



UFRJ

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE**

**HELENA TOLEDO SCHEID**

“Cuidando de quem cuida”: Relato de experiência de abordagem grupal de  
cuidadores

Rio de Janeiro

2024

**HELENA TOLEDO SCHEID**

“Cuidando de quem cuida”: Relato de experiência de abordagem grupal de cuidadores

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Ferreira Romano

Coorientadora: Valeska Holst Antunes

Rio de Janeiro, Brasil

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

HELENA TOLEDO SCHEID

“Cuidando de quem cuida”: Relato de experiência de abordagem grupal de cuidadores

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em: 9/12/2024

---

Orientadora: Valéria Ferreira Romano, Doutorado em Saúde Coletiva IMSHC/UERJ,  
Docente UFRJ

---

Coorientadora: Valeska Holst Antunes , Especialista em Medicina de Família e Comunidade,  
UFRJ

---

Marcele Bocater Paulo de Paiva, Doutorado em Saúde Coletiva IMSHC/UERJ, Docente  
UFRJ

## RESUMO

**Introdução:** Com as transições demográfica e epidemiológica, além de alterações relativas ao entendimento de padrões divergentes do desenvolvimento infantil, torna-se cada vez mais necessária a figura de um cuidador para oferecer apoio à pessoa que necessita de cuidados. Geralmente realizada por uma mulher, a função invisibilizada do cuidado de outros acarreta prejuízos psicológicos, físicos, econômicos e sociais, atualmente com pouco apoio de políticas públicas em saúde. Esse impacto se torna ainda maior na população vulnerabilizada de favelas. A formulação de grupos, abordagem preconizada na Estratégia Saúde da Família, pode ser uma potente aliada no apoio a esses indivíduos. **Objetivos:** Relatar a experiência como facilitadora de um grupo para cuidadores não-remunerados atendidos em uma clínica de família localizada em território de favela no Rio de Janeiro. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, na forma de um relato de experiência da realização e facilitação de um grupo terapêutico de saúde em território de favela no Rio de Janeiro. **Resultados e discussão:** Foram analisados processos grupais no período de maio a outubro de 2024, sob a ótica da função de facilitadora do grupo. Foram necessárias habilidades de comunicação, com ênfase na instigação de reflexões em rodas de conversa, além de habilidades com práticas integrativas e complementares em saúde. Foi observado que os participantes manifestaram apreço pelas atividades propostas, que trouxeram alívio e criaram um espaço para reflexões e desabafos sobre o cuidado, além de oferecer uma rede de apoio mais ampla aos participantes. **Considerações finais:** Evidencia-se a potência de grupos terapêuticos na atenção primária para fornecer atenção e cuidado à população específica de cuidadores não-remunerados. A facilitação de grupos se mostrou uma boa ferramenta para explorar habilidades que serão de grande importância na atuação como Médica de Família e Comunidade após o fim da residência médica.

**Palavras-chave:** Fardo do Cuidador; Cuidadores; Atenção Primária à Saúde; Processos Grupais.

## ABSTRACT

Introduction: With demographic and epidemiological transitions, in addition to changes in the understanding of divergent patterns of child development, the role of a caregiver to provide support to the person in need of care has become increasingly necessary. Usually performed by a woman, the invisible role of caring for others causes psychological, physical, economic and social harm, currently with little support from public health policies. This impact is even greater in the vulnerable population of favelas. The formation of groups, an approach recommended by the Family Health Strategy, can be a powerful ally in supporting these individuals. Objectives: To report the experience as a facilitator of a group for unpaid caregivers treated at a family clinic located in a favela in Rio de Janeiro. Methodology: This is a qualitative, exploratory study in the form of an experience report of the implementation and facilitation of a therapeutic health group in a favela in Rio de Janeiro. Results and discussion: Group processes were analyzed from May to October 2024, from the perspective of the group facilitator role. Communication skills were required, with an emphasis on instigating reflections in conversation circles, in addition to skills with integrative and complementary health practices. It was observed that the participants expressed appreciation for the proposed activities, which brought relief and created a space for reflections and venting about care, in addition to offering a broader support network to the participants. Final considerations: The power of therapeutic groups in primary care to provide attention and care to the specific population of unpaid caregivers is evident. Group facilitation proved to be a good tool for exploring skills that will be of great importance in the work as a Family and Community Physician after the end of the medical residency.

**Keywords:** Caregiver Burden; Caregivers; Primary Health Care; Group Processes.

## Sumário

Resumo-----	4
Introdução-----	7
Referencial Teórico-----	9
Objetivos-----	14
Metodologia-----	15
Resultados e Discussão-----	19
Conclusão-----	26
Apêndice-----	28
Referências-----	29

## Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2023), o avanço das tecnologias em saúde e a maior amplitude do alcance de medidas sanitárias básicas possibilitaram o aumento da expectativa de vida em escala global. Esse fato, associado à diminuição de taxas de fertilidade, proporciona uma mudança nas pirâmides etárias da população, com aumento crescente das parcelas relativas às pessoas de idade mais avançada. Em consonância com as tendências mundiais, o Brasil também passa por essa transição demográfica. De 1980 a 2022, a parcela de indivíduos de 65 anos ou mais passou de 4,0% para 10,9% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Relacionado a isso, os países desenvolvidos e em especial os subdesenvolvidos vivenciam atualmente a transição de um perfil epidemiológico de maior prevalência de doenças de caráter infecto-parasitário para um perfil de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) (Organização Mundial da Saúde, 2023). Tais mudanças representam um dos maiores triunfos da humanidade, mas também trazem consigo desafios (Organização Mundial da Saúde, 2002). O envelhecimento e a maior prevalência de DCNTs, em especial daquelas relativas ao aparelho cardiovascular, acarretam maior incidência de eventos como por exemplo acidentes vasculares encefálicos e demências, que como consequência podem trazer fragilidade e dificuldades do indivíduo em exercer suas atividades básicas de vida diária, tornando necessária alguma forma de supervisão e tutela por um cuidador (Schepers *et al.*, 2007).

Para além do cenário dos mais idosos, também vale ressaltar algumas mudanças referentes ao período da infância. A maior atenção dada às alterações do desenvolvimento infantil, tanto no quesito profissional quanto no ambiente leigo, associada a melhores políticas públicas de inclusão daqueles com neurodesenvolvimento divergente do padrão, tornaram menos temeroso para as famílias o diagnóstico de condições como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, síndrome de Down ou transtorno do espectro autista (TEA). Um exemplo pode ser dado pela inserção, por meio do Ministério da Saúde, em 2023, do tratamento do TEA na Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Antes

considerados como “incapazes” e “indiferentes” pela sociedade (Donvan; Zucker, 2017), atualmente se constrói um *locus* de maior inclusão para essas pessoas, muitas das vezes passando por orientações de necessidade contínua de terapias e reabilitações (Ministério da Saúde, 2023).

Entre essas duas faixas etárias mencionadas, há também as condições que podem afligir pessoas de qualquer idade, com destaque para as causas externas. Acidentes de trânsito e lesões acidentais ou provocadas, por exemplo, cursam com altas taxas de morbimortalidade, com necessidade de reabilitação e cuidados para os que sobrevivem com sequelas (Celino *et al.*, 2021).

Nessa problemática, um elemento rotineiramente é ofuscado: o cuidador.

Muitas das vezes uma pessoa da família e geralmente uma mulher, o cuidador precisa despende boa parte de seu tempo e recursos para garantir melhor qualidade do cuidado daquele que o necessita (Souza *et al.*, 2015). Em uma visão romantizada e positiva desse processo, isso pode oferecer uma sensação de propósito e de maior vínculo com a pessoa enferma, além de ser uma prática de humanidade (Waldow; Borges, 2011). Porém, também se faz necessário o entendimento que esse cuidado pode gerar estresse, sobrecarga, limitação laboral, prejuízo financeiro, bem como transtornos de saúde mental e doenças crônicas (Baptista *et al.*, 2012). Com isso, fica impactada a saúde e qualidade de vida desse cuidador.

Já existem escalas criadas para quantificar a sobrecarga desses cuidadores, a exemplo da “Zarit Burden Interview” (ZBI) (Zarit; Reever; Bach-Peterson, 1980). Incluindo 29 perguntas a serem respondidas pelo próprio cuidador, as perguntas trazem reflexões acerca de componentes físico, emocional, psicológico, social, financeiro, do meio ambiente e de qualidade de vida de modo geral. Pontuadas em escala de “nunca” a “quase sempre”, as perguntas resultam em pontuação que categoriza a sobrecarga do cuidador em “leve”, “moderada” ou “acentuada”. Seu uso já foi validado no Brasil para populações como cuidadores de idosos (Queluz *et al.*, 2019; Valer *et al.*, 2015). Outra escala que pode ser mencionada é a WHOQOL-Bref, criada pela Organização Mundial da Saúde. Embora seu público-alvo não inclua apenas os cuidadores, seu objetivo é avaliar a qualidade de vida e também já possui versão validada em português (Fleck *et al.*, 2000). A importância da existência de tais escalas, além de quantificar o nível de sobrecarga, é tornar evidente o sofrimento de grupos de pessoas, no caso desse estudo dos cuidadores, de forma a estimular a

geração de políticas públicas que atendam às suas necessidades e interesses (Kluthcovsky; Kluthcovsky, 2009).

Queluz (2019), cujo estudo também aponta para a validação do ZBI para a população brasileira, traz a importante ressalva de que, como toda escala que se diz transcultural, é importante que sejam feitos mais estudos para garantir sua eficácia em variadas gamas da população.

Os estudos apontam que o nível de sobrecarga está relacionado de forma inversamente proporcional à autonomia da pessoa cuidada (Baptista *et al.*, 2012; Bocchi, 2004). Segundo as autoras, a dependência física, principalmente quando envolve limitações de deambulação, é particularmente redutora da qualidade de vida do cuidador à medida que aumenta o seu desgaste físico. Além disso, também há forte relação entre sintomas psiquiátricos da pessoa cuidada com sintomas de sobrecarga psicológica dos cuidadores, evidenciada a partir de sinais e sintomas como baixa auto-estima, tristeza e mesmo depressão, que são decisivos fatores de piora de qualidade de vida.

Ainda segundo as autoras (Baptista *et al.*, 2012; Bocchi, 2004), são percebidas alterações no estilo de vida do cuidador que podem impactar na sobrecarga social. Há maior isolamento social, não só pelo fato de saírem menos de casa, como também por receberem menos visitas. Nos casos de transtornos cognitivos em cônjuges, a perda simbólica dessa figura também traz importante impacto no quesito social. Quanto à família, os estudos apontam uma contradição. Da mesma maneira que se sentem desamparados pelos familiares, também podem se mostrar contrários a aceitar ajuda, por medo de se sentirem “fracassados” na função de cuidador.

Em estudo realizado na Colômbia (Chaparro-Diaz *et al.*, 2023), discutiu-se o fato de que pessoas de baixa renda enfrentam maiores dificuldades ao assumir a posição de cuidadores. O tempo despendido no cuidado pode fazer com que percam oportunidades de trabalho, o que torna mais difícil exercer atividade remunerada que consiga gerar renda para atender suas necessidades diárias. Há estimativas de que aproximadamente 14% dos cuidadores abandonam seus empregos para se dedicarem exclusivamente à função do cuidado (Bocchi, 2004).

Além disso, a literatura também aponta que a baixa escolaridade é fator para aumento da sobrecarga. Isso se deve principalmente ao fato do cuidador com menos escolaridade ter menos entendimento do processo de saúde-doença, além de ter dificuldade de compreensão das instruções fornecidas por profissionais de saúde

(Santos-Orlandi *et al.*, 2017). Fica evidente, portanto, a necessidade de um olhar ampliado da função de cuidador para a população mais vulnerabilizada.

Cabe ponderar que em busca realizada nos portais PubMed, BVS e Scielo foram encontrados zero resultados ao se realizar pesquisa com os descritores “favela” E/OU “cuidador” E/OU “Zarit Burden Interview”. Isso mostra que essa população fica à margem das pesquisas sobre o assunto, o que pode fazer com que aspectos relevantes no seu processo de cuidado não sejam conhecidos. Com isso, aqueles que são vulnerabilizados podem não ser adequadamente avaliados por meio dessas escalas, tornando evidente a necessidade de mais estudos acerca dessa população.

Estudos mostram que as mulheres são a ampla maioria das cuidadoras, tanto no Brasil quanto no mundo, a exemplo de Aires *et al.*, 2020 e Brank; Wylie, 2016. Diversos artigos exploram o porquê das mulheres serem a maioria das cuidadoras. Baptista (2012) discorre sobre a construção social da mulher como “cuidadora natural” a partir do fato do papel de cuidado estar inserido na função de mãe, independente de ela exercer função laboral externa ao lar ou não. Essa função, passada de geração em geração desde o início da humanidade, fadou a mulher à posição de cuidadora dentro do ambiente doméstico. Baptista afirma ainda que essa imposição é dada a familiares que não se sentem preparadas para a função, o que por conseguinte aumenta os seus níveis de sobrecarga. Ismael (2017) afirma que a decisão de quem vai se tornar o cuidador de uma pessoa enferma se dá a partir de um falso consenso (uma vez que nunca houve consenso sobre o gênero da posição de cuidador) de que o cuidado seria uma “obrigação moral” de mulheres.

Tendo em vista os pontos expostos, fica evidente a urgência da ampliação da oferta de cuidados diferenciados para os cuidadores. Tanto no ponto de vista comunitário, por meio de políticas públicas que beneficiem essa população, quanto no âmbito individual, por meio de ações que voltem o olhar para essa população, é necessária a oferta de mais possibilidades de cuidado.

Uma dessas possibilidades, dentro do âmbito da Atenção Primária em Saúde, pode ser a de grupos terapêuticos. Maffaccioli (2011) estuda o fato de que, na esfera da saúde, a estratégia de grupos já era utilizada há mais de um século, inicialmente na proposta de abordagem psicoterápica, mas posteriormente também em diversas outras condições de saúde. Sob o conceito de grupalidade, um grupo teria pessoas com necessidades em comum e todas se articulariam para obter o resultado almejado.

Hoje, a abordagem de grupos já é amplamente usada na Atenção Primária à Saúde por todo o Brasil.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, é função dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária a realização de atividades coletivas, para além da assistência individual, como por exemplo com os grupos. A lei prevê que, para se alcançar o ideal de saúde, é importante o cuidado integral da população adscrita com ações direcionadas às suas necessidades. É importante, portanto, a identificação das demandas dos distintos grupos sociais, considerando características que são particulares a cada território (Ministério da Saúde, 2017).

Em publicação do Ministério da Saúde (2010) sobre o funcionamento de grupos, estes trazem uma série de vantagens, podendo ser utilizados nos diversos níveis de atenção. Inicialmente pode ser citada a aproximação entre funcionários e usuários, que dentro do grupo assumem papéis igualmente importantes. Há decisões em conjunto sobre *o que* e *a forma* do que será abordado, em processo de auto-gestão do grupo. Isso permite uma linguagem mais informal, com maior horizontalidade entre os participantes, de forma a aproximar os usuários do seu próprio cuidado. Somado a isso, o encontro de pessoas da mesma comunidade com visões semelhantes sobre suas necessidades cria uma ressonância de representatividade, o que facilita a conversa e troca de experiências, além de criar ambiente mais propício e seguro para o compartilhamento de dúvidas e saberes. A abordagem grupal, portanto, com seu potencial de criação de vínculo, pode ser uma ferramenta com excelente potencial na busca pela integralidade do cuidado.

Tendo em vista os pontos discutidos, esse estudo se dispõe a entender como pode ser a experiência em um grupo voltado aos cuidadores não-remunerados em ambiente de favela no Rio de Janeiro. Muitas vezes renegados à penumbra do holofote direcionado à pessoa cuidada, esse estudo busca colocar o cuidador no centro da discussão.

### **Motivações da pesquisa**

Eu, a autora - mulher cis branca de 27 anos moradora da zona Sul do Rio de Janeiro - nunca tive a obrigação de me encarregar dos cuidados de alguém, fora os bichos de estimação. Tive o privilégio de nascer em uma família com poucos

problemas de saúde que necessitam de atenção constante. Na única situação em que minha família precisou lidar com uma situação médica mais complexa, vi como diversos conflitos e intrigas familiares despontaram, embora a pessoa cuidada não precisasse de cuidados constantes, apenas de uma pessoa que encabeçasse a função de transporte para o centro de hemodiálise. Até hoje, alguns membros da família não conversam com outros por conta disso. A partir dessa ocasião, percebi como a questão dos cuidadores pode ter um grande impacto na rotina das pessoas.

O meu interesse no tema já como médica se deu a partir da atuação na área de Medicina de Família e Comunidade como residente. A interação com cuidadores, que já havia sido iniciada no período do internato da faculdade, tornou-se cada vez maior, uma vez que há na residência maior responsabilidade como “médica da equipe”. Essa interação foi disparadora da percepção de que, em sua maioria, boa parte (senão mais da metade) do foco da consulta estava nas percepções e desafios do cuidador, para além do estado de saúde da pessoa cuidada. Isso trouxe uma angústia: duas pessoas em sofrimento em apenas uma consulta? Como estaria a saúde física e mental dos cuidadores? Por que geralmente são as mesmas pessoas que acompanham essa pessoa, e não uma rede familiar mais ampla? O que poderia ser feito para aliviar um pouco da sobrecarga daqueles que se colocam - ou são colocados - na posição de cuidar de alguém?

Além disso, é fundamental perceber que os cuidadores são os principais aliados na busca de evoluções favoráveis para aqueles que são cuidados. Logo, é imprescindível que haja um olhar focado para eles, de forma que estejam em suas melhores condições de saúde - seja no aspecto físico, psicológico, como um todo - para poderem oferecer cuidados de qualidade a outros.

Talvez um paralelo possa ser traçado com a própria experiência do *cuidar* como profissional de saúde. Em meio a tantas formas de sobrecarga - enorme fluxo de pacientes dentro da atenção primária, tarefas burocráticas, demandas impraticáveis da gestão, imediatismo de pacientes e possivelmente de nós mesmos - procuramos diariamente apoio na divisão de tarefas entre os membros da equipe, no convívio com os demais residentes e preceptores, na busca por um equilíbrio entre viver dentro e fora do trabalho.

Além disso, pela grade curricular da residência de Medicina de Família e Comunidade, como indica o próprio nome, é importante que os residentes se empenhem em realizar abordagens comunitárias. Essa problemática foi disparadora

para que a abordagem que eu escolhesse fosse a da criação de um grupo voltado para cuidadores, com abordagens lúdicas, dinâmicas e participativas.

O presente trabalho é fruto do relato e da reflexão sobre a experiência de facilitação desse grupo.

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral:**

Refletir sobre a experiência como facilitadora de um grupo para cuidadores não-remunerados atendidos em uma clínica de família localizada em território de favela no Rio de Janeiro.

### **Objetivos específicos:**

Descrever as potencialidades e lacunas da facilitação do grupo

Conhecer os desafios e recompensas do processo de cuidado

Refletir sobre as repercussões do cuidado no processo saúde-doença

## **Metodologia**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, na forma de um relato de experiência.

Desde os primórdios da humanidade, as experiências vividas são transmitidas entre as pessoas como forma de conhecimento, como compartilhamento da gênese de algo novo. Inicialmente a partir da oralidade, muitos desses relatos poderiam se perder, dado que não havia modos de registrar os acontecimentos. O advento do texto, da escrita e do papel foram revolucionários no campo do registro de saberes (Córdula; Nascimento, 2018). Ao longo do tempo, foram sendo aprimoradas as formas com as quais se transmitia o conhecimento, dando origem a diversos tipos de registro científico, dentre eles o relato de experiência. Não apenas uma simples contação de eventos acontecidos, o relato de experiência tem como objetivo a apresentação de uma situação sob ótica crítico-reflexiva, por meio da aplicação de método científico explicativo. O relato de experiência caracteriza eventos a partir do detalhamento de seu cenário, temporalidade, localidade, pessoas envolvidas, coleta de dados, intervenção realizada, recursos, dentre outros (Mussi; Flores; Almeida, 2021).

### **Cenário de estudo**

O estudo se deu a partir de uma ação coletiva pela Clínica da Família Victor Valla (CFVV), localizada na AP 3.1 do Rio de Janeiro.

A CFVV fica localizada no bairro de Manguinhos, na Zona Norte do município do Rio de Janeiro. O bairro é um dos últimos colocados na classificação por IDH do município (122º em 126), sendo considerado um dos mais pobres e vulneráveis (Instituto Pereira Passos, 2003).

Inicialmente uma zona alagadiça, o bairro começou a ser ocupado por fazendas de gêneros alimentícios e por imigrantes no início do século XX. Uma das primeiras indústrias a ocuparem a região foi o Instituto Oswaldo Cruz, local de produção de vacinas e fármacos, o que também ocasionou vinda dos trabalhadores para regiões próximas. A direção do instituto, somada ao esforço da prefeitura do Rio de Janeiro, procurava sanear a região, considerada um local de “mangues putrefatos”. Com isso, foi dado início a um processo de aterramento do local, além da construção de grandes

vias de acesso como a Avenida Brasil, de forma a atrair a vinda de grandes indústrias (Fernandes, 2018).

Entretanto, em pouco tempo o bairro sofreria mudanças. Ainda segundo Fernandes (2018), a falta de articulação com o governo federal, associada ao rápido processo de ocupação do território, tornaram o processo de urbanização do local frágil e sem infraestrutura adequada. A ditadura militar também provocou fortes alterações no local. O desgaste socioeconômico do período suscitou a saída das grandes indústrias, o que provocou maior número de assentamentos por parte dos moradores locais. Ainda hoje se percebe um movimento de saída de indústrias frente ao quadro de violência urbana e criminalidade. Frente a esse quadro, Manguinhos é ainda hoje uma localidade com microrregiões suscetíveis à falta de infraestrutura adequada, com alta frequência de ocorrência de alagamentos, quedas de energia, operações policiais, dentre outros.

A Clínica da Família Victor Valla, construída em 2010, atualmente atende parte da população residente em Manguinhos. Com seis equipes de Estratégia de Saúde da Família e uma de Consultório na Rua, a clínica tem um total de 22.800 pacientes, segundo dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.

### **Formulação do grupo**

A ideia da formação do grupo surgiu a partir das discussões em aulas teóricas do 2º ano de residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC). O bloco de aulas com o tema de “abordagem comunitária” trouxe à tona as potencialidades dessa abordagem, de forma a observar as interações e atitudes das pessoas fora do ambiente individual do consultório médico.

A escolha do tema do grupo se deu a partir do interesse da autora, já mencionado anteriormente, associado ao interesse de outra das residentes de 2º ano no tema de saúde mental e seus determinantes sociais.

Foi marcado um encontro inicial para definições de local do grupo, seu público-alvo, a periodicidade dos encontros e as atividades propostas. Intitulamos o grupo “Cuidando de quem cuida” e decidimos por seu início em maio de 2024, com frequência quinzenal. A observação de suas atividades para registro neste presente trabalho se daria até o mês de outubro do mesmo ano.

O público-alvo eram os cuidadores não-remunerados daqueles com alguma limitação de funcionalidade que exige cuidados continuados, incluindo pacientes de todas as seis equipes da clínica.

Como objetivos estavam a promoção de um espaço de reflexão e autocuidado. Dessa forma, o objetivo do grupo não seria exclusivo para a instrumentalização nos cuidados dos enfermos, mas também para trazer atenção a eles próprios, enquanto cuidadores. Pensamos em atividades dinâmicas e lúdicas para esse propósito, dentre elas: rodas de conversa sobre “o que é cuidar”, alongamentos, filmes, práticas integrativas complementares em saúde (PICS), participações especiais de membros da equipe multidisciplinar para abordar temas específicos. Os encontros seriam organizados pelas duas residentes, mas sempre com participação de outros membros da clínica de qualquer categoria que manifestassem interesse em ajudar.

Não foi definida uma metodologia específica como norteadora desse grupo, mas sim um conjunto de abordagens que fazia sentido para as atividades propostas.

Quanto ao local, diante de relatos bem-sucedidos de articulação com o Centro de Referência da Juventude (CRJ), localizado na mesma praça da Clínica da Família Victor Valla (“Praça do PAC”), pactuamos a realização do nosso grupo no auditório dessa instituição.

Após marcação das datas, foram feitos panfletos para distribuição para os pacientes que se encaixavam no público-alvo (ver Apêndice). As equipes das residentes organizadoras do grupo entregaram os panfletos também por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) para pacientes específicos, cuidadores sabidamente sobrecarregados pela função, de forma a encorajar com mais veemência a participação deles. Também foi divulgado para as outras equipes a criação do grupo, de forma a buscar a participação de pacientes de toda a clínica.

O registro dos acontecimentos de cada dia foi feito de maneira escrita pela autora durante as atividades, como metodologia para a formulação desse relato de experiência. Serão relatados aqui não de forma *ipsis litteris*, mas por meio de narrativas, como meio de realçar as subjetividades dos encontros entre os presentes. Foram utilizados, quando necessário, nomes fictícios para preservação do anonimato dos participantes.

## **Aspectos Éticos**

O presente trabalho se enquadra na resolução CNS/MS nº510/2016, artigo 1º, item VII, e na resolução nº674/2022, Capítulo 9, artigo 26, item VII, as quais dispensam de registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP *“pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito”*.

## **Resultados e Discussão**

### **Realização do Grupo**

#### ***Primeiro encontro***

No dia marcado para o primeiro encontro, os profissionais da clínica foram surpreendidos pela ocorrência de uma operação policial nas redondezas logo cedo pela manhã. Esse fato ocasionou com que o “Acesso Mais Seguro”<sup>1</sup> trocasse para a cor amarela a situação do dia. Ainda assim, pelo fato do CRJ ser adjacente à clínica, fomos até o local programado para a reunião e montamos mesas com comes e bebes. Nenhum paciente havia aparecido ainda. Pouco tempo depois, de dentro desse auditório pudemos ver a entrada de um “caveirão branco” (carro blindado da polícia militar) justamente na Praça do PAC, onde ficam a clínica da família e o CRJ. Dele saíram policiais que ficaram postados em frente à entrada do CRJ.

Com isso se deu o fim da tentativa do primeiro encontro do grupo de cuidadores, pois concluímos que era necessário voltar à segurança da clínica.

Quanto a isso, acredito que nós, organizadores do grupo, sequer deveríamos ter ido ao CRJ ao saber que havia uma operação policial em curso naquele dia. Os próprios pacientes podem ter sido desencorajados a vir ao encontro por causa disso, e talvez a manutenção do grupo mesmo nessa situação adversa tenha colocado em risco não só os profissionais da clínica, como também os pacientes. É impossível saber de antemão quando vão ocorrer essas operações, mas na infelicidade de ocorrerem no dia do grupo, seria mais prudente não levar adiante a sua realização.

#### ***A nova tentativa***

A “reinauguração” do grupo foi marcada para dali a duas semanas. Novamente tivemos o esforço de entregar nominalmente os convites e reforçar a importância da participação, inclusive mencionando o fato de haver café-da-manhã incluído.

Esse encontro contou com a participação de mais funcionários da clínica, mas infelizmente nenhum paciente compareceu.

---

<sup>1</sup> O “Acesso Mais Seguro” é uma estratégia criada pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha, utilizada para serviços que funcionam em áreas de conflito de forma a mitigar as consequências da proximidade com a violência urbana armada. O acesso “amarelo” significa que as atividades externas à unidade são desencorajadas, de forma a garantir a segurança do trabalhador. (REF)

A discussão girou em torno das experiências dos próprios profissionais - estavam presentes residente médica, ACSs, residente dentista, residente da educação física e alunos da graduação de medicina - enquanto cuidadores de familiares. Nesse dia, portanto, foi possível realizar um “ensaio” da facilitação do grupo com os profissionais, como preparação para quando houvesse participação de moradores. Eu, na posição de facilitadora, trouxe as questões a serem discutidas por meio de uma roda de conversa iniciada com perguntas abertas, estimulando a livre resposta daqueles que se sentissem confortáveis para o diálogo.

Nesse dia, alguns temas foram marcantes. *Amélia*, residente, mencionou os impactos de ser cuidadora enquanto mulher jovem, o que impactava nos seus relacionamentos românticos. Era frequentemente questionada pelo parceiro sobre *onde ficaria sua* sobrinha quando pensava em passar a noite fora de casa. *Carlos*, ACS, ressaltou que ajudava nos cuidados de sua mãe acamada, mas quem realmente ficava presente o tempo inteiro era sua irmã, que ainda assim precisava trabalhar fora de casa, levando portanto uma dupla jornada de trabalho. O tema da presença marcante da mulher como cuidadora supostamente “nata” porém amplamente sobrecarregada foi o de maior destaque, em conformidade com o discutido no referencial teórico.

### ***Os Ausentes***

Enquanto facilitadora dos encontros, algo que trouxe bastante frustração nesses dois primeiros dias (e também em alguns outros, do cronograma posterior) foi a ausência de participação dos moradores.

Será que a ideia do grupo não agradou à população? Será que aquilo não era o que as pessoas precisavam naquele momento? Ou será que foi uma falha de preparação do grupo? Nesse momento, fiquei imaginando se faltara empenho em convocar as pessoas, ou se poderíamos ter sido mais assertivos na convocação dos potenciais participantes. Ou será que era uma prepotência de nossa parte acreditar que aquelas pessoas teriam disponibilidade de perder algumas horas na semana? Talvez fosse privilegiado de nossa parte achar que a população da clínica teria alguém com quem deixar as pessoas cuidadas durante o tempo do grupo. Talvez fosse importante lembrar que a participação das pessoas cuidadas era sempre bem-vinda no grupo. Pensamos então na ideia de lembrar a população dos próximos encontros

por meio digital, utilizando os celulares das equipes. Disponibilizamos lembretes, nos dias anteriores aos eventos, nos “status” do perfil da equipe em redes sociais.

Essa dificuldade na implementação de grupos na atenção primária à saúde já é conhecida, e estudos desdobram sobre seus desafios. Bittar (2011), na implementação de um grupo para idosos, discorreu sobre a dificuldade dos participantes de terem com quem deixar seus dependentes, além de uma grande falta de motivação inicial para participar de novas situações. Em outro estudo, são pontuados como eventuais motivos para essa dificuldade a falta de planejamento inicial do grupo, o fato de sua realização ser obrigatória para alguns profissionais que não o desejam, e o fato de muitas vezes serem associados a uma “troca” por benefícios como liberação de medicamentos (Nogueira *et al.*, 2016).

No nosso grupo, a dificuldade parece ter dialogado com alguns desses aspectos, principalmente no quesito da dificuldade de terem com quem deixar os familiares.

### ***Terceiro encontro***

O terceiro encontro finalmente contou com a participação de 2 pacientes, além de 4 profissionais da clínica - médica residente, médico preceptor, ACS e aluna de graduação de medicina.

Houve inicialmente uma roda de apresentação dos participantes, em que cada um se apresentou contando um pouco sobre quem eram e de quem cuidavam.

Após isso, foi iniciada a primeira proposta de atividade, que foi uma reflexão sobre o que as pessoas ali gostavam de fazer para si mesmas, sem pensar nos outros. Como facilitadora, o objetivo dessa pergunta era provocar uma ponderação que tirasse de cena as pessoas cuidadas, de forma a trazer o centro da atenção para o próprio indivíduo que falava, o cuidador. Era esperado um desconforto ao tratar desse ponto, que fosse disparador de questionamentos sobre o porquê de abdicar totalmente de si no cuidado a outros.

Essa pergunta disparadora, de fato, logo causou comoção entre os participantes, uma vez que as respostas sempre vinham acompanhadas da ressalva de que raramente conseguiam fazer aquilo que mencionavam. *Janete*, cuidadora do filho com TEA, comentou que o que mais gostava de fazer era ir ao cinema, mas que só conseguia fazer isso quando levava o filho junto, o que por vezes trazia dificuldades por sua hipersensibilidade sensorial. Também mencionou a dificuldade de deixar o

filho com outras pessoas, mesmo parentes próximos, para cuidá-lo enquanto ela resolvia suas pendências. *Zenita* ressaltou que adora cuidar da aparência, mas que raramente consegue tempo para isso. Essas falas ressaltaram a discussão sobre a solidão do cuidador, que muitas vezes se sente abandonado pelo restante da família nesse cuidado.

Em seguida, foi proposta uma atividade de “brainstorming” - chuva de ideias - com relação a uma pergunta: “Para você, o que é cuidar?”. Com essa pergunta deflagradora, deu-se início a uma roda de conversa sobre frustrações e gratificações do processo de cuidar de alguém. Com canetas coloridas e cartolina, foi feito um cartaz em que foram escritas palavras de livre associação ao questionamento inicial, de forma a fabricar uma primeira criação conjunta do grupo.

Dentre as ideias citadas, vale mencionar o papel primordial das mulheres nesse cuidado, bem como uma sensação de bem-estar, satisfação, parceria e amor nesse cuidado de alguém querido. Porém, também foram lembrados temas como sensação de culpa quando não conseguiam cumprir os papéis propostos, e a percepção de estarem fazendo um trabalho nem remunerado nem visibilizado pela sociedade. Outro ponto abordado foi a exaustão física a qual elas eram submetidas, sentindo-se muitas vezes esgotadas ao final do dia. O corpo, portanto, é muito demandado. A partir disso, também foi discutida a importância de se manterem perseverantes e ajudando uns aos outros nesse processo, mas também sem vangloriar o rótulo de “super-mulher” imposto àquelas que desempenham a função de cuidadora, já que reforçaria uma não-necessidade de acolhimento e participação pelo resto da sociedade.

Foi discutido também os motivos para terem se tornado cuidadoras. Das moradoras presentes, nenhuma havia escolhido a posição. A todas, a função foi imposta simplesmente por serem mães e o cuidado ser tido como papel de mulher, também em consonância com o exposto anteriormente.

Outro ponto interessante foi a menção ao “Projeto Marias”, um coletivo em Manguinhos formado por mães de pessoas com deficiências ou necessidades especiais, como potencial rede de apoio para essas pessoas no bairro.

Diante das declarações dos presentes ao final da atividade, percebeu-se que o próprio fato de conversar sobre o tema e “colocar as coisas para fora” era algo terapêutico. Houve comoção entre os participantes, que se emocionaram ao final do encontro.

### ***E eu?***

Sendo uma pessoa naturalmente mais tímida e introvertida, o primeiro dia de realização efetiva do grupo foi desafiador. Estar na posição de facilitadora do grupo me proporcionou a necessidade de sair da zona de conforto, de modo a trazer para a roda de discussão os pontos que gostaríamos de discutir. Porém, conforme as atividades e conversas fluíram e os próprios pacientes trouxeram avaliações positivas, a tarefa se tornou menos desconfortante e mais prazerosa. Foi interessante perceber que pouco precisava ser dito por nós, facilitadoras, para deflagrar conversas profundas e alongadas sobre o tema, dado que a participação dos presentes foi espontânea e movida por muitos afetos.

O encontro seguinte foi o que teve maior número de participantes moradores, ao todo 6. Isso trouxe outro desafio: como manejar os momentos em que havia fuga do tópico, ou em que alguém monopolizava o foco da discussão para si? Como facilitadora, foi importante validar as expressões dos participantes, ao mesmo tempo em que era necessário trazer novamente o foco à experiência dos outros cuidadores.

Nesse encontro, foi ampliado o cartaz realizado no encontro anterior, com palavras trazidas pelos novos membros do grupo. Um dos tópicos discutidos foi sobre o papel social construído acerca do cuidador. *Nadia* trouxe a ideia de que era importante que os filhos cuidassem dos pais idosos, em retribuição pelo cuidado na infância. O tópico foi polêmico, trazendo opiniões divergentes quanto a isso. Enquanto para alguns era realmente necessária a função de “pagamento” pelos cuidados na juventude, para outros isso era uma imposição que poderia trazer desvantagens para os familiares. A imagem da construção social do cuidador, portanto, não foi unânime entre os presentes.

Ao final de cada dia de grupo, havia um momento de feedback em que perguntávamos se o encontro havia sido proveitoso e o que os participantes queriam que fosse realizado nos próximos. Foi trazida a demanda de falar sobre benefícios governamentais e de realização de atividades corporais: alongamentos, exercícios, atividades manuais.

### ***Movendo o corpo e falando sobre benefícios***

Para isso, contamos com a participação do corpo social da clínica para essas práticas. O encontro seguinte contou com a participação de profissional da educação física e foi realizada sessão de alongamento. A cuidadora teve dificuldade na

realização dos exercícios propostos, dado que era bastante sedentária e mal conseguia tempo para se manter ativa fisicamente. O cuidado de sua filha, que por vezes descompensava de sua saúde mental, era fisicamente desgastante, e no final do dia nunca sobrava espaço para cuidar de sua própria saúde. Com isso ficou evidente a necessidade da ampliação de medidas públicas para tornar mais acessível o acesso a instrumentos de prática de atividade física em áreas vulneráveis.

O próximo encontro contou com a participação da assistência social, em que houve um tira-dúvidas sobre os benefícios governamentais aos quais poderiam ter acesso. Inicialmente com uma explicação global acerca desses benefícios, e posteriormente os pacientes eram avaliados caso-a-caso, se estivessem confortáveis de expor suas situações perante os outros participantes.

Nesses dois últimos encontros citados, percebi que eu, enquanto facilitadora, ficava menos ansiosa quando havia participação de outros membros da equipe clínica. A presença de mais pessoas nas funções de facilitadoras foi interessante, à medida que possibilitou ampliar o leque de instrumentos por nós fornecidos, além de tornar mais dinâmicas as atividades propostas. Foi importante fazer a mediação do “seguimento do fluxo” do dia, enquanto dávamos espaço para um maior protagonismo das funções dos outros funcionários.

### ***PICS***

Na data seguinte, foi organizada sessão com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Realizamos rodada de agulhamento a seco nos presentes (após capacitação pela própria residência), além de atividade de aromaterapia com insumos trazidos pelas facilitadoras. Também houve participação de profissionais da clínica capacitados em auriculoterapia, o que trouxe maior diversidade de abordagens oferecidas. Por fim, fechamos a sessão com atividade de meditação guiada por vídeo do YouTube.

### ***Sessão de filme***

A atividade do dia foi composta da exibição de uma animação curta no YouTube: “Bao”, da Pixar e Disney (2018). O desenho, que aborda questões de cuidado maternal e seus conflitos com a aquisição de independência dos filhos, foi base para a posterior discussão sobre os papéis dos cuidadores de também buscarem promover, na medida do possível, espaço para a independência de quem é cuidado.

Escolhido especialmente por ser um filme sem textos ou falas para incluir aqueles pacientes que não tiveram acesso à alfabetização, o curta possibilitou o aparecimento de diversas interpretações. Enquanto facilitadora, foi interessante motivar que cada um falasse brevemente o que havia entendido do filme, buscando não “corrigir” alguma interpretação que fugisse do escopo do grupo.

Surgiram perspectivas que compactuaram com o desejo da mãe de superproteger o filho, mas também com a percepção da família estendida como ponto importante de junção de afetos.

Houve declaração em que os participantes disseram não ter entendido o filme por serem analfabetos. Inicialmente, essa ponderação deixou as facilitadoras desconcertadas, pois havia sido um esforço consciente escolher um filme que não envolvesse texto ou falas. Procuramos reconhecer a fala, ao mesmo tempo em que incentivamos a participação na análise do desenho mesmo assim.

Será que o vídeo havia sido “difícil” demais para os participantes? Será que não era possível entender a mensagem passada por meio de suas figuras, cores e personagens em atuação? Mas também ficamos frustradas por parecer que houvera uma falta de interesse por parte de quem assistia. Depois, entretanto, buscamos observar o acontecido por outra ótica. Quem sabe aquilo era fruto de uma falta de letramento não só na parte escrita e textual, mas também no contato com a arte, com o entendimento de mensagens menos objetivas e mais subjetivas. Quem sabe aquilo poderia ser consequência até mesmo do próprio processo de cuidar, que limitava o tempo disponível de acesso a esse tipo de lazer.

## **Considerações finais**

A população dos cuidadores de Manguinhos, em consonância com os estudos nacionais e internacionais a respeito do assunto, está sobrecarregada. O efeito dessa sobrecarga nas esferas física, emocional, financeira e em todas as outras envolvidas no ato de cuidar está ainda potencializada pela condição de vulnerabilidade vivida no contexto de favela. Há urgência por um olhar que volte a atenção a essas pessoas.

No contexto da Atenção Primária em Saúde, os grupos terapêuticos podem ser uma resposta a essa necessidade. Estabelecidos na PNAB, a realização desses grupos está dentre as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, como forma de horizontalização do contato com a população atendida e promoção de cuidados coletivos.

O estudo narrou a experiência enquanto facilitadora de um grupo terapêutico voltado para os cuidadores não-remunerados da clínica. A realização do grupo necessitou de pensamento e articulação conjunta com outros profissionais da clínica de várias categorias diferentes. Foram estabelecidas múltiplas abordagens para sua realização, dado que a autogestão do grupo devia fornecer espaço para as necessidades e reivindicações dos participantes para os encontros seguintes, incluindo atividades diversas como roda de conversa, PICS, apresentação de filmes, confecção de produções grupais como cartazes, realização de atividades corporais e de movimento. A resposta dada pelos participantes do grupo foi consideravelmente positiva, com o retorno de que as atividades foram importantes para engatilhar mudanças quanto ao cuidado com o próprio corpo e mente, além de promover o encontro de indivíduos enfrentando situações semelhantes como forma de troca de saberes.

A facilitação do grupo envolveu moderar momentos de monopólio de falas trazendo a atenção de volta ao coletivo, instigar os membros à participação, bem como retroalimentar positivamente os momentos de comoção e de convergência de sentimentos. Além disso, a facilitação também promoveu um espaço de fuga da zona de conforto, uma vez que necessitou de um embate com a timidez natural da autora.

As habilidades estimuladas com a realização do grupo serão instrumentos potentes no continuar da carreira enquanto profissional de saúde da Estratégia Saúde da Família, de forma a sempre colocar a pessoa que está em sofrimento no centro do cuidar.

A população, portanto, urge por mudanças para permitir maior qualidade de vida àqueles que assumem, muitas vezes não por vontade própria, a incumbência de dar seguimento digno à vida de quem cuidam.

## Apêndice



Figura 1. Panfleto criado pelas autoras para distribuição aos pacientes na clínica. Feito com o aplicativo “Canva”.

## Referências Bibliográficas

- AIRES, M. *et al.* Burden of informal caregivers of dependent elderlies in the community in small cities. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 41, n. spe, p. e20190156, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472020000200419&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200419&tlng=en). Acesso em: 17 maio 2024.
- BAO. [S. l.]: Pixar Animations Studios e Walt Disney Pictures, 15 jun. 2018. . Acesso em: 18 out. 2024.
- BAPTISTA, B. O. *et al.* A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 33, p. 147–156, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/SFH4h8sJmc3B74TmSZ59HLL/>. Acesso em: 17 maio 2024.
- BITTAR, C.; CARVALHO VILELA DE LIMA, L. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência**, [S. l.], 1 set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2011v14i3p101-118>. Acesso em: 5 nov. 2024.
- BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 12, p. 115–121, fev. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9kZRDymWn5pNqLyDbP6LgdG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2024.
- BRANK, E. M.; WYLIE, L. E. Differing Perspectives on Older Adult Caregiving. **Journal of Applied Gerontology**, [S. l.], v. 35, n. 7, p. 698–720, jul. 2016. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0733464813517506>. Acesso em: 18 maio 2024.
- CELINO, S. D. D. M. *et al.* Morbimortalidade por causas externas no Brasil entre 2015 e 2019: um estudo ecológico. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 180–201, 27 ago. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25251>. Acesso em: 17 maio 2024.
- CHAPARRO-DIAZ, L. *et al.* Relationship between Burden and Perceived Social Support in Low-income Caregivers. **Aquichan**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 1–16, 27 fev. 2023. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18137>. Acesso em: 5 jul. 2024.
- CÓRDULA, E. B.; NASCIMENTO, G. C. C. A produção do conhecimento na construção do saber sociocultural e científico. **Revista Educação Pública**, [S. l.], 19 jun. 2018. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/18/12/a-produo-do-conhecimento-na-construo-do-saber-sociocultural-e-cientifico>. Acesso em: 9 jun. 2024.
- DONVAN, J.; ZUCKER, C. **Outra sintonia: a história do autismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
- FERNANDES, T. M. **Histórias de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos**. [S. l.]: Fiocruz Editora, 2018(Saúde dos Povos Indígenas).
- FLECK, M. P. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, n. 2, p. 178–183, abr. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 26 maio 2024.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, I. B. de G. e E. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.
- INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na Cidade do Rio de Janeiro**. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 1 dez. 2003. Disponível em: <https://www.data.rio/documents/PCRJ::o-%C3%ADndice-do-desenvolvimento-humano-idh-no-munic%C3%ADpio-do-rio-de-janeiro-dezembro-2003/explore>. Acesso em: 28 jun. 2024.
- JIMÉNEZ RUIZ, I.; MOYA NICOLÁS, M. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. **Enfermería Global**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 420, 30

dez. 2017. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/292331>. Acesso em: 18 maio 2024.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [S. l.], v. 31, n. 3 suppl, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 26 maio 2024.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 16, n. suppl 1, p. 973–982, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700029&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700029&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 13 jul. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Editora MS, 2010. v. 2, (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pela primeira vez, Ministério da Saúde inclui tratamento do Transtorno do Espectro Autista na Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Ministério da Saúde, portal gov.br**. [S. l.: s. n.], 21 set. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/pela-primeira-vez-ministerio-da-saude-inclui-tratamento-do-transtorno-do-espectro-autista-na-politica-nacional-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 24 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 2436**. [S. l.: s. n.], 21 set. 2017. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

MUSSI, R. F. D. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. D. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, [S. l.], v. 17, n. 48, p. 1–18, 1 set. 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>. Acesso em: 9 jun. 2024.

NOGUEIRA, A. L. G. *et al.* Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 69, n. 5, p. 964–971, out. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000500964&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500964&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 5 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Active ageing : a policy framework. [S. l.], 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/67215>. Acesso em: 17 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World health statistics 2023 – Monitoring health for the SDGs. **World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**, [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>. Acesso em: 17 maio 2024.

QUELUZ, F. N. F. R. *et al.* Zarit Caregiver Burden Interview: Evidências de Validade para a População Brasileira de Cuidadores de Idosos. **Revista Colombiana de Psicologia**, [S. l.], v. 28, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rcp.v28n1.69442>. Acesso em: 26 maio 2024.

SANTOS-ORLANDI, A. A. D. *et al.* Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S. l.], v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8MFh56zvh5PBTMCq5ZLzGLp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2024.

SCHEPERS, V. P. M. *et al.* Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Disability and Rehabilitation**, [S. l.], v. 29, n. 3, p. 221–230, jan. 2007. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638280600756257>. Acesso em: 17 maio 2024.

SOUZA, L. R. D. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 140–149, jun. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2015000200140&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000200140&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 17 maio 2024.

VALER, D. B. *et al.* Adaptation and validation of the Caregiver Burden Inventory for use with caregivers of elderly individuals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 130–138, fev. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000100130&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100130&lng=en&tlng=en). Acesso em: 26 maio 2024.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 414–418, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 17 maio 2024.

ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. **The Gerontologist**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 649–655, 1 dez. 1980. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/20.6.649>. Acesso em: 26 maio 2024.