali.” (ACS5)*

No discurso da ACS, flexibilizar as atividades para os acamados – ou permitir que estes e seus cuidadores não participem de todas as atividades – também é uma medida que preserva ou cuida dos cuidadores, pois lhes proporciona momentos onde podem escolher onde ir e o que fazer sem que

sejam punidos ou culpados pelo serviço de saúde por não colaborarem com o tratamento ou por não serem assíduos nas atividades.

Partindo do ponto que as orientações são ações importantes da equipe para formar o cuidador, o entrevistado problematiza a forma como as orientações são dadas aos cuidadores:

*“(...) acho que nós na verdade, que eu me enquadro neste meio, nós temos que ser um pouco menos técnicos com os cuidadores (...). Mas assim, eu acho que a gente tem que (...) atrelar o lado humano com a técnica, porque às vezes eu acho que a gente é muito técnico, que foi o que eu falei no começo, às vezes a gente é muito técnico com o cuidador que ele acaba não assimilando nada, entende? Ele acaba tendo medo de fazer porque acha que isso que a gente falou, (...) é muito difícil, e não é (...), pra você ter que fazer o cuidador acreditar e conhecer, como cuidar daquele problema, ele não precisa conhecer a enfermagem geral, ele não precisa conhecer o cuidado de todos os problemas, mas a gente tem que começar a ser (...) menos tão técnico diante dos cuidadores e começar um lado mais amigo humano e fazer com que eles aprendam da forma mais fácil.” (Enfermeiro 2)*

Em outro relato, a entrevistada pondera sobre o cuidado ofertado pelos cuidadores, e faz uma análise abrangente de porque os cuidadores podem cuidar mal, não utilizando a técnica como baliza para avaliação dos cuidadores:



*“Depende muito da família, depende do fator social, do fator econômico, tudo isso interfere no cuidar do paciente. A relação, o convívio deles, como é o relacionamento deles, tanto do cuidador quanto do ser cuidado, do paciente, tudo isso interfere no cuidado. A moradia, falta de tempo, fator sócio econômico.” (Auxiliar de Enfermagem1).*

Problematizando que o cuidado não se ensina com cursos, mas ressaltando que o apoio e as orientações aos cuidadores são importantes, a entrevistada abaixo avalia que apesar do cuidado prestado pelos familiares muitas vezes não ser o mais adequado, é o que as famílias entendem por adequado para alguém de quem conhecem a história e as preferências:

*“Eu acho que eles prestam um cuidado adequado na medida da possibilidade deles, porque ninguém aprende a cuidar porque fez um curso ou foi estudar, ou alguém ensinou e explicou, geralmente sempre recebem o parente ou o conhecido de paraquedas, não tem, precisa, e agora? E eles começam a fazer do jeitinho deles, quando precisam de ajuda a gente vai tentando instruir, (...), ‘ah, assim é melhor’, geralmente eles aceitam bem esse tipo de orientação. Mas acho que eles cuidam sempre na medida do possível no melhor que eles podem fazer, às vezes não é o mais adequado, mas é o que eles acham que é o adequado no momento.” (Médica 2)*

Um residente questiona o bom cuidado enquanto sinônimo de técnica bem realizada, e contextualiza os procedimentos em saúde no cotidiano das famílias, questionando o sentido da técnica para a vida das pessoas:

*“Adequado pra quem [cuidados oferecidos pelos cuidadores]? Não sei. Talvez não seja adequado pra técnica, (...) se não enrolou a faixa direito do curativo, porque levanta ela pelo sovaco, não pelo quadril, ou qualquer coisa assim, às vezes, o rigor técnico... talvez não seja um cuidado mais adequado. Vai saber, às vezes é o mais adequado por que às vezes ela enrola desse jeito, faz desse jeito porque ela não tem como fazer de outro jeito (...), como o cara que tá sendo cuidado gosta, prefere. Ou às vezes não, às vezes ela faz do jeito que ela acha melhor, com uma intenção bem sincera e não dá certo. (Residente 1)”*

O profissional a seguir reflete sobre a importância e as limitações das políticas e serviços de saúde que podem facilitar o cuidar, e critica a ideia dos cuidadores como únicos responsáveis pela qualidade do cuidado prestado:

*“(...) eu acho que o cuidado de maneira geral, e, talvez a maioria das vezes, seja inadequado diante do que você poderia teoricamente oferecer, mas aí já não é um problema só do indivíduo, isso aí tá na rede de serviços disponíveis, na assistência farmacêutica disponível, nas políticas de transporte, benefício que tenha, na existência de outros cuidadores dispostos, então assim, no que, eu acho que compete individualmente àquela pessoa que se entende como cuidador na maioria das vezes é adequado dentro das limitações dele, eu acho que são piores as limitações do serviço de saúde, das políticas públicas de saúde e acesso, e da participação de outros familiares.” (Médico 1)*

## **(In)Visibilidade da Violência**

Ao longo dessa pesquisa pudemos perceber o quanto a violência ainda é de difícil visibilidade para os profissionais dos serviços em questão, haja vista que 7 dos 10 casos de pessoas que viviam situações de violência não foram identificados pelas equipes.

Entretanto, quando a violência é identificada, aparece nos relatos dos entrevistados, em uma grande maioria das vezes, de forma banalizada, reproduzindo a ideologia de gênero.

Dentre os entrevistados que abordaram o tema da violência, alguns naturalizam-na como masculina, e às mulheres é atribuída a obrigação natural de suportá-la, principalmente se esta for perpetrada por um homem com deficiência/incapacidades/idoso cuidado por sua esposa. Aproximando-se dos resultados encontrados a partir da análise das entrevistas das cuidadoras.

A entrevistada a seguir conta de uma mulher que sofria violência perpetrada pelo marido acamado. Em sua fala é evidente o quanto, para ela, essa mulher tem o dever de cuidar do marido pelo simples fato de ter sido casada com ele, reproduzindo um discurso ideológico de gênero, o que lhe dá instrumentos para julgar a referida mulher como má cuidadora e

naturalizar a violência por ela sofrida, uma vez que esta recusava-se a cuidar do esposo, e também o machuca:

*“ACS3 – Teve caso de uma senhora machucar o próprio marido, porque ele fazia xixi na cama, não deixava ela dormir, gritava, batia, então eu fiquei até surpresa quando eu fiquei sabendo. Então na nossa frente é uma coisa, por trás a gente não sabe como que é.*

*Entrevistadora – E nesse caso vocês achavam que ela cuidava bem?*

*ACS3 – Achav..Toda a vida! Eu trabalho aqui há seis anos e tinha certeza que ela cuidava bem, depois começou a surgir em conversa, a própria filha falou, os vizinhos falou. Então, ele foi a óbito mês passado. Então aí é muito estranho você tem a certeza daquilo e, de repente, foi uma grande mentira, é chato. Não sei se é por causa da idade dela... mas é a mulher, viveu a vida toda com ele, então acho que por ser mulher, a esposa, tinha que cuidar melhor, as outras pessoas não tem obrigação, acho que a mulher, viveu a vida toda, tem que cuidar sim e com carinho, porque poderia ser ela, podia ser ela que tivesse naquela situação.”*

O fato do homem da história narrada pela ACS ter morrido, também parece ser um agravante, para a entrevistada, e uma prova efetiva do quanto a cuidadora foi ruim. A ACS julga a esposa por machucar um homem com deficiência, mas não se sensibiliza com o dado de que este homem gritava e batia em sua esposa cuidadora, fato banalizado em seu depoimento.

Outra entrevistada fala de um caso que diz ter enfrentado dificuldades em seu trabalho, em que relata uma situação de violência perpetrada pelo marido contra a esposa cuidadora. No entanto, atribui a violência do usuário à falta de “calmantes”, oferecendo uma solução medicamentosa para a violência, excluindo qualquer determinante social e mesmo a história pregressa do usuário, ou melhor, se ele era ou não violento antes da doença:

*“Eu tive uma dificuldade só com uma paciente que ela cuida do marido e o marido toma calmante e nesse decorrer do tempo, que a gente ficou sem médico, (...) a receita venceu e não teve como pegar mais, então ele começou a bater nela, morder ela e ela começou a ficar sem paciência com ele então isso acabou prejudicando a saúde dela, a pressão dela subiu, aí isso acabou prejudicando ela, a gente teve que correr, arrumar alguma solução pra conseguir acalmar, primeiro ele, pra depois acalmar ela (...)” (ACS4)*

Essa associação entre doença e violência, com soluções medicamentosas para a questão também esteve presente nas entrevistas com as cuidadoras, que atribuem esses mesmos sentidos à violência. Isso pode estar relacionado ao poder do discurso de profissionais de saúde, ou no caso, o discurso competente dos profissionais de saúde, para usar o conceito de Chauí (1981), o que contribui para reiterar a ideologia de gênero frente aos usuários.

A naturalização da violência não apareceu apenas nos relatos dos ACS, mas também em falas de profissionais de nível superior. A entrevistada narra um caso de uma mulher com deficiência que cuidava de seu marido que a violentara no passado. Neste trecho de entrevista, podemos observar o poder do discurso competente da equipe legitimando a violência de gênero, mantendo a esposa na posição de cuidadora de seu esposo e buscando a qualidade dos procedimentos realizados pela cuidadora:

*“E casos muito gratificantes, que em relação a uma senhora que também começou com uma lesão no pé, não se cuidava, diabética e que hoje ela cuida do marido que é cadeirante. E ela que, na verdade, mantém uma estrutura familiar que é precária, difícil, com droga, vários problemas na família, filho preso, filho morto, sabe, filho no tráfico, situações difíceis de vida e que ela cuida do marido que a espancou, que foi ruim e que hoje tá em cadeira de rodas e ela, amputada, usa prótese e cuida desse marido, com pouca ajuda familiar até. Então ela foi um caso que hoje eu falo assim ‘nossa, a senhora tá gordinha’, aí acaba dando risada porque ela tinha um sofrimento muito grande, uma dor muito grande, então a ocupação, uma coisa de deficiência foi bom pra ela, hoje ela reviveu, apesar de todo esse sofrimento, das dificuldades todas que ela tem. Acho que ela é uma pessoa que a gente conseguiu fortalecer, dar elementos pra ela, assim, não só técnicos, mas de pessoa, se fortalecer, tanto que hoje ela cuida dele (...), mas ela consegue lidar com ela, então acho que ela tá bem.” (Enfermeira 3)*

Além disso, a entrevistada traz a tarefa de cuidar como algo terapêutico e reabilitador para pessoas com deficiência, e compreende que o fato da cuidadora engordar em meio a um contexto familiar difícil e aceitar cuidar do marido que a espancava significa que esta mulher está sendo cuidada e que a equipe foi bem-sucedida na resolução do caso.

A visibilidade da violência, a desconstrução da ideologia de gênero e um olhar crítico que contextualize bons e maus cuidador na dinâmica familiar pode representar uma possibilidade de produção de cuidados, por parte das equipes, de forma mais ética, sem julgamentos morais e culpabilização das mulheres cuidadoras pelos insucessos da equipe em manejar determinados casos.

O médico entrevistado fala sobre isso, e como teve dificuldades em cuidar de uma mulher que sofreu violência perpetrada por parceiro íntimo e que foi cuidadora desse parceiro. É possível observar que, neste relato, os bons e maus cuidadores são construções das equipes no trabalho cotidiano:

“(...) um paciente que teve inúmeros AVCs na vida, (...) e a esposa dele, (...) ela exemplifica aquilo que eu tinha te dito de uma esposa que deu banho, acionou a ciência médica quando precisava, dizia que dava os remédios na hora, e cabô, isso era o cuidado que ela oferecia (...). E que eu acho que durante muito tempo a equipe não teve muito a sensibilidade de trabalhar a história de vida dela, e ele tinha sido um cara muito difícil pra ela, fez ela sofrer muito, (...) deu a uma filha o nome de uma amante, era uma história tenebrosa, e a gente achava que ela tinha que cuidar dele de qualquer jeito, então acho que a gente tenha falhado

um pouco nessa sensibilidade, e como ela tava muito tensa com o cuidado ela nos procurava sempre (...), ela durante muito tempo foi a rebelde, a difícil, a que não faz as coisas e só reclama (...).” (Médico 1)

Para a entrevistada, conhecer a história de vida dos usuários pode ajudar a compreender as relações entre cuidador-pessoa sob seus cuidados. Ademais, esta auxiliar de enfermagem parece considerar a presença de violência como potencial causa de dificuldades no cuidado:

*“Acho que mais a falta de carinho, de afeto um com o outro. Às vezes brigas anteriores que levam, então acho que mais a falta de afeto do cuidador com o cuidado, do cuidador com o paciente. (...) Acho que vem muito da convivência, do que o paciente deixou. Isso, querendo ou não, acaba afetando muito no cuidado do paciente. Geralmente, as pessoas que precisam mais de cuidado são mais idosas, então o que ele trouxe para a vida dos familiares durante a sua vida, no percurso da sua vida, como foi o convívio, como pai, como marido, ou como esposa, como mãe. Acho que isso é muito retribuído no fator, quando está recebendo os cuidados, isso pesa muito nas famílias, se ele foi um péssimo pai, um péssimo marido, se ele era ignorante dentro de casa, isso acaba pesando, por mais que a gente saiba que o cuidado é o cuidado, mas isso acaba pesando muito”. (Auxiliar de enfermagem 1)*

Para que se chegue nesse tipo de consideração, os papéis naturais de homens e mulheres nas famílias, bem como a naturalização da violência perpetrada pelo homem necessitam ser questionadas e desconstruídas.



Outro entrevistado dialoga com a entrevistada anterior, dizendo de suas dificuldades enfrentadas com o trabalho com os cuidadores, tentando entendê-los de forma integral, também considera conhecer as histórias de vida para se compreender a qualidade do cuidado familiar ofertado, e questiona a naturalização, por parte dos profissionais de saúde, de determinadas figuras familiares como cuidadoras:

*“(...) os serviços de saúde (...) tem uma premissa de que como você tem uma pessoa saudável do lado de uma pessoa doente, ela tem um laço de sangue ou conjugal, é de se esperar que ela vai querer se dedicar, é mais ou menos o que a gente pensa de amor de mãe e a gente fica escandalizado quando uma mãe larga o filho, ‘aquilo é uma monstra, como é que pode?!’, e na verdade você não sabe o que está se passando na cabeça dela e (...) você às vezes pressiona o cuidador, você mesmo naturaliza aquele cuidador ali sem saber qual a relação que tinha antes ou quais os entendimentos dele sobre a doença, da pessoa, ou quais são suas próprias possibilidades (...), e isso é muito comum quando você tá trabalhando com um cuidador difícil, explora mais um pouco a história de vida e vê que tem um sofrimento pregresso, abuso, uma violência, a pessoa agora tá no papel de cuidar da pessoa que a fez sofrer. O serviço de saúde tem que estar de olho aberto pra isso.” (Médico 1)*

O entrevistado abaixo aponta a necessidade da visibilidade da violência e da história da família para compreender os cuidados prestados pelos cuidadores familiares. Ressalta as dificuldades no trabalho com o fortalecimento/criação de redes sociais de suporte, e em cuidar dos cuidadores sem políticas públicas que o facilitem – tanto no que se refere ao

cuidado dos cuidadores familiares quanto no cuidado aos profissionais de saúde:

“(...) cada vez mais eu tenho visto a questão de uma pessoa que sempre teve uma relação conflituosa com a família, seja por causa de personalidade, (...) seja por, uso de álcool, drogas, violência física, enfim, o cara que foi um opressor na família, quando o cara tá em uma situação de impotência, de dependência muito grande, de vulnerabilidade muito grande, às vezes essa coisa do cuidador familiar vira (...) um ‘forçadismo’, traz junto o rancor, traz a raiva (...). Quando você põe no contexto familiar, que na atenção primária a gente tem acesso, você vê o paciente como vítima, quando na verdade o paciente foi um puta agressor antes, ou continua sendo não na sua frente, chega lá ele chora, e aí sai, o cara taca coisa na cabeça da cuidadora (...). É muito difícil quando (...) é um cuidador rancoroso, (...) é um cuidador sádico, é um cuidador, sei lá, culpável. (...) você fica, ‘putz precisa de um outro cuidado, de um cuidado melhor’, aí você fala, ‘preciso de rede’, aí a rede que você tem é mínima. E aí, enfim, aquela coisa de trabalho de formiguinha mesmo, você tem que bater lá, ah ele vai na igreja, ah ele joga dominó no bar, ah tem aquele primo distante que veio passar as férias, e vai caçando, mas isso é muito difícil, bastante! Muitas vezes não dá certo. Que também o nosso sistema não tem um processo de cuidar dos cuidadores. Nem dos familiares e nem da gente! [risada] Então, é muito comum estar desgastado, é muito comum o stress, (...) e o cuidador precisar do cuidado e aí você fala assim, (...) se o cuidado já não tem rede social, o cuidador às vezes menos ainda.” (Residente 1)

O “forçadismo” do cuidador familiar descrito pelo entrevistado tem a ver com o uso da ideologia de gênero e do poder das famílias e das equipes de saúde para manter alguém que foi oprimido ou violentado por outrem

como cuidador deste último em nome de uma situação familiar precária do ponto de vista econômico, de redes sociais, reforçado pela vitimização de pessoa com deficiência/incapacidade/idosos e pela falta de políticas públicas específicas.

Como lembra o entrevistado, para que a violência seja visível, há que se validar as pessoas que necessitam de cuidados como possíveis de perpetrar violência – no passado e no presente.

Além disso, para que as pessoas com deficiência/incapacidades/idosos possam participar do mundo de forma mais protagonista, é necessário que suas potencialidades possam emergir na relação com cuidadores e equipe. É notável que na maioria das entrevistas as pessoas com deficiência tenham sido citadas como coadjuvantes – junto aos cuidadores, protagonistas -, inclusive no que diz respeito a perpetrar violência.

## Considerações Finais

Os resultados desta pesquisa, em grande parte, reforçam os resultados de outras investigações sobre cuidadores à medida que os entrevistados narram suas difíceis condições de saúde, a sobrecarga de trabalho e pouco apoio da família/amigos/serviço de saúde para a tarefa de cuidar. E também reiteram as pesquisas com profissionais de saúde à medida que estes também relatam os desafios de trabalhar na Atenção Primária à Saúde no Brasil nos dias atuais, a sobrecarga de trabalho, o excesso de demanda, a dificuldade de trabalhar em um sistema de saúde organizado em níveis assistenciais que nem sempre dialogam entre si, a necessidade de criação de mais políticas públicas que apoiem o trabalho em saúde e com populações vulneráveis.

No que se refere aos dados dos profissionais de saúde, as novidades encontram-se no estudo da ideologia de gênero nos relatos sobre os cuidadores, o que desconstrói a lógica corrente – e não menos ideológica – de que os profissionais precisam apenas de formação técnica (especialmente treino de procedimentos) especializada para trabalhar com qualidade.

Se é importante que os profissionais de saúde possam romper com as formas tecnicistas para produzir ações mais integras e conseqüentemente mais cuidadoras, como lembram Melman (2008) e Ayres (2001), a formação focada no emprego correto da técnica não pode resolver esta questão, nem pode contribuir com a construção de um olhar não-objetificador ou menos

reducionista frente as mais diversas e complexas questões trazidas pelos usuários dos serviços cotidianamente.

O estudo mostrou-se importante para a discussão da ideologia de gênero e da conseqüente naturalização do papel da mulher como cuidadora, assim como para compreender qual o lugar do cuidado e da violência para os entrevistados e suas repercussões para o trabalho.

Daí a dificuldade em produzir ações cuidadoras nas Equipes de Saúde da Família e em parceria com as famílias, pois como o cuidado não significa as mesmas coisas para todos os sujeitos envolvidos, o cuidado prestado pelo outro é considerado como equivocado ou incompleto, em uma maioria das vezes, ou nem é validado na relação, já que não corresponde ao ideal de cuidado – ou aos resultados das ações de cuidado esperadas – por cada um dos envolvidos.

É frequente, em relação aos relatos dos profissionais de saúde, que o “bom cuidador” seja definido como um “obediente repetidor” das orientações da equipe, ou “aquele que adere às orientações recebidas”, o que coloca os cuidadores, e especificamente as mulheres – uma vez que essas representam a maior parcela dos cuidadores – frente a uma definição opressiva de “bons cuidadores” pela qual serão cobradas pelas equipes.

Entre “obedecer” e “cuidar” há um grande hiato que se relaciona com as formas de compreender o poder dos profissionais de saúde na relação com os usuários (e seus usos), com a produção de um discurso competente

sobre o cuidado em saúde, e é permeado pelas concepções ideológicas de gênero, já que este discurso sobre o cuidado é proferido, na maioria das vezes, para mulheres cuidadoras.

Nos resultados dos profissionais também nota-se diferentes concepções em relação a gênero, o que indica que as desigualdades de gênero não estão superadas, e ainda permeiam acriticamente os discursos de muitos profissionais de saúde, principalmente, em nosso estudo, dos de nível médio.

Assim, faz-se necessário um investimento em formação profissional que possa discutir criticamente as relações de gênero, produzindo novos discursos profissionais, permitindo ações em saúde mais éticas, e que não reproduzam inequidades sociais.

É possível perceber que alguns entrevistados que tiveram uma formação que contemplava criticamente as questões de gênero abordam a temática de outra forma, refletem sobre sua prática, e pensam suas ações de forma a compreender a produção sócio-política das desigualdades de gênero e suas implicações na vida cotidiana.

Neste trabalho também falamos de uma população invisível à literatura e aos serviços de saúde: cuidadores que cuidam num contexto de violência, atual ou passada. Quando os dados coletados são contextualizados na história de vida de cada entrevistado, e na medida em que a violência perpetrada por parceiro íntimo é desvelada, as referidas

sobrecargas de trabalho, qualidade do cuidado prestado e qualidade de vida dos entrevistados ganha outro tom e outras interpretações, fugindo do senso comum, e aludindo a questões mais complexas do que a simples falta de alguém para dividir os cuidados, dificuldade em frequentar a UBS, falta de (in)formação para realizar o cuidado, ou cuidar de si mesmo.

Também é discutido que pessoas com deficiência/incapacidades e/ou doenças sem possibilidade de cura perpetram violência contra seus parceiros íntimos – atuais cuidadores – o que raramente se vê nos textos científicos. O doente/deficiente é aqui dessacralizado, e compreendido no como sujeito no horizonte da história, das relações sócio-políticas, de gênero e da ética interpessoal.

Vale o adendo de que a deficiência/doença sem possibilidades de cura não é compreendida como a causa da violência, mas um evento que se sucedeu com alguém que já era violento no passado, e que não deixou de ser violento no presente, pois as concepções de gênero desse sujeito não foram alteradas no processo saúde-doença, porque nenhuma mudança estrutural na forma como a família se organiza, nem nas relações de poder dentro dessa instituição, nem na divisão sexual do trabalho, tampouco nenhuma reforma social estrutural aconteceram.

O mesmo vale para os cuidadores que eram perpetradores de violência contra suas parceiras íntimas. A mudança da condição de saúde de suas parceiras e a ocupação do papel de cuidador não foi suficiente, em



um dos casos, para alterar a relação violenta estabelecida entre marido e esposa.

Tais questões são complexas quando entendemos gênero e violência na constituição da família e os atributos sociais de homens e mulheres, bem como a rede ideológica que trabalha para a manutenção da estrutura da sociedade sem alterações, como sugere Besse (1999).

Não podemos negar, entretanto, que a organização do cotidiano pelo viés do papel de cuidadora confere às entrevistadas importância, identificação frente a um lugar social e culturalmente definido – o de mulher e cuidadora – e traz consigo todos os encargos, inclusive com relação à violência e ao cuidado.

Mas não é somente porque elas se sentem importantes ou poderosas ao cuidar dos maridos. Enquanto homens e mulheres cuidam – bem ou mal – dos cônjuges deficientes ou adoecidos crônicos, garantem a não-institucionalização destes, diminuindo os gastos para os cofres públicos com as internações em instituições de longa permanência.

Tal ação também é importante às Equipes de Saúde da Família e a serviços de outros níveis de atenção, pois podem contar com alguém que realizará – da forma como for possível – os procedimentos básicos necessários para a manutenção/recuperação do quadro do doente, ainda que os cuidadores sejam muito mais que continuadores dos procedimentos dos serviços em domicílio.

Se fosse necessário o Estado criar estratégias viáveis economicamente capazes de dar conta dessa demanda, seria um imenso desafio, considerando os dados do último censo do IBGE que estima cerca de 45,6 milhões de brasileiros com deficiência. Mesmo que nem todos os brasileiros dentre esses 45,6 milhões necessitem de cuidadores, ainda assim seria um trabalho hercúleo para o Estado, com imensos gastos de divisas públicas.

Cabe aos profissionais de saúde e ao Estado reconhecer a importância do cuidador, mas não pela via da caridade e da ideologia de gênero, reiterando esse lugar ao feminino e ao sagrado. Um exemplo oficial dessa reiteração acrítica é o “Guia Prático do Cuidador” do Ministério da Saúde, que descreve o cuidador como “(...) um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação” (Brasil, 2008, p.8).

Tal reconhecimento viria via políticas públicas específicas aos cuidadores, que criem serviços públicos de cuidadores, e que exista, ao menos, possibilidade de remuneração via auxílios previdenciários.

Entendemos aqui que a remuneração do cuidador familiar não o exclui do mercado de trabalho, ao contrário do que discutem Batista *et al* (2008) – já que esses já se excluíram deste mercado ao assumirem essa função, que demanda quase a totalidade das horas de seus dias, como o demonstrado por Karsch (2003).

Como provam Dujardin *et al* (2011), políticas de *Welfare State*, principalmente aquelas destinadas a proteção aos cuidadores informais, contribuem diretamente para melhorar a qualidade de vida e saúde dos cuidadores, assim como para estimular que mais pessoas assumam tais tarefas. Para os autores, políticas voltadas especificamente aos cuidadores são mais interessantes e resolutivas do que as comuns ações e políticas voltadas ao doente/deficiente.

A existência de mais e melhores políticas públicas específicas aos cuidadores pode facilitar que tal ocupação possa ser efetivamente uma escolha, e não uma determinação social de gênero traduzida em peso para as mulheres, e perda da masculinidade e vergonha para os homens.

Além disso, é de suma importância que sejam ampliados serviços - bem como o acesso a estes e uma maior capilaridade destes no território - previstos por políticas públicas já existentes na Lei Orgânica de Assistência Social, mais especificamente inseridos no Programa de Proteção Social ao Idoso, que prevê a existência de centro de convivência para idosos, centros-dia, instituições de longa permanência, abrigos, casas-lares, residência em famílias acolhedoras e repúblicas (Batista *et al*, 2008).

É fundamental, sobretudo, a ampliação de serviços alternativos às instituições de longa permanência, que até 2008 contavam com atendimento em centros de convivência em 41,3% dos municípios brasileiros, centros-dia e casas-lares em apenas 13% dos municípios, e os serviços de família acolhedora e república para idosos em 5% dos municípios (Brasil, 2008).

A existência desses serviços não apenas contribui para que o cuidador seja menos sobrecarregado, e obrigado a cuidar por falta de outra pessoa que possa realizar tal tarefa, como também garante alternativas ao asilamento em instituições de longa permanência, o que é interessante para os idosos, que poderão viver com mais autonomia e mais próximos do convívio social do que quando institucionalizados.

No sentido de construir redes efetivas de suporte e apoio para as mulheres vítimas de violência perpetrada por parceiro íntimo – e não redes de controle -, é de suma importância que as equipes entendam a relação daquela família com os ditos “acamados” e qual sua história pregressa ao episódio de adoecimento, como sugerem alguns profissionais de saúde entrevistados, antes de delegar ou cobrar que a família, e nomeadamente a mulher, assuma seus cuidados.

Seria interessante que mulheres que tenham sofrido violência por parceiro íntimo fossem, em primeiro lugar, reconhecidas como tal e depois apoiadas e desculpabilizadas em suas eventuais decisões de não cuidar de seus maridos, ou de cuidar apenas parcialmente, com a construção da participação e presença de outros cuidadores familiares, amigos, ou contratados; e, que fossem construídas parcerias entre serviços de saúde e de assistência social a fim de oferecer suporte à família como um todo, e, em último caso, na falta de serviços alternativos no território, a institucionalização dos acamados, a fim de que cuidadores e cuidados possam efetivamente ter mais saúde e mais cuidado.

A visibilidade da violência contra os cuidadores nos serviços de saúde é também fundamental para impedir uma dupla violação de direitos destas mulheres: ao sofrerem violência e ao serem instadas, pelo serviço, a cuidar, e discriminadas como má cuidadoras. A violência precisa ser interrompida.

Talvez, quando isso tudo for possível, o sofrimento e angústias produzidas no trabalho em saúde sejam menores para profissionais – que se sentirão respaldados por políticas públicas e outros serviços funcionantes e acessíveis, e que terão como analisar as situações vividas para além da perspectiva da ideologia e do *senso-comum* - e para as famílias, que não se sentirão pressionadas, controladas ou sozinhas nesse caminho. Esses sujeitos, então, quem sabe, poderão pensar sobre seu “ser-no-mundo”, como sugere Heidegger (2006), projetar-se no tempo, e construir projetos para suas vidas que questionem ainda mais a forma como a sociedade se organiza atualmente, e possivelmente propor e construir novas formas de organização social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen Hafm, Heise L. What factors are associated with recente intimate partner violence? Findings from the WHO Multi-contry study on women's health and domestic violence. BMC Public Health. 2011; 11:109. Em rede: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/109>.> Acessado em 16/01/2012.

Arboleda-Florez J, Holley H, Crisanti A. Understanding causal paths between mental illness and violence. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1998; 33: S38 -S46.

Ayres JRJM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e saúde coletiva. 2001; 6(1): 63-72.

\_\_\_\_\_. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde e Sociedade. 2009;, v.18, supl.2.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

Batista AS, Jaccoud LB, Aquino L, El-Moor PD; Ministério da Previdência Social, Secretaria de Políticas de Previdência Social. Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social. Coleção Previdência Social. Brasília: 2008. Em rede: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3\\_081208-173354810.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081208-173354810.pdf)> acessado em Agosto de 2012.

Besse SK. Modernizando a desigualdade: Reestruturação da Ideologia de Gênero no Brasil – 1914-1940. 1ª ed. São Paulo: Edusp; 1999. P.329.

Boff L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. 16ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000. p.199.

Brandão ER. Renunciando a direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher: o caso da delegacia da mulher. *Physis: Rev.saúde coletiva*. 2006; 16(2):207-231.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000.



Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. 2000.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Guia prático do PSF. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Prático do Cuidador. Brasília: 2008. Em rede:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)>

Acessado em Agosto de 2012.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008, Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008.

\_\_\_\_\_.Estratégia de Saúde da Família. Em rede:  
<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php) > acessado em junho de 2013.

Capaldi DM, Shortt JW, Kim HK, Wilson J, Crosby L, Tucci S. Official Incidents of Domestic Violence: Types, Injury, and Associations with Nonofficial Couple Aggression. *Violence Vict.* 2009; 24(4): 502–519.

Carlson G, Dahlberg K, Ekebergh M, Dahlberg H. Patients longing for authentic personal care: a phenomenological study of violence encounters in psychiatric settings. *Issues in Mental Health Nursin*. 2006; 27(3):287-305.

Chauí M. Participando do Debate sobre mulheres e violência. *In: Franchetto B, Cavalcanti MLVC, Heilborn ML. (org.). Perspectivas Antropológicas de mulher*. Rio de Janeiro: Zahar; 1985.

\_\_\_\_\_. *Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna; 1981.

Chizzotti AA Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Rev. Portuguesa de Educação*. 2003; 16(2), p. 221-236.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 Sup. 1. P. S7-527.

Dhaher EA, Mikolajczyk RT, Maxwell AE, Krämer A. Attitudes Toward Wife Beating Among Palestinian Women of Reproductive Age From Three Cities in West Bank. *Journal of Interpersonal Violence*. 2010; 20(10):1-20. EM REDE: <jiv.sagepub.com> Realizado em maio de 2013

D'Oliveira AFPL. Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.

\_\_\_\_\_, SCHRAIBER LB, FRANÇA-JUNIOR I, LUDERMIR AB, PORTELLA AP, DINIZ CS, COUTO MF, VALENÇA O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Revista Saúde Pública*. 2009; 43(2):299-318.

Dujardin C, Farfan-Portet MI, Mitchell R, Popham F, Thomas I, Lorant V. Does Country influence the health burden of informal care? An international comparison between Belgium and Great Britain. *Social Science & Medicine*. 2011; 73:1123-1132. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 21(2). 2007.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(2), 2007.

Franco TB, Júnior HMM. Integralidade da Assistência à saúde: a organização das linhas e cuidado. *In: MERHY EE, JÚNIOR HMM, RIMOLDI J, FRANCO TB, BUENO WS (Orgs). O Trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4ªed. São Paulo: Hucitec; 2007.*

Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Elsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: finding from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*. 2006; v.368.

Gilligan C. *O Nascimento do Prazer*. Rio de Janeiro: Rocco; 2003. p.239.

\_\_\_\_\_. *In a Different Voice: Women's Conceptions of Self and of Morality. In: EISENSTEIN H, JARDINE A (Org.) The Future of Difference. New Brunswick: Rutgers University Press; 1985. Disponível em: <<http://www.Barnard.edu/sfonline>>. Acessado em agosto de 2010.*

Ginzburg C. *O Fio e os Rastros: verdadeiro, falso, fictício*. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2011. p.454.

Heidegger M. Ser e Tempo. 4ª ed. Petrópolis: Vozes/Editora Universitária São Francisco; 2009. p.598.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. Censo 2010. Em rede: < <http://censo2010.ibge.gov.br/>> acessado em março de 2013.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(3):861-866.

Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cad. Saúde da Família. Ministério da Saúde. 1996; Ano 1, n.1.

Lyra J, Leão LS, Lima DC, Targino P, Crisóstomo A, Santos B. Homens e Cuidado: uma outra família? In: *Acosta AR, Vitale MAF (Orgs). Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2008.*

*Magalhães R, Senna MCM. Local Implementation of the family health program in Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(12):2549-2559.*

Mascarenhas MDM, Monteiro RA, Sá NNB, Gonzaga LAA, Nevex ACM, Silva MMA, Malta DC; Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. Brasília: 2010. Em rede: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap\\_10\\_saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_10_saude_brasil_2010.pdf) > Acessado em dezembro de 2012.

Melman J. Para além da culpa ou da vitimização – inventando um lugar para os familiares e para os profissionais de saúde mental. In: Melman J. Família e doença mental – repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3ªed. São Paulo: Escrituras; 2008.

Mészáros I. O Poder da Ideologia. 3ª reimpressão. São Paulo: Boitempo; 2010.p.566.

Perrot M. As mulheres ou Os silêncios da História. 1ª ed. Bauru: Edusc, 2005. p.519.

Pimenta GMF, Costa MASMC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2009; 43(3): 609-14.

Portella AP. Estratégias, desafios e limites na formação em gênero e saúde: reflexões a partir de uma experiência feminista. In: Villela W, Monteiro S. Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em questão. São Paulo: ABRASCO. 2005. P.157-168.

Priore MD. História do Amor no Brasil. 1ª ed. São Paulo: Contexto, 2011. P.331.

PUBMED. EM REDE: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=care+act>>. Acessado em abril de 2013.

Rafacho M, Oliver FC. A atenção aos cuidadores informais/famílias e a Estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. Revista de Terapia Ocupacional da USP. 2010; 21(1):41-50.

Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A Representação Social do Cuidado no programa Saúde da Família na Cidade de Natal. Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13(1):71-82.

Sarti CA. Famílias Enredadas. *In*: Acosta AR, Vitale MAF. (Orgs). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez; 2008.

Schraiber LB, D'oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40 (nº especial):112-20.

\_\_\_\_\_, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(1):7-17.

\_\_\_\_\_. Quando o “êxito técnico” se recobre de “sucesso prático”: o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Ciência e saúde coletiva*. 2011; 16(7): p.3041-3042.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface: comunicação, saúde e educação*. 1997; 1(1): 123-140.

\_\_\_\_\_. Eqüidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. *In*: Villela W, Monteiro S. *Gênero e Saúde: programa de Saúde da Família em Questão*. São Paulo: ABRASCO, UNFPA; 2005. p.176.



Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. 1995; 20 (2): 71-99.

Souto CMRM, Braga VAB. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. Rev.Bras. de Enfermagem. 2009; 62(5):670-4.

ANEXOS

## ANEXO 1 – Roteiro de Entrevista com cônjuges cuidadores

1. Caracterização dos cuidadores.
2. Como é cuidar para você? Como isso altera sua vida?
3. Porque você cuida de seu marido/esposa? Em que aspectos você acha que ele/ela necessita de cuidados?
4. Quem cuida melhor: homem ou mulher?
5. Você gostaria de ter alguma ajuda para cuidar do seu esposo (a)? Qual?
6. Qual a frequência dos atendimentos que vocês recebem da sua Equipe de SF? É suficiente?
7. O que a Equipe de Saúde da família lhe oferece é adequado? O que mais você precisa?
8. Se o (a) senhor (a) fosse o (a) prefeito (a) de São Paulo, o que mudaria no posto?
9. Você tem alguma sugestões de mudança para as Equipes de SF?
10. Se o (a) senhor (a) desse um conselho pra alguém que vai casar, que conselho daria?
11. Que conselho o (a) senhor (a) daria pra um cuidador de primeira viagem, que nunca cuidou de ninguém?

## Anexo 2 – Roteiro de Entrevista com profissionais de saúde

1. Caracterização dos profissionais – profissão, sexo, idade.
2. O que é cuidar pra você? Como isso se relaciona com a sua profissão?
3. Como você entende os cuidadores e seus cuidados? São adequados? Quais as maiores dificuldades que você enfrenta em relação a isso?
4. Como você entende as pessoas com deficiência/incapacidade/acamados e seus cuidados? Em que aspectos você acha que essas famílias necessitam de cuidados?
5. Você acha que a ESF pode dar conta das necessidades dessas famílias? O que falta?
6. Ser mulher/homem influencia o cuidar? Quais as principais diferenças para você?
7. Qual a frequência dos atendimentos/VDs que a sua Equipe realiza para estas pessoas? É suficiente?
8. A forma como os usuários cuidam de seus maridos/esposas é adequada? Quais os principais problemas/dificuldades encontrados? É possível melhorar a qualidade desse cuidado? Como?
9. Sua Equipe de SF realiza alguma ação específica para os cuidadores? O que Você sugere?
10. Você tem alguma sugestão de mudança para as ações dos profissionais de saúde? E em relação aos cuidadores?
11. Conte um caso que você considera bem sucedido e um caso em que você acha que o serviço falhou ou não teve como ajudar.
12. Por que você escolheu essa profissão.

**ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –  
Profissionais de Saúde**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Instruções para preenchimento no verso)

---

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA (Profissional  
de saúde)**

1. NOME DO PROFISSIONAL DE SAÚDE: .....

PROFISSÃO: .....

SEXO: M  F

DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....

TELEFONE: DDD (.....).....

---

**II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**

1. PESQUISADOR: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Flávia Lucas D´Oliveira

CARGO/FUNÇÃO: Professora do Depto. de Medicina Preventiva – FMUSP

UNIDADE DO HC/FMUSP: *Depto. de Medicina Preventiva*

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO Ž RISCO MÍNIMO xŽ  
RISCO MÉDIO Ž  
RISCO BAIXO Ž RISCO MAIOR Ž

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses (junho de 2010 até junho de 2012)

---

**III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO  
PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UBS JD. SÃO JORGE E JD. BOA VISTA**

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que pretende estudar o cuidado, mais especificamente, o que cônjuges cuidadores de seus esposos(as) com deficiência entendem por cuidado – tanto o cuidado que oferecem a seus esposos(as) como os cuidados recebidos do serviço de saúde. Fazendo um contraponto, compreender o que os profissionais dos serviços de saúde oferecem e entendem por cuidado em relação a esta população dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família. O estudo pretende contribuir para o aperfeiçoamento técnico e teórico dos profissionais de saúde, mais especificamente, da Estratégia de Saúde da Família, visando à reflexão e, sobre o tema. Pretende-se nessa pesquisa coletar depoimentos de cônjuges cuidadores e profissionais de saúde das UBS Jd. São Jorge e Jd. Boa Vista.

Dessa forma, solicitamos que participe de uma entrevista, com tempo previsto de duração de 30 minutos, a que busca conhecer sua concepção sobre o cuidado que o senhor usufrui/oferta e as relações que ele tem com a sua história de vida.

Sua entrevista será gravada, transcrita e analisada em conjunto com outras entrevistas. A reflexão sobre o material coletado se dará numa perspectiva compreensiva e os resultados do estudo serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos; assim como publicações em forma de manuais e/ou cartilhas que proporcione informações em linguagem acessível própria à população pesquisada.

Sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) não é obrigado a participar dessa pesquisa, podendo inclusive, deixar de participar a qualquer momento, conforme o seu desejo.

---

#### **IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:**

O(a) senhor(a) tem o direito de acesso, a qualquer momento, às informações sobre a pesquisa e sua participação, inclusive para esclarecimento de dúvidas que possam surgir. Tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer tempo e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga qualquer tipo de prejuízo. O(A) senhor(a) tem salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade, durante a pesquisa e também no momento de publicação dos resultados.





## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

---

### I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA (Cônjuge cuidador)

#### 1. NOME DO CÔNJUGE

CUIDADOR:.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.): .....

SEXO: M Ž F Ž

DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....

TELEFONE: DDD (.....).....

---

### II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. PESQUISADOR: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Flávia Lucas D´Oliveira

CARGO/FUNÇÃO: Professora do Dpto. de Medicina Preventiva – FMUSP

UNIDADE DO HC/FMUSP: *Depto. de Medicina Preventiva*

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO Ž RISCO MÍNIMO xŽ  
RISCO MÉDIO Ž  
RISCO BAIXO Ž RISCO MAIOR Ž

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses (junho de 2010 até junho de 2012)

---

**III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO USUÁRIO  
OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:  
CÔNJUGES CUIDADORES, DAS UBS JD. SÃO JORGE E JD. BOA VISTA**

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que pretende estudar o cuidado, mais especificamente, o que cônjuges cuidadores de seus esposos(as) com deficiência entendem por cuidado – tanto o cuidado que oferecem a seus esposos(as) como os cuidados recebidos do serviço de saúde. O estudo pretende contribuir para o aperfeiçoamento técnico e teórico dos profissionais de saúde, mais especificamente, da Estratégia de Saúde da Família, visando à reflexão e, sobre o tema. Pretende-se nessa pesquisa coletar depoimentos de cônjuges cuidadores das UBS Jd. São Jorge e Jd. Boa Vista.

Dessa forma, solicitamos que participe de uma entrevista, com tempo previsto de duração de 30 minutos, que busca conhecer sua concepção sobre

o cuidado que o senhor usufrui/oferta e as relações ele tem com a sua história de vida.

Sua entrevista será gravada, transcrita e analisada em conjunto com outras entrevistas. A reflexão sobre o material coletado se dará numa perspectiva compreensiva e os resultados do estudo serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos; assim como publicações em forma de manuais e/ou cartilhas que proporcione informações em linguagem acessível própria à população pesquisada.

Sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) não é obrigado a participar dessa pesquisa, podendo inclusive, deixar de participar a qualquer momento, conforme o seu desejo.

---

**V - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE  
GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:**

O(a) senhor(a) tem o direito de acesso, a qualquer momento, às informações sobre a pesquisa e sua participação, inclusive para esclarecimento de dúvidas que possam surgir. Tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer tempo e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga qualquer tipo de prejuízo. O(A) senhor(a) tem salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade, durante a pesquisa e também no momento de publicação dos resultados.

**V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS  
RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA  
CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES  
ADVERSAS.**

Mestranda Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de Souza

Centro de Docência e Pesquisa - Depto. de Fisioterapia, Fonoaudiologia e  
Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP

Rua Cipotânia, 51 – Cidade Universitária / USP – São Paulo / SP – CEP:  
05360-160

Tel: (11) 3091-7457 / (11) 84214660      FAX: (011) 3091-7415      E-MAIL:  
camila.reata@usp.br

---

**VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter  
entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo  
de Pesquisa

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
assinatura do sujeito da pesquisa  
ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
assinatura do pesquisador

## **ANEXO 4 - Resumo das entrevistas utilizadas**

### **➤ CUIDADOR 14**

Homem, 65 anos, com ensino médio completo, casado legalmente há 40 anos, possuía três filhos, e cuida de sua esposa com esclerose múltipla há seis anos.

O Cuidador 14 escolheu ser entrevistado na sala de sua casa.

Inicia sua fala dizendo que cuidar "é ter carinho, é cuidar direito (...)". Para ele, tudo o que ele faz para sua esposa é cuidar: "(...) lavar, cozinhar, passar".

Segundo ele, cuidar mudou tudo em sua vida: " Eu não posso mais sair de casa. [risada] Saio correndo e volto de galope [ risada]. É, pago as contas na marra, não tem jeito."

Muitas das atividades que faz agora não costumava fazer antes de assumir tais encargos, como por exemplo cuidar da casa e da comida. O Cuidador 14 conta com uma empregada doméstica, que limpa a casa e lava as roupas. Ele opta por fazer as refeições: "Só a cozinha é pra mim, mas outras coisas, não gosto de fazer de jeito nenhum."

O Cuidador 14 diz não sentir falta de ajuda para cuidar de sua esposa, mas paga duas cuidadoras que o auxiliam uma durante o dia e outra durante a noite.

Ele também diz não precisar de cuidados para si, mas afirma querer um pouco mais de carinho de seus filhos:

" (...) Hoje eu não to precisando [de cuidado], não, mas amanhã pode ser, né, não sei. Lógico que precisa sim. Não é cuidado, é um pouco de carinho, uma coisa assim, dos filhos, né, a gente precisa, né.(...) Não é que sinto falta, precisa. Mas se não fizer também eu não ligo.

Entrevistadora - Os filhos do senhor vêm aqui com frequência? Ajudam a cuidar da esposa do senhor?

Cuidador 14 - Não, ajudar não, não ajuda de jeito nenhum. Se precisar mesmo, aí é lógico, mas estando desse jeito aí. Eles todos trabalha, não podem fica toda hora preocupando com essas coisas."

Quando questionado sobre porque cuida de sua esposa, o Cuidador 14 parece estranhar a pergunta e responde: "(Meu Deus!) Porque eu amo de coração! [riu] Porque a gente gosta. Tem amor, tem carinho, tem tudo, é lógico."

Para ele, as necessidades de sua esposa são "terapias físicas", pois ele percebe que a cada dia sua esposa tem mais limitações para a realização de atividades e também cita a necessidade de mais carinho dos filhos:

"(...) Mais de carinho dos filhos, né. (...) se os filhos não tiver um carinhozinho com a mãe, ah, pelo amor de deus, atrapalha tudo, né?".

Para o cuidador 14, ser homem ou mulher não influencia o cuidado: " Não, de jeito nenhum. Mulher e homem é uma coisa só. Precisou, tamos aí. (...)Tem homem que fala 'não pode cozinhar, não pode fazer isso', os melhor cozinheiro é homem. Então não tem desse negócio."

O Cuidador 14 diz sentir-se satisfeito com os serviços ofertados por sua equipe de saúde da família, e diz ter tido acesso a tudo que sua esposa precisou em termos de saúde. Diz também ter muitas visitas e apoio de suas vizinhas.

Quando questionado se ele cuida de si mesmo, respondeu:

"(...) Ontem tava dando choque na minha coluna, não sei se é coluna aqui, não sei se é coluna, é? Pensei que coluna era mais pra frente, mais pra cima, não sei. Então, nossa, ontem eu tava ruim. Outro dia eu ia andar, fui buscar o carro dela ali no posto, fui atravessar a rua, mas falhou a coluna, mas deu um choque e eu 'pá' no chão,vou dizer pra você, quase me arrebeno tudo. Já sarou, porque sara rapidinho meu machucado, mas bati a mão no chão, a sorte é que não bateu a cabeça. Mas eu tomei um remédio pra dor, acabou, melhorou.

Entrevistadora - (...) Além de tomar o remédio o senhor faz alguma outra coisa pra saúde do senhor?

Cuidador 14 - Não, nada, nada, não faço nada. Não tomo remédio nenhum.

Entrevistadora - O senhor acha que o senhor precisa mudar isso? Ou tá bom desse jeito?

Cuidador 14- Tá ótimo".

Quando questionado sobre qual o conselho daria para um casal que iria se casar, não quis continuar gravando sua resposta. Mas, fez uma fala onde o amor, a compreensão e a não violência eram a chave da felicidade do casal.

## ➤ **CUIDADOR 15**

Homem, 50 anos, com ensino médio completo, casado legalmente há 20 anos, possuía dois enteados, e cuida de sua esposa com múltiplos Acidentes Vasculares Encefálicos e afásica por consequência destes.

O Cuidador 15 começa sua fala contando como é difícil cuidar de sua esposa, pois seus enteados não querem que ele continue morando na mesma casa que ela [há uma briga entre enteados e o Cuidador 15 pela posse dos bens de sua esposa]. Depois descreve as dificuldades de sua esposa para realizar as atividades domésticas com independência sem se machucar:

" Agora eu to com ela, quero ficar com ela, e é isso que eu acho que é uma coisa que toca dentro do coração da gente, é ajudar uma pessoa que não tem condições de se locomover direito, ela não pode lavar uma louça, se ela lavar ela ajuda, ela me ajuda sim, só que ela vai pega um copo, o copo vai e quebra, eu não posso brigar, fico ali tranqüilo. Ela vai lá, lava outro, a panela, me ajuda no possível. Inclusive foi uma orientação que eu tive da AACD, então eu sei que ela precisa de mim, eu tenho que dar banho nela, tenho que trocar ela, tenho que amar ela, tenho que ajudar ela no possível. Ela tá bem melhor, graças a Deus tá melhor, tá se recuperando, e se Deus quiser espero ela futuramente poder trazer café pra ela, comidinha, e espero que ano que vem se ela recuperar, que com fé em Deus ela vai conseguir, e nós estamos tocando nossa vidinha."

Para o Cuidador 15, cuidar de sua esposa mudou toda sua vida, pois o deixa mais preso em casa: "Cuidar dela mudou a minha vida porque fiquei mais preso em casa, né, em vez de estar na rua, num bar tal, passeando pra lá e pra cá, não. Já tive, tenho que estar sempre do lado dela, tomando conta dela".

O entrevistado diz cuidar de sua esposa porque gosta dela, e também como se tivesse uma dívida com ela por ter ficado com ela enquanto ela era jovem e bonita:

" (...) quando eu peguei ela tava novinha, bonitinha, cheirosinha, né, era um filé! Agora ela tá tendo esses derrames, deu esses contratempos com ela, e eu não vou abandonar ela, então tem que ficar do lado dela, mesmo que tenha os problemas que eu acabei de citar agora pouco, espero que não venha a acontecer de novo, que eu quero ficar com ela, e ela quer, ela gosta de mim e eu gosto dela, você pode ter certeza disso."

A entrevista foi feita ao lado da esposa, que endossava as falas do marido com gestos afirmativos de cabeça. O entrevistado escolheu realizar a entrevista no quarto de sua esposa, ao lado dela. Entretanto, quando perguntei sobre quais aspectos o entrevistado achava que sua esposa necessitava de cuidados, ela gesticulava muito, fazendo gestos negativos com a cabeça. Nesse momento, o entrevistado interveio:

" então, ela não consegue falar, então tá tentando, tá perguntando, que ela não consegue falar, eu tenho que estar junto com ela, que lugar ela for eu tenho que estar junto, ela tem que estar com acompanhante, porque ela não fala, você quer que ela fala ela fica ahahahaha, e você não entende. Eu já conheço ela e já entendo, ela tá passando na AACD então tenho que estar ao lado dela acompanhando. "

Para o entrevistado, ser homem ou mulher não interfere no cuidado ofertado. Para provar isso, o entrevistado cita um episódio em que cuidou do pai de sua esposa:

" Tanto é que eu também já tomei conta do pai dela, ele veio a falecer, eu dei banho nele, cortei barba dele, fiz tudo bonitinho, ai chegou uma hora que ele teve 79 anos e ele foi, então acho que não influencia em nada desde que a pessoa goste do que está fazendo, gosta da pessoa que está ao lado, né? Tem que fazer tudo o que gosta. Pra mim fazer pra ela, empurrando ela, jogando ela nos cantos das paredes, não faço, que ela é minha esposa, eu gosto dela, e quero fazer o resto da minha vida, espero que ninguém venha a atrapalhar".

Quando questionado se gostaria de ter alguma ajuda para cuidar, ele responde que seria interessante uma ajuda com os serviços domésticos: "ajudar em casa assim seria até que, não seria ruim não, dar uma lavadinha de roupa, comida eu faço com ela, ela me ajuda, queima a mão dela mas ela me ajuda, ai, ela vai me ajudar, vira e meche ela queima o dedinho mas tá tudo bem. Então gostaria sim (...) pra ajudar no serviço de casa gostaria mesmo, de coração".

Refere estar satisfeito com o serviço prestado por sua UBS, e refere participar do grupo de hipertensos da UBS.

Quando questionado sobre que aspectos de sua saúde necessitam de cuidado, ele diz não estar bem de saúde, mas afirma seguir corretamente as orientações médicas e usar os remédios:

" Eu tive uns problemas de cirurgia, eu tive, eu aposentei, enquanto eu estava trabalhando, eu sou motorista de ônibus, enquanto eu tava trabalhando tava mil maravilhas. Aí eu vim aposentar, depois que aposentou começou a aparecer doenças, não é a toa que uns colegas meus que aposentou da minha turma só tem um pouquinho, já morreu um monte. Então, aí eu precisei fazer cirurgia da tireóide, precise fazer, tive um problema da próstata também, graças a Deus já fiz a radioterapia já estou 80%, até o final do ano estou beleza beleza, falei com o meu médico, o médico da próstata, que é uma excelente pessoa, e tô indo. (...).Ai foi junto, foi um conjunto, veio o derrame dela, veio o enfarte dela, aí veio a idade, a idade vem chegando, ai ela ficou doente e eu fiquei. Só que primeiro deu pra



mim tocar o barco, tomar conta dela, e vou tomar que agora to melhor do que ela, tive bem pior. E ela tomou conta de mim, ela me ajudou a vir pra cá, ir prá lá. Então ela me ajuda e eu ajudo ela."

O entrevistado parece necessitar afirmar-se como bom cuidador, e ao final da entrevista tenta reforçar isso:

" o meu problema agora mesmo é de continuar cuidando dela, é isso que eu quero, e ela já falou, já falou pro filho dela que quer eu, quer morar comigo, então se acaso precisar de ir em um fórum, ela vai chegar lá e vai falar na frente do juiz que quer ficar comigo, ela quer ficar comigo, mas tem os empecilhos, tem esse porém que a gente tem que resolver com o filho dela. Mas que eu quero tomar conta dela eu quero e ela quer ficar comigo. (...)Levo no médico, trago do médico, aqui a rua é toda a meu favor, não é a toa que eu voltei com ela de novo. Tem a AACD, a AACD é as sete e quarenta do dia nove do sete de 2011, quem vai levar ela? Eu! Vou levar e com muito amor, do jeito eu levo, trago, deixo ela aqui. Então assim, cada um tem que tomar conta, eu tomo conta porque eu gosto dela e quero tomar, só se Deus tirar de mim, mas nem se for preciso ir na justiça eu vou, porque ela quer ficar comigo e eu também quero. Pode ver que ela fala que quer ficar comigo."

### ➤ **CUIDADORA 1**

Mulher, 59 anos, com ensino fundamental completo, divorciada legalmente, mas que voltou a morar com o ex-esposo depois de seu primeiro Acidente Vascular Encefálico. Possuía 4 filhos (3 mulheres e um homem). Pagava uma vizinha para auxiliá-la com o banho do ex-marido todos os dias. Cuidava de seu ex-esposo há 12 anos. Entrevista realizada na sala da casa da entrevistada, ao lado do ex-marido.

Para a entrevistada, cuidar é " o bem estar do paciente, eu acho tem que dar o bem, tem que fazer o mínimo possível para se sentir bem. Porque é uma pessoa que tá acamada, que tá necessitando de ajuda, se você não der um bem estar, uma segurança, não está bem."

Para a entrevistada, ser cuidadora alterou por completo seu cotidiano:

"(...) [cuidar] me prende muito porque deixo de fazer muitas coisas, de aproveitar a minha vida para me dedicar a ele, porque não dá para deixar. Se for pensar no lado ruim, a gente não cuidaria, deixaria pra lá e não cuidaria né, mas é um ser humano que necessita de ajuda, que precisa de você, necessita de você, depende de você, pelo menos o G. depende de mim pra quase tudo né. Então tenho que dar o melhor possível, mesmo ele não merecendo. (risos)".

Diz que ao cuidar, tenta fazer apenas o suficiente, sem impedi-lo de fazer o que consegue. Teme deixá-lo dependente por preguiça de fazer as atividades:

" mas não deixo totalmente dependente de mim porque se não ele fica preguiçoso, se você deixar ele, por comida na boca, aí ele vai ficar preguiçoso e vai se acomodar na situação. Vou dar banho nele, eu ponho sabonete líquido nele e falo, se lava, passa a mão no pescoço, passa na cabeça, porque se não ele fica totalmente atrofiado, se não incentivar, só ajudo ele e falo, põe o braço aqui, põe o outro braço aqui, fica de pé, segura no meu ombro, assim que eu tento ajudar ele pra ele não ficar totalmente atrofiado. Eu acho assim, se eu fizer tudo por ele, ele não vai se esforçar pra melhorar se tem alguém que faz as coisas por ele, eu penso assim. Às vezes minha filha fala assim, ah mãe você tá brava com ele, você exige muito dele, não é que eu tô exigindo, é porque é no dia a dia, ele que tem que ficar um pouco independente. Ele não dá para ficar totalmente dependente, se não vai ficar parecendo um parasita na cama lá, ele não tá morto. Tem que se movimentar."

A Cuidadora 1 diz cuidar de seu marido porque ele é pai dos seus filhos, e porque não há mais ninguém para cuidar dele além dela: "[cuido] primeiro lugar, porque ele é o pai dos meus filhos, das minhas filhas, e eles cobram muito. Porque apesar de ele não ter sido um bom marido, ele foi um bom pai, então minhas filhas cobram muito pra eu cuidar dele, então eu cuido, é um ser humano que tá precisando de ajuda, se eu não cuidar dele, o que que vai ser dele. Só mora eu e ele, se eu não cuidar dele ele vai ficar malcheiroso, cabeludo, barbudo. Então eu cuido dele assim, tem hora que me dá raiva, melancolia, me dá, mas aí eu esqueço tudo e falo, ele precisa de mim bora pra frente."

Quando questionada se cuidaria dele sem a pressão dos filhos, ela diz que " não, não cuidaria. Eu tenho muita magoa dele, por tudo que passei por ele, tudo que ele fez comigo, então eu cuido porque meus filhos me cobram muito. Porque às vezes o povo fala assim, coitado, ele é coitado agora, mas ele não é coitado. Ele nunca pensou que ele iria, agora ele até pode refletir sobre o que ele fez comigo, mas quando a gente era jovem, ele nunca pensou em mim. A vida dele era gandaia, era mulheres, era viajar, era jogar, e eu pra ele era uma indiferente, eu era velha, a feia. Mas agora quem cuida dele é a veia e a feia que tá do lado dele 24 horas por dia. Se eu não der uma comida ele não come, se eu não levar para o banheiro não toma banho, se na hora de fazer as necessidade não limpar, não se limpa. Mas eu tenho que esquecer, depois que eu comecei a ir para a igreja, comecei a envergar o, eu fiquei revoltado no começo, eu pensei até em envenenar ele. Mas eu falo, meu Deus, porque que eu sofri tanto com ele e agora que meus filhos são tudo casado, tudo tem vida boa eu tenho que ficar presa a uma pessoa na cadeira de rodas, a uma pessoa na cama. Aí minhas colegas me convidaram para a igreja para eu entender um pouco a situação, né, pra

Deus me aliviar um pouco, pra eu dar o perdão pra ele, eu comecei a ir pra igreja, as vezes que eu fico nervosa, eu falo assim me dá força meu Deus, não quero ficar doente, quero cuidar dele até os últimos dias dele. Se eu não cuidar quem que vai?".

Segundo a entrevistada, a igreja lhe ajudou muito a suportar a angústia que sentia de seu esposo, e aceitar a situação. "(...) quando eu to muito angustiada, nervosa com a situação, aí eu vou lá converso com o pastor e ele fala assim, não, vamos orar, vamos pedir para Deus te dar força, paz no seu coração, pra você perdoar, porque o que ele fez com você ele tá pagando, o mal que ele te fez você tá retribuindo com o bem, cuidando dele. Então é isso que me dá forças."

Para a entrevistada, seu ex-esposo é muito carente, e suas necessidades em saúde são referentes ao afeto. ". Acho que a parte pior pra um acamado é o carinho, porque é isso que leva ele pra frente com os oito AVCs que já teve, o médico mesmo fala que se não fosse o meu carinho, a minha atenção por ele, ele não teria força pra ter sobrevivido, ele tem muita força de vontade também. Então, é isso, eu tento fazer o bem, o mal que ele me fez eu troco com o bem cuidando dele."

Para a entrevistada, as mulheres são melhores cuidadoras que os homens, porque homens não cuidam. " eu acho que a mulher cuida melhor, porque o homem não cuidaria, se fosse eu que estivesse numa cama, ele já teria ido embora faz tempo, ele não taria cuidando. É muito difícil a mulher tá acamada e o homem é o cuidador, é difícil, ou ele vai embora ou ele joga na mão dos filhos. Agora a mulher é mais carinhos, ele guarda mágoa, tem muitas magoas, mas pensa no lado bom que a gente teve, então a gente vai relevando, mas eles não têm um pingão de paciência."

Quando questionada se a diferença entre homens e mulheres para cuidar vem da "criação", a cuidadora 1 responde afirmativamente:

"(...) influência muito, porque ele é o que ele é, ele vem da criação do pai dele, o pai dele era igual ele. Então cria naquele ambiente de, de ser mulherengo, de não dar valor pra família, então, vai ser criado naquilo e aquilo se torna, igual ele. Pra ele, a filha tudo bem, mas a mulher dele era uma afobada, só serve pra cozinhar, chegava não podia ter uma roupa lavada, passada, não podia ter um víncio, não podia ter um, era tudo engomadinho. A vida dele era essa. (...)hoje em dia a mulher é mais liberal, naquele tempo, 40 anos atrás a mulher fazia o que o marido mandava. Não põe essa blusa, você colocava, não vai no portão, você não, não conversa com as vizinhas, você não conversava. Hoje em dia não, hoje em dia a mulher, a mulher nem podia trabalhar antigamente, há 40 anos atrás, achava que era o fim do mundo, achava que você queria trabalhar porque você ia arrumar outro. Então a mulher era totalmente dependente do marido, hoje em dia é diferente, hoje a mulher trabalha, se vira, homem vai embora ela trabalha, se vira, cria os filhos, antigamente não. Meu pai e minha mãe

falava muito assim, quem tem filha mulher tem que sujeitar tudo ao que o marido faz, porque como quer criar filha moça, meninas, sem marido, então agüentei muitas coisas por causa dos meus filhos, por causa de antigamente. Mas se fosse agora, no momento agora, seria outra coisa."

A Cuidadora 1 diz que se pudesse voltar ao passado, teria se divorciado há mais tempo, e não teria se sujeitado a tudo que se sujeitou. "(...) Cadê? Teve tantas namoradas, tantas amantes, trazia na porta da minha casa, vinha de carro, trazia nos portão, e quem tá cuidando dele? Hoje em dia não, a mulher sabe que o marido tem uma amante, manda ele embora e cabou, vai viver a vida dela, mas há 40 anos atrás você sabia tudo e fazia de conta que não sabia. Hoje em dia é tudo mais moderno. (...) acho melhor, muito melhor agora, porque a mulher quer trabalhar trabalha, compra, não depende de dinheiro do marido, antigamente ficava dependendo do pagamento, se sobrasse dinheiro comprava uma roupa, se não sobrasse não comprava, ficava com aquela roupa o ano inteiro. Hoje em dia não, você trabalha, compra suas coisas, seus brincos, seus batons, não tá nem aí. É difícil ver mulher dependendo do dinheiro do marido hoje em dia, tudo bem tem dependência, tem que ajudar, tem que dar com as obrigações, mas assim, eu vou comprar uma roupa se ele me der o dinheiro, não, agora você tem o dinheiro, você trabalha, você compra, nem fala pra ele, quando chegar com a roupa nova, cabo! "

A entrevistada diz não poder contratar pessoas para ajudá-la a cuidar de seu ex-esposo porque ele não aceita, sente-se envergonhado de necessitar de ajuda diferente daquela recebida de sua esposa. Mas, relata que o auxílio que recebe da Terapeuta Ocupacional da UBS tem lhe auxiliado, pois seu marido está mais autônomo para levantar da cama e comer.

Entretanto, queixa-se de poucas visitas de seu médico de família e pouco apoio da equipe de saúde da família de modo geral. Queixa-se que a equipe só lhe visita quando seu ex-marido está doente: " o Dr. tá deixando muito a desejar. Ele só quer vir aqui quando ele tá mal (...).Eu acho que a equipe médica deixa muito a desejar, como já deixou muitas vezes, que eu tive que até falar com a assistente social nova, com a diretora. Ele só voltou a visitar o G. depois que eu falei com ela. Ele queria que eu levasse ele lá, daí eu falei que não. Mas ele falou muito, como eu já falei e vou falar de novo, a equipe do posto, a equipe médica tem que ver muito o que a agente de saúde escreve no relatório, porque nem tudo o que ela escreve no relatório eles vão atrás pra ver se é verdade. Isso foi falado realmente, falei pra ela, falei pra S., quando tem que falar eu não escondo, falo mesmo. Porque é muito fácil ela escrever o que quiser no prontuário e eles não querer saber. (...) têm condições de eu levar o G. em consultas médicas? (...) não tem como. Pega um vizinho pra levar, vizinho não tá disposto pra levar. Vai levar no posto, é 20 de gasolina, eu não tenho dinheiro pra ficar pagando gasolina. Sai caro então. Aí ele ficou seis meses sem vir aqui, aí depois que eu conversei com a gerente da UBS ele começou a vir de novo, mas ele

deixa muito a desejar, eu gosto dele mas deixa a desejar. Não é porque eu gosto dele que eu vou falar que ele é freqüente. "

Quando questionada sobre suas necessidades em saúde, a entrevistada diz que não precisa de nada pois ela e seu ex-marido estão bem de saúde. "(...) não preciso de nada, porque eu realmente vivo bem (...)e ele ultimamente não tem me dado trabalho, não tem ficado doente nem ficado nada. No momento não to precisando de nada. Porque o que eu tava precisando é da TO, ela tá vindo, e realmente eu to gostando dela, ele tá gostando dela, e ele realmente tá trabalhando no movimento. Era o que eu tava precisando, porque tava ficando direto na cama, não tinha onde trabalhar, e ele tava na cama, agora consegue, pula da cadeira, pula pra cama de novo, aí isso já me ajuda muito. Porque não fica na 24 horas na cama, quando ele cansa da cadeira de rodas, pula pra cama de novo, e fica assim. Acho que no momento não tô precisando de nada."

Quando questionada sobre o cuidado ofertado por sua equipe de saúde da família à sua saúde, ela responde que não consegue realizar todos os exames solicitados, e nem tem interesse, pois a equipe perde seus exames: "Eles me mandam fazer um monte de exame, mas eu nunca vou. Fiz mamografia, perderam o resultado, até hoje, fiz em junho do ano passado, não acharam o resultado. Fiz exame sei lá que pedi pra fazer meu e do G., até hoje não deram resultado. Não vou não, realmente não vou atrás."

Como sugestão de mudança para o serviço, A Cuidadora 1 sugere equipes mais atenciosas: " pra eles serem mais atenciosos, mais humanos e gostar do que eles fazem, porque eu acho que ele fazem isso, hoje em dia você vê a equipe médica, é médico, é enfermeiro, ele não trabalha com o que eles gostam, ele trabalha pelo dinheiro e pelo, pra ter um emprego, eles não gosta do que eles fazem. Você percebe quando o médico vêm examinar o paciente, quando a enfermeira vêm, parece que eles têm nojo do paciente, parece que ele tem. Eu acho, teria que capacitar mais profissionais que gostem realmente da profissão. (...) Eu tenho muita mágoa desse posto, da equipe do posto, porque eu tentei o Atende muitas vezes pra ele, nunca consegui. Aí um dia que eu entrei naquela reunião lá, a moça veio falar que é a coisa mais simples do posto conseguir um Atende, não é. Aí ela veio falar que o doutor veio marcar urgente, mandar fazer fisioterapia de novo. Não tem como fazer fisioterapia em lugar nenhum. Você vê, marca um exame neurológico pra ele lá na Santa Cecília 6 horas da tarde, como que eu vou levar ele. E o que eu falei pro Dr. quando ele veio aqui foi isso, ele falou você não quer levar, eu falei, não é que eu quero levar. A neurologista que ele tratava no convênio falou assim, ele não tem mais o que fazer por ele, porque uma tomografia a mais ou a menos não vai adiantar nada. Então porque que eu vou judiar dele, pegar ele daqui do jeito que ele tá, jogar no carro, passar uma hora no transito, passar raiva nos hospitais fazendo tomografia. Então, deixa indo, até quando Deus quiser, quando ele falar assim, tá na hora, deixa ele, ele vai durar muito, é capaz de eu morrer

primeiro e ele ficar aí ainda."

## ➤ **CUIDADORA 2**

Mulher, 50 anos, cursou o ensino fundamental, divorciada, mas que voltou a morar com o ex-esposo depois de seu primeiro Acidente Vascular Encefálico. Possuía 4 filhos (2 mulheres e dois homens de casamento anterior). Cuidava de seu ex-esposo há aproximadamente 1 ano. Entrevista realizada no único cômodo da casa, próximo ao ex-marido.

Para a entrevistada, o cuidador é uma pessoa boa, com dons divinos para esta tarefa, como a paciência, o amor e o perdão. Mas, quando se trata de cuidar de seu ex-marido, a entrevistada diz que:

"(...) no caso dele, eu cuido porque eu sou uma pessoa boa, certo, para meus filhos. Quando eu precisei, quando criei meus filhos, ele cuidou dos meus filhos, ele deu um teto para meus filhos morar, você entendeu? Aí aconteceu da gente se separar, ir embora, agora ficou nessa situação, não tem ninguém por ele, porque ele não tem família, é uma pessoa de respeito, criei duas filhas moças com ele, se formou moça com ele. Então pra mim é uma coisa, tudo o que faço por ele ainda não pagô o que ele fez para meus filhos, sou grata muito a Deus e a ele por isso. Então não podem dizer eu não cuido dele, mentira! (...) Então tudo o que eu faço com ele, eu a minha pessoa, eu faço com amor, eu faço com carinho, não faço com raiva, não sei fazer nada com raiva, nem pra ele nem pra ninguém, não sei fazer nada com raiva, eu lavo, passo, cuzinho, dou banho, dou comida na hora certa. Então a vida é assim, pra mim eu acho que é uma pessoa assim, não adianta eu tratar bem ele agora e daqui há duas horas estar maltratando ele. Eu não consigo, pelo mais que eu queira, então eu não consigo. Porque uma coisa já é minha, é um dom meu, e eu não consigo. Então pra mim ele é uma pessoa boa. Cuidou dos meus filhos, então é uma pessoa boa. Não sei se no meu caso, se eu tivesse com ele, fosse na minha situação de eu estar em cima de uma cama, eu sei que ele iria cuidar de mim, isso aí eu não tenho nem duvida. Porque o mesmo que eu to fazendo por ele, ele iria fazer por mim, porque ele é uma pessoa muito boa"

A Cuidadora 2, assumiu os cuidados de seu ex-esposo após a atual esposa dele sair de casa quando este senhor veio a sofrer um Acidente Vascular Encefálico. Os dois não moram juntos, mas a Cuidadora 2 passa quase todo o dia na casa de seu ex-esposo. À noite, sai para coletar latinhas e papelão - e vai vendê-los de madrugada - para se sustentar e também ao seu ex-esposo, visto que ele não tem nenhum tipo de renda ou benefício. Costumeiramente ela é acusada por sua equipe e pelos vizinhos de ser uma má cuidadora. Ela se justifica:

"(...) cuidar de uma pessoa pra mim é assim, então não adianta dizer, eu vou

cuidar, aí eu dou banho nele agora cedo, aí largo ele e vou embora, aí pra mim tanto faz se ele comeu depois, se ele não comeu, se ele não bebeu. Não, pra mim não vira isso, então eu cuido ou eu não cuido. Deixei de fazer muita coisa pra tá cuidando dele, deixei, mas não tem nenhum problema, tenho que Deus tenha me deixado tudo, não tem faltado nada graças a Deus (....). A esposa dele disse que ia voltar, mês que vem se Deus quiser, aí vai ficar a critério dele e dela, ela vai dar banho nele, dar comida pra ele, e eu só vou fazer os negócios de médico, só vou correr atrás das coisas, que não tem mais o que correr também, mas se precisar estar ali junto. Quer dizer, eu vou estar lá mas vou estar sempre pertinho dele (...) Continuar cuidando até o dia que Deus achar, que eu tenho fé em Deus de ver ele andando. Então é assim, pra mim vira assim, agora o resto. Agora a única coisa que eu fico chateada assim porque eu não consegui pra ele assim é o pra fazer os exercícios pra ele, as Clínicas, que o pessoal dá o endereço, a gente vai atrás, a gente não acha onde tem pra fazer fisioterapia pra ele. Então isso aí é o que eu fico mais chateada, porque a gente corre atrás e não acha, a gente sabe que é difícil, você me dá um endereço, eu vou, ligo: 'ah não tá fazendo mais', tudo bem. Porque se eu tivesse dinheiro pra pagar eu pagaria, eu já fui procurar, mas é muito caro".

A entrevistada diz que sua vida mudou depois de assumir o papel de cuidadora:

"(...) eu trabalhava na rua, com sucata. Então agora não dá pra mim ir, eu tenho que sair daqui 5 horas da manhã (...)... não é que não dá, (...) porque (...) antigamente ele não sentava, tinha que dar comida na boca. Agora não, agora ele já senta, já tudo, então tá mais fácil. Então o que mudou foi isso aí, pra igreja eu não consegui ir mais, pra congregação, porque eu vou pra igreja três vezes por semana, depois de um ano eu não consegui mais, consegui sexta feira agora em nome de Jesus, que eu precisava ouvir a palavra de Deus, então eu fui. Mas agora daqui pra frente eu já falei pra ele: 'de hoje em diante eu vou marchar, você vai ficar aí e eu vou', que eu tenho que buscar a Deus pra mim e pra você, né? Então o que mudou pra mim foi isso aí, (...) de eu fazer as coisas que eu tenho que fazer, e de eu congregar, mas (...) eu pensava, eu vou e ele fica sozinho aí. Eu tinha medo que desse alguma coisa, alguma convulsão, alguma coisa de não estar perto pra socorrer, aí depois acontecia alguma coisa, eu ia me culpar pelo resto da vida, que a gente tem mania de se culpar (...)"

A entrevistada conta que não tem com quem revezar os cuidados de seu ex-esposo pois seus filhos trabalham. Mas diz que gostaria de ajuda para cuidar dele durante o dia em tarefas como banho e transferências:

" O processo que eu queria que alguém me ajudasse a ser era durante o dia, era pra dar um banho, colocar na cadeira, que tem dia que eu tô ruim dos braços, não agüento. Aí tem essa filha, tem a K., a K. ele não aceita que dá banho nele. (...) Então eu faço isso, o processo eu faço sozinha, porque não

tem ninguém pra me ajudar de manhã, porque os meninos vão tudo trabalhar, fica eu sozinha aqui mais ele. O B. [filho] chega só meio dia, aí quando amanhece o dia todo mijado, seis horas vou dar remédio, tá todo mijado, eu não consigo trocar ele e deixar cheirando a xixi, então tem que banhar, e essa hora não tem ninguém aqui. Entendeu, esse que é o processo difícil pra mim. Mas tá dando pra relevar, que agora ele já ajuda mais um pouquinho, aí ele já suspende o corpo pra mim por a fralda que era difícil. A fralda fica mais difícil porque, por causa dos braços, porque eu tô com tendinite nos braços, tem dia que ele amanhece doente mesmo, não dá nem pra enfiar fralda. Que nem hoje, ele tá que tá, tá vendo? Aí digo assim, dona M. [referindo-se a si própria] tá gordinha, mentira, tô inchada. Já vou pra 70 quilos só de inchaço, que eu sei que é inchaço, três que tá aqui é inchaço, não é gordura não. Então é assim né. Aí minha mãe lava roupa quando eu preciso sair, minha mãe fica aqui, ai eu deixo tudo pronto aí, minha mãe vem e dá comida pra ele. O meu filho, B., chega da escola meio dia, eu venho dar comida pra ele, dar o café da tarde. Carinho... de comer não falta, pra comer tem um monte de gente pra dar comida pra ele, graças a Deus. Mas o processo difícil é só esse. Só na hora do banho, que junta os braços e a coluna, aí eu tô acabada!"

Mas, quando questionada se sua saúde era melhor antes de ser cuidadora, a entrevistada responde:

"Era e não era, porque não vou jogar também tudo pra cima dele. Antes já tinha tudo isso aqui, já tinha coluna inflamada, desviada, tenho os nervos ciáticos inflamados, então quando chega o frio assim sabe que dói mais, então quanto mais eu pego peso mais pior fica. Se eu não pegar peso eu não sofro muito, mas se eu pegar peso, minha filha! Então é assim, já tinha, isso aí já é velho, quando ele morava aqui comigo eu fiquei dois meses sem poder andar que nem uma criança, e ele que me carrega daqui pra me dar um banho no banheiro, ele me carregava nos braços que nem se carrega uma criança. Tanto ele quanto minhas duas noras (...)"

A entrevistada diz que acha melhor cuidar de homem do que de mulher, pois, em sua opinião, as mulheres são chatas e manhosas: "(...) mulher quando fica doente fica muito enjoada. homem aí, eu acho melhor homem." Ela também prefere médicos homens do que mulheres, pois diz que eles são mais delicados ao fazer os procedimentos que as mulheres, apesar de achar que atualmente a diferença entre o cuidado ofertado por homens e por mulheres é muito pequeno:

" hoje em dia tanto faz o homem quanto a mulher pra cuidar da pessoa, porque o que que você tem que ter, o amor e a paciência, você não cuida de ninguém, quer dizer chega um homem pra cuidar dele, se ele não for paciente ele não vai cuidar dele. Chegou a mulher também pra cuidar dele, se não for paciente não vai conseguir cuidar dele, aliás não vai conseguir cuidar de ninguém, porque se você não tiver paciência e o amor você não



cuida de ninguém. Foi o que Deus falou pra mim terça feira na igreja: 'continue assim com a caridade, com o amor e com a paciência que você tem dentro do seu coração!' Entendeu?. Porque quando eu quero ouvir as coisas assim, eu vou buscar na igreja, aí Deus me responde, aí eu vou fazendo tudo dar certo, entendeu? Então é assim. Tem gente que tem paciência, tem gente que não tem, que acha que assim, deu uma comidinha, jogou lá, já era, e pra mim cuidar não é assim. Mas nem que fosse um inimigo meu eu tinha coragem de maltratar, eu ia fazer melhor, eu ia cuidar melhor. Que nem eu falo pra ele, eu faço aqui pra receber lá em cima, porque aqui na terra ninguém paga nada pra ninguém, certo? Isto é lá em cima, e Ele... eu sei que Deus vai ajudar muito você, com toda certeza, e a você também. E aí eu peço pra Deus todo dia que o que eu quero é deixar ele de pé andando, que eu quero ver ele andando, entendeu? Por enquanto tá de bom tamanho, mas enquanto não faz a gente tem que ir na carruagem, que nem eu dizer, né. Mas o resto é isso aí C., pra mim como agora ela [atual esposa de seu ex-marido] vai voltar, ela diz que vai voltar no mês que vêm, aí quem vai passar a cuidar dele agora vai ser ela. Aí vamos ver, e ela também cuida bem, ela não cuida mal, ela é paciente, ela é calma, ela é paciente. Ela cuida direitinho, faz a comida, mas a parte da comida eu não sei se é ela ou se eu que vou fazer pra ele comer. Daí ele põe defeito, né, sabe como é, o bicho põe defeito em tudo! Mas o resto é o processo é esse."

Quando questionada se seu ex-esposo era agressivo antes do adoecimento, ela responde:

" Hum minha filha! Se eu for te falar, você fala assim: 'mas porque que a senhora cuida dele?'. Ó, vou começar! Nós morávamos aqui, construímos isso aqui pra morar aqui, morei com ele dez anos, entendeu? Quando não bebia, não tinha marido melhor, entendeu? Mas quando bebia minha filha! Era um tal de põe pra fora e põe pra dentro, e vai embora daqui, e saí da minha casa, quando eu chegar aqui não quero ver você aqui nem quero ver seus filhos. E sumo daqui desaparece, o que eu gastei de mudança indo pra casa de minha mãe e vindo, eu tinha comprado um carro agora... lá pra rua, bebia, enchia a cara de cachaça, chegava aqui cortava os fios da luz e deixava a gente no escuro. Era, minha filha! Pegava a mangueira, molhava tudo a casa, molhava a cama, molhava tudo. Colocava você pra fora, você pra dentro. E eu ali na paciência, eu na paciência, eu na paciência. Aí me xingava de tudo o que você possa imaginar, nem vou falar tudo, deixa, Deus me livre! Ai fui lutando. Aí meu irmão ficou doente, eu fui pro hospital ficar cuidando do meu irmão, antes de sair daqui eu conversei com ele, falei, é assim assim, assim... não, tudo bem, pode ir cuidar de seu irmão, eu fico aqui cuidando dos seus filhos. Até aí beleza, fui, eu vinha aqui pra casa a cada quinze dias, passei sete meses no hospital com ele, eu ia pra casa a cada quinze dias. Aí um dia eu cheguei, e ele (pausa) tenho um negócio pra falar com você, falei, pode falar, não hoje não dá, tá bom. Que dia você vêm aqui, sexta feira eu tô aqui, tá bom então, é que eu arrumei uma mulher e eu

vou me casar. Eu falei, tudo bem. Quando você tá com alguém no hospital você não tem a cabeça pra mais nada. Falei, tudo ok, se você acha que é assim, paciência, o que nós combinamos é outra coisa, mas se você já quer assim não posso fazer nada. Aí quando eu voltei, quando era de noite que eu tava aqui deitada no dia que eu vinha aqui pra dormir, ele ligava pra ela, prepara o churrasco, pra me fazer pouco sabe, mas eu nem com a cabeça, nem aí. E vai daqui, vai dali. E eu falei, tudo ok. Aí foi embora, foi pra lá, voltou, aí passava mais uma semana e voltou de novo aqui em casa, e ele falou assim, agora a gente vai conversar e eu vou trazer ela pra morar aqui, no caso eu ia morar aqui com ela. Aí eu falei: “como que é o negócio, pois é, pois se você se chama J. filho de alagoano, você traga aqui pra dentro, ponha ela portão pra dentro, que quando chegar eu ponho fogo em vocês dois!”. Não, eu sou logo assim, sabe, direta e reta. Mexe! Do portão pra fora você faz o que você quiser, mas aqui dentro da minha casa! Mas eu vou mostrar pra você, traga meu filho, traga que eu to indo pro hospital de noite, quarta a feira eu to aqui de novo. Não trouxe, já sabe como eu sou, eu sou boa, mas também quando eu viro a casaca! Foi embora, foi embora pro Grajaú, mudou com a mulher, trouxe ela, foi lá, buscou, morou aqui de baixo, trouxe ela, trouxe pra cá, enquanto isso eu não tenho nenhuma mágoa dela, não adianta dizer que eu não tenho. Porque ela foi enganada, ele contou uma história que não tinha nada acontecido, falou pra ela que já tava separado de mim há cinco anos, que eu morava em outro bairro diferente. (risos) Que ela podia vir que não tinha nenhum problema, então quando ela chegou aí eu não tive nem como chegar nela e xingar ela. Quando foi três dias que ela tava morando aí eu fui lá na porta da casa dela, bati, ela me recebeu, me apresentei pra ela, entrei pra dentro, tomei café mais ela e conversei a história: “Mas eu sei o que ele falou pra você lá no Grajau”, “mas dona M.!” , “sei, eu sei tudo, eu conheço ele, há dez anos que eu conheço ele, você tá conhecendo agora, eu há dez anos, eu sei quem é ele. Agora você pegou uma pessoa boa a visto do que eu peguei ele”. Ela: “ah, tudo bem”, isso aí que deu, então ele morou pra lá, ficou doente, ela veio me ligou, eu fui lá, fui pro hospital, cuidei. Então ele tá aí, cê entendeu? mas porque, porque através da bebida, porque se não fosse a bebida era uma pessoa boa. Aí bebeu tanto que o resultado da bebida ta aí agora, agora ele tá curtindo! (risos) E não morre! Mas eu não tenho magoa, não vou falar pra você que eu tenho magoa dele, não tenho magoa no meu coração, não tenho magoa dela, não tenho magoa de nada, você entendeu, porque a gente que serve a Deus não pode ter magoa no coração. O coração tem que estar limpo. Então o que vou fazer é cuidar, né, no dia que Deus achar o que fazer com ele, tiver no meu alcance eu faço. Só que não faço mais porque não tenho mais saúde pra fazer, se eu falar assim pra você, vou lutar com ele pro resto da vida, é mentira, eu vou estar mentindo pra você porque eu não tenho mais força, e eu to vendo que cada dia que passa minhas força tá ficando menos, entendeu. Então não dá, eu tenho que me tratar. Quer dizer, eu cuido dele e esqueço de mim, aí não vira. Aí caio eu na cama, ele pra um canto, eu pro outro, daí ninguém vai cuidar nem de mim nem dele. Aí fica difícil, só isso. Mas se Deus quiser vai dar certo. É o que eu falo pra ele,

como marido pra mim, a parte de marido, foi péssimo, isso eu falo pra ele e não nego pra ninguém. Agora como padraсто pra os meus filhos não tem nesse mundo um pai que faça o que ele fez com os meus filhos. Não tem, nunca deixou faltar nada, pagava, não tinha nada de miséria, era tudo de fartura, respeitador, eu podia sair pra trabalhar, passava cinco dias fora dormindo no emprego, guardava tudo aí, quando eu chegava tava tudo certinho, bonitinho, só que quando ele bebia a casaca virava. Aí a bagaceira tava feita, era só o defeito que tem, o defeito dele até hoje era só isso."

Apesar de tudo isso, a Cuidadora 2 diz que não pensa em deixar de cuidar de seu ex-marido, mesmo sentindo-se acusada por seus colegas da igreja por dar banho e vestir o marido de outra pessoa:

"(...) Não precisava mais, porque não é mais marido meu, e a Congregação não aceita, que eu me sinto acusada porque eu tô cuidando do marido dos outros, a igreja não aceita, têm que seguir a doutrina. Por isso que eu to afastada esses tempos da igreja, você entendeu, é por causa disso daí, então ela vindo tudo fica mais fácil, né? Aí a parte que tem que fazer de dar banho já não vou poder fazer, porque não adianta eu ir pra igreja chegar em casa e fazer tudo com ele, eu me sinto acusada."

Em relação ao cuidado recebido de sua equipe de saúde da família, a entrevistada diz sentir-se satisfeita, principalmente com as visitas domiciliares, e com as coletas de exame/vacinas realizadas também em domicílio. Entretanto, quando questionada se a equipe cuida mais dela ou de seu ex-marido, ela afirma:

"(...) o sr. J. tá sendo mais cuidado do que eu, mas porque eu não fui ainda lá, eu to, eu tava falando pra A.[filha], eu fiz uns exames que a V. [médica] pediu em novembro, os exames, tá tudo lá no posto pra eu saber os resultados. Já marquei duas vezes, dia 12, eu esqueci, minha cabeça tá assim que eu esqueci. Era pra ir dia 20 do mês passado, esqueci, quando eu lembrei era dia 22. Aí tava falando pra mãe, o cartão tá ali, eu tenho que ir ver o resultado dos exames. Mas graças a Deus, quando eu vi a médica do posto ela falou assim, você colheu aqui nem vi a sombra desses exames. Aí ela falou, se tiver alguma coisa dona M. a gente telefona, a gente avisa. Então eu pensei comigo, senhor não vai ter nada. Se não ligaram até agora é porque graças a Deus não é nada grave, e eu com aquela rotina do dia a dia. Mas agora eu preciso ir que eu preciso fazer o exame de papanicolau. Preciso ir que já tá bem atrasadinho. Mas é só isso, mas não é ele, é eu que to sem tempo pra ir lá, entendeu, eu que tô sem tempo. Eu me perco numa coisa aqui, numa coisa ali, quando vou ver o dia passou (...)."

Como conselhos a uma pessoa que irá casar, a Cuidadora 2 sugere:

"(...) tenha muita fé em Deus, tenha amor de verdade em seu coração, e ter

a paciência e a caridade, porque se você não tiver essas três coisas você não chega a lugar nenhum. Se você não tiver amor ao próximo, se você não tiver por você, você não tem com ninguém, primeiro você tem que ter por você pra depois ter amor pelos outros. E aprender a viver, a aceitar a pessoa como ela é, entendeu. Todo mundo tem defeitos, perfeito só é Deus, entendeu. Acho que tem que conviver com a pessoa com o defeito e com a qualidade, a qualidade que você gosta, e o defeito você tem que aturar, porque se você não aturar você não vai viver. Se você não tiver amor no coração, você não vai viver com ninguém. A caridade também é a mesma coisa, vem o respeito em primeiro lugar. Porque se você não tem respeito por ninguém você não consegue fazer nada, se não tem respeito então tanto fez como tanto faz. É o que luto com os meus filhos, tenha o respeito, tenha o amor dentro do coração de vocês e tenha a caridade. E aprenda a suportar os defeitos do outro, não tem que criticar, tem que suportar, até fazer de conta que não vê. 'Ai mãe, mas eu não tenho a paciência!', mas tem que ter porque a mãe não tinha e Deus me deu. Porque eu não era paciente como eu sou agora. Deus me deu paciência de tanto que eu convivi com ele, foi assim ó, suada, derramada, chorada, lágrimas por lágrimas, e eu não venci? Venci. Mesma coisa é amar a pessoa. É porque se não tiver não vence não minha filha, é o que eu falo pra esses jovens que estão casando hoje, (...) seja lá o que for, viva pelo defeito e pelas qualidade da pessoa, então você deixa os defeito de lado e a qualidade de canto, você vai pelo amor, você não vai só ver o defeito da pessoa. Que todo mundo tem defeito, se for pelo defeito a gente não vai viver em canto nenhum, não tem como viver com a pessoa. Aliás, com ninguém, porque todo mundo tem defeito."

Quanto ao conselho que ela daria para um "cuidador de primeira viagem", o amor e a paciência também são parte central:

"(...) . Que tenha o amor e a paciência que sabe que vai cuidar daquela pessoa, nem tudo é por dinheiro, às vezes fala eu só cuido se for por dinheiro, não, nem tudo é por dinheiro. E tem que cuidar, cuidar com amor, deixar o doente a vontade, que não adianta você ficar pressionando o doente ali, é isso aquilo outro, você agita ele, ele agita você. Aí no fim nada dá certo. Ah, quer isso aqui quer, não quer então tá bom, mais tarde você come então. Pronto acabou. Ah, não quero agora, então deixa aí meu filho, mais tarde você come então. Ah vai, já to saindo. Comigo funciona assim, aliás, pra todos que vai cuidar de alguém, note que pra cuidar de um doente não é fácil. Vêm falar que é fácil, não é. Tanto faz pago tanto faz de graça, não é fácil, entendeu. Mas aí tem que aprender a suportar né. (Interrupção). Porque todos os doentes não é fácil, as vezes eles ficam doentes, ficam agressivos, fica enjoado, hoje amanhece bem, amanhã eles estão mal, daqui a pouco eles estão sorrindo com você, aí daqui a pouco eles estão te xingando, falando um monte de besteira, aí se você for levar tudo a sério você não vai conseguir cuidar deles, entendeu. Só que eu relevo tudo. Porque assim, pra cuidar tanto faz qualquer pessoa, pra cuidar de uma pessoa doente tem que saber cuidar, se você não saber cuidar você não fica

nem meia hora junto com eles. Então é assim, aí eu fico com ele, ai você que tem que ver."

### ➤ **CUIDADORA 3**

Mulher, 76 anos, analfabeta, casada, sofreu um AVE leve há aproximadamente 2 anos. Possuía 3 filhos (2 mulheres e um homem). Cuidava de seu marido que teve um Traumatismo Crânio-Encefálico. Uma filha a auxiliava com o cuidado do marido. Cuidava de seu esposo há 60 anos. Entrevista realizada no quarto da entrevistada, próximo ao marido.

Para a entrevistada, o cuidado está relacionado à paciência e à recuperação da saúde: "Cuidar é paciência, e se puder dar tudo na mão, paciência e ajudar a recuperar uma saúde do outro."

Diz ser a única cuidadora de seu esposo mesmo este tendo família:

"(...) ele tem família, mas ninguém nunca pensou assim, ah eu vou lá passar um dia com ele pra dar um copo de água. Não, tudo das minha mãos. Agora que eu tava com a outra filha, passei uns cinco meses com ela, ela me ajudava bastante, mas era um negócio assim, tem que sair ela ia. Vai levar no médico ela levava, mas ela não tem a paciência que eu tenho. E essa outra aí [filha adotiva] parece que é duas mulher, uma dentro da outra, cuida, tem paciência, atura muita coisa. (...)

" Entrevistadora: E a senhora cuida do marido da senhora desde que idade?

Cuidadora 3: Idade de 16 anos, que a gente casou eu ia fazer 16 anos, e ele ia fazer 19. (...)Mas graças a Deus eu nunca esperei pedir as coisas e não estar nada pronto, não nunca tive esse negócio... você não quer que eu vou eu vou assim mesmo, não, nem pedir para sair (...).a minha criação de mãe foi essa, né. Isso aí foi dado pela minha mãe. (...) e nem eu pedia [pra sair de casa], não gostava mesmo."

Contando um pouca da história de como se conheceram, a Cuidadora 3 diz que conheceu seu marido com 10 anos, brincando de bonecas com a irmã dele. Seu marido tinha 14, e já chutava suas bonecas:

"(...) Aí conheceu assim, eu brincando com a irmã dele e ele chutando minhas bonecas mais a dela, passava e metia o pé nas bonecas, jogava pra lá. E aí eu fui criando assim, quando o meu cunhado pensou de a gente se casar, que esse casamento meu foi feito pelo meu cunhado, não pela minha mãe, minha mãe não queria que a gente era muito novo. Aí minha mãe me explicou, olha minha filha a vida de uma mulher casada é pior do que uma mãe de família, porque ali vêm filho, a mãe tem que cuidar direito, o marido

não pode sair sujo pela rua afora, o marido não pode passar da hora de comer, e tem que ser tudo em ordem. Graças a Deus eu aprendi isso daí e às vezes fazia as coisas até antes da hora para agradar. Só que eu acho que não agradei até hoje. Até hoje ainda não tá do agrado dele."

De acordo com a Cuidadora 3, seu esposo sofreu o TCE caindo de um telhado, trabalhando, num momento em que seus filhos eram pequenos. Como o acidente aconteceu próximo a sua casa, ela descreve como tentou curá-lo da queda utilizando álcool com ervas:

"(...) Aí tinha um álcool com erva, aí o menino veio em casa levou aquele vidro de álcool com erva e eu fui dando massagem nele, que dizem que eu não podia ter feito isso, mas eu fiz e não tô arrependida. Pegava as mãos dele, mexia com nada, aí fui dando aquela massagem com álcool com erva, dando massagem até ele respirou. Aí eu chamei ele e perguntei, que que tinha acontecido e ele falou nada, porque ele não sabe que caiu. Sabe porque eu expliquei depois. Aí naquele dia ele levantou um pouco, eu fui no pronto socorro ali em Embu, nem deram muita atenção, mandaram levar pro Vazano mas já estava fechado. Aí como já era noite, aí no outro dia fui com ele no Vazano, ele andava assim, escorando com tonteira, segurava nas paredes, segurava no... Aí levei no Vazano e eles marcavam: "vai em tal dia". E eu ia com ele. "Vêm em tal dia", e eu ia com ele. Nessas alturas eu tinha que pegar ônibus porque não tinha ninguém por perto que tinha carro. Aí depois ele ficou um tempo assim parado, aí começou a trabalhar de novo, aí eles botaram ele na caixa, aí depois que a caixa não podia mais segurar mais de um ano dispensou ele da caixa, só que ele não melhorou, esse intervalo ele não melhorou nada. Às vezes assim ele tá vendo uma coisa e me perguntava, que que é isso aí, ele não sabia de nada. Aí têm um sobrinho dele que trabalha aqui nas Clínicas, aí trouxe ele aí, passou no médico, passou na emergência, aí os médicos daí mandaram ele lá pro Beneficência Portuguesa. Depois que ele ficou internado lá no Beneficência Portuguesa ele melhorou um pouco, mas só que não melhorou a mente. O médico descobriu que ele tava com um cisto no cérebro da pancada que ele caiu. Só que isso aí minha filha, ele não tá nem aí. E tá hoje! Até aí, eu não gosto que ele sai, não gosto não, porque ele cai, tem que ter alguém perto (...)."

Diz cuidar de seu esposo por medo de perdê-lo. Sente-se sozinha no mundo sem sua mãe e sua família (quase toda falecida):

" Cuidadora 3: porque eu tenho dor de perder. Porque eu perdi o meu pai novo, a minha mãe também, quer dizer a única defesa que eu tenho para mim agora é ele, mesmo do jeito que é, que tá.

Entrevistadora: a senhora não se sente forte pra se defender sozinha?

Cuidadora 3: Não. Às vezes fala um monte de abobrinha, fica lá, um

intervalo pra mim, aí eu chamo a atenção e converso numa boa. Mas...a gente, como diz, é a única companhia que a gente tem do lado da gente dia e noite, é a única companhia. Filhos, graças a Deus meus filhos não são mal pra mim nem pra ele, mas cada um tem a sua vida, eu quero mais é que eles vivam a vida deles. Meu filho passou o domingo passado, passou o dia todo aqui comigo. Mas aí, foi pra casa, não voltou e nem ligou pra ver como é que eu tava, mas não deu pra vir."

Para a entrevistada, as mulheres cuidam melhor do que os homens:

" A mulher é mais calma, tem mais paciência, tem mais critério pra cuidar, dar as coisas na hora certa, homem não, se viveu tá bem, se não viveu pra ele é a mesma coisa!"

Quando questionada sobre que tipo de ajuda gostaria de ter no cuidado de seu esposo, responde:

" Olha, não me sinto bem de ficar com a roupa de um dia pra outro, não me sinto bem de dormir numa cama com o lençol de ontem e dormir hoje. Então tudo isso pra mim é problema. (...)pro serviço da casa, né, às vezes assim, o remédio dele é feito nas Clínicas e eu ficou o dia inteiro na fila daquela farmácia pra pegar medicamento pra ele, porque as receitas dele vem na minha mão, então aí às vezes tem um tempo que eu tava lá no Embu, teve um primo meu que passas dias assim com a gente, aí ele ia nas Clínicas e pegava. A A. tem o cargo dela [filha] aí, tenho dó de botar ela pra ficar o dia todo (...) quando a gente tem a pensãozinha da gente aí eu chego e entrego na mão da menina, 'Ó minha filha, se precisar!'.

Diz aprovar as visitas domiciliares de sua equipe de saúde da família:

"(...) eles estão ajudando muito bem, graças a Deus, porque olha, você fica num lugar sem nenhuma visita, você não fica bem, a gente não tá vivendo sem uma visita. E sempre que esse pessoal vêm, vem os médicos porque olha, eu me sinto muito feliz. Eu falei pra ele, é só respeitar a ordem dos médicos que a gente fica bom, que ele gosta de fumar. E eu não gosto, nunca fumei na vida. Aí ontem eu brinquei com ele, o J. [neto] Veio me dar uma comida falei assim, agora um copo de caipirinha desse tamanho! [risos]."

A entrevistada diz que sua saúde mudou depois que começou a cuidar de seu esposo:

" mudou, aí invés de eu cuidar de mim eu que ficava, um dia o seu J. Falou pra mim, de lá do Embu: 'você cuida dos outros e deixa você, você tá de um jeito que você vai morrer e seu marido vai ficar!', eu falei: 'ah tem muita gatinha por aí, ele arruma outra!'. Não porque às vezes C., eu quase perco

de me alimentar, eu quase perco o sono, vendo ele gemendo do meu lado sem fazer nada, eu perco o sono. Não tenho vontade de me alimentar, eu ainda fazendo as coisas, tudo bem, eu não almoço, meu almoço ser de cinco horas em diante. Aí então justamente isso tudo acaba com a gente. Mas eu sempre pedindo a Deus, pra Deus não deixar ele ficar doente na cama, porque eu acho assim, às vezes as pessoas tem medo de morrer, porque eu não quero morrer, mas olha, se for pra eu ficar doente, em cima de uma cama, com meus filhos sem poder dar jeito, Deus me libera! Eu não tenho, não tenho isso não. Eu peço a Deus a liberação, como diz descansar, que meus filhos é quem tá me ajudando, cuidando."

Ela diz que quando cobre seu marido do cumprimento de orientações médicas, como o uso do cigarro, por exemplo, seu marido é agressivo com ela, mas ela acha que isso é uma coisa de homens em geral, não de seu marido:

" eu acho que é todos, eu penso que é todos. Um tempo ele bebia, aí eu gritei com ele assim, tu não para de beber não, você tá pensando que se tu beber eu vou ficar chorando, botar vestido preto não, eu vou no velório e arrumo outro, a cara não nega. (risos) Mas tudo eu falo as minhas bobagens por esporte, coisa que eu nunca pensei em fazer na vida, aí ele falou: "a cara não nega!", continua bebendo pra você ver, você vai ver, no seu velório vou arrumar outro. E ele falou: "você vai ver, não sei o que, e eu vejo não sei o que!". (...)podia ser diferente, porque eu falo assim, eu já fui nova, não é agora que eu tô doente, eu já fui nova, já trabalhei, então eu penso assim, não podia os dois ser igual? Podia ser os dois igual que um dava a vida pro outro. Mas não, quando eu tentei tudo pra superar, não tenho nada pra superar, o negócio dele é falar muito, e coisas que nem deve falar, né, eu já não gosto. Eu penso no que eu falo, penso muito no que vou fazer graças a Deus. (...)sempre, em 61 anos foi sempre assim. Só que eu nunca dei confiança, que em primeiro lugar a única pessoa que eu amei na vida foi ele. Né, então eu achava que um dia esquecia, um dia ele esquecia, tem coisas cada vez mais perto, vai ferindo mais."

Quando questionada sobre qual conselho deixaria para as mulheres que estão casando agora, ela diz:

" pra elas ver bem antes, né, ver bem que nem todos têm a mesma idéia, a mesma paciência, às vezes têm muitos que tá parando com uma mão aqui e outra ali, saiu ali já esqueceu que ela tá lá lavando a roupa dele, lavando a meia dele. Eu gostaria que todas vigiassem primeiro, porque a gente quando casa a gente assume uma vida, além da gente e do companheiro, a gente assume. Tem pessoas que, olha, eu tenho visto pessoas casar com três meses tá separado do outro porque não agüentou. Um dia desses eu vi uma entrevista no programa da Luciana Gimenez, você sabe, a moça largou o rapaz com três meses de casado porque o rapaz não tomava a banho. (risos) (...)Que eu jamais acho que isso é problema, que um suporta o outro,



um tem que suportar o outro pra viver mais tempo, pra agradar mais a Deus, porque a gente jura, põe a mão lá naquela bíblia e fala que só a morte nos separa, depois a gente mesmo casa sem jeito de se separar, um vai pra um canto outro vai pro outro, de repente a mulher pode até ver o homem na calçada, jogado na calçada, ou o homem ver a mulher jogada na calçada, isso aí é que é sofrimento, isso aí é sofrimento pra quem passa por isso.

Entrevistadora: então a senhora não acha que separar é resolver as coisas?

Cuidadora 3: eu acho que não, separação não resolve, complica mais. Complica mais, às vezes eu vejo muitas mulheres: 'ah meu ex-marido...', que ex marido!? Daquele dia que você assumiu um compromisso com Deus você têm que suportar pelo menos um pouco. Aí acham que eu sou cafona, mas eu vejo assim, porque é muito decente. (...)

Entrevistadora: A senhora têm algum recado pra essas moças que também tão casando agora e o marido é bastante agressivo?

Cuidadora 3: tem, elas fingir que não estão escutando ele falar muito, fingir que não estão escutando porque depois eles mesmo ficam sem graça e volta numa boa.

Entrevistadora: e se elas chegarem brigando, retrucando é pior?

Cuidadora 3: é pior, é pior, você sabe como eu aprendi essa mensagem? Com meu padre, ele explicando na igreja que quando um fala o outro se cala, porque a troca de conversa só ofende, não supera nada, só ofende, o outro têm que encher a boca de água. A gente achou graça na época, mas hoje eu vejo que tudo é certo.

Entrevistadora: e isso funcionou na vida da senhora?

Cuidadora 3: funcionou na minha vida, foi antes de casar eu escutei."

Voltando para o assunto da UBS, a entrevistadora diz que os funcionários da UBS necessitam de mais apoio para cuidar melhor:

" Eu acho que os médicos e enfermeiros merecem mais apoio, porque têm uns que vai, chega lá não dá certo o que eles quer, sai, né? E eu acho que eles merecem muito respeito, muito apoio, porque pra isso eles gastô sem nem podia muita coisa, gastou pra ser o que eles são hoje em dia. Que é o que eu explico pros meus netos, oh os médicos, a gente têm muito o que respeitar porque nem todo pai, toda mãe põe a mão na gente como os médico põe. (...)".

## ➤ **CUIDADORA 6**

Mulher, 61 anos, cursou o primeiro grau, casada. Tinha 3 filhos (2 mulheres e 1 homem que moram em outra cidade). Cuidava de seu marido há 16 anos, por conta de Mal de Parkinson. Não dividia os cuidados de seu esposo com ninguém. Entrevista realizada na sala do apartamento da entrevistada, próximo ao marido.

Para a entrevistada, cuidar é "(...) cuidar de tudo, levar no médico, né, e cuidar em casa também".

Segundo ela, sua vida mudou depois que assumiu o papel de cuidadora de seu esposo porque antes não tinha a responsabilidade de ter que cuidar de alguém:

" Então, antes eu não tinha tanta preocupação, eu tinha mais liberdade, mais tempo de cuidar até de mim mesma, né. Quanto também até mesmo da casa, porque hoje tem vez, que hoje mesmo eu tava comentando, eu não, não dá tempo de eu cuidar da casa, às vezes, só dá quando eu paro aqui, que eu não vou sair, mas se eu tenho que sair, às vezes eu chego cansada e não tem como mais. Por que? Porque ele não pode fazer nada e antes ele fazia, até mesmo em casa ele fazia, quando ele podia. E essa a maior dificuldade que, pra mim, eu acho, que é pior, (...) ficou mais difícil assim."

Quando questionada de porquê cuida de seu marido, responde:

" primeiro porque quando a gente casa, é um para o outro, tem que cuidar o marido da mulher e a mulher do marido, né? E depois como ser humano, a gente não pode deixar as pessoas. Só."

O marido interrompe a entrevista o tempo todo resmungando, tentando dar sua opinião sobre o assunto. A entrevistada pede para interromper a gravação e segue em direção ao mesmo para ouvi-lo. Depois pede para prosseguir. Quando questiono se faço uma entrevista com ele e com ela, ela diz que este é o seu momento de falar, não o dele, e que ela preferia exclusividade. Assim, as falas do esposo não foram gravadas ou transcritas.

Para a entrevistada, as mulheres cuidam melhor que os homens:

" Disso eu tenho certeza que é mulher, porque até o S. [seu marido] já sabe disso. Se, se fosse eu no caso, no lugar dele, ele podia até cuidar, mas não igual eu, com certeza. Porque os homens, eles não são, eles são todos assim. Então eu acho que a mulher cuida bem melhor de que o marido, a mulher é mais mole, tem mais compaixão e eles não. Eles acham que eles tão perdendo tempo ali e a gente não, a gente não tem a liberdade que eles têm lá fora, a gente não tem coragem e eles tem. (...)a vida é diferente, pra eles que não tá doente, 'eu vou lá, namorar', não é não? 'Vou aproveitar o tempo', eles não é como a gente que é controlada, eles não se controla, então é assim. (...) Um pouco da criação vem [as escolhas do marido]

também e outra coisa também, um pouco da, como que eu vou falar mesmo, aprendizado, vamos dizer assim. O aprendizado assim, para com deus, não aqui no mundo, né, para com deus, porque, tipo, nós, nós ajuda outras pessoas, às vezes a gente vai ver que uma pessoa tá precisando de ajuda, a gente não tem coragem de não ajudar, a gente ajuda. Aquela pessoa, talvez, não vai ajudar a gente, mas a gente vai receber uma ajuda da parte de deus. Aqui ou lá, mas a gente vai receber, vai ser abençoado e eles não pensa assim, é um pouco disso que falta neles também. Porque também hoje eu tenho meu filho e ele casou, ele tá casado, eu tenho certeza que com o que ele aprendeu, ele faz a mesma coisa de mim com a esposa dele. (...)Ele cuida. Ele e outros igual a ele, porque não é também só ele. Ele é uma pessoa religiosa, ele aprendeu da bíblia, aprendeu de deus, então ele sabe que quando diz assim ó, tá lá em gênesis, 2 e 24: ' Você tornou uma só carne ', não é não? E quando casa você tornou uma só carne, você gostaria de ser maltratado? (...) Não, e ela também não. Então é isso que é bom hoje em dia, que as pessoas pudessem todo mundo aprender isso, seria muito bom (...).Ele [marido] também agora, ele mudou já bastante. Porque, que nem meus pais diziam, 'quando você (...) leva uma lição, você aprende mais'. Aprendeu um pouco de uma lição mais, porque antes era pior. E pelo que eu conheço ele, é isso que eu te falei, eu tenho certeza que ele não taria fazendo o que eu tô, ele sabe disso."

Quando questionada sobre qual ajuda gostaria de ter para cuidar de seu esposo, responde que gostaria de alguém que cuidasse dele enquanto ela sai de casa:

"(...) eu vou sair, tem alguém pra ficar aqui em casa? Pra ajudar ele a tomar um banho? Se você chegar tarde que nem eu chego ou fazer um almoço aí, quando eu chegasse não tinha o trabalho de eu tá indo fazer, no caso, comida ou deixar pronto que nem eu tenho que deixar. Então se tivesse uma pessoa pra ajudar seria bom. Ou se eu tenho filhos, tenho parentes que às vezes eu tenho vontade de visitar e não posso, porque eu não posso ir e voltar no mesmo dia, aí eu só posso fazer uma viagem de bate e volta só e olhe lá, ainda vou preocupada. E se tivesse uma pessoa pra ajudar, então ficava aqui e eu dizia, 'não, agora eu vou, vou voltar com dois dias, com três dias porque tem alguém pra ficar em casa'. (...) tipo, eu vou lá resolver as coisas, tem vez que eu saio o dia inteiro, às vezes o L. [ACS] vem aqui, eles vem aqui, eu não tô aqui, por que? Eu tenho que resolver as coisas, é eu aqui, só."

Diz que o atendimento que recebe da UBS deixa a desejar, pois não atende às suas necessidades, apesar de dizer que a UBS supre as necessidades de seu marido:

"(...) Não, tem coisas que eles não têm. Eu preciso, (...) como já precisei e eu tive que fazer, faço as coisas fora, faço exame fora, que nem já comentei até com L. [ACS], dra. M, o que eu queria fazer, não tem. O posto, ele ajuda,

mas não é aquela coisa assim, dizer assim 'eu tenho tudo aí', não tem, agora no caso deles, (...) eu agradeço muito porque eu não posso transportar ele pra levar e trazer. Lá em Carapicuíba tinha que pagar aqui, foi uma bênção maior, por que? Porque eles vem aqui, tem o médico, tem as menina que é enfermeira, vem todo mundo aqui ver, ver como, faz teste de diabete, faz tudo, né e eu não levo, nessa parte aí, pra mim, é ótimo, agora...(marido fala ao fundo). Só que eu sinto falta disso, que tem alguma coisa que eu não tenho aí pra mim, seria mais perto. mas você sabe que eu não me preocupo, eu prefiro que tenha pra ele, porque pra mim é pior levar ele. Eu não, eu ando, eu vou, né, e ele não, eu posso ir atrás, aonde der pra mim eu vou. (...) o problema dele agora, não foi só um médico que falou, foi vários médicos, estacionou. Por isso que eu não faço mais o tratamento dele, ele só tem controle médico, que é deles aí. Só que as outras coisas, que nem fisioterapia e tal, não adianta mais, (...) mais de um médico já tinha dito, chegou na AACD, os médicos acabou de falar. (...) o dr. F disse pra mim: 'ó, você só faz fisioterapia nele se a senhora quiser, pra não deixar ele ficar tão parado, mas que vai adiantar, não vai'. Ele disse assim 'vamos dizer assim, é uma perda de tempo' em termos, quer dizer, não é que não tem que cuidar, entendeu, mas é uma perda de tempo se for gastar dinheiro pra levar e trazer, porque não vai adiantar. (...)Ele tem uma parte da cabeça dele que tá praticamente morta, então ele não tem mais ânimo pra andar (...)"

Para a cuidadora, é necessário melhorar nas UBS:

"Principalmente nos posto de saúde, eu melhoraria o atendimento médico, colocava mais médico, que é poucos, especialista, porque precisa, quando a gente precisa de um exame que é de especialista, a gente não tem. Pra quê? Pra eles poder cuidar melhor, porque não tem mesmo, quando eles, outra coisa, onde a gente vai, que nem os posto, sabe, a gente fica quase um ano esperando e quando vai, vai lá pra São Paulo, lá pro outro lado do mundo, então esse problema da saúde aí, se eu fosse prefeita, é o que mais precisava melhorar (...).dentista também a gente não encontra, tudo isso. Ele mesmo, ele precisa de tratar os dentes aí, eu não, eu falei pra dra. M, ela falou 'quer que eu peça?', mas eu nem vou pensar nisso porque eu sei que vai sair longe demais, sem condições, não vai, então tudo isso precisa. Que nem fisioterapia, que não tem dentro do posto, daqui também não tem, Você falou fisioterapeuta, como mesmo você é?"

C - Terapeuta ocupacional.

Cuidadora 6 - Isso, ele já passou nela na AACD. Entendeu? Também, tudo esses tipo de pessoas pra trabalhar, precisava de ter perto da gente, próxima da gente, porque o posto já é pra pessoas carente, a gente não tem como tá pagando convênio nem tampouco indo pra bem longe e além de tudo não sai, não tem vaga pra nada. Então, o lugar que tem mais disso é a AACD somente aqui, que eu vejo e pra entrar na AACD não é fácil, ele entrou porque foi outro fisioterapeuta que mandou, além de tudo ele teve

muita sorte, o pessoal tudo dia, saiu em dois meses o pedido dele. (...) Ou então se não tivesse, como já tem a AACD, tivesse assim, um canal pra que a gente chegasse mais fácil lá, porque eu não vou chegar na AACD e falar 'tô precisando de entrar aqui' e entrar, não é? Então só vou mandando, então precisava de pelo menos isso ter como a gente, eles manda e a gente conseguir entrar, pra essas coisas."

Como conselho para um cuidador de "primeira viagem", a entrevistada diz:

" É, primeiro tinha que ter muita força de vontade, porque precisa, segundo paciência e a gente não tem. No início eu não tinha, a gente tem que acatar paciência, porque no início a gente se desespera, então, precisa de ter muita força de vontade, aprender com os outros também porque eu aprendi e também o que, e também esforço e (...) fé em deus, porque se não tiver, é o que mais precisa também, você se desmonta todinha na hora que acontece uma coisa dessas dentro de casa, né? Então você acha que foi o fim do mundo, que nem, eu achei, achava mesmo, hoje eu sou outra pessoa, você me olha outra pessoa, mas naquele tempo, ixi, eu quase caí em depressão, caí até, a médico precisei de ir e a médica me disse pra mim 'você não tem um radinho?, vou te dar um remédio', me deu o remedinho, ela me deu mesmo, o comprimido, a cartela, 'começa a tomar, te dou a receita, quando acabar esse você vem aqui pegar mais', chega lá 'que que você faz em casa passou da hora que você tá cuidando dele, que é que você tá fazendo?' e eu não topava nem ânimo pra fazer nada mais, ela disse assim 'então, vamos fazer assim, toma o remédio, depois que você tomar o remédio você vai se acalmar, com certeza, aí talvez você vai costurar, coloca um radinho, um fone na orelha e começa a costurar, faz o seu trabalho, porque senão quem vai morrer é você'. Eu, magina, naquele tempo eu nunca tinha passado por isso, pra mim não sabia nem de que ela tava falando direito, eu não sabia 'que que significa depressão?', aí fui e nunca esqueci disso, isso me ajudou muito, aí eu fui lidando com pessoas também que tava passando por coisas pior do que eu e aí nos hospitais, nos médicos, nos posto de saúde, chegava tanta coisa e eu fazia questão até de perguntar à pessoa 'por que ele tá assim? como que você faz?' e a pessoa dizia. E aí aquelas senhora que tava acostumada também dizia pra mim ' ih, minha filha, você pede bem força pra deus porque não é fácil, mas você vai conseguir'. E o conselho que eu dou é esse, que a pessoa tem que ter esforço, fé e paciência e não só uma, não é no começo que tem que ter paciência, quando você vai, o tempo vai passando, você vai adquirindo, porque no começo não tem não, inda mais quando é alguém que não te trata bem, com carinho. Que te tratou mal o casamento todo. E aí, às vezes você perde [a paciência] e às vezes você para e torna a pegar paciência no caso e tem pessoas que fala assim pra mim, já falaram muito 'faz de conta que você não tá aí', deixa, dependendo do que fala, você não ouviu, não falou, não dá atenção, porque também não é uma coisa só não, é tudo, então nada tá certo, pra ele, no caso, então não dá atenção, faz de conta que não tá vendo, não é verdade? É, pergunto que é, é isso é verdade, mas não é, eu já ouvi isso até deles aqui, 'deixa, deixa',

não é não? Então eu aprendi muito isso também, aprendi, até esses tudo os médico também, que eles me diziam 'é assim mesmo, tem paciência, faz assim, faz assado, tal, quando não concordar, concorda, mas tá vendo que não é', então é assim. (...) e a gente tem que ir aprendendo muito com os outros e na AACD também eu aprendi muito na AACD, eu vi tanta coisa, que eu dizia 'meu deus, o meu é pouco', porque lá vai tanto, meu deus, horrores, (...) então o meu é o melhor. (...)A pessoa tem que saber muito lidar e aprender muito com os outros e com os médicos aprende também, aprende muito com esses conselho aí, se você for passar pros outros, pode passar porque é verdade. (...)E eu era muito, é, menina, foi um baque, porque todo mundo bem, né, daqui a pouco, ele trabalhando, daqui a pouco acontece tudo isso, eu nunca tinha passado por um negócio desse, não. Então pra mim foi um baque muito grande que foi difícil pra mim acatar no começo, só que aí foi devagarzinho até que hoje, melhorou. Ainda não, ainda dá um pouco de pânico, vamos dizer assim, mas dá pra suportar, porque aí a gente aprende a fazer que nem os médicos falavam 'suporta, sai, abre a porta, vai pra fora, distrai, bota uma música', hum, ainda me esqueci dessa, dra. M. também fala 'coloca uma música, canta, canta junto' e hoje eu faço isso, eu coloco quando eu tô sozinha aqui, que agora eles tão aqui, tá doente, tô com tanto problema que eu briguei com o L. [ACS] ontem, briguei hoje também, ele já sabe que eu sou assim, eu sou assim, viu. Então, mas é muito bom desabafar, às vezes tô aqui sozinha mais ele, eu coloco Roberto Carlos, que diz que é antigo, mas a gente gosta dele porque foi no começo da, como é que fala, na jovem guarda a gente tava tudo jovem, né, aí eu coloco Roberto Carlos, coloco Amado Batista, colo não sei o que, aí eu canto junto, eu danço junto, que nem ela disse 'dança, dança', dra. M. 'dança junto, dança junto, sozinha' e tá aí, canta, gosto muito, coloco Fernando Mendes que eu gosto, vocês não que vocês são jovens, agente é velho, então canto junto e tal. Aí a minha filha de lá, não essa J., a outra, ela acha muito bonito, ela diz que ela 'ah, deixa a mãe ouvir as músicas que ela gosta, tão bom, pelo menos ela distrai se ela cantar', 'deixa ela ouvir a música dela, o que é que tem?', a N. [outra filha] falava a mesma coisa, lógico, ela gostava, gosta, então deixa. Então é isso que eu faço, eu me distraio muito e me ajuda, aí depois daquilo, quando eu vou sair, às vezes eu tô limpando a casa e faço isso, coloco o cd da bíblia, o L. conhece, já falei pra ele, já dei pra ele até, coloco dvd da bíblia também, leio a bíblia, tô fazendo serviço, tô lendo a bíblia, então eu tô ouvindo, aprendi porque eu também não sabia, isso ajudou muito também e pronto. Os meus filhos, que me dão força, bastante todos eles porque a menor que tinha, quando ele ficou doente, ela tinha sete anos e os dois eram maior, eles também eram uns meninos bons, graças a deus, então eles me davam bastante força e dá até hoje, então isso me ajudou muito."

Sobre o conselho para uma pessoa que está casando, ela diz ter "um montão" de conselhos, pois tem 36 anos de casada. Mas o principal é pensar n'aquilo que se quer:

"(...) primeira coisa, tem que pensar se é aquilo mesmo que você quer, porque casamento é responsabilidade, muito grande. (...) outra coisa, arranjar um cônjuge, quer dizer, um namorado, que vai virar marido, que ele seja compreensivo e compartilhe as coisas junto com ela e ela, ela com ele e ela com ele e também, quer dizer, divide as coisas assim, opiniões iguais, que dizer, não pode ser iguais, cada um com uma opinião diferente, mas que um concorde com o outro nas coisas que seja conversado e que faça isso assim, porque isso depende muito de amor e de compreensão, não é? E porque um tem que ser um pelo outro, não é, um tem que ser um pelo outro, então é esse o conselho e também assim, esteja disposto, aí dizer assim 'eu vou casar, é isso que eu quero? é, nós vamos se casar', mas um tem que ser, como é que se fala, vamos dizer assim, 'estou pronta pro que der e vier', o que der e vier é isso que eu tô passando, porque você não vai querer o seu marido, seu esposo somente pra enquanto ele tiver bem, bom de saúde e ele também com você, enquanto a esposa tiver com saúde, uma hora ficou doente ' agora vou abandonar ela', não é assim, porque isso não funciona, então, porque como deus, você sabe muito bem que deus, não sei que você já leu a bíblia ou lê, mas seu quiser pode ler que você encontra. Deus, na bíblia tá falando que quando o marido, quando a Eva, quando nós se casa, a gente se torna uma só carne, agora não é mais dois, não é mais um, é dois, no caso, né, é dois. O que que acontece, quer dizer, não é mais dois, é só um, to querendo dizer, virou só um, porque é uma só carne, né, que é que acontece, o que é que você passa de ruim, que você quer que o seu esposo passe? É ruim pra você? É. Porque que é bom pra ele, é ruim pra você e é bom pra ele? Não é. E é vice e versa, igual ele com você também, se uma coisa é ruim pra ele, porque ele tem que fazer com você? Não, ele tem que fazer, tem que ser igual, você tá sofrendo, vamos sofrer junto, é assim. Se nós tamo de boa, vamos ficar de boa, se tá sofrendo os dois, vamo ficar ass..vamos sofrer junto e também quando ele cair na doença ou ela, cuidar um do outro e ponto. (...)e hoje em dia eu conheço muita gente que as esposa ficou doente ou ele e eles tão cuidando igual, nao é só eu a primeira que tô cuidando, muita gente cuida e até hoje os que desprezou também, tem muita gente que despreza, não tá nem aí, principalmente quando não conhece nada de deus, nada da bíblia, acha que eles pode tudo, deixa aí, a família cuida, não tem mais nada de família cuidar, não, por que é que eu tô aqui, que nem você me perguntou, a nossa família não cuida dele, não, principalmente a dele, os irmãos dele, se eu te falar que agora vai fazer em setembro, vai fazer dois anos que eu me mudei praqui, o irmão dele tem dois anos que viu ele, mora ali ó, em Carapicuíba, irmão dele. Eu vou lá, passo na casa dele, converso com ele e falo pra ele 'você não vai ver seu irmão, não?' e aí ele ri e diz 'eu vou, uma hora eu vou lá', magina, espera sentado. E tá aí, isso é família? Família cuida? Não. Agora vou te falar uma coisa também, eles tem uma irmã, vixe, acho que tem uns quatro anos ou três que viu ele, acho que três ano, foi antes de a gente sair de lá. Tem uma metade que mora na Bahia, da Bahia ainda menos mal que mora longe, mas daqui, os daqui não vem, nem faz nada. Até que quando ele ficou doente lá, eles

deu uma forcinha. (...) uma vez chegou a pagar algumas vezes, gasolina pra levar ele, mas isso aí é obrigação, porque é família (...). Tá, agora você sabe como que eles cuida, de repente dele? Deus o livre e guarde, que já aconteceu, se eu sair, deus o livre que isso não aconteça, porque eu já saio, chego meia preocupada, quando eu abro a porta digo 'graças a deus tá tudo bem' porque já aconteceu ele cair. Se ele cair aqui e ele se arrebentar, tipo, caiu, ficou no chão, bateu a cabeça, ou até desmaiar, (...) oxi, aí quando dá a notícia, eles vão vim querer saber como aquilo aconteceu, (...) 'ele estava com quem, você tava aonde? você tava sozinha' e o pior que eles não pergunta pra mim, eles pergunta pros outros 'aonde ela tava? ela tava em casa? quem presenciou, quem sabe por que, como foi que isso aconteceu?' É de repente, em 2006 eu fui pra Vargem Grande, na assembléia, quando eu cheguei em casa e essa minha outra filha casada, ela tava em casa, que morava ali em cima da minha casa e eu embaixo, aí ele ficou e ele caiu, ele foi tomar banho, (...) deu uma tontura no banheiro e caiu no banheiro, era umas três horas da tarde, (...) a porta da frente tava fechada e ela [filha] na casa dela, ela disse que tava no sofá assistindo televisão e ele começou a gritar e ela não ouviu logo. (...) o rapaz veio e pulou pela janela, ele tava no banheiro, sem roupa, tinha caído, (...) pegaram, colocaram lá na cama e ele tava mal, porque tinha ficado no chão do tempo chamando, chamando e também por causa do diabete que ele tava ruim. (...) tinha uns vizinho na frente que tinha um carro e levou pro hospital em Osasco, internou. (...) Aí, oxi, no outro dia, eu fiquei lá no hospital de noite, quando foi no outro dia que (...) eu vim em casa, torna a voltar, que ele se internou, encontrei a irmã dele, aí a irmã dele falou 'como foi que ele caiu? Como é que aconteceu?' eu falei 'ele caiu no banheiro, por que?', 'por que ele caiu? como?', eu falei 'ah, eu não sei, não tava em casa', 'ah, você não tava em casa?', ela sabia que eu não tava em casa, eu disse, 'não, não tava não, tava na assembléia', que ela sabe que ela também é testemunha de Jeová, 'ah é? você não tava com ele?', 'não tava não', ela disse assim 'ah tá, é verdade que ele quebrou a cabeça? por que eu fiquei sabendo que a cabeça dele abriu', aí eu falei 'quem te falou?', (...) eu falei pra ela 'sabe de uma coisa? vai lá no hospital e olha se a cabeça dele tá quebrada, ele tá lá, vai lá' e subi porque eu já tava nervosa com ele no hospital e aí vem falar isso, aí eu fui pra casa, aí ela ficou meio assim, né, tá, passou. Aí ficou todo mundo perguntando, aí a sobrinha dele veio e falou que ele tinha quebrado a cabeça, foi todo mundo. (...) Pronto, é assim que eles aparecem, de repente eles aparecem pra cobrar, condenar, entendeu, pra condenar, é isso, a família é assim, to..a maioria das família são assim (...)"

Esta era uma das duas mulheres que as equipes sabiam que sofria violência perpetrada por parceiro íntimo.

### ➤ **CUIDADORA 8**

Mulher, 66 anos, cursou o primeiro grau, casada. Tinha 3 filhos homens. Cuidava de seu marido há aproximadamente dois anos e meio, por conta de



Mal de Alzheimer. Não dividia os cuidados de seu esposo com ninguém. Entrevista realizada na sala do apartamento da entrevistada, próximo ao marido.

A cuidadora 8 acha fácil cuidar, pois a doença de seu marido ainda está um estágio inicial:

" a doença dele ainda está, assim, num estágio leve, então não é difícil, não. Apesar de ter horas que eu fico nervosa com ele porque, você sabe que, a doença mesmo é muito agressivo, coisas que ele não falava, ele fala, você fica nervosa, mas não é difícil, não. É até que leve pra cuidar. (...) Mas que ele tá assim, precisa ficar atrás, forçando pra comer, porque ele não quer comer também que ele não quer comer é um ano. "

Cuidar de seu esposo mudou a sua vida para realizar atividades externas à casa:

"(...) porque antigamente ele saía pra trabalhar, eu saía também, ia fazer visitas, ia à casa de parentes, né. Agora já é mais difícil pra deixar, às vezes até deixo ele sozinho, porque, às vezes, se eu levo, ele fica nervoso nos lugares, ele não gosta de enfrentar fila de banco, ele não gosta de ficar andando no supermercado que ele fala que eu ando muito, então isso que mudou, né, minha rotina, mas o resto a gente vai indo. (...)"

Para a entrevistada, a esposa tem por obrigação cuidar:

"É a obrigação de esposa cuidar, você tem que ter amor, né, não pode abandonar. Vai abandonar, vai deixar sem uma ajuda? Precisa ajudar. Eu falei, até quando eu puder, que der pra eu ajudar, porque eu também tenho limitações, né, então a gente vai. Diz que só marido, mulher que tem que cuidar. O marido, se tiver condições também, ele cuida. Eu acho que, maioria das vezes, as coisas que eu vejo pela televisão, assim que passam, tem homens também que cuidam bem da mulher."

Na opinião da entrevistada, as mulheres são melhores cuidadoras porque tem mais paciência, porque são mães:

" a mulher tem mais paciência, né, ela é mais, por ser mãe, então parece que ela age, assim, como uma mãe (riu). Por isso, mas tem homem também, eu procuro ver muito as coisas, sabe, filme, (...) fui fazer, fui assistir uma palestra no SESC, também, sobre Alzheimer, então, tem que se interessar, né, tem que ir atrás pra ver também o que que é pra gente. (...), a pessoa, no estágio que ele tá, ele pergunta as coisas muitas vezes, muitas vezes, você tem que responder, se você não responde ele fica muito nervoso aí ele começa a xingar. Então você assistindo filmes ou médicos falando, aí você já sabe o que é normal da doença, então você sabe. Tem hora que faço que

eu não ouço, sabe, fico quieta, mas daí ele grita ' você não tá ouvindo o que eu tô falando?', ' estou, o que você quer?'. (...)Então, ele vai na sala e pergunta 'que dia é hoje?', tal dia, aí ele vai pro quarto, senta na cama, daqui a pouco ele levanta 'N., que dia é hoje?'. Então você, é um, por isso que falam, é a doença da família, você tem que ter muita paciência, muita paciência. Por isso que tem muitos filhos que não tem paciência, não cuida, interna. (...)enquanto eu tiver força, eu vou cuidando,né, e depois? Meu filho fala, mãe, acho é difícil, aí a gente arranja uma pessoa pra ajudar a senhora, porque aí vai ter que tomar, dar banho, não é, e eles não gostam de tomar banho, é um..olha, pra ele não tomar banho, eu sou autoritária, eu sou metida! (...)"

De acordo com a Cuidadora 8, sua saúde piorou depois que começou a cuidar de seu esposo:

"Porque como eu tenho diabetes e ela, ela fica assim, né, ela tem altos e baixos, então você fica nervosa, né, fico nervosa e a psoríase também porque é emocional. Então é como meu filho fala 'mãe, não liga, mãe, a senhora sabe que', mas você sabe que você sente, ele fala coisas que a gente, que eu não mereço, da cabeça dele, mas é a doença, então eu fico nervosa que só, então piorou(...) por causa do nervoso. "

Em relação ao tipo de ajuda que necessita, a entrevistada diz que gostaria de que alguém ficasse com ele para que ela pudesse sair de casa duas ou três vezes por semana:

"(...) eu não vou poder mesmo deixá-lo sozinho. Teve outro que dia eu deixei, ele faz arte igual criança, então tem que desligar microondas, eu deixei o forno elétrico, quase que ele pôs fogo no apartamento, então, é, eles não sabem, né, não sabem, fazem, assim, ele virou o botãozinho, tava ligado na tomada, tinha comida lá dentro, pegou, quase que pegou fogo e eu não estava. Cheguei, tava, entrei no hall, cheiro de queimado, entrei no elevador, cheiro de queimado, no meu andar, falei, gente, vizinho, aqui meu vizinho, quando eu abri a porta o cheiro de queimado veio me encontrar e ele deitado, podia morrer com a fumaça. Então ia ficar se tivesse alguém, no meu caso é filho homem, filho homem não vai ajudar, nora também não, se tivesse uma filha mulher, talvez (...).futuramente, a gente vai ter que resolver esse problema, senão eu não vou poder sair, né, não vou poder fazer nada, porque na minha casa eu faço tudo, é banco, é supermercado, é pagar conta, tudo. Fui buscar remédio ontem, demora, fiquei uma hora de pé, porque é lotado, saí de casa era 9 horas , voltei era 3 horas. Por enquanto ele tá podendo ficar sozinho, mas futuramente..."

Não se queixa do atendimento da UBS, porque diz que só utiliza o serviço para pegar remédios, mas critica a demora em conseguir outros níveis de atenção quando encaminhada:

" Porque é difícil assim, no posto, um neuro, muito demorado, um geriatra,

no servidor também não tem, nossa eu ficava ligando, ligava, porque por telefone, na internet (...).Mas é difícil, porque, assim, médicos de especialidade é difícil você encontrar, mesmo dermatologista, se você marcar aqui pelo posto, pedir pra médica um dermatologista, nossa, muito difícil, dois, três meses, a saúde tá muito difícil."

Quando questionada sobre o que achava da internação, ela responde:

" Olha, eu, eu, ainda tenho condições de ficar em casa cuidando, mas no caso de pessoas que trabalham, todos, não tem tempo, ah, é o ideal, mas tem que ser um bom lugar, não é em qualquer espelunca porque você vê por aí como as pessoas tratam, tinha um senhor mesmo que tratava, a Dra. T. ainda ia visitá-lo, ele tava com problema, mas colocaram ele numa clínica que nem comida davam pra ele, por isso, que precisa saber o lugar, né. Por enquanto, eu to falando, nós não temos idéia de interná-lo, mas futuramente, se for preciso, nós vamos ter que fazer. Que também, às vezes é até melhor internar, pagar um pouco mais do que ter uma pessoa, não vai morar na sua casa. Assim, agora ele não ia aceitar de jeito nenhum, mulher até pode até ser, mas homem, ele não ia aceitar. (...)É, se vai alguém ele fala, um dia foram umas pessoas fazer um serviço, pelo condomínio e ele ficou bravo que esse homens foram lá. Ele ficou em cima, ficou com a mão na cintura, olhando pra ver o que tá acontecendo (...).Que nem a minha nora falou, 'não deixa ele com o J.V.', porque ele briga com o meu neto, sabe, ele quer bater no meu neto, então não posso deixar. Meu neto tá aí, todo lugar que eu vou, tenho que levar meu neto, então é difícil."

Como conselho para um "cuidador de primeira viagem", a entrevistada sugere:

" Ah, a pessoa tem que fazer as coisas com amor e ter bastante paciência. Porque em tudo o que você faz, você tem que fazer com amor, né, e gostar do que você faz, senão então nem comece a fazer. Porque eu vejo pessoas que, mesmo em lugares, assim, que são pagos, eles tratam as pessoas, assim, joga, bate, sacode, então tem que saber cuidar. No dia que nós estávamos na praia, meu marido pegou uma virose, precisou usar fralda, ele não usa, ele precisou de fralda porque, nossa, ele ficou até sem roupa, tive que vir embora pra São Paulo porque ele ficou sem roupa lá de tanto que ele foi ao banheiro. Ainda meu filho falou, eu colocava fralda, meu filho disse assim 'ai, mãe, a senhora não tem paciência', eu falei 'ué, meu filho, tem que ter paciência', não vou ter paciência? Tem que ter paciência. Ele não queria colocar, eu disse 'não, você tem que colocar, você não tem mais roupa, tem que por a fralda, não pode ficar sem', porque a última que ele colocou foi uma roupa do meu filho, lá, acabou todas as bermudas, todas as cuecas dele, porque foi uma coisa bem forte que deu nele, uma virose, de final de ano que dá em bastante gente na Praia Grande, mas a gente precisa tratar e cuidar. Eu falaria pras pessoas, cuidar, mas cuidar com amor, agora, se

você não tiver amor, não tiver paciência, então é melhor não pegar essa missão, porque não é fácil é bem difícil."

Como conselho para uma pessoa que está casando, a entrevistada diz:

" Porque foi em 75 que eu casei. (...) o que não é comum ter hoje é compreensão, tolerância, saber ceder em algumas partes, porque as pessoas sempre acham que tem razão, sabe, porque cada um vem com uma educação, cada um vem com um costume, eu não mudei ele e ele não me mudou, eu tenho um gênio, ele tem um gênio. Então acho que as pessoas tem que ter muita, sabe, porque qualquer coisa agora é pra separar, então acho que a pessoa precisa ter, o amor das pessoas é, assim, muito rápido, né, passa muito rápido, qualquer coisinha já não gosta mais, então não gostava já (riu), já não gostava. Porque agora eles falam, vamos casar, se der certo, deu, se não der, separa, então não gosta. Então precisa ver bem, não é assim, casamento não é assim, é compreensão, as pessoas precisam ceder, não é você querer sempre você ter razão, sabe, mesmo que você ache que você tem razão, você abre, fala que não tem, vai levando, é, porque daí você consegue, porque eu sempre fui assim. Eu podia sair, ir longe, na casa das minhas amigas, o horário de ele chegar em casa, eu sabia, ele chegava eu tava dentro de casa, pra não ter briga. E outra coisa, porque agora é assim, ele faz, eu vou fazer , não é assim, nada do que o homem faz, que a mulher faz, é bonito. Ele faz, ele é homem, ele não fica falado, pode até falar, mas não como a mulher. 'Aquela mulher que fez isso pro marido...', ela fica taxada assim, 'aquela mulher fez', homem não, ela quis se igualar, aceita, ah, não tá certo, não tá certo e com jeitinho você chega lá, mas ninguém mais tem paciência mais pra isso, ninguém segura um casamento assim. Porque homem é difícil, né, porque eu falo pros meus filhos, eles também são, eu falo 'olha, eu, o que eu não quis pra mim, não quero que vocês façam pras minhas noras', não quero, eu acho que você casou você tem que ser companheiro, saber dosar as coisas, também não vai ficar 24 horas, final de semana, porque homem, se ele tava acostumado a jogar bola, ela não vai mudar (...) meu marido sempre gostou de jogar futebol, sábado e domingo ele sempre saía pra jogar bola, eu mudei ele? Não mudei, ele parou quando ele quis parar. Então assim você vai levando a vida, então, assim, casamento pra dar certo você tem que ter a balança pra pesar dos dois lados (riu).

C – E nesses casamentos que o marido é violento, bate na mulher, que trata mal..

Cuidadora 8 – Aí, assim, essa é a minha opinião, não pode deixar acontecer a primeira vez, aconteceu a primeira vez, área, porque não muda, por isso que eu to falando, não muda, se a pessoa é violenta a primeira vez, ela é violenta a segunda, a terceira, a quarta, meu marido, uma vez ele levantou a mão pra mim, uma vez, que me deu um empurrão, eu peguei um chinelo, dei uma chinelada nele, aqui assim, que saiu sangue. Minha mãe morava

comigo e falou 'você é louca?', eu falei, 'nunca apanhei do meu pai, vou apanhar de marido?' E é isso, ele falou 'você me agrediu', eu corri pro banheiro, 'você me agrediu', eu falei 'vai na delegacia e dá parte'. Eu acho que não tem que apanhar, ninguém nasceu pra apanhar. Por isso que eu falo, casamento não deu certo, começou com isso aí, respeito, acabou o respeito, acabou tudo, cada um vai pro seu lado. Mas não, 'ah, ele vai mudar, vai melhorar', não, levantou a mão pela primeira vez, você ó, pula fora. Porque não vai mudar, você fica apanhando, apanhando, apanhando aí, sabe, e acha certo, depois as crianças vendo, sabe, crescem crianças violentas. Não, acho que ninguém foi feito pra apanhar, sabe. Tem homem que até chora, né, que vai mudar. Então nunca mais, desde o dia que eu dei uma chinelada nele nunca mais ele levantou a mão (...). Então isso há 36 anos atrás. E às vezes eu vejo menina nova aí, vejo cada rapaz tão estúpido com menina na rua, com a mulher e elas aceitam, não gente, não pode ser assim, não. Não sei, tem umas mulher também que são acomodadas, não tem iniciativa pra nada, não quer correr atrás, fica dependendo desses maridos violentos, não é certo, acho que a pessoa tem que procurar seu lado, viver bem, não tá vivendo bem, não serve. Não serve, se não serve no começo, não serve pro resto da vida. Por isso que eu disse, ninguém muda ninguém, defeito, todo mundo tem defeito e vai morrer com defeito.

Entrevistadora – Mas o marido da senhora mudou?

Cuidadora 8 – Ele mudou assim, como, no caso, ele bebeu muitos anos, mas não todo dia, sábado e domingo ele ia pro futebol. Durante a semana ele não punha uma gota de bebida na boca, era só sábado e domingo. Mas já fazem uns, eu to há 12 anos morando aqui, uns 14 anos que ele parou de beber, sozinho, ele mesmo parou. Então, você fala que ele mudou, ele mudou porque ele viu que eu não era, assim, de apanhar e brigar, não, imagina, não me achou na rua, vai ficar me enchendo de pancada? Por isso que eu falo, a mulher tem que se valorizar, a mulher tem que se respeitar porque essas que apanham não tem respeito nenhum nem por elas mesmo. (...) com bebida também, ele parou porque ele quis parar, mas não fui eu que mudou, ele mudou, não fui eu. (...) Tudo o que a pessoa fala, não adianta. É isso, casamento é loteria. (...) É, mas agora tá muito difícil de acertar (riu) (...). Tá muito difícil. Porque, outra, você não conhece a pessoa, se conhece, namoro, vem e vai, vem e vai, mas convivência a dois é difícil, é difícil. O dia a dia é, depois que você entra em rotina, né, tem coisas, assim, que vai. Como as meninas hoje, as meninas hoje tão com uma vida mais acostumada com uma vida mais passeio, de sair, então casa e elas querem continuar assim e não é assim. Casa, lógico, ela pode até sair com o marido, ou pode até sair com amigas, porque eu tenho amigas, às vezes a gente, agora faz tempo, às vezes a gente combinava, a gente ia pra umas padarias que tem lá na, como chama aquela rua lá, perto do clube, rua Estados Unidos. (...) Não acho que a mulher tem que ficar em casa, não. Mas dependendo do lugar. Ela não vai num lugar que ela vai como solteira, falar, qualquer coisa, né, aparece um cara, ela vai sair (...). Se combinar, ele sair

com os amigos e ela sair com as amigas também pode, né? Mas depende do lugar. (...)"

Essa segunda parte da entrevista foi gravada em um segundo dia, a pedido da entrevistada. Ela disse que lembrou de coisas que queria dizer:

" Então, eu gosto de conversar bastante porque em casa eu fico sozinha, né, com ele e ele não conversa, não para, não senta pra conversar, ultimamente ele não tá nem assistindo televisão, eu deixo a televisão ligada e ele fica de costas pra televisão, deitado, então eu acho falta de conversar com uma pessoa. Meu filho sai 7 horas da manhã e volta 10 e meia, 11 horas da noite (...) você começa a perguntar as coisas pra ele [marido] (...) o que ele lembra é de coisa antiga, às vezes ele fala de coisa antiga, mais com os filhos ou se vem alguma pessoa de fora, mas comigo ele não conversa. Ele fica no quarto e eu fico na sala sozinha assistindo televisão, às vezes eu vou no quarto, mas o que ele tá assistindo eu não quero assistir, então eu fico na sala sozinha. Antes eu tinha um cachorrinho, mas o cachorrinho morreu agora segunda feira, eu fiquei muito triste, que ele tinha 13 anos, então eu conversava com o cachorro, que ele andava muito atrás de mim, então eu conversava, até ele falava lá do quarto 'com quem você tá falando?', 'eu tô falando com o B.' (...).E meu filho, quando é final de semana também sai, gosta de uma rua (riu). Não tem com quem conversar, agora que não tem cachorro, vou arrumar um passarinho pra mim conversar (riu). É bom falar, não é bom falar?"

Esta é a segunda entrevistada que a equipe sabia da existência de violência doméstica. De acordo com a equipe, a entrevistada ainda sofria violência perpetrada por parceiro íntimo.

### ➤ **CUIDADORA 9**

Mulher, 60 anos, analfabeta, casada. Tinha 9 filhos(4 mulheres e 5 homens). Cuidava de seu marido há aproximadamente 24 anos, por conta de um AVE. Não dividia os cuidados de seu esposo. Entrevista realizada no único cômodo da casa, próximo ao marido.

Para a entrevistada, cuida-se para não deixar a pessoa sofrer, "(...) porque a pessoa precisa dos cuidados da gente, porque senão morre à mingua, desprezado, ou às vezes a pessoa [cuidador] tem que aturar mas, morre logo por causa do desprezo. Então eu acho, assim, que eu cuido dele porque ele precisa dos meus cuidados (...) ele é uma pessoa que a gente tem que fazer tudo por ele, só não colocar comida na boca dele (...). E eu peço muito (...) a deus pra deus me dar muita paciência, porque o doente, ele, tem hora que eu fico muito nervosa com ele, que ele deixa, às vezes também ele fica sem paciência comigo e eu se torna sem paciência com ele

também (...).”

Segundo ela, cuidar de seu marido mudou toda sua vida:

“Ai, eu acho que teve muita mudança, que eu não esperava que vinha esse problema pra mim cuidar, nunca esperei, mas eu se acho, (...) e eu tenho muita paciência pra cuidar dele porque eu acho, assim, quando a gente é mais jovem, a gente pensa que não vem esse problema pra gente, mas vem.

[entrevista interrompida pela entrevistada. Ela não conseguia continuar, a voz estava embargada. A entrevista seguiu após alguns poucos minutos, e alguns incentivos da entrevistada.]

“(...) porque eu era uma pessoa muito nervosa, aí eu pedi muito a deus pra deus me dar muita paciência, é o que deus tá me dando, muita paciência pra cuidar dele e mudou muito a minha vida, né, porque eu estou em casa, eu não estou trabalhando mais, só cuido dele e da casa, então eu acho assim, deus me deu aquele dom, pra mim cuidar dele, porque se eu não tivesse o dom pra cuidar acho que nada dava certo, às vezes eu podia dar um remédio errado, eu não podia ter paciência (...), no começo da doença dele (...) eu trabalhava e cuidava dele e minhas filhas eram todas pequenas e elas também ajudava muito a cuidar do pai, então deus me deu aquela paciência, (...) que se você não tem o dom, você vai, larga e sai, deixa aí, né. (...) E muita gente fala comigo que eu tenho muita paciência, (...) Tem hora que eu perco a paciência, não tem quem não perde, né? (...) aí eu vô aguentando até o dia que deus quiser. Porque (...) não é porque ele tá doente que ele vai morrer primeiro que eu, acontece de eu morrer primeiro de que ele, né (riu), acontece isso, (...) a minha preocupação só é essa, de eu morrer e deixar ele na cama, né, sofrendo, mas isso acho que deus não vai deixar não.

Entrevistadora - A senhora fica preocupada com isso porque não tem alguém pra dividir?

Cuidadora 9 - Não, (...) eu sei que se deus me levar eu primeiro de que ele, eu sei que ele não tá abandonado, que tem as filhas pra cuidar dele. Mas eu acho assim, o que deus mandou pra gente, a gente tem que enfrentar, né?”

Quando questionada sobre por que cuida de seu marido, a Cuidadora 9 diz que cuida do marido porque ele precisa dela. Comparando o passado com o presente, acha que seu marido melhorou do ponto de vista da realização das atividades em cada:

“(...) agora ele mesmo se vira com ele mesmo. (...) hoje ele coloca a comida na boca dele mesmo. (...) então graças a deus que ele tá se virando, (...) O pior é pra dar banho nele, (...) pra sentar ele, pra deitar, mas ele já vem engatinhando da cama até o sofá e ele mesmo senta, (...) eu fico contente com isso, eu fico, nossa, aliviada (...).”

Quando questionada sobre quem cuida melhor: homem ou mulher? A Cuidadora 9 acha que mulher cuida melhor que homem porque mulheres tem paciência e homens não:

“(...) se fosse eu que tivesse no lugar dele, ele não ia cuidar de mim que nem eu cuido dele. A mulher tem mais paciência pra cuidar de que o homem, eu acho.”

Quando questionada do auxílio que gostaria de ter para cuidar de seu esposo, ela cita a necessidade de acessar outros serviços da rede, como por exemplo o de fisioterapia:

“Ah, eu gostaria de ter, é, alguém pra ele fazer fisioterapia, (...) porque isso daí eu não consigo. Bem que eu gostaria. (...) Eu gostaria também de ter um espaço. Você vê, minha casa aqui é tão pequenininha, não tem lugar de ficar cadeira de roda, ele também não gosta de cadeira de roda, não tem espaço pra ir pra rua, não tem como. Mas não é por causa disso, não, é porque ele mesmo não gosta, ele prefere ficar na casa dele do que sair.”

Sobre os atendimentos da equipe de saúde de Família, ela os julga adequados, mas reclama do acesso a resultado de exames:

“(...) A falta que eu vejo, assim, porque eles vem, recolhe o sangue dele, pra fazer exame urina e tudo e não dá o resultado pra gente. Isso aí eu falo, porque eu acho que é assim, eles deveria falar ‘olha, ele fez, os exames dele não deu nada’, aí ele fica mais, mas ninguém nem sabe o que que deu nos exames dele, nem nada, eles não vem trazer uma resposta pra gente. (...) Eu não tenho o que reclamar do posto (...).

A entrevistada não acha que precisa de cuidados por enquanto:

“(...) Por enquanto eu acho que não preciso, não. É, eu preciso assim, os cuidado que eu preciso é de faze os exames, chegar lá ser bem atendida, isso eles me atendem muito bem. (...) isso eles me atendem muito bem, mas por enquanto só pra me cuidar, não, não precisa.”

Sugere que se pudesse mudar a UBS, faria dela um pronto socorro, mas não sabe explicar porquê.

Quando questionada sobre um conselho para alguém que está casando, ela inicia sua fala dizendo que os jovens são complicados, e segue:

“(...) Muito difícil que eles acham que a gente (...) é cafona, (...) se fosse pra eu dar um conselho, eu nem dava porque eu sei que eles não vão me ouvir, eles não acreditam o que tá passando comigo, o que passou (...).



Entrevistadora - Vou fazer uma pergunta diferente então, se a senhora pudesse voltar no tempo e falar com a senhora novinha lá, antes de casar, que conselho que a senhora daria pra senhora?

Cuidadora 9 - Pra não casar. (riu)

Entrevistadora - Por quê?

Cuidadora 9 – (...) Aí eu pedia pra ter muita paciência, (...) se tiver paciência, casa, se não tiver, não adianta. (...) Ai, aguentar um homem é difícil. (riu). (...)

Entrevistadora - Casar foi uma experiência ruim pra senhora?

Cuidadora 9 - Não, não foi, até que não foi, não. Tive nove filhos, graças a deus criei todos. (...) Hoje tá, assim, (...) ela quer fazer do jeito que o marido também quer fazer, mas isso tá liberado, né, o mundo inteiro, pra todo mundo, né, mas eu acho que isso, hoje, sabe que hoje é até melhor? (...) Eu acho, porque no tempo que eu casei foi no tempo da escravidão. E hoje, não, hoje você tem liberdade pra tudo e eu acho que é melhor. (...) mas eu acho que o casamento hoje tá melhor e não tá. (...) se fosse comigo, eu não casava mais não. (...) Não, não tinha liberdade, não, é muito bom a liberdade, viu. Liberdade é bom demais porque a gente nem compra, (...) nem vende, muito bom a liberdade.

Entrevistadora - E hoje a senhora tem liberdade?

Cuidadora 9 - Hoje eu tenho, (...) se hoje eu falar 'eu vou em Osasco', eu vou, 'eu vou em Pinheiros', eu vou. Aí, de primeiro não tinha essa liberdade, não."

A entrevistadora afirma que seu marido foi um bom marido e um bom pai.

Para a entrevistada, no casamento nos dias de hoje, o pior é a liberdade:

"(...) A liberdade das mulher que tá demais, (...) Não pra minhas filha, graças a deus, minhas filhas, pra elas, por enquanto, (...) por acaso, o marido delas vim reclamar delas pra mim, eu acho, assim, que eles tá certo (...). (...) às vezes, por acaso, meu marido não quer deixar eu ir trabalhar, eu vou ter que trabalhar, porque como é que ele, sozinho, sustenta a casa? Eu tenho que ajudar, hoje o difícil até aí, fica muito difícil pra gente, então a gente tem que trabalhar, e antigamente a gente vivia com aquilo que tinha, né, e hoje não, hoje a vaidade tá muita. Porque ela quer comprar uma, às vezes, uma calça de marca, o marido não vai dar pra ela, porque não tem condição de dar, então ela tem que trabalhar pra comprar, né? (...) antes tinha que ficar com aquilo lá mesmo. (...) Não dava pra escolher e também (...) não tinha pra escolher, não, tem que."

Como conselho para um cuidador de primeira viagem, a Cuidadora 9 sugere:

“(...) ó, você vai ter que cuidar, tem paciência, porque não pode deixar a pessoa, um doente desprezado. (...) deus mandou pra gente, então a gente tem que ter paciência e cuidar. (...) Principalmente esses jovem de hoje, se cair uma pessoa doente nas mãos dele, acho que não tem paciência. (...) principalmente um homem, não tem paciência de cuidar, não. (...) Hoje ninguém quer cuidar de ninguém, ninguém não tem paciência, tantos idosos que a gente vê aí, tudo mal cuidado (...).

Entrevistadora - A senhora acha que cuidar é uma escolha?

Cuidadora 9 - Acho que não. (...) Não, não pode, tem que cuidar, né. Não pode deixar abandonado. Eu falo assim, por acaso, eu cuido do meu, às vezes o outro ali vai e cuida do dela, porque hoje, hoje, tá muito, é muitos doente pro coitado dos médico cuidar, eu já fiquei no hospital, eu sei como que é lá, coitada das enfermeira, fica muito apertada pra cuidar dos doente. (...)

Entrevistadora - Mesmo quando a pessoa que tá doente foi uma pessoa ruim no passado?

Cuidadora 9 - É, aí fica difícil, né?

Entrevistadora - Se ela foi uma pessoa, não sei, que bebia, que batia, a senhora acha que mesmo assim a gente tem que cuidar?

Cuidadora 9 - Eu acho que tem que cuidar, tem que cuidar, não pode abandonar. Eu, (...) por causa que a pessoa foi ruim pra mim, eu vou abandonar? Não, eu não vou abandonar, não. Eu acho que nós não pode abandonar, se a pessoa foi ruim pra gente, né? (...) se tá nas mão da gente, a gente tem que cuidar, agora vai jogar pra outra pessoa? Não pode. (...) Veio pra gente, deus mandou pra gente, então a gente tem que ter cuidado, tem que cuidar. Eu vejo assim, não sei.”

Ao desligar do gravador, a entrevistada conta que sofreu violência perpetrada por parceiro íntimo.

## ➤ CUIDADORA 12

Mulher, 69 anos, cursou o primeiro grau, casada. Tinha 1 filho homens. Cuidava de seu marido há mais de 5 anos, por conta de AVE e uma amputação em artelhos decorrente de complicações do diabetes. Não dividia os cuidados de seu esposo com ninguém. Entrevista realizada na sala do apartamento, ao lado do marido.

A entrevistada começa contando que não acha ruim cuidar, apesar de não ser reconhecida:

“(...) E não acho ruim, não, sabe? Eu entendo muito bem, eu faço as coisas

de coração. Apesar que muitas vezes não é muito reconhecido, mas a gente faz porque a gente sempre deve fazer o bem sem esperar nada em troca, eu, graças a deus, eu consigo fazer tudo, desde que ele fez a cirurgia do pé, que deu muito trabalho também, os dois pés, fazer o curativo e tudo, graças a deus que eu consegui me entregar bem, que era muito difícil fazer os curativos e tudo, mas eu aprendi e fiz direitinho. Tá saradinho, tá lindinho, o pé tá lindinho, agora só teve mesmo esse derrame.”

Para a entrevistada, cuidar de seu marido mudou sua vida, nos seguintes aspectos:

“(...) a vida ficou assim, um pouco, muito agitada. (...) Eu só não dou banho, que cheguei a dar muito quando assim que ele teve, então cheguei a dar o banho, dar tudo nele, né, mas depois ele foi se recuperando, agora, graças a deus ele já toma o banho, ele já come, (...) porque no começo era somente por gastro, agora ele já come, graças a deus (...). (...) porque (...) é difícil sair, (...) sempre tem que dar as coisas pra ele, uma que ele não enxerga direito, (...) mas como ele tem a vista muito ruim mesmo, que foi isso do diabete, (...) me sinto bastante presa. (riu).”

Ela diz cuidar de seu marido porque seu marido não pode cuidar de si sozinho. A entrevistada também avalia que mulheres cuidam melhor que homens:

“(...) eu acho que mulher cuida melhor do que o homem (...) são mais dedicada. (...) porque sempre eu tenho muita confiança em mulher, (...) sempre sobressai melhor, eu acho. (...) Que antigamente, bem no meu tempo de antigo, as mulheres eram muito presas, era muito assim, não podia nem se expor muito, né, agora não, agora dá pra chegar lá. Eu acho, tenho muita confiança em mulher.”

Em relação à ajuda que ela gostaria de ter para cuidar de seu marido ela cita o desejo de ter alguém que cuide de seu marido enquanto ela sai de casa:

“(...) É, só pra ficar com ele (...), mas eu acho que a minha família é suficiente.

Entrevistadora - Eles ajudam a senhora?

Cuidadora 12 - É, quando pode, porque trabalha das seis à meia noite, (...) E meu filho quase nem para aqui, ele viaja, como agora, ele tá lá no Ceará.”

Em relação aos atendimentos recebidos da sua Equipe de Saúde da Família, a Cuidadora 12 diz:

“(...) olha, sinceramente, o posto, não é assim, vamos supor, se ele passa

mal aqui, eu posso correr lá, nem sempre tá disponível, (...) Porque geralmente, o que ele teve é tudo de lá, aí uma hora que ele passa mal não dá pra correr lá, eu tenho que ir pra USP, como ele passou uma fase aí que ele começou gofear, (...) e era, assim, uma cor meio café, escuro, escuro, escuro, aí tive que correr pra USP, pra ver tudo direitinho, a gastro (...). O atendimento deles [UBS] não acho ruim, não, é bom, sabe? (...) o que eu acho do posto é que quando sai uma médica tem muita dificuldade pra ter outro. Então você vê, já faz um tempinho que a A. C. foi embora e até agora não tem médico pra área, (...) E pelas enfermeiras eu acho até, são boazinhas, são bem competente, sabe, o mais mesmo é a falta de médico. (...) Não deixaria faltar os remédio, principalmente os (...) que é insubstituível, as pessoas também não tem nem condições de comprar. (...) gostaria que não faltasse pra ninguém.”

Quando questionada sobre que cuidados ela necessita para si, ela responde:

“Pra mim? É, eu tenho que ter, (...) porque a idade já está bem, né, quase 70 anos, então o cuidado a gente sempre tem que ter, mas graças a deus, até agora tô bem. A única coisa mesmo são, de vez em quando, as tonturas que dá, que agora tá surgindo isso, é as tonturas, porque outros problemas não tenho não.”

Como conselhos a um cuidador de primeira viagem, sugere:

“(...) eu acho que as pessoas que necessitam tudo disso, precisa de muita atenção, (...) se não tiver atenção a pessoa pode cair cada vez mais. (...) E ter muita paciência, porque dependendo o que acontece com eles, eles ficam muito agressivos, né, muito agressivo, precisa ter muita paciência, muita, muita.

Entrevistadora - A senhora percebeu essa agressividade no marido da senhora?

Cuidadora 12 - Muita, muita, muita mesmo, agressividade, por nada, sabe? Por nada ele ficava muito, até hoje ele tem um pouco desse, qualquer coisinha já solta as palavras dele, né, que me fere muito.

Entrevistadora - E piorou depois da doença?

Cuidadora 12 - É, piorou.

Entrevistadora - Mas ele era um cara agressivo antes?

Cuidadora 12 - Não, não era não. Mas com a doença ele ficou.

Entrevistadora - Que tipo de coisa que ele faz?

Cuidadora 12 - Muitas vezes ele quer mesmo, muitas vezes ele [para bater – gesticula] a bengala, muitas vezes por nada, por nada ele quer levantar a bengala, sabe? E as palavras que eu não gosto, né, solta muito palavrão, porque você vê, se você perceber, pra mim ele fala mesmo e já fala tudo assim, né, bem rancoroso, né. É aonde que acho que a gente tem que ter paciência, que muitas vezes, tem momento que você falta um pouco, né. Então, mas com muita conversa, tem meu filho que conversa muito com ele, quando vê que ele tá ficando tudo assim, senta com ele e conversa bastante, aí ele melhora um pouco. Mas ele ficou sim, ficou mais agressivo.”

Como conselho para uma pessoa que irá casar, ela sugere:

“(…) muitas vezes precisa ter um pouco de compreensão, porque muitas vezes, por nada as pessoas também abandonam o lar, né, então tem que ter compreensão das partes mesmo, (...) a dedicação, né muitas vezes, quando tá casado, é bom de ambas parte, (...) porque a dedicação, se faltar muito, muito, muito de um lado, o outro lado que a pessoa tem vai acabando também. Então precisa muita dedicação. E graças a deus, até hoje surge uma coisa ou outra, mas nós tamo indo.”

Quando questionada se casar é uma escolha, a entrevistada diz que não, que é algo da necessidade:

“(…) tem vezes que é a necessidade mesmo, né? (...) é que complicou um pouco mais mesmo depois dessas coisas aqui, dessa doença principalmente, depois do derrame. Porque antes, mesmo com o pezinho tudo assim, ele andava, ele trabalhava, fazia um biquinho, (...) então agora ele não pode fazer nada, então, eu acho que ele fica mais nervoso. Ele foi sempre uma pessoa muito trabalhadeira, eu acho que isso também faz muita falta pra ele (...)

Entrevistadora - E como é que a senhora tem se defendido dessa grosseria dele, dessa agressividade?

Cuidadora 12 - É, muitas vezes eu até correspondo um pouco também pra não ficar muito quieta também, então você tem que responder também, sabe, tem que responder. Agora, o problema da bengala, eu já falei pra ele, se acontecer alguma coisa, aqui na minha casa não entra mais bengala, ele vai aprender a andar sozinho, sem bengala. Porque a bengala é um apoio pra ele, não uma...arma! Não é verdade? (...) Não só, vamos supor, (...) tem vezes que na rua, acontece alguma coisa, quer dar uma bengalada, tudo e ele já não é mais uma pessoa que aguenta qualquer coisa, então pode gerar muita agressividade maior e vai ser ruim pra ele, né. Mas eu falo pra ele, se acontecer alguma coisa, se ele conseguir encostar, aqui não vai entrar mais

bengala (riu), eu, sinceramente, não vou deixar entrar mesmo, de jeito nenhum (riu).

Entrevistadora - E ele parou depois que a senhora falou isso?

Cuidadora 12 - Não, é, quando surge, assim, que a gente, né, fala alguma coisa, assim, ele responde muito mal, (...)

Entrevistadora - E pra uma pessoa que já casou, que tem algum marido violento em casa, a senhora tem algum conselho pra dar?

Cuidadora 12 - Olha, sinceramente, sobre a violência, porque você vê, tem umas violência que é muito exagerada, que eu acho que é muito difícil continuar. Porque você não tem muitas perspectivas que a pessoa possa melhorar, dependendo da agressividade também que ele passa, né? Porque tem uns que é agressivo, é agressivo mesmo, machuca, espanca, eu acho que aí não dá pra continuar, sabe? Eu acho que se fosse assim eu não teria continuado, eu tinha separado. É porque eu acho que tudo na vida tem um limite, né, tudo que passa do limite, até bondade, passou do limite, não é bom, eu acho assim. Avaliar a agressividade, né? É, e não aceitar. Porque se você fica aceitando espancamento hoje, espancamento amanhã, isso daí vira normal pra ele, então ele vai chegar sempre achando que pode fazer. Então isso não pode deixar não, nunca, nunca, nunca, (...) eu penso assim. (...) E tem que ter mesmo muita paciência pra casar, porque a agressividade tá rolando muito por aí, nossa, tanto com a esposa como com os filhos.”

Quando questionada se tem mais algo a dizer que não foi questionada, a entrevistada quer falar sobre “E.”, sua cachorrinha:

“ela ajuda muito ele, porque tem vez que ele chega tudo meio assim, nervoso, ela já começa (...) a fazer muita festa pra ele, aí já dá uma risadinha, (...) já senta e já fica ‘nenê’, fica em volta dele, tudo, ele já relaxa. (...) pra ele foi importante e ele adora ela! Ele gosta demais dela, (...) nessas particularidades que me falaram que era bom, (...) e realmente foi. Sempre dá uma risada com ela, sempre ele solta um pouco de sorriso com ela.”

### ➤ **CUIDADORA 13**

Mulher, 58 anos, cursou o primeiro grau, casada. Tinha 3 filhos homens e 2 mulheres. Cuidava de seu marido há aproximadamente dois anos, por conta de câncer. Não dividia os cuidados de seu esposo com ninguém. Entrevista realizada na sala de sua casa, próximo ao marido.

Para a entrevistada, cuidar é:

“(...) você tem que prestar atenção, tem que dar comida na hora certa, café da manhã, almoço, preocupar se sair pra rua, tem que tá de olho, cuidando, prestando atenção, a hora de dormir também, dorme, às vezes se ele sente mal de noite, tosse, eu fico preocupada, sem dormir também, preocupada. Cuidar também tem que cuidar nas horas certas, tem que lavar a roupa, direitinho, dar a comida na hora certa, limpar e trazer bem cuidadinho, em paz (...) cuidar é isso. (...) Tá com 35 anos que a minha vida foi só dentro de casa, cuidar do marido, dos filhos, lavara, passar, cozinhar e lavando roupa e limpando a casa, nunca trabalhei fora, só na família mesmo, trabalhei a vida toda na roça, (...) e quando eu vim aqui, pra São Paulo, só eu dependendo deles e eles dependendo de mim. (...) não sei se eu fiz alguma coisa errada, se eu fiz alguma coisa que eles não gostou, eles vai me perdoar, mas eu acho que eu fui uma boa mãe (...). O marido a mesma coisa, ele sai pra rua, que agora ele já tá um senhor de idade, vai fazer 88 anos, então eu me preocupo muito com ele. Outro dia ele foi na padaria comprar um pão e uma moto passou aqui e deu uma batida ali e eu fiquei preocupada e fui atrás saber onde ele tava, que que tinha acontecido, eu tenho muita preocupação nisso. E eu acho que cuidar tem que estar nas horas alegres, nas horas triste e sempre preocupado pra saber do que tá acontecendo (...) Porque (...) depois que nós casamos, (...) e viemos aqui pra São Paulo eu dediquei a vida toda a ele e meus filhos. Pra mim foi bom, graças a deus, eu construí uma família, tenho três filhos, criei eles e já tenho quatro netos (...), o dia que eu faltar eles se viram (riu). Então minha vida foi essa, só cuidar do marido, dos filhos, dos netos e é, to vivendo assim.”

Quando questionada sobre quem cuida melhor, responde que as mulheres:

“(...) eu acho que a mulher, viu. Os homem eu acho que é meio, um pouco meio desligado, né, eu acho, pra mim é, as mulher cuidam mais e preocupa mais, que o homem, ele gosta mais da liberdade e a mulher é mais ir por dentro das coisas. Que nem meu marido, mesmo, eu criei meus filhos e ele nunca foi em nenhum reunião de escola dos filhos, tudo foi eu, (...) eu acho que a mãe tem mais preocupação e cuida melhor. (...) o homem, ele deita, levanta, a preocupação dele é só ponhá as coisas pra dentro de casa, sustentar a família. Agora, a mulher, não, a mulher que corre atrás de tudo, ela que paga as contas, ela que cuida dos filhos, ela que vai no mercado, ela que vai na padaria, que vai nas escola, eu acho que a mulher tem muita diferença do homem, ela é mais dedicada à família do que o home, eu acho que sim. “

A entrevistada narra a história do adoecimento de seu esposo, e conta como sua rotina foi se modificando com o passar do tempo e com a descoberta da doença:

“ele ficou doente, primeiro ele teve um bronquite muito forte, fiz xarope caseiro, tudo, cuidei dele do bronquite, ele melhorou. Depois ele ficou

doente, teve internado na USP e eu fiquei cuidando dele e ele não tinha vaga pra ficar com ele lá na USP internado, que ele ficou não foi em quarto, ele ficou nos corredor, naquelas maca e eu fiquei três semanas levando ele todo dia na USP e levando e trazendo pra tomar antibiótico, tomar medicamento, ele pegou pneumonia, né, broncopneumonia. E eu cuidei dele e paguei, não tinha condução e eu tive que pagar um carro particular pra levar ele todo dia naquele horário certo e trazer e empurrava ele na cadeira de rodas, lá na USP, chegava e punha na cadeira de rodas porque ele não caminhava e todos os exames que ele fez lá eu empurrando ele na cadeira de rodas e pra tomar medicamento, chegava lá eu ia lá não sei aonde, nos corredor lá, pra levar ele de cadeira de rodas pra tomar medicação na veia e na boca também. E, (...) os médicos desenganaram dele que ele não ia sobreviver, que já tava de idade e que o caso dele tava complicado (...) e ele inchou e as perna dele rachou tudo e saia água, assim sabe, escorria água, ele ficou ruim mesmo, ele ficou mal mesmo. Até que ele falou, olha, é melhor levar ele pra casa, cuidar dele em casa, (...) Depois de passado uns dia que levei ele lá os médico ficou besta, falou assim 'seu M.?' e eu falei 'é, seu M.!', 'sobreviveu?' , eu falei 'graças a deus'. E os outros mais novo do que ele, minha filha, faleceu. Teve um mesmo, um vizinho meu, mora aqui na rua aqui, ali assim, ele faleceu, muito mais novo, ele tinha 50 anos e faleceu. E ele graças a deus, tá aí, doente, dando um pouco de trabalho, porque pela idade dele, teimoso, porque você sabe que a pessoa quando fica de idade fica teimoso, muito teimoso, tem que tá no pé pagando pra comer, pra tomar o remédio na hora certa, não quer comer, você tem que tá obrigando, porque não é todo dia que ele quer comer, não, (...) tem que fazer alguma comidinha diferente, variar pra ver se ele consegue comer e é assim que a gente vai levando a vida da gente.(...) Ainda bem, graças a deus, que ele ainda toma banho sozinho, ele tá caminhando, graças a deus, só ele não tá enxergando muito e nem ouvindo muito, ele tá com problema de visão e de ouvido também, mas tamo levando a vida aí, como deus quer. (...) Olha filha, sempre sou eu que cuido, assim, quando ele fica ruim, aí a agente procura ajuda de alguém, pra levar ele no médico, porque aí, às vezes ele fica ruim, tem que pegar, segurar ele, não anda sozinho, aí tem que procurar alguém pra levar (...). Olha, eu tinha muita vontade de ter saúde, viu, pra cuidar dele, porque a minha saúde já esgotou. Se precisar empurrar ele em cadeira de rodas eu não agüento mais, porque eu não tenho mais força nas pernas, eu tô andando e tô caindo. Eu não consigo mais dormir de noite de dor, a vantagem que ele tem é que ele deita e dorme e não sente dor e eu não, eu sinto muita dor eu durmo sentindo dor, tem dia que durmo (...) dopada de remédio por causa das dor, é dor demais que eu sinto (...). Olha filha, eu não tô tratando da dor porque eu fiz exame, fiz fisioterapia, fiz tratamento lá no Sorocabana, mas depois que fechou o hospital eu não tive mais oportunidade de o médico me encaminhar pra outro lugar e o tratamento parou, ficou parado. (...) Mas eu gostaria, se arrumasse um médico bom, pra cuidar de mim, dessas perna e ver se tem algum tratamento pra isso, algum remédio, alguma aplicação, alguma coisa (...). Pra falar a verdade pra você, (...) eu tenho mais dificuldade pra sair e ir de pé ali no posto do que ele,



porque ele é mais forte das pernas que eu, eu sinto mais dor do que ele, (...). É que no caso, eu cuidei dele e cuido ainda, mas eu tô precisando muito de cuidado também (...). Eu não posso andar mais sozinha, porque se eu cair, eu não levanto (...).”

Em relação a avaliação que faz dos cuidados recebidos de sua equipe de saúde da família, a cuidadora 13 relata:

“(...) eu agradeço muito os cuidado, que, às vezes a enfermeira vem aqui, ela mede a pressão da gente, ela passa um remédio, ela controla os remédio, isso é muito bom. Mas (...) troca muito de médico. Quando você tem um médico que tá descobrindo o que você tem, que é bom vai embora e vem outro e isso prejudica muito na saúde da gente, (...) quase todo ano troca de médico, sabe. (...) a Dra. M. que chegou agora de próximo, ela nem, não sei se é o jeito dela, mas ela não entende o que a gente fala pra ela (...).”

Quando questionada sobre o que mudaria na UBS, ela diz que transformaria o serviço em um pronto socorro:

“(...) um pronto socorro, (...) ou então um AMA. Porque aqui não tem, é muito longe (...) É mal distribuído isso aí. (...) se você quiser tem que ir na USP ou tem que ir lá no Bandeirantes e aí a gente tem dificuldade porque não é toda hora que você tem oportunidade de ir, porque a gente é fraco, é pobre (...) que nem remédio mesmo, tá faltando bastante remédio que não tem no posto. (...) às vezes não tem dinheiro pra comprar e fica sem tomar medicamento porque não dão no posto, isso daí podia mudar muito.”

Como conselho para uma pessoa que vai casar, ela sugere:

“(...) ter mais um pouco de atenção e prestar atenção nas coisas como que é pra cuidar, porque não é fácil você cuidar de um pessoa, principalmente uma pessoa, assim, uma criança ou uma pessoa de idoso (...). Eu conheço muita gente que não tem essa preocupação e esses cuidado pra cuidar assim, isso eu dava conselho pra saber como é que cuida de uma pessoa de idade ou então de uma criança, porque eles faz coisa que eles não têm noção do que tá fazendo.

Entrevistadora – A senhora já enfrentou muito então isso?

Cuidadora 13 – Muito, minha filha. E eu no tempo de menina, eu cuidei de criança, casei, vim pra qui e cuidei do meus filho, meu marido a vida toda, tem muita batalha na frente, eu enfrentei muita coisa pra poder chegar onde eu to, sabe. Eu passei muita coisa, sofri muito aqui em São Paulo pra criar meus filho, cuidar de meu esposo aqui em São Paulo.

Entrevistadora – Que conselho a senhora daria pra alguém que tá casando agora, pra ter um casamento, assim, que dura bastante igual ao da senhora?

Cuidadora 13 – Ah, o conselho que eu dou é a pessoa tem que saber com quem vai casa e saber com quem que ela vai viver a vida toda e outra que eu sei que tá difícil pra um casal encontrar um par certo, que o mundo tá virado, (...) porque hoje é pelas duas parte, tem muita coisa mudada. (...) meu filho casou, essa menina que ele casou, a minha outra, não deu certo no casamento e eu falei, até que eu dei conselho pra ela, se eu fosse ela, não casava mais não, porque tá difícil, viu. Tentou uma vez, não deu certo, vai arrumar outra pessoa e se não der certo de novo? Como é que fica essa história? Se eu tivesse no lugar dela não casava não, viu. Ia cuidar só da filha que ela tem, essa menininha grande aí, e cuidar só dela e da menina e não casava mais não. (...) é por causa do que acontece, né filha, não é todo mundo que dá valor. Hoje não é todo homem que dá valor à esposa que tem e não é toda mulher que dá valor ao marido que tem. Não falando em todas, mas na minha opinião, tem muitas que é assim. (...) se eu tivesse no lugar dela eu não casava mais não, viu. (...) antigamente, se casava ficava pra vida toda e agora não, casamento agora, tem gente faz um teste (...), outros falam assim ‘ah, isso é uma aventura’, passou um tempo aí, acabou, cada qual vai pro seu lado, ‘ah, ele não vale nada, vou procurar outro ali na frente’, não é assim? Então é isso que tá acontecendo no mundo, então pra mim as coisa tá muito diferente de antigamente. Ah, sei lá, na verdade eu não sei se tô falando certo ou se tô falando errado, mas o que eu penso é isso, meu pensamento é isso aí.”

➤ **Cuidadora 5**

Mulher, 65 anos, cuidadora do esposo com câncer (veio a falecer dias antes da entrevista ser realizada) por quase 1 ano. Mãe de uma filha que mora no exterior. Não dividia os cuidados com ninguém.

“(...) meu marido que eu conheci foi só o que eu conheci. Então isso é o que eu posso dizer mais como marido. (...) nem sabia porque eu tinha casado, meu pai me casou não tinha nem 16 anos, porque lá no norte é assim, eles casa com a gente assim, lá não tem nem coisa da gente namorar. Chama o pai, o pai marca o casamento. Agora esse outro meu pai já perguntou. Mas na primeira eu pensei que era um brincado, é uma história engraçada, quando eu casei eu nem sabia nem pra que eu tava casando, pensava que era um brincado me vestir de noiva, usar flor de laranjeira, não sabia pra que que era. Na hora que foi acontecer eu não queria, pensava que o homem era um bicho. Sai correndo três dias, voltei pra casa o meu pai, eu

não vou dormir não, corri três dias, ai meu pai, agora que você casou, vivi oito dias na casa do meu pai com medo do homem. Foi difícil viu, não é fácil não. (...) A minha mãe não falava nada com a gente, não falava as coisas com a gente, como é que a gente vai saber, era que nem bicho do mato. (...) Ai quando eu fiquei grávida não sabia por onde saia o menino, a menina, não sabia como é que ele entrou. Em um ponto é melhor, mas casar assim é muito ruim, é difícil. Quando veio a primeira menstruação, sabe pra quem eu falei? Pro meu pai, fui pro rio tomar banho com as meninas e os meninos de 6 anos, o mais velho era eu de 12 anos, ai veio um negócio pra mim, até que escorreu aquele sangue. Eu falei o que é isso, ai sai e falei olha eu me machuquei no pé de ingá, ingá é uma fruta, que tem nos rios da Bahia é lindo. (...) Olha eu me machuquei, aonde, me machuquei aqui, falou bota areia, ai eu botei areia. Ai quando era umas 6 horas, tava escura, ai chegar lá vou contar só pro meu pai, não vou contar pra minha mãe. Eu tinha receio da minha mãe, é que é diferente a receptividade, sabe. Ai cheguei e falei, me machuque aqui pai, mostrei pra ele, ele falou assim, não, senta aqui, meu pai era muito bom, ele falou, agora você é uma mulher, você não pode mais encostar em homem, e você não pode comer isso, não pode comer coco, não pode lavar a cabeça, não pode tomar banho, não pode fazer um monte de coisa. Ai eu fui seguindo o que ele falou, ai ele falou pra minha mãe, mas minha mãe não falou comigo não. Só falou assim, agora você põe as calcinha em baixo do colchão. Ah, é horrível. Agora tá melhor também, eu fui de uma época muito caipira, depois você vê como a vida muda, Quando a minha netinha ficou, ja foi diferente. Minha filha já instruiu, já tudo as coisas, deu uma orientação. E precisa né, entrou assim, de repente você vê uma coisa que você nunca viu na frente. Tudo é diferente, homem é tudo grosso. Mas cuidar dele foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida. Tá gravando ainda? Desliga um pouco.”

➤ **Médico 1**

Homem, 30 anos, fez residência de medicina de família e comunidade.

“Eu acho que cuidar tem a ver com se importar, o que também tem a ver um bocado com compromisso. Eu acho que quando a gente fala de cuidar a gente tá falando de um (pausa) de um conceito quando você coloca isso no campo da do trabalho de saúde, mas também de uma iniciativa, uma disposição, (...) que vai para além de necessariamente resolver problemas, mas eu acho que o cuidar é muito mais se importar e se dedicar com esses problemas. Eu acho que ele, quando a gente pensa em cuidar no trabalho

em saúde a gente tá evoluindo da preocupação em curar, então a gente reconhece as nossas limitações, a limitação do paciente e a limitação de quem tá comprometida, de quem tá comprometido com a saúde dele e, mas ainda assim reconhece que independente de qualquer questão que possa limitar mesmo, sei lá, uma doença incurável ou um problema de saúde que precisa de uma intervenção que não está disponível você pode, você também pode cuidar. E que também é um conceito (...) multiprofissional, multiétnico, (...) não é feito só por médico, só por enfermeiro ou só por profissional de saúde (...)"

Quando questionado sobre quem cuida melhor, homem ou mulher, responde:

"(...) Do senso comum eu acho que é (pausa) eu acho de que é a mulher, só que eu acredito que, assim, acredito que homens são tão, são tão capazes de cuidar quanto mulheres, só que eu acho que socialmente se espera isso tão fortemente e elas, de maneira mais comum, são, (pausa) não é treinadas, mas (...) se espera isso delas de tão pouco tempo, de tão pequenas, que eu acho que sequer se cria essa expectativa a respeito de homens, então (...) eu acho que hoje (...) a maioria das pessoas que cuidam são mulheres e delas que se espera mais sensibilidade e tal, mas eu não acho que isso é uma determinação, eu acho que um homem também é capaz de cuidar com bastante sucesso e inclusive reconhecendo as suas peculiaridades, né, peculiaridades do masculino. (...) mas assim, eu acho que vale a pena a gente dar uma mapeada assim, de maneira geral na minha prática, os cuidadores são mulheres como eu te disse, a esmagadora maioria, (...) normalmente parentesco de primeiro grau sanguíneo ou conjugal (...) e eu vejo uma dedicação muito grande, normalmente são pessoas ou que não tinham uma atividade profissional no momento que se exigiu um cuidado mais intenso a respeito de alguém ou que abandonaram essa atividade, isso daí eu acho que também é uma peculiaridade da pessoa que cuida, quando você me pergunta o cuidador eu to entendendo que é aquele cuidador mais, é o cuidador dedicado da família em uma situação mais extremada, do tipo de grande dependência, não tô falando, agora eu não vou falar só de uma mãe que leva o filho no médico, ê, e que na maior parte das vezes continua a ser uma mulher que na maior parte das vezes também abandona a profissão pra cuidar da criança, mas é (pausa), o cuidador frequentemente (...) ele ao mesmo tempo que é isolado pela família, muitas famílias escolhem uma pessoa para ser cuidadora e é meio que uma construção tácita, (...) e a família, os potenciais outros cuidadores acabam depositando aquilo nele, cobrando aquilo dele, e, e ele chega numa de passar a construir uma identidade de cuidador, (...) da qual muitas vezes ele não quer abandonar, ele passa a se entender como cuidador, então as vezes você quer fazer uma ampliação no cuidado e tentar chamar outras pessoas da família pra participar e ele sem perceber, e não por maldade, acaba criando entraves pra aquilo, então, (...) eu acho que o cuidador passa a construir uma identidade enquanto cuidador, sabe, e aí entra na relação de

co-dependência do sujeito que é cuidado e acaba não tomando tanto a frente da autonomia dele e o sujeito que é cuidador não aceitando ajuda nem fazendo de tudo pra promover a autonomia do outro. Acho que esse é um ponto bem delicado.(...) uma dificuldade assim, eu... Eu queria citar algumas, a primeira é que como você disse, eu já disse por que é essa questão deles às vezes construírem uma identidade que pode se tornar uma dificuldade, e de que muitas vezes eles são muito desamparados, tanto pelos serviços de saúde quanto pelo restante da família ou as outras pessoas das quais esperavam cuidado. Um problema que a gente tem, um desafio que a gente tem e que é um problema em algumas equipes, na minha inclusive, é tentar fazer uma abordagem preventiva desses cuidadores porque a gente muitas vezes chega em um ponto de esgotamento do cuidador e que a gente trabalha com ele esse esgotamento, problematiza, (...) tenta minorar esse sofrimento dele, só que não faz abordagens, não faz sempre abordagens profiláticas, pra isso que são possíveis, isso eu acho que é um desafio. Outra coisa é que quando você tem uma necessidade de saúde, e, do cuidador já instalada você normalmente tem muita dificuldade pra chamar a atenção dele pra aquele problema, então tá naquele papo batido já de tá na hora de você também dar uma olhada na tua saúde, então mulher abandonar papa, esquece os remédios da pressão, inúmeras coisas que ela abandona, (...) e como você consegue sensibilizar ele conseguir se organizar pra cuidar da própria saúde. E uma outra coisa que é uma grande dificuldade quanto a alguns cuidadores é que, como eu te disse na minha opinião, cuidar é se importar e se dedicar, mas o quanto ele acha que deve se importar ou se dedicar e a meta dele, o objetivo dele de cuidado varia muito, então alguns cuidadores a gente tem muita dificuldade (...)... esperava que se comprometesse um pouco mais com o serviço, com a necessidade de saúde, serviço de saúde e a de que a gente espera que eles se comprometam mais, só que eles já estão satisfeitos com o cuidado que eles prestam, então eles criam um critério de o paciente tá limpo, tá bem alimentado, não tá se queixando de dor, eu tô cuidando, mas a adesão de medicação, a adesão de terapia não medicamentosas, sei lá, levar pra uma fisioterapia, considerando quando possível, (...) ele ainda assim não banca outras coisas necessárias para o cuidado mais amplo, é difícil. E tem um outro detalhe também que talvez tenha a ver com aquela tua pergunta sobre o que que você entende de cuidado, a gente, os serviços de saúde, (...) eles tem uma premissa de que como você tem uma pessoa saudável do lado de uma pessoa doente, ela tem um laço de sangue ou conjugal, é de se esperar que ela vai querer se dedicar, é mais ou menos o que a gente pensa de amor de mãe e a gente fica escandalizado quando uma mãe, sei lá, larga o filho, 'aquilo é uma monstra, como é que pode?!', e na verdade você não sabe o que está se passando na cabeça dela e, sei lá, ela tem a psicodinâmica dela lá, e você então às vezes pressiona o cuidador, você mesmo naturaliza aquele cuidador ali sem saber de onde, de qual a relação que tinha antes ou quais os entendimentos dele sobre a doença, da pessoa, ou quais são suas próprias possibilidades e você não sabe, e sempre as vezes aparece, isso é

muito comum quando você tá trabalhando com um cuidador difícil, explora mais um pouco a história de vida e vê que tem uma, tem um sofrimento progresso, um abuso, uma violência a pessoa agora tá no papel de cuidar da pessoa que a fez sofrer, sabe, o serviço de saúde tem que tar de olho aberto pra isso. (...) eu acho que o cuidado de maneira geral[oferecido pelos cuidadores] e talvez a maioria das vezes seja inadequado diante do que você poderia teoricamente oferecer, mas aí já não é um problema só do indivíduo, isso aí ter na rede de serviços disponíveis, na assistência farmacêutica disponível, nas políticas de transporte, benefício que tenha, na existência de outros cuidadores dispostos, então assim, no que eu acho que compete individualmente aquela pessoa que se entende como cuidador na maioria das vezes é adequado dentro das limitações dele, eu acho que são piores as limitações do serviço de saúde, das políticas públicas de saúde e acesso, e da participação de outros familiares.

Entrevistadora: Como é que você acha que isso podia ser melhorado?

Médico 1: Ah, os serviços de saúde precisam ter uma sensibilidade maior com o cuidador e com a situação do cuidado e da dependência, e, (...) é um contexto em que às vezes a gente também comete uma certa violência institucional, no sentido de que às vezes o sujeito, o cuidador tá tendo algum problema para oferecer o cuidado, a gente se antecipa em apontar, em acusar, sem tentar entender qual que é aquele contexto diretamente, acho que sensibilizar, os serviços de saúde se sensibilizarem pra questão do cuidado e pras situações pros contextos que envolvem aquele cuidado acho que é interessante. Outra coisa que poderia melhorar é (...)... tecnicamente os serviços de saúde ainda são pouco preparados pra assistência domiciliar ou pra assistência de dependentes, ou, acamados, então eu acho que (...) em medicina a geriatria tem cada vez mais ganhado espaço, a medicina de reabilitação, a medicina paliativa, eu acho que isso é um ganho mas os serviços ainda são tecnicamente despreparado. E faltam também compromisso públicos pra poder ajudar no cuidado, então atividade recreativas, assim se eu tenho um cuidador que reconheceu que precisa de ajuda e conseguiu quem ficasse com a pessoa que é dependente dele eu não tenho uma atividade recreativa regular e legal pra ele participar, ou que ele goste pra participar, nem sempre eu tenho isso. Fora as questões de benefício de transporte, (...) um benefício de auxílio doença ou de LOAS poderia facilitar a contratação de um cuidador formal que ia diminuir a sobrecarga daquele cuidador e deixar o cuidado no geral melhor (...) Eu vou te dizer a respeito da minha equipe. A gente ainda (...) tem tido um desafio de valorizar o cuidador, e assim, ao longo destes três anos que (...) eu venho trabalhando com atenção primária dois como residente e um como médico, eu tenho sentido na minha equipe uma maior disposição, uma maior sensibilização, a gente já foi uma equipe de: 'desse sujeito não segue as orientações então tá difícil, eu não sei mais o que fazer', hoje a gente tem sido uma equipe mais de procurar entender o que que tá acontecendo e consegue ter grandes ganhos com isso. E acho que o nosso desafio atual é

fazer a profilaxia mesmo do esgotamento do cuidador (...) a gente tem um caso recente e tal que já tem um cuidador que ao mesmo tempo que a doença vai aparecendo o cuidador no mesmo passo vai aparecendo, acho que a gente tem um desafio de preparar esse cara, articular a rede dele antes que ele comece a abrir mão de suporte deles em nome do cuidado, suportes que vão fazer muita falta, acho que a gente tem uma grande limitação que é o trabalho multiprofissional assim, (...) mas agora com o NASF tem essa promessa de que o trabalho multiprofissional em cuidado domiciliar melhora mas eu acho que não dá pra, não dá pra cuidar de dependente sem ter outras profissões, outros saberes e, no mínimo, mais de uma pessoa, então no mínimo uma equipe de PSF razoável e bem entendida e capaz (...) isso já é multiprofissionalidade e isso já é um adiantamento enorme em relação a um médico de serviço privado que visita um paciente em casa, sabe. Isso aumenta as possibilidades terapêuticas, diminui o stress de cada um dos participantes, aumenta as portas em caso de intercorrências. (...) Tá, você quer que eu te conte um caso feliz e um caso...[risos] E um caso de história triste. Bom, vou começar com um caso, com um caso feliz que era um senhor de setenta e poucos anos, e ele acompanhava na unidade, bem independente com diabetes e pressão alta, e fazia um acompanhamento com um urologista pra câncer de próstata, (...) e ele já vinha em tratamento quimioterápico, mas, já com câncer mais avançado e ao longo do nosso acompanhamento ele foi emagrecendo, ficou restrito a casa, já tinha um pouco mais de dor, e o, e até que ele teve uma internação no HU com uma estenose de traqueia e veio pra casa, e em dois dias ele morreu em casa assim. E eu acho que foi um caso interessante porque a equipe tinha uma relação muito boa com a família, e ele tinha uma cuidadora que era a esposa que era bem dedicada, acho que as vezes era até preocupada demais, muito ansiosa, isso era uma peculiaridade dela, mas muito dedicada. As filhas ajudavam também, isso foi interessante, a ACS sempre dando notícia e sempre participando e dando um apoio não médico, a auxiliar de enfermagem participando, sabendo do caso e fazendo avaliações mais periódicas do que eu conseguia fazer e foi muito significativo pra mim visitá-lo na internação do HU, e foi muito significativo pra mim ter a notícia do óbito dele quando eu tava atendendo uma manhã e eu fui pra lá pra dar o atestado de óbito (...) mas assim, (...) viver aquele momento com a família foi muito muito marcante, e é gozado que assim, eu acho um exemplo claríssimo do que que é cuidado, e o que que as pessoas esperam que vá um médico fazer na casa de um paciente que já morreu, sabe, então pra mim isso é um exemplo que subverte a expectativa que se tem do médico, então participar do sofrimento da família, tar com eles, e sofrer junto, fiquei triste, fiquei emocionado lá na hora, não consegui resolver meus atendimentos a tempo de ir no enterro mas, mas iria também. E eu acho que foi um caso que me marcou muito positivamente, assim. Ah, e teve outra coisa que também quando eu cheguei na casa a assistente social já tava lá entrando em contato com o cemitério e falando com o pessoal e recuperando os documentos de plano funerário que ele tinha feito. Foi, foi lindo cara, foi lindo, foi lindo! (...) e uma história ruim, talvez eu possa te

contar duas? Uma que eu não acho que não foi tão culpa da equipe e outra que eu acho que a gente pode esperar que se tenha a ver um pouco mais com a equipe. Uma que não foi culpa da equipe foi uma senhora que tá na, que é etilista, fica sentada na porta de casa o dia inteiro, (...) a gente chegou num ponto de que todas as nossas iniciativas esbarram ou na indisposição dela, pra por exemplo trabalhar essa questão do etilismo, ou então na família que é uma questão, família toda complicada e outros etilistas na família, gente desempregada, uma família que a gente chama de disfuncional, sei lá, desorganizada, que impede todas as iniciativas da equipe, (...) a ponto da gente chegar a acionar a promotória do idoso, que eu acho que é uma ação extremada, e que às vezes a gente até demora muito pra tomar, mas que, eu acho que é meio que um tipo, 'eu não tenho mais o que fazer agora a questão é jurídica', assim, então isso é meio chato. E outra um paciente que teve inúmeros AVCs na vida, e a cada AVC ele vai tendo uma limitação maior de movimento ou de comunicação, e a esposa dele, a gente sempre teve, ela exemplifica aquilo que eu tinha te dito de uma esposa que deu banho, acionou a ciência médica quando precisava, dizia que dava os remédios na hora, e cabô, isso era o cuidado que ela oferecia, e ele tava alimentado e a gente perguntava: 'e aí como tá?', 'não, tá alimentado, limpo, tá tomando os remédios', e é isso. E que eu acho que durante muito tempo a equipe não teve muito a sensibilidade de trabalhar a história de vida dela, e ele tinha sido um cara muito difícil pra ela, fez ela sofrer muito, deu o nome de a uma filha o nome de uma amante, era uma história tenebrosa, assim, e a gente achava que ela tinha que cuidar dele de qualquer jeito, então acho que a gente tenha falhado um pouco nessa sensibilidade, e como ela tava muito tensa com o cuidado ela nos procurava sempre muito tensa, ela durante muito tempo foi a rebelde, a difícil, a que não faz as coisas e só reclama, então eu acho que é um exemplo de ter faltado um pouco de traquejo mais precocemente. (...) ser médico foi uma escolha, foi uma escolha no segundo grau, eu idealizava é claro, gostava de pesquisa um monte, achava que eu ia ser ou pesquisador ou cirurgião de emergência. Aí no segundo período eu vi que eu não queria fazer pesquisa básica e no terceiro que eu não queria fazer cirurgia, mas adiante eu achei também que não era o caso de eu ser médico, mas que era tarde demais, então eu fui cavando coisas que eu, que eu pudesse fazer já com a medicina, porque eu também gostava então, eu acho que é uma profissão interessantíssima e eu me descobri na medicina de família, eu resumo às vezes quando eu tô com pressa de explicar eu digo que eu escolhi ser médico de família porque era o único jeito de eu continuar médico no fim da faculdade, assim, que eu acho que é o que resume, é uma especialidade essencialmente de cuidado, não vou ser fuíinha ao ponto de achar que é única, eu acho que tem especialidades que são, que tem muito no cuidado a proposta dela, a medicina de reabilitação como eu te disse, geriatria, e especialidades mais generalistas, vamos dizer, pediatria, clínica médica, e eu acho que o cuidado tem que ser transversal a todas as especialidades. E eu enrolei enrolei e não respondi direito a tua pergunta, ah, eu, eu gosto de gente, eu gosto de lidar com gente e eu gosto de cuidar também, e tentar, assim, numa perspectiva



de mais autonomia eu gosto de chegar e numa conversa fazer um planejamento de, o que que eu posso te fazer para te ajudar, onde é que você tá precisando de ajuda, quem que eu preciso chamar pra te ajudar também, e o que que você espera ter que fazer e o que que você já está fazendo, eu acho que esse pacto é uma coisa muito legal, sabe, isso me anima, (...) de você se desobrigando de curar sempre e viver salvando vidas, você ainda assim amparar (...) eu acho que, na verdade é uma sugestão se é que você já não está incluindo ela nas suas entrevistas, assim, eu queria descobrir, eu quero saber qual é da colocação dos cuidadores, assim, me intriga muito os motivos que fazem uma pessoa abandonar tudo o que ela faz, as coisas que ela gosta e o jeito de, e, assim, as vezes fazer um negócio que as vezes é sacal e que ela vê que sofre e que muitas vezes ela é obrigada e que ela simplesmente faz, e que eu não sei se eu consigo dizer que é só porque ela se sente obrigada por aquilo, (...) eu torço muito pra que a tua pesquisa ilumine um pouco esse pedaço (...). (...) ser um profissional de saúde, tá na porta de entrada, ser a primeira opção, a primeira e a última opção, sei lá, sofrido pra cacete sabe, e eu acho que a gente não tem preparo que devia, (...) as faculdades não preparam, as faculdades te adestram pra você tá sempre satisfeito, sempre feliz, e elas botam uma meta fantasiosa de que o negócio é curar e salvar vida, e quando você vai pra atenção primária as, pessoas, a maioria delas não se curam, e elas alguma hora vão morrer e quando elas morrerem você vai tar por perto. (...)

➤ **Enfermeiro 1**

Homem, 43 anos.

“(...) Cuidar é você se preocupar, é querer ver a pessoa que você tá prestando esse cuidado bem, poder a pessoa ter plenas condições de poder topar-se com a vida, e o cuidado que você dá faz parte disso também. (...) A minha profissão ela é basicamente relacionada ao cuidado (...) que é a enfermagem desde os primórdios da profissão ela é baseada no cuidar. Então a gente tenta isso desde o comecinho, desde o primeiro dia de aula, (...) é bem relacionado na minha profissão, intrínseca à profissão.

Entrevistadora: E você acha que ser homem ou ser mulher influência no cuidado?

Enfermeiro 1: Não, pelo menos do tempo que eu tenho de experiência nunca tive dificuldade não. Eu acho que a maneira que a gente se pondera das situações, a maneira que a gente lida com o usuário, com o paciente, eu acho que essas são faces diferentes da dimensão do cuidado. (...) Então, a própria mudança que a gente tá percebendo da estratégia saúde da família, (...) a gente tá tendo uma outra visão da população, a população às vezes confunde a gente com atenção domiciliar, mas não somos assistentes,

somos visitantes domiciliares. Então a dificuldade que a gente tem é essa, do familiar, do cuidador tomar posse disso, que ele faz parte do processo do cuidado. Não vai ficar só na dependência do profissional da UBS que só pode sair só uma vez na semana pra ir nessa casa, e tem casos que se a gente não for o paciente não é trocado, a alimentação não é bem administrada, a medicação também. Então eu acho que a dificuldade é essa, dos próprios familiares dos cuidadores se apoderarem do cuidado. (...) o paciente querer as coisas pro momento. (...) 'ah fulano tá passando mal lá em casa você pode ir lá agora?', não dá! Tem muitos pacientes aqui pra atender, dentro das problemáticas essa é só mais uma, mais uma dificuldade também. Então o paciente às vezes vê a gente na rua fazendo a visita, e alguns acham que a gente vai na rua porque dá vontade (...). A mesma coisa quando você está aqui dentro, tem paciente que acha que você está aqui e tá andando pra lá e pra cá, e a hora que ele vier você não vai estar fazendo nada, e você vai atender ele a hora que ele vier, e muitas vezes não é essa a realidade. A gente tem nossas atividades certinho, tem pacientes que chegam com o horário marcadinho. Essas são as dificuldades (...). Então, que nem eu te falei, (...) até a página 19 de enfermeiro eu consigo ir, da 20 em diante a gente vai precisar da ajuda de outro profissional. Então a gente vai na casa, avalia, você vê um paciente que precisa de reabilitação, e aí não é só o fato de chegar, passar o caso para o médico, 'ah vamos encaminha pra fisioterapia', aí a referência é o Sorocabana, que não tá funcionando, não tem fisioterapia. E outra, quem que vai levar esse paciente, vai ter transporte? Já vai ser um transtorno o cara ter que sair de casa, se já tem dificuldade de deambular, (...) a gente vai ter um problema de sair de casa. E quando sai não tem a referência, não existe mais, então tem essas dificuldades. Se a gente tivesse como fazer isso, que é um encargo pro PSF, poder prestar essa assistência na casa, é um negócio rotineiro, eu acho que seria bem interessante. Mas falta. (...) a gente tem a nossa limitação técnica mesmo nessa parte de lidar com o paciente acamado, então você fica basicamente naquele negócio, mudar sempre o decúbito de 2 horas em 2 horas, fazer massagem de conforto. A gente não tem a técnica, (...) e se quer ajudar eu fico preso, eu fico até com medo, por exemplo ontem eu fui na casa do seu E., e já fazia acho que uns 15 dias que ele não levantava da cama. E aí eu falei, 'eu vou ter que fazer alguma coisa', aí fui, peguei, sentei ele, tirei ele da cama e levantei ele, sabe, levantei com aquele medo de vai cair, não vai. E fiquei segurando, dando uns passinhos, em casa 15 dias acamado você vê toda aquela condição de sarcopenia, de ficar imóvel (...). Porque fazer uma vez só, pra um cara que ficou 15 dias lá, e se a família não se mobilizar pra fazer também um estímulo, aí ele vai ficar com medo de cair, não vai fazer. (...) a gente tem agora com a entrada da equipe do NASF, tá havendo outras orientações diferenciadas. E basicamente tem sido o pessoal do NASF nas visitas que tá fazendo essas orientações. Mas nós a equipe nunca tínhamos programado nada assim com o cuidador.

Entrevistadora: Você acha que a forma como os cuidadores familiares

cuidam das pessoas com deficiência e dos acamados é adequada em geral?

Enfermeiro 1: (...) eu acho que não é o adequado, mas na medida do possível eles fazem pra ajudar. Querem ajudar mas acabam até piorando algumas coisas, mas é com a boa intenção que eles fazem.

Entrevistadora: Você acha que é possível melhorar a qualidade desse cuidado?

Enfermeiro 1: Sim, sem duvida, capacitando as equipes, os profissionais (...), pros cuidadores (...) também (...). Porque cada paciente tem a sua especificidade, a sua patologia, tem a sua limitação (...), cada um tem seu plano de cuidado individualizado. (...) a gente tem o caso do seu J., é um paciente que tem 70 anos, ele tem sequelas de dois AVCs e é o paciente que quando eu entrei aqui no posto há um ano atrás ele era um paciente que caminhava com auxílio de órteses e de muletas. Mas assim, (...) ele foi querer chutar o gato no quintal, caiu, dessa queda fraturou o fêmur. Então você imagina, fratura, no idoso, de fêmur ainda. E depois dessa fratura, ficou internado um bom tempo, fez cirurgia, voltou pra casa, ficou acamado, perdeu muita massa muscular, hoje tá com medo de cair de novo. E a gente ficou meio que impotente na situação, aí a gente ia na casa, fazia visita desse paciente, mas não conseguia mobilizar a família, a família sempre contando que tinha dificuldade, porque não tinha quem olhasse ele, porque tinha que lavar roupa, fazer comida, cuidar dos netos. E é um paciente que a gente foi vendo aquela piora dele, foi descendo a ladeira mesmo, então é um paciente que hoje ele só fica na cama, tem a questão de vai comer, não consegue engolir direito, engasga com facilidade, não consegue nem ficar sentado sozinho, tem que ser com apoio. Depende de tudo agora (...). Então assim, foi um caso que (...) se a gente tivesse como dar um cuidado mais adequado pra ele, hoje não estaria assim acamado. (...) Lógico, não pensa que, ah a memória dele vai voltar a ser o que era antes, ele vai sair correndo, não é isso, eu só não gostaria dele não piorar, eu gostaria de fazer ele voltar pro patamar que ele tava, vamos fazer o possível pra manter ele aqui, pelo menos comer com menos dificuldades, conseguir comer sozinho, conseguir escovar os dentes, conseguir com apoio ir ao banheiro, agora o cara de fralda, tá acamado. Então isso foi uma coisa que deixou a gente assim meio frustrado, triste, uma experiência que pelo menos eu tive nesse ano aqui no posto. Ver o cara de um jeito, conversando, com a dificuldade dele, com a questão da fala. E agora é um paciente que só geme, não reconhece mais as pessoas, nem os familiares, esse já é um outro conflito na família. Porque a família não entende porque ele fala palavrão, ele xinga palavrão porque ele tá com demência, não é que ele quer ofender. Ele cospe comida pra fora não é por cuspir, é porque ele não tá conseguindo engolir, e a gente tenta na medida do possível orientar. Quando for fazer alguma coisa com ele falar: 'olha seu J. lembra que o senhor pedia para escovar os dentes?' (...), e a gente tem essa dificuldade, da família entender que faz

parte do processo dele de doença degenerativa. E o caso (...) que deu certo, a gente tá com um em andamento, mas é bem nesse negócio de manter e tentar recuperar um pouco do que o paciente tinha. O paciente tá com 70 anos também, ele fez uma retossigmoidectomia, porque ele tava com um tempo avançado de câncer de próstata. E tava avançando para o intestino, (...) então ele teve que fazer uma colostomia, (...) usa a sonda vesical de demora, ficou um mês internado depois que fez a cirurgia, veio pra casa confuso, a alimentação tudo batido no liquidificador e dado na mamadeira. E não se movimentava na cama, sempre na mesma posição. E hoje a gente com o pouquinho que conseguiu fazer das visitas, hoje é um paciente que tá mais lúcido, tá orientado no espaço, já tá comendo sozinho. No leito ele consegue fazer a mudança de decúbito sozinho, não precisa de ninguém pra ajudar. Tem uma escara, (...) já tá cicatrizando, mas a gente tem ajuda da família que tem uma filha que ajuda, que tá na casa 24 horas direto, e tem um filho que é auxiliar de enfermagem, que trabalha na Santa Casa. (...) o filho falou que no retorno com o cirurgião, o cirurgião falou pra ele: 'olha eu não esperava ver seu pai de novo', então você imagina, o próprio médico já tinha tirado as esperanças da família. E o paciente tá lá, pelo menos os dias que eu tenho visto ele, tem apresentado melhoras, então é um paciente que assim, que tem muita fé mesmo que ele vai voltar a caminhar, mesmo com muleta. Ele falou pra mim: 'olha eu não me importo que seja com uma muleta embaixo do braço e outra no outro, mas eu quero andar sozinho (...)'. E a gente tem que aproveitar esse paciente que quer, ele tem vontade, ele e a família ajuda. (...) falei pra ele: 'vai demorar seu J., só que assim, o senhor vai ter que reaprender um monte de coisa' (...), vai ter que reaprender a (...) caminhar, se alimentar. Mas assim, eu vejo assim, lógico ele tem o prognóstico de uma metástase, um tumor maligno, mas o que a gente puder fazer para pelo menos ele ter essa qualidade de vida enquanto for possível, a gente vai estar junto aí. (...) Então o meu medo é esse, às vezes você tem muita ânsia de ajudar, mas essa ânsia de ajudar você pode prejudicar ainda mais o quadro do paciente. Então o cuidado tem que ser bem feito, ele precisa além da vontade da pessoa de cuidar, do carinho, ele precisa também da técnica adequada, não é só a vontade (...). Porque assim, eu sempre gostei de ajudar, e tem também o exemplo de casa, a minha mãe já foi atendente de enfermagem, a minha irmã mais velha é enfermeira, a minha irmã do meio também é enfermeira. E aí eu fui pra essa área assim, no começo eu não sabia se era bem isso que eu queria, sabia que eu gostava de cuidar, mas eu falei: 'ah, vou tentar enfermagem', e aí no comecinho já comecei a gostar, fui trabalhar em hospital, de hospital para pronto socorro, do pronto socorro fui pro PSF, e hoje to aqui, sempre agora na atenção primária, já há seis anos na atenção básica, né. Eu acredito que o grande tchan da saúde tá na atenção básica. (...) você pode ir na casa, você sabe das dificuldades sociais, de saúde, e esse contato sempre faz muito bem. Então você vê, tem paciente que vem aqui e não é uma consulta que ele quer, ele quer conversar, se abrir, quer fazer um desabafo, e às vezes é isso (...).(...) escolhi porque eu gosto disso, do contato humano com o paciente, com o usuário."

➤ **Enfermeiro 2**

Homem, 28 anos, com pós graduação lato sensu em Atenção Primária à Saúde.

"(...) cuidar (...) é especificamente (...) tratar mesmo, é tratar com carinho, é tratar com dedicação, é tratar com técnica. Quando a gente fala de cuidar da nossa parte mesmo, na parte de enfermagem, isso é cuidar. (...) o que deu pra eu perceber nesses meus anos de profissão, é que eles não conseguem juntar a parte humana, técnica e teórica. Então assim, até voltando a primeira pergunta do ato de cuidar, cuidar é a junção do humano, teórico e prático, é o que você consegue juntar e cuidar, quando você consegue estes três, unir estes três, que a deficiência destes três no serviço de saúde aqui em São Paulo eu percebi que é muito grande, quando as pessoas, e, elas, quando elas tem a parte prática elas não tem a parte humana, quando elas tem a parte técnica elas não tem a parte teórica, e assim sucessivamente. Então eu acho que é bem assim, (...) pra mim isso é essencial, e as pessoas que são cuidadas, (...) quando pegam essas pessoas acabam deixando de ser cuidadas e passam a ser vítimas, eu considero, acabam sendo vítimas de um trabalho, na verdade, de um trabalho que no final do mês é remunerado, então quem ganha com isso é o cuidador, mas a pessoa ela tá sendo, na verdade, sendo usada, então é isso que eu acho. (...) eu também to generalizando, existem as pessoas que tem essa junção, que conseguem ter essa junção, que conseguem tratar bem, entendeu. Agora tem muitos que não conseguem, e a gente observa isso nos serviços. (...) na verdade a gente tem as nossas dificuldades como todo mundo tem, todo serviço tem suas dificuldades, mas eu acho que o propósito mesmo de saúde da família ele consegue sim chegar num objetivo quando se tem uma equipe boa, quando se tem um enfermeiro bom, quando você tem um auxiliar de enfermagem bom, quando se tem agentes comunitários de saúde bom, quando se tem um médico bom. Então quando eu sei que a equipe ela é bem estruturada, o PSF consegue fazer o seu trabalho, ele consegue ajudar as pessoas que estão acamadas, eles conseguem ir até as residências, eles conseguem fazer essa diferenciação de quem precisa do serviço domiciliar e de quem não precisa, então, eu acho que quando a equipe ela é bem estruturada e, e isso a nossa unidade ela tem. (...) pelo menos no que eu vejo aqui isso funciona.

Entrevistadora: Como é que você entende as pessoas com deficiência, os acamados, você acha que eles precisam de, de algum cuidado específico?

Enfermeiro 2: Eu acho que eles não só precisam como eles tem o direito do cuidado específico, é um direito do acamado, é um direito do deficiente ter um atendimento específico e diferenciado. (...) 'Ah não, não, vamos diferenciar porque pode causar preconceito', não, tem que ser um

tratamento diferenciado, não na base do tratar, do se lidar, não, mas base mesmo das técnicas, na base de ter mais atenção, de ter mais cuidados mesmo, de ter mais presença para com essas pessoas (...).

Entrevistadora: Você acha que o cuidador ser mulher ou homem influência? Tem um que é melhor que o outro?

Enfermeiro 2: Não, eu não acho isso, eu não tenho essa idéia. Eu acho que o trabalhador de saúde, eu sempre coloco pros meus alunos, que os trabalhadores de saúde ele é anjo, ele não tem sexo, e é verdade, então eu acho que o interior é que mostra quem realmente você é, seja homem seja mulher, seja pessoas com mais idade, seja pessoas com menos idade, eu acho que primeiro tem que existir o dom, e se existe o dom existe a vontade, e é essa vontade que faz a diferença entre um e outro, e não o sexo.

Entrevistadora: E os cuidadores familiares, você acha que tem diferença se é mulher ou se é homem?

Enfermeiro 2: Então, eu acho que existe algumas diferenças pequenas que eu também nem levo em consideração, como a parte por exemplo de um acamado ser muito obeso e necessita de uma força maior, então o homem consegue uma força maior, ele consegue ter essa flexibilidade mais para com o paciente, mas eu acho que os cuidadores tão na mesma função do profissional, eu acho que se ele tá dedicado aquele serviço, se ele tá dedicado a servir aquele paciente, aquele parente dele seja pai, seja mãe, seja filho, que na maioria das vezes eles são, né, que eles até brigam pelos serviços especializados para com essas pessoas, então eu acho que também não existe diferenciação, a não ser nesse ponto que eu citei, na questão da força mesmo, mas não na questão interior, do cuidado, do estar sempre presente, do estar sempre percebendo algo de errado, isso não influencia sexo. (...) a estratégia saúde da família veio pra isso, ela veio justamente para acompanhar as famílias e ajudar essas famílias, às vezes a família tem toda essa parte do carinho, tem toda essa parte da atenção, mas não tem a parte técnica, às vezes a gente precisa mudar o paciente de decúbito e as vezes o familiar não tem essa percepção que tem que mudar, por exemplo, um parálítico de decúbito porque se não pode formar uma ulcera, tem que fazer movimentos leves pra que não fique totalmente sedentário, tem que ensinar os tipos de movimentos pra que não prejudique na sua saúde, no que está lhe afetando, então acho que a estratégia saúde da família ela veio pra isso. Não só os acamados, mas com as famílias em geral, às vezes a gente entra com profilaxia do tipo de não fumar, do tipo de pressão arterial (...) a gente acaba impedindo problemas do tipo derrame, que as vezes as pessoas ficam acamadas por esses tipos. Então a estratégia saúde da família ela veio pra isso, e ela funciona, pelo menos é pra funcionar, e é pra isso que a gente tá aqui, as pessoas que querem mesmo fazer a coisa funcionar. (...) a gente tem também a parte de atenção aos pacientes em casa e, existe pequenas falhas por parte dos cuidadores

que não são todos, são a minoria ainda bem, tem pessoa que realmente não tem a percepção do que realmente tá acontecendo, então a maior dificuldade é essa, é a gente fazer com que a pessoa perceba que aquilo é um problema muito grande, às vezes por exemplo tem um acamado com tuberculose, por exemplo, às vezes a pessoa não sabe a dimensão disso tudo, nem pro próprio paciente, principalmente pra ela, então a gente sabe que tem a parte de proliferação de bacilos, (...) enfim, (...) às vezes a falta de concepção do acreditar de quem está cuidando, acho que essa é a maior dificuldades das equipes, não só a minha como todas as outras (...) eu acredito que eles podem cuidar. Mas as vezes tem família difícil que não consegue ver a dimensão do problema, tem família que é difícil e acha que é tudo normal, tudo muito simples que, são as exceções. A maioria das famílias não são assim, a maioria procura saber, procura conhecer, procura aprender, ainda bem que são a minoria. (...) Então, eu acho que os profissionais de saúde em relação aos cuidadores, acho que nós na verdade, que eu me enquadro neste meio, nós temos que ser um pouco menos técnicos com os cuidadores, ensinar eles com menos, eu não digo técnicas que vão prejudicar o paciente (...). Mas assim, eu acho que a gente tem que atrelar o lado humano com a técnica, porque às vezes eu acho que a gente é muito técnico, que foi o que eu falei no começo, as vezes a gente é muito técnico com o cuidador que ele acaba não assimilando nada, entende, ele acaba tendo medo de fazer porque acha que isso que a gente falou, que nós ensinamos é muito difícil, e não é, ele vai cuidar somente daquele problema, pra você ter que fazer o cuidador acreditar e conhecer, como cuidar daquele problema, ele não precisa conhecer a enfermagem geral, ele não precisa conhecer o cuidado de todos os problemas, mas a gente tem que começar a ser um pouco menos tão técnico diante dos cuidadores e começar um lado mais amigo humano e fazer com que eles aprendam da forma mais fácil, eu acho que é isso. (...) a gente tem 'n' casos, (...) existem famílias, por exemplo, que não querem, que não querem o tratamento supervisionado [de tuberculose] aqui, supervisionado por nós, mas que querem cuidar de seus próprios pacientes, (...) e tem família que cuida muito bem disso, eles dão remédio na hora certa, a gente vai ver o paciente eles estão impecável na questão da medicação, na questão do peso, isso é um lado bem sucedido da gente, (...) quando a gente entrega a responsabilidade pros cuidadores porque eles assumem isso, eles querem assumir isso, principalmente mães, às vezes as mães querem assumir esse papel de cuidar, de dar o remédio na hora certa, de cuidar da alimentação, e temos momentos de falhas também de familiares que tentam assumir esse papel e não conseguem (...) ou por um motivo ou outro, (...) isso entristece a gente, que às vezes a pessoa se responsabiliza pra cuidar e não conseguem fazer o acompanhamento desse tratamento, e a pessoa total e único prejudicado é o paciente. Essas são as histórias frustrantes que a gente tem, constantemente aqui na unidade, (...) a gente leva esse lado nosso humano para o cuidador e, ele nos passa confiança disso, de que realmente vai ficar tudo bem, de que vai acompanhar, de que não vai falhar, e aí quando a gente vê essa confiança aí a gente entrega o serviço mesmo, não o serviço

total, mas a parte medicamentosa, a parte do cuidar. (...) eu escolhi essa profissão porque eu amo, eu amo cuidar, eu amo servir, e, na verdade, eu acho que a profissão da gente vem muito do que a gente recebeu quando pequeno, a educação que a gente recebeu e na família uma família que serve muito, que ajuda, que atua muito nessa parte do cuidar, e eu fui crescendo vendo e acompanhando, e participando disso e eu escolhi pra minha vida cuidar, e to muito feliz, agradeço todos os dias a Deus por eu ter optado por essa profissão que me faz bem, que me realiza profissionalmente, pessoalmente, graças a Deus eu sou um profissional muito realizado, muito bem, eu sei o que quero e, e sei o que fiz, e cuidar pra mim é (...) magnífico!"

➤ **Residente 1**

Homem, 26 anos, residente de medicina de família e comunidade.

"(...) Cuidar, como profissional de saúde que acho que é o que me cabe nesse contexto, cuidar é você conseguir fazer um projeto terapêutico junto com o indivíduo, junto com o paciente, assim, que coloque ele não só como objeto desse projeto mas como participante autônomo e protagonista do próprio processo de saúde e doença dele, então acho que cuidado entra no contexto de você não só oferecer seu saber técnico mas levando em consideração tudo o que o paciente sabe da vida dele, que ele que é dono do sintoma, do corpo e das conseqüências desse cuidado. (...) eu acho que em medicina, (...) tem uma formação muito hospitalocêntrica, centrada na doença, centrada na cura, e eu acho que a medicina é uma das áreas de atuação mais ampla, assim, de proporcionar não só contato com tudo o que é de humano, de sofrimentos, desde unicamente orgânicos como profundamente sociais, porque aí consegue entrar em contato com os isso tudo se você quiser, e é uma profissão que te oferece inúmeras ferramentas e possibilidades de, de fazer um cuidado, de propor projetos, seja pelo saber técnico que é bem amplo e que pode ser muito amplo, seja pela, pela própria profissão do médico, de ter uma autonomia e, e até centralizar, centralidade em projetos de saúde, enfim. Então eu acho que se você souber isso de uma forma não opressora mas aproveitar essa oportunidade você consegue fazer muita coisa. (...) o cuidador familiar tem algum saber técnico, para, para ser um cuidador de saúde. Ele vai cuidar, as intervenções vão ser muito mais, claro que as nossas também são, mas os preceitos do cuidador familiar vão ser muito mais baseado nas suas vivências, nas suas experiências, nos seus anseios, nos seus desejos, e vai se colocar numa posição muito menos, muito mais ligado, muito mais participativo e muito mais em conta, e o cuidado é uma coisa que reflete não só na vida direta, mas muito mais diretamente na vivência dele, como na convivência, enfim. E a gente enquanto cuidador, a gente tem normalmente, a gente tem hora pra começar, olha eu vou trabalhar, sabe, pra terminar, salário, e questões também da relação. E o familiar não, então ele tem um potencial tanto ruim



como legal de transformar e de participar, como descaso, descansar e, enfim, interferir muito mais a vida dele, que ele não vai ter uma hora que vai falar assim: 'não, tá tudo bem agora acabou o nosso horário e eu...', então isso não existe. (...)

Entrevistador: E você acha que a maioria dos cuidados que eles oferecem são adequados?

Residente 1: Sei lá, adequado pra quem. Não sei, meu. Talvez não seja adequado pra técnica, e, aquela coisa odiável, se não, se não enrolou a faixa direito do curativo, porque levanta ela pelo sovaco, não pelo quadril, ou qualquer coisa assim, sei lá as vezes, o rigor técnico que... talvez não seja um cuidado mais adequado. Vai saber, as vezes é o mais adequado por que as vezes ela enrola desse jeito, faz desse jeito porque ela não tem como fazer de outro jeito e ela ali falou, ah não deu ou não sei fazer ou achei que sei fazer, assim, com o cara que tá sendo cuidado gosta, prefere. Ou as vezes não, as vezes ela faz do jeito que ela acha melhor, com uma intenção bem sincera e não dá certo. Mas também tem o outro lado de que como o cuidador familiar tem, teve todas essas questões pessoais de conflito, cada vez mais eu tenho visto a questão de uma pessoa que sempre teve uma relação conflituosa com a família, seja por causa de personalidade, de as vezes não tá conversando na conformação das relações, seja por, ah, sei lá, uso de álcool, de drogas, seja por violência física, enfim, o cara que foi um opressor na família, quando o cara tá em uma situação de impotência, de dependência muito grande, de vulnerabilidade muito grande, as vezes essa coisa do cuidador familiar vira uma, uma coisa meio, um forçadismo, traz junto o rancor, traz a raiva, e aí as vezes fica muito difícil de diferenciar porque se apresenta como cuidado, (...) e aí fica muito difícil de avaliar. Mesmo quando você põe no contexto familiar, que na atenção primária a gente tem acesso, sei lá, você vê o paciente como vítima, quando na verdade o paciente foi um puta agressor antes, ou continua sendo não na sua frente, chega lá ele chora, e aí sai aí o cara taca coisa na cabeça da cuidadora (...) Tem várias dificuldades. É muito difícil quando, quando a rede social da pessoa que tá sendo cuidada é um cuidador desgraçado, é um cuidador rancoroso, é um cuidador abusado, é um cuidador sádico, é um cuidador, sei lá, culpável. Quando a questão de saúde do cuidador interfere nesse cuidado, e você não tem outra situação, fica foda, né. Lembra daquilo que me, que é meio frustrante, você fica: 'putz precisa de um outro cuidado, de um cuidado melhor', aí você fala: 'preciso de rede', aí a rede que você tem é mínima. E aí, enfim, aquela coisa de trabalho de formiguinha mesmo, você tem que bater lá: 'ah ele vai na igreja, ah ele joga domino no bar, ah tem aquele primo distante que veio passar as férias', e (...) vai caçando, mas isso é muito difícil, bastante, muitas vezes não dá certo. Que também o nosso sistema não tem um processo de cuidar dos cuidadores, né. Nem dos familiares e nem da gente(risada). Então, é muito comum estar desgastado,

é muito comum o stress, é muito comum o cuidador precisar do cuidado e aí você falar assim: 'e aí fudeu' porque se o cuidado já não tem rede social, o cuidador as vezes menos ainda. Tem várias dificuldades, acho que essas são só algumas delas.

Entrevistador: Você acha que a estratégia saúde da família dá conta de resolver isso?

Residente 2: Não, obvio que não. A estratégia saúde da família é uma das melhores possibilidades, é uma das melhores coisas que existem atualmente. (...) Ter a questão de ter uma população no território e tudo mais, isso tudo traz várias ferramentas pra trabalhar essas coisas, mas tá muito longe, porque não é só a estratégia saúde da família, né, tem tudo uma rede que tá precária, então assim, pra começar você nem tem uma estratégia saúde da família completa. São Jorge, UBS, escola, referência, patrão, não sei o que. Cheguei numa equipe que tem uma auxiliar há não sei quantos meses, e que uma agente comunitária recém contratada e que tem uma outra que tá de férias, mas enfim fatalidade do destino, e uma enfermeira que tava de licença médica, então eu cheguei numa equipe que tava incompleta, com um médico, uma auxiliar e quatro ACSs. E assim, em princípio acontece da UBS escola, imagina. Sem falar que não é só isso, (...) Mas acho que é isso, a estratégia saúde da família, mas não é, mas não é plenamente suficiente. Não sei o que seria.

Entrevistador: Você acha que se é mulher ou homem influencia o cuidar?

residente 2: Acho que sim. (...) não sei se só ser mulher ou homem, mas a questão do papel do masculino e do feminino (...) Tem alguns contextos na sociedade que fazem com que a mulher em geral pelo o que eu vejo, isso é mais empirismo, (...) Mas a, a mulher em muitas comunidades, muitos locais, a mulher tem o papel de cuidadora maior. Seja porque tem uma sensibilidade, tem uma preocupação, seja porque as vezes, agora cada vez menos, tem muitas na zona oeste de São Paulo tem muitas mulheres, tem muitas famílias sendo cuidada por mulheres. Mas é um outro contexto, seja porque a mulher tá mais em casa, ou seja porque a mulher, não que seja agora tá em casa mas as vezes a mulher tá mais em casa. Às vezes a mulher se acha num papel de ter que cumprir menos, num papel pra se exigir essa de ser auto suficiente, não dependo de ninguém, eu não posso mostrar os meus sentimentos, não sei, não sei exatamente o que tá envolvido. Faz uma diferença, isso com certeza faz. Seja porque as mulheres vivem mais, então, cuidam das pessoas mais tempo. (...) Acho que uma coisa de, atenção maior em algumas coisas. Principalmente uma mulher que, mulheres que cuidaram de filhos, por exemplo, tem um, tem uma visão de cuidado diferente. Mas ao mesmo tempo em que eu penso que as mulheres tão, tem uma enorme saúde tem um modo de cuidar

diferente, mulheres que cuidaram de irmãs mais novas tem um jeito diferente. Então eu acho que na verdade, alguém que, por exemplo, cuidou de um filho, de um parente, de, enfim, porque quer queira quer não, quanto mais haja mais participativo a mãe tem um papel especial no cuidado do filho, pelo menos, a gente brinca né, a mãe traz o filho na consulta com o pediatra, se o pai aparecer é porque aí é que o negócio é grave, porque aí por Deus, pro pai vir. E, e assim, a mãe tem uma noção de que, de cuidado, de alimentação, de ter uma percepção de, sintomas, de a pessoa não estar bem, essa coisa mais de um olhar clínico, a mulher tem um olhar clínico, ela olha pra pessoa e fala: 'ih, não tá bem'. Eu acho que a mulher tem uma percepção mais aguçada de algumas questões de saúde que podem, que estão envolvidos com o cuidado. Mas eu acho que se for de vontade, ou com boa disposição de cuidar, acho que isso não diferencia tanto assim. Se os homens todos se envolvem com o cuidado não tem diferença nesse quesito. (...) Olhar clínico não é algo que se estuda, é algo que se pratica, você ver quinze mil pacientes que tão com febre, passa alguém na tua frente você fala, ah essa pessoa tá com febre. Sei lá. (...) Então assim, tem alguma coisa que você aprende na observação exaustiva. (...) visita domiciliar é um negócio que tem algumas questões. Quando você tem um objetivo, (...) quando você (...) pensou no que você vai fazer da visita, de modo geral, ela tem um sentido muito grande, às vezes você só tem alguns insights quando você vai na casa do paciente. (...) você consegue sacar muito mais dinâmica, limitações ou potencialidades (...). E acho que o papel dos cuidadores, algumas coisas se evidenciam ali, quando você coloca neste contexto da casa é diferente de quando você coloca o cuidador com o paciente num consultório. Num consultório eles tem um papel a cumprir bem diferente, (...) Só que tem uma coisa na VD que você gasta muito tempo fazendo uma visita domiciliar. Então, não dá pra você fazer VD pra todo mundo que você acha que precisa porque o tempo de um visita você atende três outras pessoas, ou quatro. Faz um grupo (...). Então VD é uma ferramenta muito importante mas tem que ser ponderada, você tem uma responsabilização que você tem uma população de 3500 pessoas pra ver. Eu acho que existem outras ferramentas que talvez possibilitariam um melhor cuidado pros cuidadores, principalmente as ferramentas de grupo (...) Eu tenho um 'n' muito menor de pessoas com alguma deficiência. Eu acho que a estratégia saúde da família inclui você, na questão da igualdade, da equidade, inclui você saber oferecer cuidados diferentes para pessoas diferentes, necessidades diferente. Talvez uma pessoa com deficiência motive você a (...) ter que fazer visita domiciliar, de ver com mais frequência, e de envolver mais pessoas de equipe, tipo o NASF. De envolver mais o agente comunitário, alguma coisa assim. Acho que nem todas essas possibilidades a gente consegue oferecer um cuidado melhor assim, mais adequado. Claro que a gente tem limitações, que entram de, que talvez alguma outra ferramenta poderia ajudar (...). Você vai precisar de às vezes você vai precisar até de um decorador, de um designer de interiores, e o arquiteto que vai formula a casa do cara, vai fazer uma intervenção, aí eu desconheço um sistema de saúde público que tenha uma ferramenta assim.

(...) o paciente com deficiência auditiva grave precisa de alguma, precisa de uma avaliação com o otorrino, com fonoaudióloga, e que muitas vezes na nossa rede é insuficiente, (...) na estratégia saúde da família especificamente, mas, mas eu acho que tem pacientes que tem necessidades que a ESF não cobre, não dá conta. Até porque, até porque nosso maior elo com a comunidade, por mais diretos que sejam os agentes comunitários, eles são pessoas que tem uma formação muito deficiente porque não é investido na função deles. Então, tudo bem que a idéia nem é você falar: 'ah não você tem que ter um curso superior em alguma coisa pra ser agente comunitário de saúde', não é essa a idéia. Mas dado que o cara tá contratado, tá numa equipe, devia ter uma formação muito mais intensa com essas pessoas. (...) às vezes você precisa falar onde que tá o órgão no corpo da pessoa, o que que ele faz, então você fala de uma doença e depois você fala de um cuidado, então assim, formação que eles tem técnica na área da saúde é formação de ensino médio. E que às vezes o ensino médio é deficitário, então é muito precário essa formação específica pra saúde deles. E até formação humana, não tem. A gente ainda faz uma capacitação em saúde, quem faz uma capacitação humana. (...) Eu tô há um mês no posto. Acho que tem várias intervenções correndo que ainda não deram nem certo e nem errado. Eu posso contar um caso que acho que começou dando errado mas agora parece que vai dar mais certo. Tem um caso, que é especificamente esse paciente que eu falei que era cego. (...) Que assim, eu pensei nele algumas vezes nessa conversa, que é exemplo de várias coisas, no caso que ele é uma pessoa que é exemplo de várias coisas da minha prática. É um paciente de 80 anos, que tem sempre uma relação difícil com a família, de principalmente ser grosso, ser rígido, o agressor (...). Que teve artrite reumatóide, que usou cloroquina, que ficou cego por causa da cloroquina. Teve um câncer de bexiga, a família já não tem dinheiro, já não tem carro, gasta horrores pra ficar levando ele, pra ir, pra voltar, pra tratar, pra químico, pra rádio. E que gasta muito com o cuidado dele que ele é cego. E agora ele tá com uma diarreia crônica que ainda é mais grave ainda porque o cara caga horrores. Desculpa, ele evacua um monte. E poe fralda, e vaza na fralda, e muitas vezes o cara vai tomar banho, não consegue segurar vai na parde. Tem que limpar a cama, tem que limpar a casa. E o cara ainda é grosso, o cara ainda taca, enfim, isso tudo eu descobri depois. No primeiro contato com ele, que acho que o que deu errado, o meu primeiro contato com esse paciente foi assim. Ao chegar, a ACS falou assim, fizeram uma VD lá pra dar uma olhada como ele tava, e tava com muita dor de barriga, não sei o que, papapa. No dia seguinte passou, passou na nossa equipe, passou pra gente que o seu A., ah tá com uma puta dor abdominal e aí o que que eu faço. E aí o A. tava discutindo um outro caso com uma outra agente, começou a discutir o caso com ela. E aí eu falei: 'pô sei lá, dor abdominal pode ser tudo, pode ser gases, diarreia, doi tudo quase do mesmo jeito as vezes'. Só que também tá com febre (...). E fazendo pro caso a anamnese que eu não sabia, que nem era o cargo da função dela de auxiliar, era no mínimo da enfermeira e do médico. (...) Só que aí, e até por inexperiência minha, (...) começou os erros, a gente mandava pra

emergência, uma VD de emergência. E na minha cabeça eu falei, alguém precisa ver, precisa olhar esse caso. (...) eu achei que era uma boa fazer uma visita domiciliar pra avaliar aquele caso. Até porque era uma família que eu não conhecia (...). Eu falei, vou lá avaliar. E, aí fui lá avaliar, examinei, e o exame clínico tinha um sinal de alarme. Eu falei, putz preciso ir pro pronto socorro. E o sinal de alarme tava muito claro pra mim, não tive duvida nenhuma que tinha o sinal. E aí eu fui e falei pra mulher, olha fui lá examinei ele ele tá com sinal que é o sinal de alarme, que pode ser que ele ainda não tenha nada mas pode ser que ele tenha um negócio grave, mas de qualquer maneira com isso ele precisa ser avaliado na emergência. Mas alguém precisa ir com ele. Ah, aí a mulher dele, não e porque eu ia com a minha filha pro banco, pra resolver um negócio, não sei o que, e eu não sabia toda a dinâmica que eu já contei. Aí eu falei, cara que absurdo, né, na minha cabeça quando o médico chega e fala, a pessoa tá grave e precisa ir pro pronto socorro, seja paciente ou seja marido, você fala, nossa verdade tá grave vamo pro pronto socorro. Mas enfim eu falei, quem que pode ir com ele. Aí ela falou, meu filho mora aqui do lado, então vai chamar ele, né. Não, é que ele tá dormindo, ele trabalha a noite, ele é segurança noturno ele tá doente, só que ele acorda às onze, e era as nove, e o cara é aposentado. Então chama ele meu, sei lá, acorda ele. Ah, vou ver se dá. Nessa hora acho que eu olhei meio que com o olhar de desespero pra ACS que ela foi lá olhar pro cara. Aí apareceu o filho, apareceu lá depois de um tempo e falei, puxa eu avalei seu pai eu notei que ele tá com o sinal de alarme e tem que levar ele pro pronto socorro. Aí o filho, não mas o meu pai sempre tá com dor, mas ele tem muito assim, mas não, isso acontece quando ele faz não sei o que, não nem leva ele, ele tá assim todo dia, daqui a pouco ele tá melhor, isso é só porque você tá vendo ele, isso é manha, não sei o que. Falei não, você não tá entendendo, sei que ele tem uma dor abdominal, sei que ele já tem diarreia, eu sei que ele já tem um monte de coisa, o que me faz avaliar que ele tem uma situação de emergência não foi nada da história, foi o exame físico, e isso independe de todo resto. Aí o filho, putz, mas a gente não tem carro, não tem como levar, não tem como voltar. A gente arranja um jeito, a gente vai no AMA, conversa com o médico de lá, pede remoção, liga pro SAMU, sei lá. Não mas não tem como dar prioridade. E assim, começou a surgir um monte de impressões que eu falei, cara o que que tá acontecendo com essa família, né, que merda de família é essa. E aí fiquei puto, não sei o que, voltei pro posto, falei com a gerente, falei C., como é que a gente faz com esse caso, cheguei até por de levar o meu carro e levar, né. Aí ela falou, não poe no seu carro, não é esse teu papel, liga pro SAMU, faz o contato, me dá o número do protocolo, eu falo com a coordenação, a gente tenta remover ele rápido, beleza. Eu fui lá, fiz uma carta de encaminhamento pro pronto socorro, a ACS levou de volta pra casa dele, o SAMU levou, quando o SAMU chegou lá a família ainda enrolou, ligaram pro posto. Algum tempo depois, e aí eu discuti com o A., falei puta que absurdo, que família é essa, não sei o que. E aí a gerente se envolveu na discussão, e falou, é um absurdo que isso é negligência com o idoso, taltaltal, que a família tem que prestar, de repente a família tá desgastada,

não tem um limite. E aí rolou até uma conversa de fazer uma representação, por negligência ao idoso. Aí depois de um tempo eu descobri (...) que ele tinha entrado e saído em menos de quatro horas, tinha feito um monte exames que estavam normais e foi pra casa, e tava bem. (...) E no final talvez a queixa tivesse não dado em nada porque eu tava examinando. E talvez algo de tudo aquilo que me foi dito fizesse algum sentido. E aí, numa VD seguinte, em um curto espaço de tempo que a gente foi lá justamente pra avaliar como ele ficou e ter uma conversa com a família e tentar entender, e aí, o que aconteceu, vocês desistiram, porque. E aí nessa conversa a gente começou a entender, isso tudo que eu já contei, que ele era um cara que agrediu, que ainda taca coisa na cabeça da mulher, que xinga ela, que ela xinga ele, mas ele xinga ela de volta, que cansa pra caramba cuidar dele. Faz tempo que o filho desistiu, que o filho era muito envolvido (...). Quando a gente tava saindo a visita a mulher dele no meio da rua começou, vocês não tem idéia do que eu passo aqui, ele fica chorando toda vez que vocês vem, vocês vão embora ele começa a me xingar, eu falo qualquer coisa ele nunca ajuda. E começou a falar um monte de coisa, e a partir daí abriu uma nova idéia pra gente, que talvez a gente não fazia comunicação nenhuma agora, tem essa questão que a família é efetivamente a responsável legal (...) Então eu acho que esse é um caso que começou dando errado e que agora talvez a gente consiga entender melhor o cuidador, aí entender melhor o lado dele e oferecer alguma coisa pra ajudar, inclusive a gente já começou a propor de se vale a pena tentar falar com algum outro parente. Já que ela vai na igreja, tentar levar ele na igreja, ver se alguém consegue dar alguma ajuda já que ele. Já que ele jogava domino e não joga mais porque ele tá cego, chegar onde ele jogava dominó e chegar no amigo e falar: 'tem domino que dá pra jogar com cego, dá trabalho, mas tem'. Sei lá, a gente pensou em algumas coisas, se dava pra juntar dinheiro pra também ajudar a mulher cuidar da casa, fazer os cuidados específicos dele. E começamos a bolar várias alternativas. E aí acho que agora quiça dá mais certo. (...) eu tive muitas poucas crises pra escolher essa profissão e muitas crises depois de ter escolhido. Meu pai é engenheiro e minha mãe é médica, ambos tiveram uma grande valorização do estudo e da profissão e da carreira. E eu tive a minha infância e adolescência, eu sempre fui uma pessoa que estudou em boas escolas e tive um rendimento muito bom e tinha até grande facilidade. Sei lá, nunca foi uma angústia pra mim ir na escola, foi uma coisa muito tranqüila aliás. E tinha uma grande facilidade com exatas, e com números, (...) então pra mim era dado que eu iria fazer engenharia. Daí num determinado momento do segundo colegial o meu pai virou pra mim e falou: 'você tem um jeito de falar com as pessoas, você é um cara tão expansivo, (...) engenharia tem um monte de coisa chata, o curso talvez vá te encher o saco. Porque você não pensa em fazer uma outra coisa?'. E eu comecei a pensar, e eu não consegui pensar em muita outra coisa pra fazer, porque minha mãe é médica psiquiatra e tem um certo preconceito com outras áreas da saúde, e eu entrava no papo dela, não conhecia. Mas aí eu passei com o médico que eu passava lá na minha cidade, que era um cara que era professor da

Paulista e ele me falou: 'medicina, o maior problema dela é você entrar, depois que você entrar é uma área tão ampla com tantas possibilidades que é muito difícil você não achar um caminho ali dentro'. E eu falei, vou fazer medicina. E aí durante a medicina eu tive mil crises, comecei a participar do centro acadêmico (...) a ter várias vivências, (...) projeto de extensão, movimento estudantil, e aí no segundo ano eu entrei em crise porque eu descobri os determinantes sociais da doença, do processo saúde doença, aí eu falei, ah não adianta nada ser médico que os determinantes sociais são muito mais importantes, o que que eu to fazendo aqui, vou tratar vai voltar (...) até que (...) entrei numa outra que era, independente de mudar a sociedade, (...) o importante é como cada um reage, como cada um denuncia, o que importa é o indivíduo e como o indivíduo vivência, o que que eu to fazendo aqui, vou fazer psicologia. E no quarto ano quando o curso de (...) começou a ter contato com o paciente, eu descobri que dava pra você entrar em contato com essas coisas todas a partir do seu saber técnico como um médico, e que o paciente, muita gente tem uma demanda de saúde, que quase sempre você vai para no médico. E a partir deste contato você consegue entrar em contato com outras coisas. Aí no quarto ano eu resolvi esudar medicina pra caralho, a parte técnica, que eu não tinha dado tanta atenção, e ao mesmo tempo eu fui fazer liga de saúde da família, pra ter algum contato. E aí curti muito essa área de atenção primária, e medicina em si, a clínica e tudo. E o internato foi um misto de fascínio pelo aprendizado e raiva e nojo do hospital, e só me confirmou mais ainda que eu queria fazer medicina de família."

### ➤ Auxiliar de enfermagem 1

Mulher, 30 anos, com formação em Atenção Primária em Saúde

"Cuidar é dar atenção, dar carinho, ajudar nas necessidades, demonstrar afeto. Cuidar é diversas coisas, estar ao lado, só o fato de estar ao lado já é um cuidar. (...) Minha profissão é o cuidar, né. Na enfermagem, principalmente, o cuidar está em tudo. Desde uma orientação a um cuidado, a uma assistência, a um procedimento (...)

Entrevistadora: Como você entende a relação entre os cuidadores e as pessoas de quem eles cuidam? Você acha que o cuidado é adequado ou não?

Aux. de Enfermagem 1: Nem sempre. Depende muito da família, depende do fator social, do fator econômico, tudo isso interfere no cuidar do paciente. A relação, o convívio deles, como é o relacionamento deles, tanto do cuidador quanto do ser cuidado, do paciente, tudo isso interfere no cuidado. A moradia, falta de tempo, fator sócio econômico. (...) Acho que as dificuldades estão sempre presentes e a gente está sempre procurando

enfrentá-las da melhor forma, porque de todas as formas tem dificuldades, no material que não é fornecido, material que não é adequado, no entendimento do cuidador, que às vezes falha, isso acaba prejudicando, déficit de alfabetização, falta de tempo, que a maioria, também, precisa de muito tempo pra estar cuidando. São fatores que acabam contribuindo, falta de espaço, a gente tem pouco espaço, também interfere no cuidar. (...) Acho que [que o problema encontrado na prática é] mais a falta de carinho, de afeto um com o outro. Às vezes brigas anteriores, então acho que mais a falta de afeto do cuidador com o cuidado, do cuidador com o paciente.(...) Acho que vem muito da convivência, do que o paciente deixou. Isso, querendo ou não, acaba afetando muito no cuidado do paciente. Geralmente, as pessoas que precisam mais de cuidado são mais idosas, então o que ele trouxe para a vida dos familiares durante a sua vida, no percurso da sua vida, como foi o convívio, como pai, como marido, ou como esposa, como mãe, como que foi. Acho que isso é muito retribuído (...) quando está recebendo os cuidados, isso pesa muito nas famílias, se ele foi um péssimo pai, um péssimo marido, se ele era ignorante dentro de casa, isso acaba pesando, por mais que a gente saiba que o cuidado é o cuidado, mas isso acaba pesando muito. (...) a gente tenta dar conta, a gente não consegue abraçar tudo. Mas a gente faz a melhor coisa da melhor maneira possível, a gente tenta atender a todos da melhor maneira possível, mas não dá conta de tudo, não tem como. (...) A gente não tem perna pra abraçar a tudo e a todos, a gente não consegue freqüentemente tá sendo presente pra tá vendo como está sendo esse cuidado, a gente consegue avaliar, não sempre, mas conseguimos. (...) é muito difícil a gente ter um homem cuidador, a gente tem sempre, sempre a mulher é mais cuidada, ela casa com o homem naquela esperança de antigamente, assim, casa já para cuidar, cuidar da casa, cuidar dos filhos, cuidar do marido. Então para o homem se torna mais difícil o fato de ele tá cuidando, existe uma diferença grande, é difícil, tem homens que cuidam, cuida da casa, cuida dos filhos, mas é bem mais difícil, acho que a mulher é mais cuidadora, em todos os sentidos. (...) Acho que porque a mulher já vem desde o berço com aquele fato de casamento, cuidar do marido, querendo ou não, aquele patamar de lavar, cozinhar, passar, então acho que vem de berço mesmo. Hoje tá mais equilibrado os dois, mas eu acredito que a mulher é mais sensível também. Os hormônios mais... então acaba isso tornando ela mais sensível e mais cuidadora mesmo. (...) O homem é mais machista. (...) o homem é apto a cuidar também, a mesma coisa que uma mulher pode fazer o homem também pode (...). Eles têm aquela experiência de vida que o homem foi feito para trabalhar e trazer dinheiro para dentro de casa, é muito difícil quebrar isso. (...) Acho que o cuidador tem que ser visto com bastante cautela porque ele tem que estar bem para poder estar prestando os cuidados (...). (...) hoje, nossos pacientes dependentes de cuidados são vistos com mais freqüência. A gente tem um tempo maior pra tá indo até a residência e se deslocando até eles, a gente tá conseguindo acompanhá-los bem direitinho, com bastante freqüência. Acho que tá sendo adequado o tempo que a gente tem pra tá visitando. (...)"



Como um caso bem-sucedido, a entrevistada conta o seguinte:

"(...) um caso que a gente está acompanhando, mas a gente depende de outros serviços, ainda a gente não tem um diagnóstico, a gente está meio fechado porque a gente não tem muitas ações pra fazer no momento, não tem um diagnóstico, então fica aquela situação da família preocupada: o que ele tem? O que não tem? Não sei. (...) fica um pouco complicado. Aí tem a família do senhor J. também, que ele é um paciente nosso, que ele tem um Câncer de próstata avançado, ele teve uma internação em dezembro do ano passado, aí ele teve que ser internado, ele já não tava conseguindo urinar, foi internado, ficou internado dezembro, janeiro e fevereiro, por dois meses. Ele foi internado, ele estava andando, ele voltou da internação, ele estava totalmente acamado, não deambulava, perdeu muita massa muscular, fez uma colostomia, porque o CA, a próstata obstruiu, obstruiu não, né, pressionou o intestino então acabou obstruindo, então fez uma colostomia. Voltou com uma úlcera sacral enorme ( enorme, enorme, enorme) ainda tá fechando essa ferida. E a gente foi com todas as forças em cima, visita médica, auxiliar em enfermagem, a gente contribuiu no que a gente pôde. O NASF ajudou bastante, fisioterapeuta, geriatra e, assim, hoje ele está deambulante, tem 5 meses a úlcera dele, tá bem pequena, diminuiu muito, tá bem assim, ele evoluiu bastante, então no que a gente pôde estar fazendo por ele a gente fez, consulta, exames, procedimento, chegou até a receber medicação endovenosa em casa por infecção urinária, foi andando, tá andando, hoje ele consegue vir ao posto andando sozinho, quando ele voltou do hospital ele ficou totalmente acamado, ele não levantava da cama sem ajuda, hoje ele tá vindo até o posto sozinho. Está com a colostomia ainda, está em uso de sonda vesical de demora, mas assim, em termos de necessidades básicas pra ele, foram devolvidas, coisa que ele não fazia, a gente conseguiu devolver isso pra ele, é isso. (...) A gente tem um adolescente, é paraplégico, ele teve infecção urinária, freqüentemente, ele fazia uso de sonda vesical de demora (...), tomou um tiro, ficou paraplégico, por causa de roubo e voltou pra cadeia. Ele tá pra voltar agora, tá pra ter alta, então assim, a gente não conseguiu fechar nada com ele, assim, ajudá-lo de nenhuma forma, continuou no mundinho dele, com os amigos dele, fazendo o que não deve, a gente orientou bastante, mas não teve muita resolutividade, foi entrando num ouvido, (...) e saía no outro, então as orientações não foram acatadas por ele, então acho que isso daí fica meio que mal sucedido. (...) Por que eu escolhi a enfermagem? Eu gosto. Porque eu escolhi? Tem que contar desde o começo? Porque eu terminei a escola. Eu terminei a escola, o segundo grau, sem muitas condições e eu queria fazer alguma coisa pra mim ter uma profissão. Aí eu tive uma amiga, que ela fez enfermagem. Através de relatos, ela falando, eu falei, vou fazer o curso, auxiliar em enfermagem. Fiz, gostei, terminei, em seguida comecei o técnico de enfermagem e comecei a trabalhar aqui no PSF e eu gostei, gosto até hoje, acabei a faculdade, estou esperando uma oportunidade como enfermeira. Mas é uma profissão que eu gosto, eu acho que a enfermagem

é assim, ela é muito ampla. Hoje não é só o fato de cuidar, prestar assistência, procedimentos, a enfermagem está inserida em tudo, principalmente no PSF, desde o nascimento até o fim da vida, então a gente tá acompanhando tudo, então todas as fases estão aqui presentes da gente e a enfermagem se torna bem presente em tudo isso. Eu adoro, assim, gosto muito do que eu faço, pra tá na enfermagem você tem que gostar, primeiramente, porque não é uma profissão fácil, a gente se depara com diversos obstáculos, em todas as partes (...) eu gosto do que eu faço".

➤ **ACS 1**

Mulher, 58 anos.

" (...) cuidar pra mim é, é ter aquele carinho pelas pessoas, a quem tá sendo cuidado, e, dá banho, dar alimentação, além da, dos cuidados maiores que é a atenção, e, que mais, ter momentos de conversa, não é só a pessoa encostada lá, esperando eu ir lá dar o remédio, ter assuntos pra conversar com essa pessoa, ver as necessidades dele, no caso se fala, levar pra uma varanda, pescar, fazer meditação com ele, eu acho que isso é o cuidado, (...) uma massagem, gesto, é lógico que o cuidador vai sentir através do meu gesto, o que que eu vou estar falando com ele, (...) questão de carinho, ter um envolvimento muito de companheirismo, mostrar que você não está fatigado com aquele trabalho, porque qualquer suspiro que você der a pessoa sente, não demonstra mas sente, uma sala que você falar com outra pessoa a respeito do cuidado também vai prejudicar, porque tem vezes que a gente fala e acaba achando que a pessoa tá ali, achando que não tá escutando, mas escuta, isso também vai trazer uma angústia pra aquele paciente (...). Agora o que leva as pessoa a cuidar, eu acho que muitos é questão assim, se é de uma família envolve muito aquele dinheiro que a pessoa recebe, pra não pagar pra outro elas recebem benefício e cuida, aí já não tem aquele cuidado maior que teria que ter, e, e também tem outros que (...) assim, olha eu to recebendo, eu to pagando diferente daquilo que você me fez e que não é certo, porque é como se estivesse fazendo uma afronta aos cuidados que foi dado a essa pessoa, aí a pessoa acha que tá cuidando legal e não tá porque conscientemente aquele que tá sendo cuidado tá sentindo isso, se a gente sente, se a gente sente a exclusão, a gente sente, mesmo, eu to ali necessitando e to sentindo que eu to excluído, eu to sendo cuidada por aquela pessoa e não por amor e nem por amizade, e sim por uma afronta que essa pessoa tá tendo, e, tem muitas coisas também que é isso que eu disse pra você, ser cristã, e, eu falo que to numa época de ser cristã, e isso também não é bom, não pro cuidado e sim pro cuidador, porque ele tá achando que tá fazendo um ato de, um ato pra Deus, e tá não, tá se prejudicando, porque ser cristão, primeiramente a gente tem que ser bom pra nós, ter o cuidado melhor pro nosso espiritual, pra nós estar cuidando melhor de outro ser. Enquanto a gente não tá cuidando bem

daquele, ser cuidado e tá com o espiritual legalzinho, aquele outro cuidado ali não tá tendo o cuidado específico, tá, tá faltando alguma coisa, mas existe o cuidado com amor, com carinho, retribuindo tudo aquela coisa boa que a pessoa deu, isso daí eu me refiro muito aos parentes, que geralmente é quem tá mais próximo que vai do cuidador, então sempre tem esse por que.

Entrevistadora: Você acha que o cuidado que os cuidadores dão pras pessoas que eles cuidam são adequados?

ACS1: Não, falta muita coisa pra ser adequado. Só é adequado (...) o por escrito. Por exemplo, o médico vem coloca lá a receita de forma que ele tem que tomar os remédios, aí ela vai mais por costume, por habito daquilo que foi passado, mas os cuidados mesmo só pessoas mesmo iluminadas pra ter aqueles cuidados legal, que é a, ter a consciência de que tá tratando de um ser humano, é os cuidados de não maltratar, de não mostrar pra aquela pessoas que ela tá sendo um peso, porque ela não tá sendo um peso, porque a pessoa que vai cuidar escolhe, ninguém é obrigado a cuidar da pessoa, (...) mas tem coisa que é até por falta de orientação (...). (...) a gente traz e passa pra equipe, a pessoa tá cansada, já não pega ao cuidado com delicadeza, a gente vê através disso, já tem um cansaço de um estresse que a pessoa vem tendo, aí nesse stresse, aí que o cuidado fica mesmo sem outro cuidado legal, por que, se vê pegar de qualquer jeito, se vê pelo ato de puxar, de falar, já é bem, já é bem bruto, a gente não crítica nem nada porque a gente já sabe que vem de um cansaço desse cuidador. Aí o que que a gente faz, passa pra equipe pra equipe fazer, a equipe fazer com o cuidador, né, porque também ela se estressa para, para o cuidado. Então isso a gente sempre encontra, esses cuidadores estressados e agindo de forma inadequada para o cuidado, né, então a gente sempre encontra isso, mas a gente vê no momento e traz como caso pra equipe pra ver o que pode estar fazendo com o cuidador, então cuidador também precisa de um cuidado, e como precisa. (...) O que que a gente faz: vê, passa pra equipe, a equipe manda marcar em consulta, se eles tem tempo e pode tá vindo eles vem pra tá vendo o que pode estar levando ele aquele stresse, se precisa de uma medicação, se precisa de um descanso, se tem alguém pra tar fazendo o revezamento com esse pessoal, mas assim, um cuidado específico não, já houve muito caso de falar que vai ter um grupo para os cuidadores, mas até agora não teve não, mas eu creio que necessita. Aliás, precisa de muito pras esses cuidadores. Até pra treinar eles e estar orientando pra eles terem uma orientação do porque do cuidado ser mais relevante, com mais carinho, porque aí acaba não sendo tão estressante para eles, porque a partir da hora que eu sei como eu vou me manejar com aquele ser, eu vou adquirir

um jeito melhora pra cuidar dele, então se eu tenho um jeito melhor pra cuidar eu vou necessitar desses cuidados, com toda a certeza. (...) na nossa equipe a gente faz, pra, pra os acamados (...) uma observação aos cuidadores, assim, toda semana, então é constante, qualquer coisinha que a gente vê, ô fulano tava assim, mas eu acho assim que pra eles teria que ser uma coisa mais individual, porque eu acho que o cuidador quando vê que é ele que tá sendo cuidado, ele vai se sentir melhor, eu creio, que no caso eu só venho aqui em função daquilo, mas não vê que eu to com a louça toda pra lavar tudo mas, a gente vê isso, aí aquela pessoa vai se anulando, vai se anulando, aí fala pô eu não sou ninguém, não vai se sentir estimulada, né, e aí também vem o despreparo pra cuidar do cuidado, então eu acho que assim, tem que ter uma coisa assim que seja mais, vamos dizer assim, individual pra eles, hoje é fulano que vai me atender, então eu vou, eu vou me cuidar, vou me deslocar de casa pra mim. É igual a gente ir até o cabelereiro né, é gostoso se cuidar, é muito gostoso, então, mas eu acho assim que eu creio que se eu tivesse um bocado de cuidador eu gostaria de ter a pessoa olhar pra mim como alguém ali, não assim, alguém individual, não como cuidador, o cuidado, que aí eu vou só e falam, e o fulano como é que tá, mas esquecem de perguntar se você está bem, se tá descansada, e, deu trabalho fulano, deu pra dormir, a gente não faz essa pergunta, é meio complicado, é muito difícil falar, e a senhora tá bem, da gente não faz, já chega perguntando pelo acamado e não pela pessoa que cuida. Então eu acho que a pessoa vai se sentindo anulada, e entender que teve um noite estressante, né, ela só vai contar isso quando a gente perguntar, porque que ela tá assim, aí ela vai falar, vai referir e aí a gente ainda não se toca de dizer, poxa então você não teve uma noite boa, não é, e como que ela vai descansar se ela tem que tomar conta das pessoas. E se ela tiver um lugar pra ela mesmo, só pra ela eu creio que vai estimular mais.

Entrevistadora: Você acha que o PSF dá conta de atender essas pessoas?

ACS1: Acho que não. Bom, pelo menos as pessoas tem tentado fazer várias coisas, né. Primeiro com você, faz grupo de idoso, tudo, né, eu acho assim, e tava vindo bem o pessoal, eu acho que assim que tendo um apoio, que nem vocês que tão vindo pra um apoio e pegar essas pessoas por nós falado, orientar a família tal tá assim, olha tá passando do nível da consciência, eu creio que dá pra dar um suporte, mas assim, da própria equipe pra eles acho que não, não tem como não. Eu gostaria que desse né, mas infelizmente não dá não. E não tem que ter medo do pessoal de apoio. E, e assim, isso é uma coisa que assim não para, né, que é aquela seqüência, aí quando você vê que aquela família, que aquela cuidadora tá legalzinha, aí nesse nível a gente já tá observando, e outra, com esses cuidados que tiverem não vai chegar aos extremos, de só adquirir o estresse, ou uma depressão já tá na medicação, porque eu acho que, eu quando entrei como uma agente de saúde eu sempre tive na minha cabeça que fosse assim, eu lá prevenir, não querer que elas viessem aqui pra ter uma prevenção, mas tem tantos já doentes, tanta gente, que como faz pra essas pessoas conseguirem uma

vaguinha pra elas irem se prevenir, fazer um exame corriqueiro duas vezes ao ano, e passar a ter uma conversa amigável com os médicos, eu tinha esse nível de pensamento, mas não é bem assim não, então é meio complicado. (...) Pessoas deficientes. Ah, eles precisariam assim, no caso, de ver se essa deficiência se tem como, elas levantarem dali, se locomoverem nem que fosse por cadeira de rodas, saírem de suas casas, né, que tinha aqui o seu F. que vinha no nosso grupo, ele era legal, se sentia bem. Então, e tem muitos que até se locomovem, do carro pra cá legalzinho, não se cansa tanto, mas não tem o lugar pra que eles façam isso na fisioterapia, porque tem muitos que precisa, eu to com um senhor de 99 anos, faz quatro anos que eu to aqui, e nunca falaram assim, olha vamos a procura de uma fisioterapia, ele agora tá acamado, todo endurecido e eu creio que se tive feito uma fisioterapia nele, não sei de que forma, mas que fosse devagarzinho, tudo, ele, há seis meses atrás o J. foi visitá-lo e ele pediu para o J. erguer ele que ele ficava em pé, e ele não ficou, quer dizer, na cabeça dele ele queria, ele só não pedia para a família porque a família são todas mulheres, e ele iria causar peso nelas, então isso complica (...). o homem ganha da mulher na questão de força. Porque ele não vai ter (...) queixume de dores nas costas, dores nos braços, porque eles têm mais força, e por incrível que pareça tem mais jeito no pegar o peso. Agora a mulher não, e a mulher ela se doa. A mulher não tem horário pra ela tá, ela tá deitada ela tá pensando, olha deixa eu ir lá levantar vê se está respirando ver se tá querendo alguma coisa, (...) elas se doam, e nessa elas acaba se prejudicando. Pensa então, puxa e aí que esse homem tá com dores nas costas, no, no ciático, mas de evita pegar peso, também não treina, não é treinada como pegar, porque a partir da hora, quem faz um curso já sabe da situação, do que fazer, como isso aquilo, já tem uma noção lá na prática, mas já tem uma noção de como vai pegar aquele paciente. Agora, um cuidador que caiu ali de para quedas ele não vai ter isso, ele vai só por instinto, ele sabe que tem que levantar aquela pessoa, ele sabe que tem que virar a pessoa, mas não sabe de que forma, e é onde ele se prejudica. Entao, eu acho assim que essas coisas seria muito bom, ninguém nasceu pra ser cuidador, mas sempre acaba cuidando de alguém. Então, bebê a gente até procura ver no site, por aí, pra ver o que vai ter que cuidar, alimento que vai dar e é muito mais cômodo, bebê é levinho, põe do lado e depois tem que trocar quando tá de barriga cheia, dorme, mas assim adulto é complicado, é complicado. Porque principalmente quem usa fralda (...). (...) um Sr. de 82 anos, morava sozinho em condições assim lastimáveis (...) muito falante, assimilava tudo, fazia suas compras e tudo. Passou um tempo, ele passou o pagamento dele pra uma neta, porque tinha dificuldade de procurar um motorista pra levar ao banco essas coisas, aí desse tempo que ele passou esse, a neta dele é tutora dele, ele começou a ficar meio amuado, meio triste, a gente chegava lá ele não saia, ele tava sempre queixando que tava com dor que tava com isso, e a casa um horror. Aí ele queria mudar, então ele perguntou pra mim se tinha como eu ver uma casa pra ele, que tivesse mais ventilação, ele morava num cubículo, e ele tinha duas aposentadorias, tem tá vivo ainda, duas aposentadorias boas, e a

família não queria ele, aliás ele não queria a família porque ele chegou a morar com a filha, mas a filha como ele tinha problema de intestino, (...) ele preferiu morar sozinho, e (...) a situação dele tava ficando feia e ele muito triste, triste, a gente abria a geladeira dele e não tinha nada de comer (...) Aí eu passei o caso pra doutor. Esse caso foi passado pra assistente social acionar o conselho do idoso. Na semana seguinte a filha dele foi lá, pegou ele, não falou pra onde que ia levar, e em questão de três dias ela não achava uma casa pra ele morar, mas em questão de três dias ela achou (...) uma casa de repouso pra ele, e lá em Pirituba. Não falou pra ele, (...) só falou assim, vamos ver um local pro sr., levou e já deixou ele lá, e ele esbravejou, (...) que não queria que era longe, aí ela falou assim, não mas é longe mesmo você não falou que queria distância nossa (...).Então aquilo lá me deixou bem angustiada, (...) eu não gosto nem de falar nisso que eu fico muito nervosa. (...) esse é o [caso] que não deu certo".

## ➤ **Residente 2**

Homem, 31 anos, residente de medicina de família e comunidade.

"(...) cuidar, eu acho que é dar o suporte, assim, o mais integral possível ao paciente. Tanto quanto físico, emocional, até mesmo, independente da religião, mais espiritual. Acho que o cuidar se resume a isso, dar conforto. (...) eu sempre quis ser médico, né e acho que a minha relação com a minha profissão, um pouco conflituosa no começo, mas depois a gente vai entendendo que era, mas não é, é das melhores. Eu entendo que, assim, um médico, assim como qualquer profissional de saúde, ele é uma instituição muito, assim, acreditada, então você tem que tomar muito cuidado com o que você diz, com o que você faz, suas atitudes, você tem que se policiar o tempo todo, né, acaba às vezes até criando um desgaste de você fazer sempre o melhor, o melhor, o melhor e acabar esquecendo do alicerce disso tudo, que é você mesmo, mas acho que é bom.

Entrevistadora: E você acha que tem diferença pra cuidar, você acha que quem cuida melhor? Homem ou mulher?

Residente 2: Assim, se for pela prevalência, a mulher, ela é muito mais, desempenha o papel de cuidadora. Mas diferença em qualidade, assim, acho que o homem que se dispõe a cuidar já tem uma qualidade já suficiente, né, pro cuidar. Já vi muitos cuidadores do sexo masculino 3 mil vezes melhores do que a do sexo feminino que, às vezes, acaba sendo imposto a ela, como a gente tava conversando, o que sobrou para cuidar foi ela. Mas acho que diferença, assim, na qualidade do cuidar, acho que não tem, não. (...) todos os cuidadores que a gente vê por aí são pessoas que estão lá porque querem mesmo, que isso é uma coisa muito difícil, acho que a qualidade de vida deles é muito prejudicada, mas não dá pra falar muito

mais, assim, mesmo, não dá pra classificar, porque só a gente mesmo passando por uma situação como essa pra falar 'olha, ele é um mau cuidador', acho que é muito difícil, até porque, às vezes, o que é mau pra você é ótimo pro paciente, então é muito subjetivo classificar isso, o que é um mau, o que é um bom cuidador. (...) Eu acho o deficiente físico, o paciente portador de alguma restrição, ele tem que se adaptar. Muitos deles, por causa de um excesso de cuidado, acabam sendo privados também de um grau de recuperação, de reabilitação, eu acredito nisso. Tem muitos pacientes que adquiriram ou possuem alguma restrição e acabam, por excesso de cuidado, sendo impedidos a se reabilitar na sociedade. Não é a grande maioria, com certeza, mas acho que o excesso de cuidado pode, sim, prejudicar. Por exemplo, o paciente que você dá sempre na boca, ao invés de tentar fazê-lo ganhar funções, o que é bem difícil. (...) eu acho que a visita domiciliar no PSF, acho que ela é muito banalizada, muito mal utilizada, virou muito de metas a serem cumpridas e o médico, não só o médico, como outros profissionais, acabam fazendo visitas domiciliares que são inúteis e, às vezes, desprezando mesmo o atendimento a pessoas que realmente precisam, que é gigante a frequência dessas pessoas dentro de uma comunidade, principalmente na região da COHAB, vai. Que essas pessoas precisam de cuidado, tanto cuidado nosso, quanto dos próprios cuidadores, que os cuidadores também precisam de nossos cuidados. A gente tem que lembrar também que o cuidador, muitas vezes, acabam despercebidos, então eles não cuidam da própria saúde, a gente acaba esquecendo dele também e são pessoa que devem ser assistidas também. Acho que a visita domiciliar hoje não acaba atendendo todo mundo, não, não acaba atendendo, principalmente essas pessoas acabam sendo esquecidas. É a visita domiciliar mais chata pros profissionais, vamos dizer assim, eu não, porque eu adoro esse tipo de coisa, mas tem muitos profissionais que preferem não ir, achar que aquela pessoa tem capacidade, sim, de vir no posto, que o filho tem um carro que pode levar ele no posto, ao invés de, já que está passeando pela comunidade, por que não passar lá com uma certa frequência. (...) Demanda mais tempo, não consegue cumprir a meta, né, então fica uma coisa muito mais...

Entrevistadora: Você tem alguma sugestão de modelo melhor?

Residente 2: Assim, não idealizar modelos de se fazer visita domiciliar é uma coisa que é estudada há muito tempo já, mas tem que jogar com demandas, né, acho que o que mais precisa de cuidado mesmo, acho que jogar prioridades, na verdade, acho que mapear a região, ver a prioridade de cuidados, vai usar, usa escalas de, sei lá..., essas escalas de pra o quanto de cuidado precisa aquela pessoa e tentar priorizar, né, visita tanto de médico, enfermeiro, tem várias pessoas que a gente visita sempre que eu acho que não precisa de visita médica, precisa, sim, mas de um auxiliar de enfermagem, um agente comunitário, que poderia ser muito bem mais utilizado os profissionais. [falta para os cuidadores] informação em saúde (...) por mais que ele seja portador de imensa boa vontade e disposição, falta muito de informação e formação em saúde, não que ele precise ser formado

em alguma coisa de saúde, mas informação é essencial pra ele ter alguma coisa, até pra surgir queixas, demandas e tudo mais, acho que ele é pouco informado também.

Entrevistadora: A sua Equipe de Saúde da Família tem alguma ação específica pros cuidadores?

Residente 2 – Não. Não sei quando que vai ter, também, quem sabe se eu criar (riu), mas não tem. (...) agente não sabe 'olha, a dona fulaninha lá, ela precisa de maiores cuidados, tem o senhorzinho que cuida dela também', a gente não tem isso mapeado, a gente não tem mesmo.(...) Acho que começar a olhar pra eles [cuidadores], é a primeira etapa, porque, geralmente, esse é o cara chato, é ele que não é olhado como a pessoa que está cuidando, na verdade ele é chato que tá reclamando que precisa de disso, que o paciente precisa daquilo, ele não é olhado como cuidador, ele é identificado como o cara chato que cuida da pessoa, acho que tem que começar ser olhado como cuidador (...). (...) tem um paciente que ele é, ele tem um tumor gástrico, agora, recentemente, é um paciente jovem e o cuidador dele é a esposa, né, a cuidadora. E falhou, no aspecto, por exemplo, não por parte da gente, mas por parte também dos profissionais que atenderam esse paciente no hospital, no hospital secundário, que não orientaram como ela faria a dieta pra esse paciente, então ela, até hoje, faz a dieta, há pouco tempo, na verdade, não faz meses, mas faz quase um mês, que ela faz a dieta pro paciente em sonda enteral com seringa, nem orientaram ela de um suporte, nem orientaram ela de um frasco de dieta enteral, não deram isso pra ela, então, simplesmente, a gente percebeu que ele foi pra casa sem orientações nenhuma de analgesia, como ele seria alimentado, de como seria dali por diante, ela não sabe do retorno, não sabe o que vai acontecer. Isso parte do secundário, grande parte das vezes, parte mais do secundário, mas passa despercebido pela gente mesmo, que a gente acaba identificando isso e questiona menos. Depois que me passaram o caso, eu tinha feito VD, aí eu perguntei, mas por que não deram um frasco de dieta pra ele? 'Ah, é verdade! Eu pensei em levar seringa pra ela'. Mas como assim, por que seringa, não é pra por com seringa, né. Então acaba colocando 6 vezes por dia, dieta, 200 mL em uma seringa de 20 mL, então mais de 30 vezes por vez e a cada vez que vai dar dieta pra ele. Acho que foi bem sucedido(pausa), acho que não dá pra falar nenhuma experiência ruim por enquanto, não."

### ➤ **Enfermeira 3**

Mulher, 52 anos, com formação em Atenção Primária a saúde.

"(...) o cuidado, (...) pra mim é bem objetivo, é você conseguir suprir as necessidades básicas daquelas pessoas que você tem ao seu cuidado, ao



seu redor, seja paciente, seja familiar, é dar o que a pessoa precisa. (...) O enfermeiro, ele é um agente do cuidar, basicamente. Seja através da orientação que eu dou, do cuidado que eu faço ou do que eu ensino pra ele se auto-cuidar. Então eu vejo o enfermeiro como um dos precursores da questão do cuidado, não, ninguém me tira isso da cabeça (riu) (...) O cuidado tem a minha visão de cuidado, enfermeira, a visão do paciente, o que tá sendo cuidado e o cuidador, então acho que ele é tipo uma pirâmide. E daí tem todo aquele relacionamento, de o que precisa pro cuidado, então os bens materiais, sociais, todo, assim, a área física, de ambiente, que envolve o cuidado. Então, eu perceber, pode ser uma percepção minha, uma necessidade minha e que daí eu vou, com o meu conhecimento técnico, agir, né, e eu posso ter ou não o recurso necessário pra fazer aquele cuidado e também o paciente, então na casa, no domicílio, ele pode ter ou não aquela, o conhecimento dele também interfere, a parte cultural, de ele achar, pra ele, que aquilo é necessário ou não e do outro querer fazer o cuidado também de forma adequada, desde a administração do medicamento, realização de um curativo, de um cuidado de banho, de uma orientação, qualquer coisa que seja em relação a esse cuidado. Então, e vai depender da necessidade do paciente, porque não adianta eu ter necessidade, eu, eu sinto necessidade que ele tem, que ele precisa fazer tal coisa, mas nem sempre ele sente essa necessidade, então ele pode até falar pra mim que faz, tal, mas não vai fazer. E daí eu vou ver o que, o que acontece porque ele não fez esse cuidado, que vai ser a dificuldade de ele realizar, de ele não ter compreendido, de eu não ter me expressado da maneira adequada, ter deixado uma orientação que ele não entendeu ou escrever uma coisa que ele nem sabe ler, então de eu também não ter entendido a necessidade dele. Então a questão do cuidado, ela é muito ampla, complexa e que a gente tem dificuldade desde, assim, lá de casa, né. Então assim, meu marido tem nível superior, na verdade tem, né, pós-graduação e ele teve um infarte. Eu sou enfermeira, né, agente do cuidado ali, né, falou com a enfermeira que cuida e ele teve muita dificuldade com três medicamentos só, então não é escolaridade que conta, pra tomar adequadamente aquela medicação, fazer a separação, pela complexidade de nomes, de que não é a área dele, né, que é economista, não tem nada a ver com a área de saúde, pelo fator psicológico, né, então tá numa situação, às vezes, que não entra, né, a pessoa não faz que ela precisa daquilo pra tomar. Então é complexa essa questão, né, do auto-cuidado, do cuidador e do profissional de saúde tentar fazer as colocações necessárias, orientações e o próprio cuidado, às vezes, que o paciente tem a parte cultural também que não aceitar ou achar também que não é doente (...) Eu tive uma paciente, (...) ela precisava tomar insulina, não era nem só tomar o medicamento oral e ela falava que ela não tinha diabetes. Eu falava 'dona Fulana, tá 300, ó, picava o meu dedo, o meu é 70, comi, acabei de almoçar, o seu é 300 e o meu falam que é normal, se o seu é 300, é muito alto'. E não adianta, ela era cheia de arroz, cheia de pão porque ela achava que ela não tinha a doença diabetes. Então, a minha obrigação de orientar, da médica prescrever, a gente ir lá na casa e falar, fazer os exames (...). As famílias

que tem um paciente com deficiência, eles já tem a própria dificuldade de acesso pra Unidade, por exemplo, aqui nesse bairro, as casa tem muita escada, as calçadas, então acesso é o principal pra eles conseguirem sair da casa. Na família, na própria casa, às vezes, assim, mesmo ele tendo a cadeira, na casa não circula cadeira, não tem local pra circular uma cadeira de rodas, não tem como ele tomar banho na cadeira de banho, então a própria parte de acesso, de chegar, sair da Unidade, a própria parte financeira das pessoas daqui do bairro também tem um comprometimento muito grande. Então, por exemplo, um paciente que tá sendo amputado hoje, na casa dele tem problema social, problemas financeiros severo e problema do ambiente, totalmente assim, de dificuldade de acessar a rua, e no próprio domicílio, não tem uma janela no quarto, por exemplo. O banheiro, eu nem sei onde fica, tem escada, então, assim, essa dificuldade é grande, a própria, assim, às vezes, discriminação do paciente, todas as outras, dificuldade de conseguir um Atende, que transporte esse paciente, os ônibus, também são inadequados até pra própria população que anda, então pra um deficiente não tem nada, nenhum tipo de sinalização, nem sonora, nem de chão, então é uma coisa que barra muito. A Unidade, eu acho, que, aos poucos, tá se adequando a algumas necessidades, mas a gente percebe que quando recebe um deficiente ainda falta e a gente trabalha com grupo, vamos supor, da terapia ocupacional que tem já isso daí mais ampliado, que faz passeios e tenta envolver o familiar nessa relação, de acompanhar, de ir pra um lazer, então, por exemplo, foram pro museu do futebol faz pouco tempo, então pra ter uma inserção social desse deficiente e que é difícil. Então gente tenta, através de grupo, então faz festa junina, então tão presentes os deficientes, então eles tem momentos aqui na Unidade e tem o trabalho da terapeuta ocupacional, que vai nas casas, que trabalha com a gente, (...) então é um fator diferente nesse ponto, facilita, que abre os olhos, então é diferente ter um terapeuta ocupacional, você sente que dá assistência quando precisa (...). (...) porque, assim, eu sempre trabalhei numa Unidade tradicional e, assim, só algumas pessoas, mais com boa vontade do que com recurso ou programa, conseguiu atingi-los, a meta básica da saúde sempre foi gestante, criança, nem passava perto as outras coisas, então como se não tivesse num país desse com tantos milhões de deficientes, então a única maneira, inclusive, foi a maneira de encontrá-los, o PSF, porque eles sempre ficavam escondidos dentro de casa, não apareciam como uma população que merecesse atendimento. Então foi a estratégia que encontrou esses deficientes. (...) falta principalmente investimento maior na área de recursos, de transporte, de colocar equipamentos de lazer, todo o resto, né, pra promover a saúde deles, né, a visibilidade, né, o emprego, apesar de falar tanto que as empresas precisam de ter, até tem as quotas, né, pra deficiente, por conta de algumas coisa, acho que diminuir imposto, né, que eles tem que ter, ou até tá na lei mesmo, as quotas pra deficiente, eles tem dificuldade pra conseguir chegar na escola, o ônibus não para, não sai da casa, então, assim, falta recurso, mesmo na UBS, pra promover mais ações, a parte de recurso financeiro, de melhorar esse olhar, então cada vez mais divulgar, então a gente tem a

divulgação dos trabalhos, o esporte, falta muito, não tem esporte nem pros normais aqui, pras pessoas que andam, falam e enxergam, não tem nessa região, então elas tem que buscar ou pago ou muito longe e é uma questão que anima muito, tira as pessoas de casa, da depressão, porque abre portas, então precisa um número maior de profissionais, então só, não dá conta, não dá conta pro tanto que se tem na área.

Entrevistadora: E você acha que ser homem ou ser mulher influencia o cuidado?

Enfermeira 3: Sim, eu acho. Porque, assim a mulher já tem a questão da mãe, socialmente, também, ela sempre foi, ela é a que gere, que administra a casa, que cuida do marido, do filho, desde a comida, da roupa e tudo. Então tem diferença, a cobrança é muito maior pra mulher fazer isso, pra filha mulher fazer isso, culturalmente a gente integra, que é a mulher aqui no Brasil, né, nessa nossa sociedade sempre foi a mulher, tanto que ela deixa o trabalho pra levar o filho no médico, não o marido que deixa. Muitas vezes, eles tão separados e o marido volta com aquela mulher, tá separado há anos e é aquela mulher que vai cuidar daquele marido que agora tem problema. E não vejo muito o contrário do marido cuidar da mulher, mesmo porque a mulher vive mais, ela que vem buscar saúde, só atualmente que tá tendo alguns homens, então sempre é a mulher no posto de saúde, não tem homem, assim, é quase que histórico, (...) agora que tá tendo algum homem, saúde do homem, nem existia, há pouco tempo atrás, (...). Com a saída da mulher pro mercado de trabalho e com o excesso de funções, muitos maridos estão assumindo a casa, então tá mudando esse perfil, nos últimos tipo 10 anos, 15, sei lá, porque antigamente era muito pontual um homem que ajudava na casa, trocava um filho e hoje não, tem o homem. Então isso daí tá mudando? Tá, então eu tive um caso de um filho que cuidava de uma mãe. Um caso. E chamou bastante atenção, né, e, assim, cuidava muito bem e a gente começa a viver essas situações agora, então por isso que acho que é mais, assim, uma coisa mais de gênero a coisa o cuidado, acho que sempre foi. Não que isso não esteja mudando, acho que tem uma mudança grande, desde as crianças, tão sendo muito mais cuidadas pelos pais, uma coisa de educação, de mudança cultural. Mas como não tá mudando a família, a família não é mais papai, mamãe e filhinho, né, em vários, aqui mesmo, então, mas eu acho que ainda vai manter muito tempo esse padrão, a mulher. (...) a gente até é cobrado de fazer muita "VD", mas como a gente, numericamente, mas como existe uma série de agendas, (...) a gente ter que fazer outras coisas, então acaba sendo pouco tempo, teria que ser mais. (...) então, assim, tem o grupo do mosaico, onde vem com o cuidador, esse grupo que eles fazem, essa atividade mosaico, vem o deficiente, faz e conversa, então, assim, é ali que elas passam suas orientações ou nas vivências que elas fazem quando a gente conversa, nas reuniões, né, multidisciplinares, passam os casos e daí vai a gente, vai enfermeiro, vai o médico, vai junto com a t.o. e daí elas retornam no domicílio e daí e conseguem também perceber as necessidades deles, porque também não adianta chegar lá e fala 'tira o tapete que é idoso', 'põe

a barra', não funciona. (...) É mais do que isso. (...) a gente, no dia a dia a gente vai tentando as mudanças, então, assim, não tem uma receita que vai falar "isso vai melhorar, aquilo vai piorar", vai depender muito da realidade daquele profissional, porque cada ambiente é diferente, cada paciente é diferente, então, assim, eu diria que, pra mim, o que melhora o cuidado é o meu envolvimento, o vínculo com aquele paciente, sabe, com aquela família, então eles cuidam muito de mim aqui, então tem essa coisa de o profissional se sentir cuidado, então eles trazem planta, trazem comida, sabe, é assim, tem cirurgia 'nossa, vou rezar por você', então cuidam desde sua parte espiritual também, é muito gratificante o Programa de Saúde da Família pensando nisso (...). Então o cuidado deles com a gente também que é uma coisa que segura bastante a gente aqui, porque a gente é muito assim "ah, não consegui" sabe, o nosso limite é baixo, não sei, a gente parece que a gente não dá conta, não dá conta, mas parece que pelo que a gente consegue fazer, assim, ainda é muito mais do que qualquer outra Unidade Básica. (...) então essa pessoa, esse caso que não deu certo a nossa assistência, a gente não conseguiu, era a filha, uma senhora idosa, né, com diabetes, que a gente não conseguiu que essa filha cuidasse adequadamente, desse uma assistência boa pra senhora, essa senhora, tanto que ela faleceu, tipo assim, num domingo, a filha só foi achar na manhã da segunda feira, quase na hora do almoço. Não conseguiu nem, o pessoal nem levou, já veio a verificação de óbito pra levar o corpo dessa senhora. E era a casa, a gente falava várias vezes pra melhorar as condições da casa, da medicação da paciente, da dieta e ela sempre alegava que ela não dava conta, que ela tinha as filhas pra cuidar, antes era o trabalho, então foi um caso que a gente não conseguiu fazer com que a filha cuidasse da mãe e que, assim, que tem o nosso limite, a gente tentou com o que a gente tinha de recurso, mas poderia, a gente fica pensando, será que a gente deveria ter acionado o Conselho do Idoso, será que o que faltou foi isso? A gente ficou com isso na cabeça sim, apesar de a assistente social ter ido lá, a gente escutar o discurso do resto da família, ter briga familiar envolvida, né, dos parentes dessa senhora, bens, né, porque ela recebia um salário que essa filha usava, então já entra questão salarial, mas a gente ficou meio entre os familiares e não conseguiu fazer, apesar das investidas, tudo, o cuidado correto com essa senhora. Então foi uma situação bem complicada que evoluiu dessa uma maneira ruim. Ruim também essa falta de vínculo com a família desse senhor que tá sendo amputado hoje, diabético também, mas por falta de vínculo dele também com a Unidade, com a gente, e de eles também terem a doença diabetes de uma maneira não resolvida na família, eles não acham, nunca acho que acharam que podia evoluir pra uma amputação de membro, na verdade, eles não reconheciam como uma doença capaz de ser mutiladora. Então assim, de ele lidar dessa maneira em relação a ele, então a gente nem conseguiu chegar nele... resultados muito cruéis, que ainda tá acontecendo, tá acontecendo isso, tá acontecendo hoje. E casos muito gratificantes, que em relação a uma senhora que também começou com uma lesão no pé, não se cuidava, diabética e que hoje ela cuida do marido que é cadeirante. E ela

que, na verdade, mantém uma estrutura familiar que é precária, difícil, com droga, vários problemas na família, filho preso, filho morto, sabe, filho no tráfico, situações difíceis de vida e que ela cuida do marido que a espancou, que foi ruim e que hoje tá em cadeira de rodas e ela, amputada, usa prótese e cuida desse marido, com pouca ajuda familiar até. Então ela foi um caso que hoje eu falo assim 'nossa, a senhora tá gordinha', aí acaba dando risada porque ela tinha um sofrimento muito grande, uma dor muito grande, então a ocupação, né, uma coisa de deficiência foi bom pra ela, hoje ela reviveu, apesar de todo esse sofrimento, das dificuldades todas que ela tem. Acho que ela é uma pessoa que a gente conseguiu fortalecer, dar elementos pra ela, assim, não só técnicos, mas de pessoa, se fortalecer, tanto que hoje ela cuida dele (...), mas ela consegue lidar com ela, então acho que ela tá bem. Então eu acho que esse foi o caso que me deixou assim, que me chamou muita atenção, tenho outros, mas eu posso ficar nesse caso da dona M. que eu gosto muito (riu). (...) Eu escolhi enfermagem por falta de opção. Eu, na verdade, prestei vestibular pra economia, pra medicina, então eu passei em economia na PUC, em medicina no Rio e em biomédicas em São Paulo. E consegui uma bolsa em biomédicas, fui fazer biomédicas. Falei, não, microscópio não é minha área. Daí prestei vestibular e foi USP e era de graça e era enfermagem. Primeiro ano, tudo bem, que era um ciclo básico antigamente, que você tinha fisiologia, eram matérias básicas, que era junto com nutrição, com fisioterapia até e medicina. Daí não tive grandes dificuldades, quando eu vi o que era enfermagem que eu desisti e ir pra até pra pedagogia, letras, queria fazer qualquer coisa, (...) (riu) e eu sei que daí eu não consegui transferência e falei 'não, então vou continuar, eu vou estudando isso quando der, eu mudo'. E eu sei que eu fui naquela de estudando, estudei e daí fui aprendendo o que era enfermagem. E, assim, quando eu fiz enfermagem, até a visão era outra de enfermeiro, nem era tão assistencial, enfermeiro era mais gerente e daí eu fui ficando e estudando e quando eu fiz obstetrícia eu comecei a amar (...) falei que em saúde pública eu jamais trabalharia porque tinha um perfil, assim, muito hospitalar, (...) eu só trabalhava em maternidade. Só que daí eu passei num concurso da prefeitura de São Paulo e fui pra uma Unidade Básica e também tive que aprender o que era ser enfermeira lá, porque não tinha esse profissional enfermeiro que nem existe hoje (...)"

➤ **ACS 2**

Mulher, 48 anos.

“(...) Cuidar é ter prazer, com amor e carinho, aquilo que tá dentro do nosso padrão de profissão, na minha profissão que é cuidador, é ter amor, ter respeito, ter sinceridade (...) de tudo o que fiz dentro do meu cargo de cuidadora, durante 16 anos, eu vi como uma necessidade aos idosos dentro daquilo que eu fiz durante todo esse tempo. (...) essas pessoas que eu cuidei durante todo o tempo, elas precisam de ser vista com os olhos de bondade, de caridade, de cuidados especiais dentro de tudo que elas exige,

nunca dizer 'não', mas mesmo sabendo que não é alcançado os objetivo deles, mas fazer com que eles possam sentir que você está fazendo mesmo sem eles perceberem que aquilo não vai ser muito válido, porque os idosos tem muito essa situação de cobrança. (...) eu acho que desde o momento que o cuidador, ele faz com respeito, não existe homem ou mulher, acho que os dois, a partir do momento que (...) exerce o cuidado pras pessoas com dignidade, homem ou mulher é indiferente. (...) Às vezes a gente olha e vê que existe uma falta de experiência, às vezes cuida da maneira deles, mas dentro do que a gente, dentro da minha profissão de ACS, eu tenho que visar e orientar e nunca tomar a frente de fazer o que o cuidador faz com aqueles paciente que a gente passa e olha, mas antes orientar porque vai ficar acarretado pra gente cuidar, tomar uma responsabilidade de quem já tá ali cuidando, mas, é, quando a gente vê que os cuidados não são adequados, a gente procura orientar pra que seja feito da melhor maneira possível. (...) dentro da nossa Equipe, tem o médico, tem a enfermeira, os auxiliares de enfermagem, então no caso de cadeirantes, quando não se pode se locomover até o posto, tem a auxiliar de enfermagem ou enfermeira que vem fazer a coleta em casa, tem as terapeutas ocupacionais, que, às vezes, vem fazer algum exercício, dar alguma orientação sobre fisioterapia, então são oferecimentos, assim, que são básicos, não pode ser muito além, mas é o básico pra tentar ajudar o cuidador a ter uma visão melhor da pessoa que ele tá acompanhando. (...) porque o idoso, se você olhar, ele precisa de mais cuidado, ele precisa de ser visado mais de perto, às vezes não vai mais porque não tem condições mesmo, às vezes é as condições de vida que não dá pra chegar lá. Mas como cuidadora, eu vejo isso, que, às vezes, precisa mais, nem todo mundo tem aquela condição, né. às vezes tem a condição financeira, mas não tem aquela pessoa que vem cuidar direito, às vezes não tem condições financeiras e não tem a pessoa que vem cuidar direito, então é difícil. (...) É, na verdade, eu acho assim que, às vezes, a gente precisava ser um pouquinho mais invasivo, não na parte material, mas na parte de orientar, sabe, acho que precisava de ter um pouquinho mais de orientação (...), se fosse o meu caso, eu fazia o levantamento de uma equipe pra poder levar melhor as orientações, levar com mais orientação pros cuidadores dentro da UBS. Acho que essa equipe falta ainda. Tem a terapeuta ocupacional, tem o médico, tem a enfermeira, tem auxiliar de enfermagem, sabe, mas eu acho que ainda precisava de ter um pouquinho mais, porque por ser uma comunidade de quase 20 mil habitantes, precisava de ter nem que fosse uma equipe pequena, de seis pessoas que fizesse uma educação continuada de cuidados com os idosos, acamados, essas pessoas que tem esse, esse cuidado mais específico (...) Na minha área, na verdade, assim, um deficiente. Deixa eu pensar aqui que pessoa que eu poderia tá falando (...). Vou falar assim, uma criança que a gente teve sucesso, é um jovem, na verdade, A., hoje ele tem 22 anos, mas é uma criança que tem uma deficiência, uma dificuldade na coordenação motora pra deambular e ele andava de andador, aí foi feito um trabalho com uma terapeuta ocupacional e hoje ele é um jovem que estuda, que, pela luta do pessoal da terapeuta ocupacional, ele conseguiu um transporte pra poder

levar ele pra escola e voltar, hoje ele não usa mais andador, ele usa sozinho, aí foi feito um trabalho com ele, com a fono aquela fala dele, que não fala direito, mas já entende alguma coisa, então teve um sucesso, assim, maravilhoso. Agora outra situação que falha, que falhou, assim, eu não tenho nenhuma lembrança de nenhum que possa ter tido falhas, assim, Às vezes não tem uma conduta maior por falta da família mesmo que não ajuda, né, e deixa eu ver se tenho em mente alguma pessoa, que, alguma família que não foi alcançado com sucesso, não pela Equipe, mas pela família mesmo. [pausa] Não, assim de lembrar mesmo, assim, não tem. (...) Ah, então, tem uma criança que ela tem uma deficiência (...), esqueci o nome da doença, ele é uma criança que, (...) nasceu com aquela deficiência, então ele não tem aquela coordenação motora de ficar de pé, nem de andar e aí a mãe veio da Bahia pra cá, trouxe ele, aí foi feito acompanhamento com os médicos, enfermeiro, terapeuta ocupacional, mas aí a mãe achou que ela podia cuidar sozinha, levou embora (...), só que, assim, pelo que o médico falou, (...) ela iria só até os 22 anos e agora, tem acho que uns 30 dias, mais ou menos, a mãe voltou com a criança e até então aí a criança ficava em pé, sentada numa posição reta, agora já não fica mais, então põe ele sentado ele cai pra frente, ele volta pra trás, mas ele não tem mais aquela forma de ficar reto, sentado, né, e aí agora ela veio, agora ela tá, vai ter que mexer com todos os procedimentos de novo, sabe, mas se ela tivesse continuado, talvez já teria tido andamento do caso, sei lá, num, na AACD, sabe, em outros hospitais que dão um suporte maior e aí agora ela voltou e agora ela tá mexendo com tudo de novo, mas, assim, não foi negligência da Equipe. (...) Foi dela mesmo que, não, que achou que podia ir embora e cuidar pra lá e chegou lá ela viu que lá não tinha recurso pro filho dela, ela retornou pra Bahia, chegou lá, não teve recurso pro filho dela, ela teve que retornar pra cá e cada dia que passa ele perde mais. Ele mexia com as mãos, agora ele mexe só com uma, não tem mais movimento, não fica mais sentado, não vira na cama sozinho, então é assim, ele falava muito, agora a fala já diminuiu, ele tinha, assim, uma, ele tinha assim, uma, uma forma de inteligência, sabe, maravilhosa, agora a gente já vê que reduziu bastante, então isso tem dois, três anos.

Entrevistadora: Você acha que se ela tivesse ficado ele estaria melhor hoje?

ACS 2: Ah, poderia não estar melhor, mas teria tido uma, um outro tipo de atenção que pudesse tá, ter ajudado, porque às vezes você sabe que a pessoa, ela vai só até um tempo mesmo, mas é fazer enquanto tem vida, né? Aí esperar piorar a situação, a gente sabe que o tratamento é qualidade de vida pras pessoas e a mãe dele não teve esse lado, ela, talvez como mãe, por ser filho único, ela quis correr da, até mesmo da realidade, digamos assim, né, digamos assim. E teve uma outra criança também, a B., a mãe dela morreu, ela tinha 13 anos e ela tem uma deficiência mental e física porque ela não fala, não anda, ela não fala, não anda, não tem noção do tempo, nada. (...) aí o pai dela ficou sozinho com ela pra cuidar dela, o pai dela tinha um filho de um outro casamento, então foi uma situação difícil. Às

vezes a gente chegava na casa dela, falta de higiene, em geral, era muito grande, mesmo com ela, mas o pai dela tava ali, não abandonava ela, tudo, e, só que ele é pizzaiolo, trabalhava numa pizzaria lá na Rio Pequeno e às três horas ele saía pra ir trabalhar Em conclusão de tudo isso, ela ficava com o irmão de 15 anos, parte de outro casamento, só que daí tinha que trocar fralda, tinha que dar banho, tinha que pentear, então, que que a nossa Equipe fazia, a gente vinha, fazia VD nela, (...) chegou o tempo de menstruar, então o pai dela falou que ficava muito difícil pra ele, porque às vezes ela evacuava e tava menstruada e tinha aquela coisa toda, aquele cuidado, então aí o pai dela veio, nós levamos esse caso pro posto, o posto começou vim, (...) começou a fazer aquela injeção nela pra não menstruar mais, a assistente social do posto, (...) entrou num programa, sabe, pra ver se conseguia internação e agora a B. tem 15 anos, tem uns dois meses mais ou menos, dois, três meses, que conseguiu uma internação pra ela, definitiva e o pai dela ficou maravilhado, que foi um sucesso, realmente foi um sucesso porque em lugar nenhum ele conseguia, ele chegou a ir até pro fórum, conversar com um juiz pra ver se conseguia porque a situação dele era muito difícil com ela, sabe, porque é pai, tudo, mas tem que dar o banho, tem que trocar, ela já mocinha, com tudo formadinho, tudo, então ficou muito difícil e quando ele ia trabalhar tinha uma grande preocupação com o menino que ficava com ela, né de 16 anos, 15, 16, e hoje ela conseguiu então foi um sucesso também maravilhoso, conseguiu essa internação pra ela, hoje ela tem assistência, que é mantida pelo Hospital São Paulo, muito legal, muito bom mesmo, foi um sucesso. (...) eu já trabalhei em vários empregos, mas o que eu mais fiquei foi nessa casa, que eu trabalhava numa casa de repouso e sempre gostei de cuidar de idoso e sempre tive um propósito dentro de mim, se eu tiver que maltratar o idoso porque eu tô estressada de cuidar dele, eu vou sair e eu saí, porque o idoso cobra muito, a gente é muito cobrada pelas famílias, trabalhei com famílias maravilhosas, Rolando Boldrin, Vera Fischer, foram famílias, assim, que a gente tinha um acesso maravilhoso, mas, é, tudo o que você faz, você tem que fazer com muito carinho relacionado ao idoso, você tem que ter essa atenção, assim, voltada pra ele, sem levar nada de você pra ele, mas você tem que ter aquela atenção pra que quando ele cobrar de você, você tá sempre disposta. Só que o tempo vai fazendo a gente ficar, vai desgastando, aí quando eu pensei que eu ia pedir a conta, eles me mandaram embora, porque teve uma, uma de..., caiu muito, né, a procura de internação pra idosos porque casa de repouso particular é muito caro, aí eles me mandaram embora, aí eu fui trabalhar na, quando eu saí da casa de repouso eu já trabalhava com outro idoso a noite, porque esse idoso erra assim eu cuidava da mãe dele na casa de repouso e, aí o filho dessa paciente que eu cuidava dela, ele ficou doente, aí eu fui cuidar dele na casa dele, então eu cuidava dele de noite e vinha pra casa de repouso de dia, cuidava dele de noite e vinha pra casa de repouso de dia. Aí saí da casa de repouso e fiquei só com ele, com ele fiquei ainda mais cinco anos e três meses e ele era um paciente sozinho, ele teve uma doença degenerativa desconhecida, o tempo que eu saí de lá ainda não tinha sido reconhecido qual é a doença que ele



teve e, mas só que é cansativo porque a, os nossos exercícios de cuidar com os pacientes idosos são muito repetitivo, levanta, abaixa, levanta, abaixa e às vezes eles não se ajudam, então todo o peso é sobre os nossos braços mesmo, né, mesma, né, então eu resolvi que eu não queria mais, assim, ele era um paciente pesado, muito alto e ficava sozinha, eu ficava sozinha com ele à noite, então, às vezes, o paciente resolvia que ele queria sair da cama, ele não tinha as coordenações motoras adequadas, ele não andava, era um paciente muito pesado, aí eu vi que tava comprometendo a minha saúde, aí tentei conversar com a família pra ver se colocava outra pessoa, porque em duas pessoas é muito mais, seria muito mais fácil de cuidar, a família não quis, aí eu pedi a conta e vim ser ACS porque a idade já chega, né, (riu), 50 anos a gente já tem que começar a pensar na nossa, um pouquinho na nossa saúde e é por isso, mas não que eu não goste de cuidar de idoso, mas eu vi esse lado, que a gente acaba ficando meio estressado e acaba a nossa saúde, fica muito comprometida, a nossa saúde, nossa mente fica cansada porque a gente não dorme de noite, não pelo fato de que a gente não vai exercer a nossa profissão pra dormir, entendeu, mas, assim, trabalhar demais acaba mexendo muito com o nosso psicológico, meu psicológico tava abalado já, 16, mais de 20 anos só com idoso, é, então meu psicológico já estava abalado já, eu não tive tempo pra ver minha família, meus filhos crescerem, hoje quando eu olho, assim, eu 'ai meu deus, meu caçula já tá com que idade?', eu não vi o tempo passar porque a gente acaba se martirizando muito porque o profissional com idoso é assim, se o profissional não vem de dia, quem tá de noite tem que ficar, não tem jeito, que você não vai deixar o idoso sozinho, se o da noite não vem, você tem que dobrar (...). Aí hoje eu sou ACS, gosto do que eu faço, mas ainda mesmo com a minha idade avançada, eu ainda tô pensando ver se ano que vem eu arrisco uma faculdade (riu). Sabe, vamos ver no que vai dar. (...) na verdade eu penso em uma faculdade de enfermagem mesmo, sabe, porque eu sou técnica de enfermagem, (...) mas eu quero mesmo fazer a faculdade (...)

Entrevistadora: Você acha que como ACS, sua qualidade de vida melhorou?

ACS2: Com certeza, melhorou muito, porque assim, embora a gente não deixe de lidar com vidas, com pessoas, mas daí você lidar só na parte verbal e não na responsabilidade com o idoso (...) eu acho que você não perguntou, mas também acho que nem faz parte pra você é quando algum idoso vai a óbito na nossa mão. (...) quando nós cuidamos do idoso que ele vai a óbito, quando a gente tá ali há muito anos com ele, a gente sente, assim, como uma perda de uma família, de um parente próximo, porque nosso vínculo acaba sendo tão próximo quando a gente passa muito tempo, (...) com idosos, tive um vínculo muito grande, assim, com todo o pessoal, aí quando vai a óbito, é (...) uma forma de pensar que a gente perdeu uma pessoa da família, sabe, mas faz parte da nossa profissão. (...) às vezes você prefere ter aquele cuidado de curativos grandes, de procedimentos difíceis e sonda, mas você sabe que a pessoa tá com vida e você sabe que

a vida é muito gratificante e de repente 'paft' (...), a gente sabe que tava ali sofrendo, mas a morte é uma coisa que (...) mexe um pouco com o coração.”

➤ **ACS3**

Mulher, 25 anos.

“Cuidar é o querer bem da pessoa. Querer que ela fique boa. Querer ver ela própria se cuidando, não dependendo dos outros. Isso que é cuidar pra mim. (...) Porque o agente comunitário, ele cuida das pessoas. (...) quero o bem dela. Então vou lá, escuto o que ela tem pra me dizer e tenho que voltar com o retorno, trago pra cá e tenho que levar o retorno pra ela. (...)

Entrevistadora: E você acha que quem cuida melhor, homem ou mulher?

ACS3: Mulher. (...) Porque a mulher é mais delicada, com certeza. Ela entende mais, ela é carinhosa. O homem, além de ele não saber de muita coisa, o homem é mais bruto, por exemplo, na hora de um banho, homem não sabe dar um banho. A não ser, assim, que ele estudou praquilo, tem auxiliares de enfermagem masculino, mas o homem cru, ele não sabe cuidar, não sabe! (...) porque se a pessoa se interessar, quiser, ela sabe [cuidar], não importa o sexo. Entendeu?

Entrevistadora: E as mulheres são mais interessadas...

ACS3: São mais interessadas e delicadas, mais delicadas, com certeza.

Entrevistadora: Da sua experiência, (...) os cuidadores familiares cuidam bem, ou cuidam mal?

ACS3: Bom, eu acho que tem um pouco de mentira, porque na nossa frente é uma coisa, por trás é totalmente diferente. Teve caso de uma senhora machucar o próprio marido, porque ele fazia xixi na cama, não deixava ela dormir, gritava, batia, então eu fiquei até surpresa quando eu fiquei sabendo. Então na nossa frente é uma coisa, por trás a gente não sabe como que é.

Entrevistadora: E esse caso vocês achavam que ela cuidava bem?

ACS3: Achav..Toda a vida! Eu trabalho aqui há seis anos e tinha certeza que ela cuidava bem, depois começou a surgir em conversa, a própria filha falou, os vizinho falou. Então, ele foi a óbito mês passado. Então aí é muito estranho você tem a certeza daquilo e, de repente, foi uma grande mentira, é chato. Não sei se é por causa da idade dela..., mas é a mulher, viveu a vida toda com ele, então acho que por ser mulher, a esposa, tinha que cuidar melhor, as outras pessoas não tem obrigação, acho que a mulher, viveu a vida toda, tem que cuidar sim e com carinho, porque poderia ser ela, podia ser ela que tivesse naquela situação. (...) A gente tem uma situação, assim, muito constrangedora, não saber por onde ir. Eu tenho uma senhora, que ela teve um AVC, ela é uma senhora ativa, ainda hoje ela sustenta a casa com a aposentadoria dela e tem a cuidadora que é a filha. Então fica saindo

rumores da outra filha que não mora, fala que ela judia, vizinho de cima tanto de baixo, fala que ela judia, mas a idosa, em si, ela não fala. Então a gente vê que é um teatro, que ela, mesmo estando naquela situação, ela vive um teatro, porque quando a gente tá lá ela tá rindo o tempo todo, ela fala que a filha cuida, a filha deu comida, mas, na verdade, é totalmente diferente, porque eu já cheguei lá estava tentando ligar o fogo, tava cheirando gás, tava tentando ligar o fogo pra esquentar um chá e ela fica sozinha. Então é muito difícil você provar, só escutar o que os outros fala, ninguém colocar a cara pra bater e provar, então a gente fica numa situação difícil. A gente vê, mas o que a gente vê a gente tem que provar, então é muito difícil. A gente fica numa situação, encurralado na parede, não pode fazer nada, não tem como provar. (...) Teve um paciente que chegou do hospital ontem que ele precisaria de uma cama hospitalar e um colchão de ovos, e não tá acontecendo. O médico manda, mas não há interesse da família, aí você paga um convênio achando que vai ter tudo, na verdade, é uma grande mentira, que não tá acontecendo. Mandaram ele pra casa, sem dar uma data limite pra conseguir a cama e ele tá numa cama de solteiro, que deveria tá num elevado, não tá, deveria tá tendo uns cuidados especiais, porque tá com sonda e não orientaram a família. No hospital público, pelo que eu fiquei sabendo hoje, eles emprestam a cama, eles fornecem a dieta, que ele tá com a sonda direto no intestino. Então é muito difícil, deveria ser um cuidado, assim, hospitalar, deveria ter um programa no SUS que fornecia as home care pra ir lá, porque tem numa outra área da gente, tem um serviço de home care que é excelente. Agora, ele paga um convênio altíssimo e não tem direito a nada. Até alimentação ele tá pedindo ajuda pro posto, que é a dieta especial, que não pode ser a feita em casa, tem que ser fornecida a hospitalar. (...) Agora o que eu gostaria que tivesse era um home care público, pra cuidar, porque como a família já tá abalada pela situação da pessoa, vendo a pessoa naquele estado. E como que vai cuidar? Ela não vai passar nem segurança, porque ela tá nervosa, às vezes ela chora e o doente, mesmo que ele não esteja falando, se mexendo, eu creio que eles entendem. Porque se uma pessoa come e escuta, uma pessoa que ela tá, não tá lúcida, assim, falando, mas eu acho que ela entende o que tá se passando, que a pessoa tá insegura, tá com medo, nunca passou por aquilo, então é muito difícil você aprender de repente a cuidar de uma pessoa assim, é muito difícil, eu acho.

Entrevistadora: E você acha que a Estratégia de Saúde da Família dá conta da necessidade dessas pessoas?

ACS3: Entre aspas, o que o projeto faz, pode fazer, até onde a gente faz, mas depois não dá pra fazer muita coisa. As pessoa exigem muito, elas não enxergam, ou elas não querem ou realmente não enxergam o que é a Saúde da Família, porque elas acham que tem que estar lá 24 horas, que tem que estar lá o dia que elas querem e a hora que elas chegarem aqui tem que ser atendida. Então eles, ou fingem que não entende ou realmente não entende o que é Saúde da Família, porque eles, até onde a capacidade deles vai,

eles conseguem, de tudo, melhor do que particular. Só que as pessoas não enxergam isso, ou fingem que não enxergam. Eu acho, eu acho que dá conta sim, creio que dá conta, na medida do possível, Consegue coisas aqui que eu nunca vi em lugar nenhum, mas consegue. (...) Acho que o governo poderia lançar cartilhas pra poder instruir as pessoas, mesmo quem não possa ler, a gente até faz um esforço, lê pra elas, o que é realmente, palestras, pra mostrar o que é realmente a Saúde da Família, porque a gente fala, fala, fala, eles não entendem, não tem como provar, tá escrito aonde? Aonde tá escrito que tem que fazer isso, isso, e isso? Eles só enxergam que você não foi fazer a visita, que a consulta tá demorando ou que não tem vaga. Eles acham que deixou encaminhamento pra dermato hoje e que daqui a 15 dias vai tá marcado. Não é verdade nem isso, vai demorar meses. Então deveria ter uma cartilha. Eles trabalharam tanto numa cartilha sobre homossexual e não faz uma cartilha pra orientar a população. Então deveria, acho que eles deveriam fazer sim, nem que seja um desenho, quem não sabe ler entende um desenho. (...) A visita eu acho que sim, a gente dá conta, acho que a gente devia ser mais treinado. Porque a gente recebe umas perguntas que a gente fica boca aberta, sabe que não vai responder. Aí a gente tem que voltar pra cá, perguntar, esperar uma resposta pra depois devolver. Então acho que a gente deveria ter um treinamento. A mesma coisa um agente de saúde deveria ter um treinamento de primeiros socorros, porque se a gente tá numa casa e acontece alguma coisa, eles, na visão deles, eles acham que a gente sabe de tudo, que a gente sabe socorrer, que a gente mede pressão, mede o destro. Então acho que pequenas coisas assim, a gente deveria, pelo menos, primeiros socorros, acho que era o mínimo que eles podiam dar pra gente. Porque todo mundo que entra aqui é jogado, depois de, não sei quanto tempo, isso quando tem, um treinamento que é um momento, e só. É um que vai ensinando o outro, vai treinando, a gente não recebe um treinamento específico, a gente é contratado, volta aqui, pronto acabou, e se vira lá na rua. Aí depende da Judá de um e do outro. Tem umas visitas que são boas, a gente consegue arrecadar muitas informações, que, às vezes, pro médico trabalhar depende disso, das informações que a gente traz. Só que a gente deveria ter um treinamento, principalmente sobre todos os tipos de doenças, sintomas, sinais, tudo. Porque eles perguntam: ah, o que você acha? A gente não vai dar diagnóstico, fala vai lá que pode ser isso. Ou se tem um serviço aqui, a gente fica sabendo que tem as referências e quando chega aqui: ah, não tem. Pergunta, vou ver se no posto fornece, vou ver se no posto manda pra algum lugar. Então é demorado, a comunicação entre o posto e o paciente acho que demora, porque a gente vem aqui tal dia, a gente depende da perua, a perua não pode levar uma pessoa, então a gente não pode ligar 'pode vim me buscar?' Não dá. Então leva dias uma coisa que poderia durar horas, até mesmo quando a gente precisa falar com um profissional "ai, já foi embora, mas também você vem ligar aqui a essa hora?" Não é que vem ligar a essa hora, é a hora que eu to com o paciente, você não me perguntou, falei, ah vou ligar e vou tirar a sua dúvida, "ah, a profissional não tá". Dois dias que eu liguei aqui pra falar com essa pessoa e

ela não tava, hoje que eu consegui falar com ela e ainda to esperando, estava esperando a resposta dela pra mim levar pro paciente. Então as visitas são 100% ótimas, mas deveria ter um treinamento pra que a gente pudesse responder o que o paciente realmente quer saber.

Entrevistadora: A sua Equipe de Saúde da Família tem alguma ação específica pra trabalhar com os cuidadores?

ACS3: Não, se tem eu nunca vi. Porque a médica, as auxiliares orienta, (...) ensina. Uma já ensinou até aplicar morfina, que tem paciente que precisa tomar todos os dias, às vezes duas vezes por dia, ela não pode ir, então elas ensinam a aplicar, elas orientam o cuidador na medida do possível. Elas explicam bem. Um treinamento, falar é assim, tem que dar banho assim, não, mas elas orientam, na medida do possível do que elas podem fazer, elas fazem. (...) acho que, por exemplo, pros cuidadores, fazer uma visita toda semana, não a cada 15 dias, a cada 20, quando a gente chama. Acho que não deveria esperar a gente falar 'ah, tal fulano tá acamado, precisa de visita', acho que não tem que vir de nós. É acamado? Então é acamando é porque tem alguma patologia, então a gente que tem que ir atrás, então se tá lá, pelo menos uma vez por semana ir lá, saber o que tá acontecendo, não esperara a gente ir, o cuidador falar pra gente, a gente voltar pra cá, falar e dali uma semana marcar uma visita. Acho que deveriam então mais visitas semanais, duas vezes por semana, porque uma vez por semana é muito pouco, muito pouco. Acho que é uma deficiência muito grande isso. E é uma visita que, tá certo, ela não pode fazer muita coisa, principalmente a médica, mas deveria ser, principalmente pro médico, deveria ter mais dias na semana. (...)

Entrevistadora: E do que você acha que essas famílias mais precisam?

ACS3: Orientação. Porque elas querem muito, elas só falam, eu quero, eu quero, eu quero, elas não entendem que o quero delas é na medida do possível, não é ela quer uma auxiliar pra trocar o curativo todo dia, pra começar, então elas já tem o que fazer aqui, depende de uma escala, então não pode ir lá todo dia trocar o curativo, (...) porque, muitas vezes, o cuidador vê no dever dele só dar banho e dar comida, só. Se pra ele já deu banho, já deu comida, tá ótimo, pra eles, muitos deles. (...) Olha, tem um caso que não é meu, é do D. [outro ACS], você chega lá, a casa tá toda limpa, isso é o cuidador que faz, ela tá tomada banho, ela come de três em três horas, se você olhar pra ela, você não fala que ela tá doente, ela tá de cabelo penteado, unha feita, tudo é orientação do serviço de saúde, é assim que faz, dá mais atenção, conversa com a pessoa, não é porque a pessoa tá acamada que ela tem que ficar lá miserável. Então acho que essa foi bem sucedida, foi bem sucedida porque a pessoa tá bem cuidada, se ela tá bem cuidada é porque o cuidador foi bem orientado. (...) Um mal sucedido tem o do Seu T. e da Dona J. O Seu T., como já faleceu, o cuidador, tinha o cuidador mulher e o cuidador filha. A cuidadora filha falava que tomava café as 7 da manhã, que tudo era direitinho. Um dia eu cheguei lá com a doutora,

a doutora 'já tomou café?' 'Não'. 'Mas como você diz que ele já tomou café, toma as 7 e até a gora não tomou', era as 9. O homem tava definhando, esperando. Não foi bem orientado, porque elas acham que a médica vai lá, vai fazer o diagnóstico e vai medicar e o remédio vai surgir do nada. Ela me falou que ele estava muito mal numa quarta feira, eu falei 'ah, eu quero que a doutora venha aqui', eu falei 'mas não é melhor ir no médico?'. Mas a doutora só vai vim daqui, hoje é quarta, só vai vim segunda feira, vai esperar até esse dia? O homem estava emagrecido, tava definhando na cama, só ficava no quarto (...) Não quer comer? Se não quer comer é porque alguma coisa tem. Então foi um fracasso, não sei se é um fracasso da Equipe ou foi um fracasso da família. Porque no dia que a doutora foi lá pra conseguir levá-lo, foi o dia que ela falou 'leva pro hospital agora, não tem o que fazer, leva agora!', levou, ficou e não voltou. E pra trás, que todo dia, tinha visita, toda semanal, cada 15 dias tinha que medir pressão (...). Às vezes ela falava 'ah, a ACS manda levar pro médico porque não quer levar o recado', deve ser isso que eles pensam. Ele definiu dentro de casa, tudo bem que a idade dele já era muito avançada, não tinha muito o que fazer, mas que prolongasse esse pouco de restinho de vida que ele tinha, dava pra prolongar. Só falando "tá emagrecido, a pressão tá alta, tá emagrecido, a pressão tá alta", não é assim, já tinha que ter orientado a levar pro pronto socorro há muito tempo, muito tempo. E tinha visita semanais com a auxiliar. Eu acho que foi um fracasso e tem outro fraquejando e não sei o que vai dar, que é o da D. J. Tá fraquejando, a gente tem as informações, mas não tem o que fazer, até onde a Equipe pode ir? Eu não posso ir muito longe porque eles tão lá, eu moro na área, é um risco pra mim. E a equipe pode fazer o quê? Se tá vendo que a mulher não tá comendo, a mulher tá pálida, não sai na rua. Só escutando as pessoas falar, falar, tá acontecendo isso, a briga entre família é muito grande. Então é outro que tá caminhando pro fracasso, ele tá fraquejando, mas vai dar um fracasso daqui um pouco tempo, não vai demorar muito. Então até onde a gente pode ir, isso que eu queria saber, até onde a Equipe pode ir, denunciar pra delegacia do idoso, sei lá, proteção, porque já deveria ter feito isso, não ficar fazendo reunião, discutir, discute, discute e não acontece nada. Porque tá caminhando pra um fracasso total, eu não sei o que tá esperando pra acontecer, acontecer o quê? Ou os irmãos se matarem ou a mulher morrer. Porque um fala uma coisa, outro fala outra, a gente só colhe informação e faz reunião, discute, a reunião acaba, eu não sei nem o que foi decidido porque ninguém falou nada. Levanto, acabou foi embora e eu fico ali, eu trago o caso, discute, discute e ninguém faz nada. Quer colocar a irmã, outra irmã como se fosse uma acariação. Pra quê?! Se já tem tudo o que tá acontecendo, se já tem a informação, parte, já denuncia! Alguém pra fazer alguma coisa, alguém tem que fazer e eu acho que não tá se fazendo nada. E não é só eu que to de saco cheio, é todo mundo. Faz, faz reunião, ninguém resolve nada, família G. continua do mesmo jeito. (...) Tá falhando, não a Equipe que cuida da família, a equipe como um todo, o posto, porque não tem só a médica envolvida, tem a psicóloga, tem a assistente social, já levei todo mundo que podia levar, já levei lá. Tá esperando o quê? Porque a idosa, ela não vai falar. É, eu falei

pra você, é como se fosse um teatro, chega lá, é como se tivesse tudo bem. Mas se os vizinhos, não é porque os vizinho é fofoqueiro, escutou, é porque alguma coisa tá acontecendo. Aí fica, faz isso, chama as duas, põe na frente, não aconteceu, porque uma veio e a outra não veio. Então fica só fazendo reunião, reunião e não decide nada. Então isso tá fraquejando, vai fraquejar. Porque ou os irmão vão se matar ou a idosa vai morrer de fome, porque uma idosa, que ainda, do jeito que ela está, ela sustenta a casa com a aposentado dela, ela que sustenta a casa e os netos, ainda por cima, ainda tem os netos. Então não sei o que vai fazer, sei que não vai dar. Já tentei de tudo, já levei todo mundo, só tem reunião, reunião, discute, discute e ninguém faz nada.

Entrevistadora: Por que você escolheu ser agente comunitária?

ACS3: Bom, na verdade, eu não escolhi, eu tava precisando de emprego, falei, vou prestar, prestei e estou aqui há seis anos. Não escolhi, eu não sabia nem o que o agente fazia e olha que eu tinha um agente dentro de casa que é meu irmão. Não imaginava, porque pra mim, o povo já queria que marcasse consulta, ficava na porta, a gente colocava não atende final de semana, não tinha noção o que era, pra mim era tudo maravilha, depois que eu entrei, falei assim “ah, isso é fácil”, depois que você vai pegando o rumo você vai ver que não tem final de semana, você não tem dia de ir no mercado, você não tem férias, entendeu, você mora na comunidade e a gente não pode mudar. Essa é uma requisição muito grande que eu não concordo, você não poder mudar, você ter que ficar lá férias, natal, você não pode ir no mercado que tem um paciente, na feira, se você recusar, é pior, tá comprando uma briga muito feia com o paciente, não importa que é feriado, sábado, domingo, é eles contra a gente. Então eu não escolhi, a agente comunitária que me escolheu. E eu tô estudando, pra mim ter outra profissão. (...) Essa eu escolhi, que eu sempre quis, que eu não fiz ainda, não tinha feito ainda porque não tinha condições e agora eu to fazendo, to fazendo a enfermagem, auxiliar de enfermagem, auxiliar e técnica. Essa, eu escolhi, essa que eu sempre quis e eu espero mais pra frente exercer, eu espero não só fazer, vou procurar, toda a oportunidade que eu ver, eu vou tentar, até eu conseguir. (...) Porque eu gosto de gente, gosto do cuidar, eu gosto, não sei, acho lindo (...) eu sempre quis, eu não me vejo em outra profissão, nunca. Aí eu até comentei com a minha filha que criança sempre quis ser médica, eu nunca quis ser médica, sempre quis trabalhar como enfermeira, (...) eu até brinco com as meninas que elas são as escravas de branco, porque a auxiliar de enfermagem é como se fosse uma escrava, tudo são elas. Então eu sempre quis, não vejo a hora de ir pro estágio, espero que seja segunda feira que eu vá pro estágio. (...)

➤ **ACS4**

Mulher, 20 anos.

“Cuidar é você ter cuidado, você ajudar a pessoa nas necessidades dela. Igual os aposentados, os idosos, no caso, muitos deles não conseguem tomar banho, se vestir sozinho, você vai estar ajudando, você vai estar cuidando de uma pessoa incapaz de fazer suas próprias coisas. (...) Acho que quando a gente vai na casa deles, ver como que eles estão, tem um cuidado, assim, eles ficam felizes porque acho que eles pensam que eles não tão abandonados num canto. Muito deles, quando a gente vai na casa, chora porque fica feliz que a gente tá lá, conversando, dando atenção, acho que isso ajuda na vida deles.

Entrevistadora: Pelo que você tem visto dos cuidadores, você acha que ele cuidam bem, cuidam mal, como que é isso?

ACS4: Ah, cuidam bem sim às vezes falta um pouco de paciência com alguns, aí a gente vai e conversa porque idoso também, tem alguns que (...) dão trabalho, mas os cuidadores, os meus pacientes, eles cuidam bem, de todos os que eu já vi (...). (...) eu tenho um paciente, que ele cuida da mulher, ele cuida muito bem, mas assim, ele não fica o dia inteiro com ela porque ele trabalha, mas o tempo que ele fica em casa, o que ele pode fazer por ela, ele faz. Mas você vê mais casos de mulher, então acho que as mulheres cuidam mais, assim, tem mais atenção, mais cuidado. (...) Acho que porque as mulheres, elas, em si, elas já cuidam dos filhos, e quando eles tão idosos, assim, incapazes, ela tem amor ainda por eles, mesmo que eles fizeram muita coisa no decorrer da vida com elas, elas ainda gostam, às vezes é pai dos filhos dela, então viveu uma história, então acho que isso elas relevam. O homem eu acho que já não releva isso, o homem, pra ele, não, isso da vida não basta na hora. (...)

C - Você acha que a Estratégia de Saúde da Família dá conta da necessidade dessas pessoas?

ACS4 - Assim, ela... não, não dá conta. Porque acho que o PSF tinha que (...) buscar mais, tinha que ser mais reforçado. Porque igual, no nosso posto é um médico pra cada Equipe, (...) tinha que ser dois médicos, porque é bastante gente, é bastante casa, demora mais e tem alguns casos que não pode demorar, então acho que tinha que ter mais reforço, na verdade, acho que isso. (...) muita gente que mora aqui nesse bairro não tem condição de pagar um convênio, então eles acham que, por isso, eles ficam meio abandonados pelo governo e quando eles vêem que a gente tá indo na casa deles perguntando como eles estão, assim, isso já satisfaz muito eles. Às vezes a gente acaba dando mais paciência pra eles esperar, mais força pra eles continuar com o tratamento, alguma coisa assim às vezes acaba deixando mais feliz na vida porque eles se sente meio abandonados ou, assim, que o governo abandonou eles, eles pagam várias coisas, INSS, várias coisas no decorrer da vida e quando chega nesse ponto eles tão nessa situação, não tem recurso nenhum na saúde, então acho que o nosso trabalho é eficiente sim eles gostam. (...) Eu tive uma dificuldade só com



uma paciente que ela, ela cuida do marido e o marido, ele, ele toma calmante e nesse decorrer do tempo, que a gente ficou sem médico, ele, o calmante dele, a receita venceu e não teve como pegar mais, então ele começou a bater nela, morder ela e ela começou a ficar sem paciência com ele então isso acabou prejudicando a saúde dela, a pressão dela subiu aí isso acabou prejudicando ela, aí a gente teve que correr, arrumar alguma solução pra conseguir acalmar, primeiro ele, pra depois acalmar ela e ele tando bem, ela já está bem. Acho que esse foi o contratempo que a gente teve. (...) A gente [UBS] tem os grupos, na verdade, né, que são os grupos de hipertensos, de diabéticos, às vezes tem algum grupo no posto, de mulher. Como, geralmente, a maioria são cuidadoras, mulheres, então elas, algumas sempre participam mais de grupos femininos, né. Mas a maioria também vem, assim, porque os cuidadores, sempre na casa que mora o marido e a mulher, os dois sempre, a tendência é sempre os dois ter hipertensão, pressão alta, então, ele vem no grupo, vem os dois, ela ajuda ele trazer ou ele ajuda ela, mas a maioria sempre é ela que traz ele, então ela acaba também se cuidando, vendo a pressão, se tem diabete mede o destro, então a gente acaba cuidando, acaba cuidando da cuidadora também. Mas a gente também tem grupos de mulheres que são, teve um grupo uns tempos atrás que falava desse assunto, das cuidadoras, aí acho que foi até com a psicóloga do posto, ela ajudava, conversava com elas pra ver o que elas tavam sentindo e por que elas faziam isso, cuidavam, assim, por isso, tudo que algumas já passaram, por que que elas continuavam cuidando bem, aí eu acho que isso ajuda elas, nesses grupos, acho que isso é bem, assim, elas vêem que elas também não são tão abandonadas, elas não tão lá só pra ficar cuidando dele, acho que isso dá mais atenção pra elas e elas se sentem melhor. (...) porque quem acaba sofrendo mais nem é o paciente, o que tá sofrendo, mas sim o cuidador, né, porque ele deixa de se cuidar pra cuidar de uma pessoa aí depois, às vezes, a pessoa acaba falecendo e o que ele fazia na vida, a única coisa que ele fazia da vida era cuidar da pessoa e a pessoa falece, ele fica sem fazer o que, né, aí essa pessoa, cuidador mesmo, acaba adoecendo, então acho que tem que ter uma certa atenção com ele também, ir na casa, procurar saber como é que tá, tentar distrair a pessoa, pra ela não...pra ela, mais nesses casos assim. (...) Olha, eu tenho um caso que acho que a Equipe foi muito boa, foi um caso que uma irmã cuidava de uma outra irmã e essa irmã dela que era acamada tinha deficiência e ela era já, assim, ela tinha um monte de problemas, problema de coração, hipertensão, diabete, era meio depressiva também e, assim, a Equipe foi muito bem sucedida porque todos os encaminhamentos que o médica passava a gente já conseguia encaixar ela em urgência, assim, ela teve um tratamento muito bom, assim, muito rápido, só que como ela já tava, assim, os médicos mesmo falavam que ela não tinha muitas condições de viver, ela acabou falecendo em maio deste ano. Mas também, a cuidadora, a irmã dela que cuidava era muito boa, assim, a gente via, a gente ia lá dava pomada, cremezinho pra passar na perna e via se tinha algum ferimento e a gente via que a cuidadora, a irmã, dela tinha muito cuidado porque a senhora não tinha uma assadura, não tinha uma

ferida na perna, era sempre limpinha, então isso ajudou, quando a cuidadora ajuda, cuida bem, ela tá ajudando a Equipe e os médicos, porque o paciente tando bem cuidado dentro de casa, ele vai estar bem cuidado em outros lugares, entendeu, então acho que esse caso foi um sucesso. Agora, a gente tem um caso que ainda não tá resolvido, mas acho que ele podia ter, acho que a gente tá, assim, podia ter sido mais rápido, ele ainda não foi resolvido, ainda. Que de uma menina de 5 anos que ela foi abusada sexualmente por um namorado da mãe dela e a mãe estava presente na hora que ela foi abusada. Então, assim, o pai conseguiu a guarda da criança, só que, de fim de semana a criança tá com a mãe e a mãe bate na criança, a mãe fica puxando o cabelo dela, então assim, isso tá trazendo traumas pra criança. A gente tem uma psicóloga só no posto e acho que a criança passava com a psicóloga, a criança começou a melhorar, ela parou de passar, só que a criança, a mãe tá continuando batendo e, assim, pro pai levar pro, já tentou levar pra delegacia, já fez o B.O., já tá em juízo pra conseguir a guarda definitiva, sem a mãe ver, só ver quando ele estiver junto, só que a criança ainda tá com aqueles traumas, então eu acho que, assim, a psicóloga devia ver ela, pelo menos, uma vez por semana, porque todo fim de semana ela tá com a mãe, todo fim de semana ela tá sofrendo e não é assim, a psicóloga atende ela duas vezes por mês, às vezes uma só. Igual, esse dias eu fui na casa dela, a madrasta dela que é namorada do pai, na verdade, é a madrasta que cuida dela, a madrasta falou assim pra mim tentar encaixar ela com a psicóloga porque ela tá nervosa, ela tá começando a ficar mais agressiva. E aí eu fui e falei com a Equipe, a psicóloga ainda não marcou retorno pra ela, então eu acho assim, que o posto, em si, a Equipe inteira, tá devagar, acho que devia ser mais rápido, num caso desse ainda, é a vida, a criança vai levar isso pro resto da vida, então devia ter um tratamento mais especial pra ela, nesse caso. (...) quando eu prestei a prova pra fazer, pra trabalhar, na verdade, eu conhecia assim, porque a minha ACS passava em casa, eu sabia mais ou menos como era o trabalho dela, mas eu fui fazer a prova sem saber se eu queria mesmo, fui fazer mais pra mim tentar conhecer. Aí quando eu passei eu falei assim, ah, vou tentar conhecer. Aí eu acabei conhecendo o trabalho com as meninas, então eu acabei gostando porque é um trabalho que você sente uma satisfação pessoal, porque quando você vai na casa de uma pessoa e a pessoa vê, fica feliz em te ver, isso já satisfaz totalmente porque você vê que o seu trabalho tá valendo a pena e que você tá ajudando as outras pessoas.”

➤ **ACS 5**

Mulher, 28 anos.

“Ah, cuidar é dar toda atenção, não só atenção, como a parte de saúde mas cuidar pelo o que o paciente precisa, tanto do cuidador quanto do paciente, que as vezes o cuidador tá precisando de mais atenção do que quem tá sendo cuidado (...) eu vejo assim que é um dom divino, Deus escolhe as

peessoas não é porque a gente recebe o salário e tudo, a pessoa tem que ter a determinação, tem que ter a compreensão, acho que é um dom. (...) Olha, todos os que eu tenho visto [cuidadores], pelo menos eu tenho poucos, eu tenho três que tem cuidadores, eu acho que eles são assim de uma capacidade fora do comum. A pessoa acha que quando ela vê ali o que aconteceu com a família dela, que precisa dar o máximo de si, acho que eles tem dado o máximo de si. Eu até cheguei a pensar que se fosse comigo eu não sei se eu teria tanta força, onde que busca essa força? Eu cheguei a me questionar. (...) eles precisam de um cursinho básico, pelo menos essas duas pessoas que são os cuidadores que eu conheci, eles vieram para o Hospital das Clínicas e foram pra Suzano, e lá eu entendi que eles dão como se fosse uma espécie de curso básico, e eu acho que isso é muito importante sim, porque tem que lidar com a respiração, no caso dessa pessoa que tem a traqueostomia, então eu acredito que aquilo é muito complicado, então eles já saem de lá capacitados, e eu acho que isso é muito importante. Eu achei assim que é tudo de bom, porque como é que a pessoa vai fazer uma aspiração, uma pessoa que tem uma traqueostomia se ela não entender, eu mesma não sei, eu questiono por isso, que se fosse para mim fazer eu queria fazer um cursinho também. Quando eu tive minha filha o pessoal de enfermagem do Hospital São Paulo me ensinaram a cuidar dela, e eu achei tão legal aquilo. Eu ia fazer o curso, me ensinaram a massagem, me ensinaram a dar o banho, ensinaram a trocar, e isso é uma capacitação, e eu acho que é ótimo (...). Eu não conheci até hoje um homem cuidador, então não sei se eles cuidam bem não. Eu acredito que as mulheres são mais dedicadas, não sei né se é preconceito da minha parte, mas acho que se um homem for cuidador, eu não conheço nenhum, talvez ele seja um bom cuidador, é tão difícil achar um que um dia que esse um for cuidador, acho que ele vai ser um bom cuidador. (...) o que eu tenho visto é que a gente tem (...) as TOs que ajudam, ensinam, outro dia mesmo teve uma TO que foi na casa dessa paciente minha, ela percebeu alguma coisa e foi unicamente pra dar uma olhadinha numa VD que a gente fez. Ela foi pra acompanhar, tava a enfermeira, eu ACS e essa TO foi, e ela reparou que no caminhar a pessoa tava meio insegura, porque ela andava com (...) Andador, ai depois quando chegou na casa ela reparou e a gente não reparou que a pessoa tava com um chinelo e a gente não percebeu que aquele chinelo quando ela andava ela apertava o pé, era porque ela tava insegura de estar andando com o chinelo. Eu nunca ia perceber uma coisa dessa, e quem percebeu foi a TO, então ver como é importante uma pessoa que tem uma visão diferenciada. (...) eu até acho que dependendo do grau do comprometimento do paciente, eu gostaria que tivessem mais visitas, mas é quase impossível, porque você veja bem, a equipe, a médica visita uma vez por mês, a auxiliar de enfermagem visita duas vezes, duas a três vezes se tiver que fazer curativo, e a enfermeira visita também duas vezes, quer dizer, o ideal seria se tivesse mais, nem que fosse a visita da auxiliar, porque tem paciente que toda semana tem alguma complicaçãozinha, toda semana aparece algo novo, e eu acho que se pudesse ser mais, mas infelizmente não dá, eu entendo que não dá, é muita gente pra pouco

profissional. (...) eu acho que dos cuidadores já tá exigindo demais deles, porque melhorar não tem como, porque já ganhou uma capacitação, e eles estão dando o máximo de si, talvez eu imagino que eles precisariam de um apoio (...) maior da equipe, porque acaba que a gente vai visitar o paciente e não o cuidador, e eles também precisam de mais cuidado. Mas veja bem, se a gente já faz quase quatro visitas para o paciente, imagina que vai conseguir ter mais quatro para o cuidador, quase que impossível isso. Mas se houvesse uma mágica, eu acho que tanto deveria ter visita separada para o paciente e depois agendar uma visita para o cuidador. (...) eu vejo que tem uma outra pessoa que ela tá um pouco cansada, acho que ela já vem cuidando do paciente, ela é esposa, ela já está cuidando dele. Acho que quando eu cheguei eu tenho só, eu tenho só três anos, ela já estava cuidando dele. Eu acompanhei, eu já estava desgastada com ele, teve uma época que eu fiquei super preocupada, ele tem diabetes, ele cortou um pouquinho do pé também. (interrupção) Aí eu fiquei preocupada com ele, eu fiquei super ansiosa porque ele teve assim uma amputação nos dois pés, aí ele sofreu um AVC, e eu tava tão preocupada e envolvida com esse caso que a hora que eu vi (eu moro perto do paciente)... toda hora que eu via um SAMU eu falava: “aí, será que é o seu J., será que é o seu J?”, até falei, “nossa! Eu preciso me cuidar, eu que sou ACS to precisando de cuidado”. Até comentei com a enfermeira da equipe falei assim: “tudo eu to achando que é para o seu J.”. Aí logo eu tirei férias, aí eu lembro que eu tava nas minhas férias perguntando: “será que aconteceu alguma coisa com o seu J.?” Aí até falei: “ah não eu preciso parar com isso, eu não posso ficar assim”. Aí eu fiquei imaginando... puxa coitada da esposa dele porque se eu tô assim, que cheguei agora imagina ela, e agora isso já vem há três anos e eu percebi que ela tá um pouquinho cansada, porque houve uma atividade da qual ela deveria levar ele pra um passeio, e ela falou pra mim: ‘R. eu não vou nem avisar’, aí eu falei: ‘é isso mesmo’, porque ela tinha uma festa, tinha um aniversário, e ela não queria levar na atividade que a TO ia fazer no passeio. Aí eu passei em reunião e comentei com a M., falei M. não comenta nada com o seu J. porque ele, a dona E. não quer levar, ela tem uma festa que ela quer ir, acho que ela tem esse direito, aí a M. falou: “não, eu acho justíssimo!”. E aí a gente passou um pano branco, ninguém comentou com ele do passeio e ela foi pro aniversário dela. Aí eu percebi, a dona E. tá precisando de umas férias, e ela não tem como tirar. (...) Isso que é o pior, ela tem que ficar ali. (...)

Entrevistadora: E porque você escolheu ser ACS?

ACS5: Na realidade eu fui escolhida, eu fui convidada, mas eu acho que foi assim a mão de Deus, eu saí no lugar certo, na hora certa, porque eu já doava, eu trabalhava na escola da minha filha como voluntária, eu ia na hora do lanche pra ajudar na fila do lanche, e eu gostava muito. (...) Daí eu fui convidada pra trabalhar como ACS, fui fiz as provas passei, (...) logo eu comecei a doar de outra forma, porque aí eu fui me envolvendo com os pacientes, com os deficientes e eu percebi que essa energia só mudou um

pouco das crianças para os deficientes, entendeu. Então é por isso que eu falo, acho que é a mão de Deus mesmo, me colocou no lugar certo. (...)"

➤ **Médica 2**

Mulher, 33 anos, médica de família e comunidade.

"(...) cuidar é se preocupar, é dar atenção, pode você cuidar do físico mas também cuidar de um sentimento também, de cuidar de afeição mesmo, sabe. (...) a gente faz o cuidado da família inteira, a gente vê todas as pessoas que fazem parte da família, a gente tem que escutar todo mundo, tem o cuidado com a própria equipe que você faz parte, com as pessoas da equipe maior também, então tá no dia a dia acho que em tudo [o cuidado], tanto na parte com o usuário quanto com a própria equipe interna (...).

Entrevistadora: e você acha que quem cuida melhor, homem ou mulher?

Médica 2: na prática a gente vê mais mulher, (...) até agora acho que eu só conheci um cuidador homem em toda a minha carreira desde que eu me formei, a maioria é mulher, geralmente filhas, esposas, que acho que já vem com o histórico natural de cuidado, ela se sente de obrigada, ou se sente na obrigação de prestar o cuidado pra um familiar, ou mesmo que não tenha conexão sanguínea, (...) mas eu não sei se é porque a gente nunca viu homem cuidador, a gente vê tão pouco que é difícil ter uma opinião a respeito (...). (...) eu acho que eles [cuidadores] prestam um cuidado adequado na medida da possibilidade deles, porque ninguém aprende a cuidar porque fez um curso ou foi estudar, ou alguém ensinou e explicou, geralmente sempre recebem o parente ou o conhecido de para-quedas, não tem, precisa e agora? E eles começam a fazer do jeitinho deles, quando precisam de ajuda a gente vai tentando instruir, fala pra facilitar, (...) geralmente eles aceitam bem esse tipo de orientação. Mas acho que eles cuidam sempre na medida do possível no melhor que eles podem fazer, às vezes não é o mais adequado, mas é o que eles acham que é o adequado no momento. (...) eles cuidam dos outros e nunca cuidam deles mesmo, eles sempre se auto negligenciam. (...) tem muito cuidador que é hipertenso diabético e que não faz acompanhamento, não faz exame, não mede a pressão, ah porque não posso sair porque eu tenho que cuidar de fulano, aí não posso sair, fazer exame. A gente sabe que as vezes tem até um apoio familiar que pode mas em alguns casos a pessoa não quer sair de perto da pessoa que cuida. É o caso de uma mãe que cuida de criança com paralisia cerebral que ela não faz nada, tem parente na casa, mas ela tem culpa em relação a essa filha, então ela não sai de perto dela pra nada, então ela sempre se negligencia. E mesmo que você queira fazer algum trabalho com eles, por exemplo, educativo de curso, é difícil de eles virem, porque geralmente eles são cuidadores únicos, não tem quem substitua. Então quando tem consulta, tem que ser no horário que, ah dei banho e não tem ninguém, ou mesmo que você queira abrir um espaço pra eles, eles

difícilmente tem aderência, os poucos que vêm, da experiência que eu tenho de Amparo, eram um grupo que tinha espaço pra eles, eles gostavam muito, então a gente encurtava o máximo tempo pra ficar só uma hora por semana pra vocês [cuidadores]. Aí os poucos que aderiram vinham, e eles gostavam muito deste espaço pra falar deles, não do outro. Mas é muito difícil porque eles sentem culpa em deixar as pessoas em casa, e se acontecer alguma coisa, e não tem ninguém, é muito difícil sabe. É bem rebelde, não no sentido mal, mas são bem rebeldes de precisar trazer pra unidade. A não ser que venha com a pessoa que cuida. (...) a maioria das pessoas com deficiência que acaba vendo geralmente você vê com pessoas que vem desde criança, geralmente a família tem um cuidado maior, ou tem um cuidado maior que super protege por causa da deficiência, ou tem também o efeito oposto, 'ah tem deficiência não vai melhorar nunca' então fica largado. Não sei se tem alguma coisa especial, acho que tem seus cuidados tanto quanto os outros, as vezes não, a pessoa com demência não chaga, não entra como deficiência mental, mas por causa da demência precisa de mais cuidado do que o deficiente físico que não consegue andar direito.

Entrevistadora: e você acha que o PSF dá conta da necessidade dessas famílias?

Médica 2: a maioria sim. Mais com casos graves que a gente adoraria que tivesse, que acho que não tem acesso pra todo mundo, sistema de assistência domiciliar, a gente sabe que tem em São Paulo, mas pra um número limitado, aí realmente eles só pegam os casos mais graves. Mas a maioria dá conta sim, dá conta, antes da assistência domiciliar a gente que tinha que dar conta. (...) na minha área tem muito restrito em domicílio, (...) então muitas deles pedem consulta em domicílio, mas eu adoraria que eles saíssem fora de casa, porque eles não saem, eu não consigo tirar eles pra tomar sol, eu não consigo fazer... Fazer com que eles participem de atividade social, eles ficam às vezes trancados em casa o dia inteiro. Eu acho que visita domiciliar faz parte da solução, mas tem muita gente que poderia sair fora de casa, participar de grupo, comunidade, aqui na unidade mesmo, as vezes eu peço pra eles virem na unidade só pra colher sangue, porque é a única oportunidade que eles tem de sair de casa, que a família se mobiliza, aí 'vamo que eu não to aguentando', tem exames que não dá pra fazer em casa, mobiliza a família inteira. E eu acho é importante tentar manter o círculo social que a maioria se fecha, tranca em casa e fica, ninguém nunca mais vê a pessoa. (...) Na verdade já foi tentado fazer um grupo pra cuidadores, não no sentido de ah vamos ensinar a proteger de escara, mas um grupo de espaço de escuta para o cuidador. Não teve aderência, iria ser uma coisa muito legal se acontecesse, porque eu já vi um grupo desses acontecer, é muito bonito quando acontece, e a gente tem também o problema da distância, que não acontece. Era uma coisa que seria legal se acontecesse, mas acho que na prática não vai acontecer. (...) cada equipe lida do seu jeito, conforme a necessidade, acho que a única coisa seria uma coisa mais conjunta (...). A gente tem grupo de artesanato

aqui também que seria legal se eles pudessem vir pra uma atividade, alguns vêm, tem grupo de mosaico que eles têm o ATENDE traz eles, tem um número bem grande. Mulher rendeira, é um grupo que tem bastante gente que vinha, às vezes é a atividade da semana pra eles. A gente tá também tentando fazer na minha área, porque eles não vêm até aqui. São coisas que já acontecem, eu não consigo imaginar o que seria mais, talvez só um grupo voltado específico pra eles, mas talvez não consiga, consiga talvez inserir em outras atividades que já acontecem. (...) [caso] de cuidador eu só lembro dos casos que eu li agora por causa do livro. Senhorinhas que, era uma cidade com muitos idosos, são famílias a maioria de origem italiana, então que é bem legal que eles assumem o compromisso de cuidar em família, isso é muito legal lá, eles, e mesmo que a população fosse um pouquinho mais pobre, eles se juntavam lá na comunidade, não fulano foi lá no hospital das Clínicas de Campinas então vou pegar o carro de fulano, eles se organizam pra ir, é uma comunidade bem diferente quando você vêm pra São Paulo, que aqui um não conhece a cara do outro, não olha no olho do outro, sabe que nem... E a gente fez o grupo de cuidadoras em outra cidade que eu trabalhava, foi muito bonito ver aquelas mulheres, que geralmente (...) cuidando de marido, de filho, conseguem dedicar esse espacinho pra elas, elas irem e fazerem atividade física com a gente, a gente fazia muita atividade lúdica pra contar história de vida. Tem uma especial que acompanhou acho que dois anos com a gente nesse grupo, ela conseguiu parar de fumar, ela conseguir, ela ficava muito em casa só naquilo, ela começou a criar coragem, falar, vou fazer cursos que não exijam muito tempo, ela conseguiu uma renda. Ela começou a pintar quadros, deu um quadro pra gente quando viemos embora. Foi muito bonito ver aquelas senhorinhas desabrochando, de elas darem importância pra elas mesmo, acho que tinha uma cuidadora que foi a experiência mais legal que eu tive de ver. Foram pouquinhos assim, a gente começou com treze, vinte, foi diminuindo diminuindo, até que ficou quatro, mas as quatro que vinham, todas eram uma vez por mês, elas vinham assim pra contar, aí comigo aconteceu aquilo. Lá a gente fazia oficina de origami, artesanato, desenvolver habilidades, ela não sabia algumas coisas direito, e 'ah eu consegui fazer!'. Era muito legal ouvir a senhorinha falando: 'eu consegui dobrar, olha o que eu fiz, fica muito bonitinho'. Acho que a experiência que eu tenho mais bonitinha é a desse grupo, assim foi bem fantástica, chorando que eu sai daquele grupo quando eu tive que sair da cidade. É isso. [entrevistada chora]

Entrevistadora: e porque você escolheu ser médica?

Médica 2: médica, sinceramente, olha a minha história não é nada bonita. Eu tava no terceiro colegial e não sabia o que queria fazer da minha vida, aí não gostava suficiente de humanas, eu queria ou seguiria engenharia, que nem toda a minha família, (...) aí fui pra medicina, não foi nem assim, era uma área que eu achava legal de biológicas, mas (...) eu não tenho nenhum médico na família, não teve nenhum modelo. Assim, é uma área que tem

bastante leque, foi bem assim, foi bem sem graça a escolha da carreira na hora do vestibular. E acabou que eu gostei, eu gostava mais da área de biológicas, mas acabou que eu gostava mais da área de biológicas do que de humanas e fui gostando. E tem um leque tão grande que se você quiser trabalhar com pessoas, trabalhar só com laboratórios, se não quiser ter contato nenhum dá pra ter, tem várias opções. A escolha foi por isso, é bem chatinha a história. E depois medicina de família eu acabei escolhendo porque eu gostava muito de atender em ambulatório, eu gostava muito de pediatria, pra atender com o pessoal da assistência social em posto, eu adorava fazer puericultura, mas gostava também de ginecologia, eu gostava de clínica, não consegui me decidir por nenhuma área, aí medicina de família... pra atender só em ambulatório, com todas as necessidades, aí caiu aqui. Eu gostei muito quando fiz a residência, não acho que a gente saia preparado muito, dá uma base melhor do que quando você vai de cara. Eu também acho que a faculdade não te prepara pra carga que avaliar consulta de família traz. E eu as vezes, todo ano eu me questiono se é realmente isso que eu deveria estar fazendo, se eu vou continuar a aguentar com isso o resto da minha vida. Eu gosto, mas é difícil, por isso que todo ano às vezes eu entro em crise, o que eu deveria estar fazendo, porque eu não fui escolher uma carreira de só bater o ponto e ir embora. A gente leva muito problema pra casa”.