

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA
FILHO
FACULDADE DE CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO
DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

**Saúde Emocional de Cuidadores Familiares de Idosos:
Perspectivas de Vida Profissional e Pessoal**

BETTINA DOS SANTOS ALMEIDA

BAURU

2020

BETTINA DOS SANTOS ALMEIDA

**Saúde Emocional de Cuidadores Familiares de Idosos:
Perspectivas de Vida Profissional e Pessoal**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Faculdade de Ciências

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais

BAURU

2020

A447s Almeida, Bettina dos Santos
Saúde emocional de cuidadores familiares de idosos :
Perspectivas de vida profissional e pessoal / Bettina dos
Santos Almeida. -- Bauru, 2020
60 f. : tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
(Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru
Orientadora: Sandra Leal Calais

1. Cuidador familiar. 2. Idosos. 3. Depressão. 4.
Estresse e sobrecarga. 5. Projeto vital. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da
Faculdade de Ciências, Bauru. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de BETTINA DOS SANTOS ALMEIDA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU

Aos 05 dias do mês de fevereiro do ano de 2020, às 14:00 horas no(a) Anfiteatro da Pós Graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Estadual Paulista , Profa. Dra. MARIA DE LOURDES MERIGHI TABAQUIM do(a) Departamento de Fonoaudiologia / Faculdade de Odontologia de Bauru - USP, Prof. Dr. CARLOS EDUARDO LOPES VERARDI do(a) Departamento de Educação Física / UNESP - Faculdade de Ciências de Bauru - SP, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de BETTINA DOS SANTOS ALMEIDA, intitulada '-----

Saúde Emocional de Cuidados Familiares de Idosa: Perspectivas de Vida Profissional e Pessoal

-----'. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA.

Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS

Profa. Dra. MARIA DE LOURDES MERIGHI TABAQUIM

Prof. Dr. CARLOS EDUARDO LOPES VERARDI

Dedico este estudo a todos os cuidadores e idosos que contribuíram para a realização do mesmo e para todos que poderão se beneficiar dele.

AGRADECIMENTOS

A vida é feita de ciclos, neste momento um se encerra para que outro se inicie. Assim encerro meu mestrado e somente tenho que agradecer a todos que de alguma maneira contribuíram para que esse dia acontecesse.

A Deus por me ensinar o real significado de perseverança e por me abençoar e iluminar meus caminhos quando me senti sem luz.

À minha orientadora Sandra, que esteve presente desde o início, com muita paciência e sempre disposta a me ensinar e me ajudar nesta pesquisa. Obrigada por todas as operações “olhos de águia”, foi com elas que percebi a necessidade de estar sempre atenta aos detalhes, proporcionando que este trabalho seja o melhor possível. Serei eternamente grata a você.

À banca examinadora, composta pela Prof.^a Dr.^a Maria de Lourdes Merighi Tabaquim e pelo Prof. Dr. Carlos Eduardo Lopes Verardi, por todas as contribuições que foram essenciais para este trabalho e por terem tornado um momento de extrema tensão muito mais leve.

Ao Prof. Dr. Hugo Ferrari Cardoso por toda a ajuda desde a confecção do projeto até as análises estatísticas dos resultados. Muito obrigada.

À FUNDATO que abriu o acesso a seus usuários e ter confiado que este estudo poderia contribuir tanto para o serviço quanto para as pessoas atendidas, em especial a Andréa.

À minha família que sempre me apoiou em todas as tentativas e que me ajudaram a persistir e não desistir. A minha mãe, meu pai, meu irmão, sogros, cunhados e meus avós que sempre acreditaram no meu potencial e reafirmavam que daria certo, amo todos vocês.

Ao meu amor, Luiz Fernando, por toda a paciência ao longo desses anos, por todo amor e companheirismo, por entender que às vezes não poderíamos sair porque eu tinha que estudar e por outras me fazer entender que eu deveria parar de estudar e sair um pouco. Eu te amo por esse e por vários outros motivos.

Às minhas amigas do “grupo secreto” (Ana Paula, Leilane, Luisa, Mariana, Taize e Taynara) que o mestrado me deu, pelas disciplinas compartilhadas, pelos trabalhos em grupo, pelos aniversários e pelas “jantinhas” mais que especiais, por todas as risadas, eu amo vocês.

À minha querida Taize, por todas as palavras de apoio, incentivo, divisão das angústias e por toda ajuda estatística. O mestrado com você se tornou mais leve, mais gostoso e, com certeza, você tem um espaço enorme no meu coração.

Às minhas amigas Ana, Bianca, Beatriz, Jaqueline e Júlia que me incentivaram no início, me ajudaram no meio e me apoiaram no fim. Vocês não tem noção o quanto contribuíram para que esse momento chegasse, por todas as vezes que disseram “calma, está acabando e é o seu sonho”. Obrigada pelo apoio, pelas risadas, choros, conversas e por mesmo em momentos de desespero da minha parte conseguiam me acalmar e me fazerem persistir sempre. Eu amo cada uma de vocês.

E, finalmente, obrigada a todos que de alguma forma estiveram comigo durante esse processo, que mesmo de longe se preocuparam e tinham interesse no andamento da pesquisa, e a todos os momentos que tornaram esses dois anos mais tranquilos do que realmente estavam e, com certeza, mais felizes.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

ALMEIDA, B. S. **Saúde Emocional de Cuidadores Familiares de Idosos: Perspectivas de Vida Profissional e Pessoal.** 2020. 60f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2020.

RESUMO

No Brasil há 1,5 milhão de idosos fragilizados e nesta sua dependência surge o papel do cuidador familiar, exigindo a tomada de decisões e a incorporação de atividades que passam a ser de sua inteira responsabilidade. A função de cuidador familiar pode desencadear sintomas depressivos e gerar situações estressantes. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar estresse, depressão, sobrecarga e existência de projeto vital dos cuidadores familiares em tempo integral e parcial de idosos dependentes. Os participantes foram 40 cuidadores e 38 idosos, sendo o Grupo A composto por 17 cuidadores em tempo parcial e 15 idosos e o Grupo B, 23 em tempo integral e 23 idosos. Destes, 45% foram captados da Organização da Sociedade Civil e 55% das redes sociais. Do Grupo A, 76,50% eram sexo feminino, sendo 70,60% filhas dos idosos e o Grupo B teve 91,30% de cuidadores mulheres e 52,20% filhas também. A média de idade do Grupo A foi de 50 anos e a do Grupo B foi de 58 anos, a idade dos grupos variou de 38 a 83 anos. Quanto à classe social, 47,10% dos cuidadores do Grupo A se encontram na classe B2 e 41,20% possuem o Ensino Superior Completo, enquanto no Grupo B 30,40% estão na classe C1 e 30,40% possuem o Ensino Fundamental Incompleto. A média de idade dos idosos do Grupo A foi de 81 anos e do Grupo B foi de 79 anos, sendo a amostra de idosos composta de 85% do sexo feminino. No Grupo A, 52,90% dos idosos apresentam o grau de dependência I e 39,10% do Grupo B, grau de dependência II. Os instrumentos de avaliação usados foram o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, Escala Baptista de Depressão Versão Adulto, Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal e entrevista semiestruturada. Os resultados apontaram que 41,20% dos participantes do Grupo A encontram-se na fase de resistência de estresse com sintomas psicológicos e no Grupo B, 34,80%. Referente à depressão, 70,60% dos cuidadores do Grupo A apresentam sintomatologia depressiva mínima, e também no Grupo B, 65,20%. Na amostra do Grupo A, 29,40% não possuem projetos de vida para o momento após o falecimento de idoso enquanto no Grupo B, 56,50%. Quanto à sobrecarga, no Grupo A 29,40% apresentaram sobrecarga moderada e 30,40% dos cuidadores do Grupo B apresentaram alta sobrecarga. Os resultados do estudo levam à conclusão de que os cuidadores em tempo integral apresentam mais estresse, depressão, percepção de sobrecarga e menos projeto vital em comparação aos cuidadores em tempo parcial, assim como aqueles atendidos pela instituição quando comparados aos advindos das redes sociais.

Palavras – chave: Cuidador Familiar. Idosos. Estresse. Depressão. Projeto Vital. Sobrecarga.

ALMEIDA, B. S. Saúde Emocional de Cuidadores Familiares de Idosos: Perspectivas de Vida Profissional e Pessoal. 2020. 60f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2020.

ABSTRACT

In Brazil, there are 1.5 million frail elderly people and in this dependence the role of the family caregiver arises, requiring decision making and the incorporation of activities that become their entire responsibility. The role of family caregiver can trigger depressive symptoms and generate stressful situations. Thus, the aim of this study was to assess stress, depression, burden and existence of a vital project for family caregivers in full and part-time for dependent elderly. The participants were 40 caregivers and 38 elderly, with Group A comprising 17 part-time and 15 elderly caregivers and Group B, 23 full-time and 23 elderly. Of these, 45% were raised from the Civil Society Organization and 55% from social networks. From Group A, 76.50% were female, 70.60% were daughters of the elderly and Group B had 91.30% female caregivers and 52.20% were daughters as well. The average age of Group A was 50 years and that of Group B was 58 years, the age of the groups ranged from 38 to 83 years. Regarding social class, 47.10% of Group A caregivers are in class B2 and 41.20% have completed Higher Education, while in Group B 30.40% are in class C1 and 30.40% have Education Incomplete Fundamental. The average age of the elderly in Group A was 81 years old and in Group B it was 79 years old, with the elderly sample being 85% female. In Group A, 52.90% of the elderly have a degree of dependency I and 39.10% of Group B, a degree of dependency II. The assessment instruments used were the Lipp Stress Symptom Inventory for Adults, Adult Depression Baptist Scale, Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire and semi-structured interview. The results showed that 41.20% of the participants in Group A are in the phase of stress resistance with psychological symptoms and in Group B, 34.80%. Regarding depression, 70.60% of caregivers in Group A have minimal depressive symptoms, and also in Group B, 65.20%. In the sample from Group A, 29.40% did not have life projects for the moment after the death of the elderly, while in Group B, 56.50%. As for overload, in Group A 29.40% had moderate overload and 30.40% of caregivers in Group B had high overload. The results of the study lead to the conclusion that full-time caregivers have more stress, depression, perception of burden and less vital project compared to part-time caregivers, as well as those served by the foundation when compared to those coming from social networks.

Keywords: Family Caregiver. Seniors. Stress. Depression. Vital project. Overload

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	-	Temas centrais e tópicos temáticos compreendidos.....	38
-----------------	---	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação dos resultados do ISSL, EBADEP A e QASCI entre os Grupos A e B.....	33
Tabela 2 – Relação entre grau de dependência e presença de estresse, sintomatologia depressiva e sobrecarga dos grupos A e B.....	34
Tabela 3 – Correlação entre EBADEP A, ISSL, QASCI, grau de dependência e composição familiar dos Grupos A e B.....	35
Tabela 4 – Correlação entre receber ou não ajuda com os resultados do ISSL, EBADEP A e QASCI por grupos.....	36
Tabela 5 – Diferença entre os cuidadores dos Grupos A e B vindos da OSC e de redes sociais em relação aos instrumentos.....	37
Tabela 6 – Frequência de respostas dos Grupos A e B dos tópicos temáticos.....	39

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada Cuidadores em Tempo Parcial

Apêndice B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada Cuidadores em Tempo Integral

Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo B – Inventário Sociodemográfico do Cuidador

Anexo C – Inventário Sociodemográfico do Idoso

Anexo D – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	25
3 MÉTODO.....	26
3.1 Participantes.....	26
3.2 Local.....	26
3.3 Instrumentos	37
3.4 Procedimento	28
3.5 Análise de Dados.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	51
ANEXOS.....	53

APRESENTAÇÃO

Durante alguns anos de minha atuação profissional, os cuidadores atendidos por mim relatavam que sentiam cansaço diante da situação do cuidado e de como tal função era desgastante. Desta forma, isto me motivou a estudar esta temática devido ao meu contato diário com este público e me deparar com desafios no meu cotidiano de trabalho voltados a esta questão.

Estudos referem que cuidadores familiares possuem grandes chances de desenvolver estresse, depressão, ansiedade, entre outras patologias, devido à sobrecarga por exercer tal função. No entanto, há escassez na literatura em relação ao projeto vital deste cuidador que parece se tornar uma sombra daquele para o qual exerce o cuidado, sem projetos de vida na futura ausência do idoso que cuida.

Também não encontrei pesquisas que diferenciam os cuidadores em tempo integral e parcial, o que também justifica se investigar qual é a diferença de sobrecarga daquele cuidador que dedica todo o seu tempo para o cuidado do outro e aquele que exerce uma profissão e também cuida no tempo de seu descanso.

Por conta disto, esta pesquisa estudou o projeto vital de cuidadores familiares assim como os dividiu entre cuidador parcial e integral, podendo assim iniciar e motivar próximas pesquisas sobre esta temática.

As coletas foram realizadas nas residências dos participantes e por conta disto pude conhecer melhor a realidade e o dia-a-dia da minha amostra. Os cuidadores depositaram muita confiança em mim, compartilhando suas intimidades e dificuldades vividas ao cuidarem de um idoso dependente. As coletas duraram entre uma e duas horas cada.

Pretendeu-se contribuir, desta forma, para a ampliação de políticas públicas de assistência social e de saúde voltadas para esta população, pois os cuidadores familiares ainda não recebem o auxílio e orientação necessários para exercer tal função.

1.INTRODUÇÃO

1.1 Cuidador Familiar

De acordo com World Alzheimer Report (ADI, 2015) mais de 46 milhões de pessoas no mundo vivem atualmente com algum tipo de demência e estima-se que esse número aumente para 131,5 milhões até 2050. A longevidade humana para Brigola *et al.* (2017) leva à evidência outros papéis sociais. Nas famílias, conforme os indivíduos forem envelhecendo, aumenta a probabilidade de um familiar se tornar cuidador de um idoso.

Entende-se cuidador como sendo o indivíduo responsável por cuidar da pessoa doente ou dependente, auxiliando nas atividades de vida diária, desde higiene e alimentação até acompanhamentos a serviços de saúde (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016). Esses cuidadores são divididos entre formais e informais/familiares.

Cuidadores informais são aqueles que fazem parte da família do idoso como esposa, filha, neta, e são esses que mais apresentam sobrecarga. Carvalho *et al.*, (2015) referenciam os cuidadores como sendo do sexo feminino pelo fato de sua pesquisa apontar que os cuidadores são, em sua maioria, mulheres. É importante ressaltar que o cuidador, ao desenvolver sua função, provoca restrições em relação à sua própria vida, pois tem que lidar com o isolamento social, falta de tempo para si, para a família e amigos, gerando interrupções na carreira profissional e negligências com a própria saúde.

As pessoas que atuam recebendo remuneração ao dar assistência ao idoso e possuem vínculo empregatício são chamadas de cuidadores formais (BORN, 2008). Atualmente a função de cuidador é reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO): cuidar de idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (BRASIL, 2002). Diniz *et al.* (2018) em seu estudo concluíram que os cuidadores informais apresentaram maiores índices de desconforto emocional e sentimentos de tristeza em comparação com os cuidadores formais, embora estes afirmaram sentirem cansaço e má qualidade de sono.

Em seu estudo sobre estresse e qualidade de vida do cuidador do idoso com Alzheimer, Cesário *et al.* (2017) sugerem que o papel de cuidar se relaciona diretamente com o estresse que gera impactos na saúde, na homeostase familiar e na qualidade de vida daqueles que desempenham este papel. Entre os sintomas predominantes que indicam o

quadro de estresse, 16 (59,30%) cuidadores familiares apresentaram maiores sintomas psicológicos que físicos. Eles esclarecem que cuidar pode interferir no desenvolvimento de morbidades entre aqueles que desempenham esta tarefa, conforme verificado em sua pesquisa, na qual 37,20% dos entrevistados referiram alguma morbidade.

Em relação aos relacionamentos sociais, Queluz *et al.* (2017) mencionam que todos os problemas vividos pelos cuidadores familiares podem causar dificuldade em administrar relacionamentos com as pessoas que fazem parte do seu cotidiano, resultando em uma sobrecarga pesada. Eles ressaltam a importância dos cuidadores aperfeiçoarem suas habilidades sociais no contexto de cuidado do idoso, com o objetivo de manterem o bem-estar e melhor qualidade de vida. No entanto, apesar da sobrecarga, alguns cuidadores demonstram satisfação e prazer por proporcionarem bem-estar à pessoa cuidada, havendo também a influência da religião na satisfação por cuidar (VIDIGAL *et al.* 2014). Moreira, Villas Boas e Ferreira (2014) complementam que a satisfação pode ser explicada pela gratidão do cuidador a pessoa cuidada, tendo em vista que na maioria dos casos o idoso dedicou parte da sua vida em prol do cuidador.

A opção de ser cuidador nem sempre é da pessoa, muitas vezes é por falta de opção ou por um desejo do idoso. Perdigão, Almeida e Assis (2017) comentam em seu estudo que 50% dos cuidadores eram filhos dos idosos, 61,53% eram casados e 73,07% residiam com os idosos. Para os autores estas características dos cuidadores contribuem para o aumento da sobrecarga, pois eles são responsáveis por diversas tarefas, como responsabilidades domésticas e trabalho extradomiciliar. Em relação ao tempo disponibilizado para cuidar, os entrevistados informaram que ficavam mais de 18 horas do seu dia cuidando do idoso dependente. Rodrigues *et al.* (2014) salientam que por conta desta carga horária excessiva, o cuidador tem dificuldade de gerenciar um trabalho e a função de cuidador. Vidigal *et al.* (2014) propõem que a vivência do cuidado interfere também no contexto familiar e o cuidador acaba por se adaptar à vida do idoso, favorecendo para que haja uma dependência mútua e um vínculo íntimo entre cuidador e idoso.

É primordial para a caracterização de cuidadores familiares apontar as questões da renda e escolaridade deste público. No estudo feito por Silva *et al.* (2016) a média mensal daqueles participantes foi de R\$ 852,10 reais, 84,60% não possuíam carteira assinada e a renda familiar era proveniente de benefícios sociais ou aposentadoria do idoso. Assim como na escolaridade, 69,20% haviam estudado até nove anos, ou seja, com no máximo o ensino fundamental completo. Estes dados influenciam na escolha do cuidador, pois geralmente pessoas com este perfil não possuem empregos formais (SILVA *et al.* 2016).

A Lei nº 10.741, 1º de outubro de 2003 (Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos) menciona ser obrigação da família, comunidade, sociedade e do poder público os cuidados do bem-estar e dos direitos das pessoas idosas. Estudos de Silva e Santana (2014) e Rodrigues *et al.* (2014) evidenciam que, nas famílias, são as mulheres que assumem esta responsabilidade. De acordo com Silva e Santana (2014) há uma predeterminação de quem será o cuidador familiar. Como existe uma expectativa da sociedade que a mulher se responsabilize por isso, pois cuidar da família e das tarefas domésticas é tido como dom e obrigação tipicamente femininas, Rodrigues *et al.* (2014) indicam que mesmo a mulher atualmente estando inserida no mercado de trabalho formal, seu papel como cuidadora continua em evidência, levando-a a desempenhar múltiplas funções.

Há uma pressão social e familiar para que a mulher se mantenha sempre no papel de cuidadora, mesmo quando inserida no mercado de trabalho formal (BERG; WOODS, 2009; CAMARGO, 2010). Ferreira, Isaac e Ximenes. (2018) destacam que desde os tempos remotos há uma divisão de tarefas destinadas a cada gênero, havendo uma construção cultural passada de geração para geração, não sendo diferente na reflexão acerca da atividade de cuidar de idosos. O papel de assistência conferido à mulher pode ser um produto de uma construção histórica e social, pois à menina é ensinado desde cedo a realizar tarefas que envolvam o cuidado, gerando sobre elas a incumbência de ser cuidadora sempre que necessário no decorrer da sua vida (FERREIRA; ISAAC; XIMENES, 2018).

Ao estudar as representações sociais do cuidador familiar, Mendes e Santos (2016) classificaram, a partir dos relatos dos participantes do estudo, quatro categorias sobre o cuidado: 1) cuidado como prisão, para alguns cuidadores o cuidado está na limitação de autonomia, que aparece relacionada à ideia de prisão, a uma rotina condicionada e à perda da liberdade; 2) cuidado como missão, para outros participantes o cuidado está relacionado na ideia de missão, de dever moral condicionado em parte à dignidade humana e em parte ao vínculo familiar, para eles, cuidar de um parente idoso não é uma escolha, é uma incumbência para a qual foi destinado e deve cumprir porque foi escolhido para desempenhar tal papel; 3) cuidado como desarmonia de identidade social, nesta categoria os indivíduos se referem à condição de dependência do idoso em relação ao familiar cuidador, e que a alteração das identidades sociais no seio familiar traz ao cuidador o sentimento de desarmonia, conflito, instabilidade, assim como a ideia de inversão de papéis; e 4) cuidado como gratidão, os sujeitos apresentam o cuidado aportado na ideia de gratidão, retribuição e acolhe uma consequência dessa ideia, que é o sentir-se bem, o sentir-se gratificado em cuidar. Os autores complementam que tais categorias podem interferir nas práticas de cuidado de maneiras

diferentes, sendo as representações mais fortes, no grupo estudado, a limitação de autonomia (prisão) e a missão (dever moral).

Camargo (2010) salienta que a escassez de tempo é uma queixa importante, pois além da redução da vida social, o cuidador deixa de cuidar de si mesmo para cuidar do idoso, extinguindo atividades que lhe causam prazer. Mendes (1995) destaca que a construção da identidade do cuidador familiar acontece a partir do enfrentamento da rotina diária de cuidados e da reflexão gerada por essa condição. Brigola *et al.* (2017) ressaltam que doenças mentais como estresse crônico, depressão e ansiedade, desencadeadas pelo cuidado diário ofertado a um idoso dependente, podem cooperar para o dano da saúde e do bem-estar do cuidador. Tal detrimento da saúde pode oferecer um risco para a qualidade dos cuidados com o outro e para si mesmo. Eles concluíram que a sobrecarga está relacionada à idade avançada também do cuidador e à falta de ajuda.

Marzari e Perlini (2005) apontam a relação cuidador e saúde emocional destacando que desenvolver o papel de cuidador de pessoa dependente desencadeia percepções diferentes que se manifestam nos cuidadores familiares. Esclarecem que as responsabilidades cotidianas se tornam repetitivas, por conta de executarem as mesmas tarefas em prol do familiar dependente, destinando poucas horas ao próprio lazer ou ao descanso. As autoras realçam a importância de dividir as tarefas de cuidar com outros cuidadores da família, explicando que o compromisso assumido pode tornar a vida do cuidador mais rotineira, porque suas ações dependem das condições do outro que é cuidado. A rotina é sempre a mesma: alimentar, higienizar, lidar diretamente com a pessoa, e poder compartilhar essas atividades com outra pessoa permite ao cuidador um alívio físico e psicológico. Afirmam que o ajudante também passa a vivenciar um duplo esforço: o de ajudar a cuidar e de continuar trabalhando.

Em seu estudo, Anjos *et al.* (2015) observaram que 87,90% dos cuidadores avaliados relataram comprometimento da saúde, com, pelo menos, a apresentação de uma doença. Destes, 25,90% apresentavam até três doenças associadas, e 20,60%, quatro ou mais, sendo que 51,70% faziam uso de alguma medicação diária. As doenças mais citadas foram lombalgia (63,80%) e hipertensão arterial (41,40%). Além disso, 60,30% dos participantes informaram receber apoio de outras pessoas para cuidar do idoso, citando principalmente os membros familiares: filho do idoso (24,10%), filho do cuidador (17,20%), assim como vizinhos (8,60%); e 39,70% não recebem apoio informal.

Neste sentido, é necessário apontar os cuidadores familiares que, além de cuidar, também estão inseridos no mercado formal de trabalho. A pessoa que trabalha fora de casa e cuida do idoso possui uma dupla jornada, pois os seus momentos de descanso, durante a noite,

na maioria das vezes, se tornam um momento em que o cuidado continua, pois, o familiar doente continua exigindo atenção (MARZARI; PERLINI, 2005). Eles também estabelecem que cuidadores que assumem a responsabilidade de cuidar de seus idosos possuem tendência para o isolamento, solidão, depressão e estresse, causados pela ausência de suporte. Em relação aos cuidadores em tempo integral, Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008) registram que ser um cuidador familiar exige dedicação exclusiva, mas muitas vezes não há apenas uma pessoa para assumir tal papel, levando em consideração as necessidades e limitações financeiras, todos da família precisam trabalhar e o revezamento acaba sendo a melhor alternativa.

O papel de cuidar pode gerar sentimentos de desespero, cansaço, ansiedade, angústia, desamparo. Tendo em vista que o ato de cuidar gera um misto de sentimentos, Camargo (2010) resume que o impacto ou sobrecarga se define como o estado psicológico gerado da junção de trabalho físico, tensão emocional, restrição social e dificuldades financeiras, derivados da atividade de cuidar, consequências essas vindas de práticas variadas e de demandas emocionais do cuidado. Além disso, Cabral e Nunes (2015) ao analisarem as falas de cuidadores familiares de idosos hospitalizados, obtiveram como resultado que, para seus participantes, cuidar é o modo que encontraram de retribuir todo amor e carinho que receberam dos idosos ao longo da vida. Costa, Castro e Acioli (2015) acrescentam que quando há afetividade, amor e carinho entre cuidador e a pessoa cuidada a função de cuidar se torna menos desgastante e mais satisfatória.

Lino *et al.* (2016) realizaram um estudo com cuidadores de idosos e observaram que aproximadamente um terço desses indivíduos apresentou apoio social insatisfatório e risco aumentado para violência doméstica. Também identificaram problemas com álcool. Este mesmo estudo apontou que prevalência de níveis moderados a elevados de sobrecarga de cuidadores atingiu quase 60%.

Com o objetivo de validar uma escala de sobrecarga de cuidado em cuidadores familiares principais de idosos dependentes, Fuhrmann *et al.* (2015) chegaram à conclusão de que há uma correlação entre a dependência do idoso com a sobrecarga do cuidador: quanto maior a dependência do idoso, maior será a sobrecarga do cuidador. Roncon, Lima e Pereira (2015) afirmam que há uma associação entre a idade e a qualidade de vida do idoso, verificando-se que quanto maior a idade, menor a qualidade de vida física, psicológica e social, menor a funcionalidade, maior a depressão e o estresse familiar.

Tendo em vista os aspectos citados sobre as dificuldades enfrentadas pelo cuidador familiar de idoso, é necessário apontar a sobrecarga que Pinto e Barhan (2014) definem

“sobrecarga”, um termo traduzido do inglês, o *burden*, como: sentimento de sobrecarga vivenciado pelo cuidador ao desempenhar uma série de atividades potencialmente geradoras de estresse e outros efeitos negativos. Estes autores descrevem como sendo uma sensação de estresse que surge em função de uma atividade não remunerada, realizada no domicílio, que muitas vezes é executada sem reconhecimento, nem mesmo pela família. Chamam a atenção para os comprometimentos do idoso e as mudanças ocorridas na vida do cuidador, pois dão origem a um conjunto de fatores estressantes que exercem pressões específicas sobre a vida deste, que pode avaliar a situação como suportável e administrável, ou não. Rocha (2015-2016) destaca as mudanças ocorridas na estrutura familiar do cuidador, a modificação da rotina e até mesmo na saúde deste.

Cesário *et al.* (2017) ao avaliarem o estresse em cuidadores de idosos com Alzheimer por intermédio do ISSL, concluíram que 27 (62,80%) participantes da pesquisa apresentavam essa condição, 22 (51,20%) estavam na fase de resistência e cinco (11,60%), na de quase exaustão. Couto, Castro e Caldas (2016) notaram que na compreensão dos participantes do seu estudo, as suas experiências como cuidadores de idosos no contexto do domicílio apresentaram aspectos positivos e negativos, minimizando ou maximizando, respectivamente, o sentimento de sobrecarga e desconforto emocional em sua rotina. Para Lage e Araújo (2014) o processo de exposição do cuidador a altas cargas físicas e psicológicas pode acarretar um conjunto de sintomas e constituir um padrão disfuncional chamado de estresse do prestador de cuidados. É necessário ressaltar que alguns cuidadores diante das experiências do cuidado, desenvolvem maiores competências de enfrentamento e se fortalecem quanto a resoluções de problemas de vida.

Uma pesquisa de Bom, Sá e Cardoso (2017) realizada com 53 cuidadores de idosos, a partir da aplicação da Escala de Sobrecarga de Zarit apontou que 45,30% dos cuidadores têm sobrecarga moderada, 13,20% têm sobrecarga moderada a severa; 3,80% sobrecarga severa e 32,10% têm ausência de sobrecarga. As autoras explicam que os cuidadores que não apresentaram sobrecarga foram em sua maioria os formais, enquanto os informais apresentaram sobrecarga severa e sobrecarga moderada.

1.2 Idoso e o envelhecimento

Com o envelhecimento, grande parte das pessoas começa a perder sua independência e autonomia, por conta das patologias típicas desta fase de desenvolvimento. Esta dependência é classificada tecnicamente pela Resolução RDC N° 283, de 26 de setembro de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA,

2005) como: Grau de dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram equipamento de autoajuda como andador, bengala; grau de dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou alteração cognitiva controlada. E também grau de dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

Em 2015, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios apontou que, em vários países, as populações estão ficando mais velhas e que há um crescimento gritante no número de idosos no Brasil. Esta investigação demonstrou que o Brasil conta com uma população de cerca de 29 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, representando 14,30% da população total do Brasil (IBGE, 2015).

Miranda, Mendes e Silva (2016) explanam que o número de idosos cresce constantemente e ressaltam que a pesquisa do IBGE 2015 apontou que em 1920 a expectativa de vida era de 35,2 anos, entretanto em 2010 este número praticamente dobrou, levando a expectativa para 74 anos. Estima-se que em 2060, a expectativa de vida no Brasil chegue aos 81 anos de idade, atingindo 32,18% da população (IBGE, 2018). O estudo realizado por Neri e Rabelo (2015) apontou que 41% dos idosos viviam com filhos e os demais com o cônjuge e filhos (23,90%), sozinhos (17,90%), em outros tipos de dinâmicas familiares (9,70%) ou somente com o cônjuge (7,50%).

Sousa, Silva e Galvão-Coelho (2018) ressaltam a feminização da velhice, pois há mais mulheres idosas do que homens. Neste estudo, foram avaliados 986 idosos, destes 57,60% eram do sexo feminino. Moreira (1997) apontou que, em 1995, 55% da população idosa era de mulheres e que este número aumentará em 2050 para 58,40%. Assim como Nascimento (2001) ao estudar o processo de envelhecimento fez questionamentos sobre o porquê as mulheres além de envelhecerem mais, se tornam responsáveis pelos parentes idosos, apontando que em sua pesquisa em Belo Horizonte há uma diferença considerável entre idosos homens e mulheres, fato este que pode ser explicado pela função da mortalidade por sexo.

Além de questões de dependência e autonomia, Frade *et al.* (2015) referem que as alterações de humor são problemas comuns em idosos e ocasionam perda da autonomia e agravamento das patologias preexistentes, também porque a depressão pode ser grave e incapacitante, interferindo nas atividades de vida diária do sujeito. Neste estudo, os autores assinalaram que os participantes homens apresentaram menos sintomas depressivos que as

mulheres e observaram que idosos sozinhos (solteiros/viúvos) apresentam maior tendência à depressão e/ou existência de sintomas depressivos.

Santos *et al.* (2015) ressaltam que com o crescimento no número de idosos, também as doenças neurodegenerativas e as tendências depressivas ficam em prevalência. No estudo realizado por eles, com idosos com câncer, a incidência de depressão identificada pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi de 17,70%, sendo a pontuação superior entre as mulheres participantes. Magalhães *et al.* (2016) destacaram que a depressão é a patologia psiquiátrica mais comum entre os idosos, porém a maioria sem diagnóstico e tratamento. Investigaram a depressão em 241 participantes utilizando a Escala de Depressão Geriátrica, e notaram que 29% dos idosos apresentaram depressão. Destes, 26,60% caracterizaram-se como tendo depressão leve e 2,50% como depressão grave. Os autores explicitaram que da amostra estudada com sintomas depressivos, quase todos não faziam uso de medicamentos antidepressivos.

Para Semedo *et al.* (2016), a depressão, em sua essência, é um único transtorno ao longo da vida, mas alguns sintomas podem ser mais acentuados ou reprimidos em idosos. Eles ressaltam que mesmo afetando todas as idades, é na velhice que a depressão atinge seus mais altos índices de morbidade e mortalidade, tomando formas incomuns, dificultando assim o diagnóstico e consequentemente o tratamento. Os autores elucidam que ainda é um desafio para os profissionais diagnosticarem precocemente a depressão na pessoa idosa, pois há diversos fatores próprios a esta fase, como os estigmas relacionados à terceira idade e a dificuldade dos profissionais em realizar o diagnóstico adequado, pois os idosos com depressão relatam mais sintomas físicos e menos tristeza, em comparação com os mais jovens.

1.3 Estresse e Depressão

Selye (1959, edição de 1965) foi um dos precursores do estudo do estresse e o definiu como respostas que as pessoas exibem em situações que lhes exigem adaptação. Inicialmente o denominou como Síndrome Geral de Adaptação. Nestes estudos, propôs o modelo trifásico da evolução do estresse: a fase de alarme/alerta que se inicia quando a pessoa se depara com um estressor, a fase de resistência com o estressor prolongado ou muito intenso com o organismo tentando restabelecer o equilíbrio interno e a fase de exaustão na qual haverá aumento das estruturas linfáticas e poderá ocorrer um colapso psicológico, inclusive com doenças psicofisiológicas.

Ao validar o Inventário de Sintomas de Estresse para adultos de Lipp (ISSL) (LIPP, 2000), a autora nomeou uma quarta fase, a quase-exaustão, que se encontra entre as fases de resistência e exaustão. As pessoas não entram em exaustão de imediato, por esta razão Lipp propõe um período de transição antes dessa fase (LIPP, 2004). Calais, Montanhaur e Salgado (2017) esclarecem que há estressores internos e externos. Os primeiros são estabelecidos pelo indivíduo, e refletem no enfrentamento diante desses estressores e que são baseados em suas vivências ao longo da vida; os externos se referem aos estressores que estão fora do sujeito, como por exemplo, seu cotidiano e contexto social, que podem induzir ao estresse.

Margis *et al.* (2003) conceituam o termo estresse como o estado provocado pela percepção de estímulos que geram excitação emocional. Tais autores afirmam que estes estímulos ao entrarem em conflito com a homeostase, promovem um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de adrenalina produzindo manifestações sistêmicas, com alterações fisiológicas e psicológicas. Santos e Santos (2015) complementam afirmando que as manifestações de estresse ocorrem em diversos contextos, exigindo uma adaptação da pessoa ao estímulo estressor. Sousa N. *et al.* (2015) entendem que adaptações são processos que ajudam o ser humano a se ajustar ao ambiente para assim aumentar sua sobrevivência e reprodução.

Ao mencionar eventos desencadeadores de estresse, Margis *et al.* (2003) afirmam que diferentes momentos estressores ocorrem durante a vida do sujeito, e a maneira de responder a eles varia de indivíduo para indivíduo, podendo desencadear manifestações psicopatológicas como depressão ou ansiedade. Claudino e Cordeiro (2006) complementam que quando um sujeito não consegue reorganizar os mecanismos de adaptação, acontece a manifestação de comportamentos depressivos que o impossibilita de reagir de forma adequada à situação estressora.

Ao se afirmar que o estresse pode desencadear depressão, é importante elucidar o transtorno depressivo. A Organização Mundial de Saúde (2015) descreve a depressão como sendo uma patologia em epidemia, pois mais de 350 milhões de pessoas no mundo foram diagnosticadas com a doença, cerca de 5% da população mundial. A Pesquisa Nacional de Saúde (2013) descreveu a prevalência de depressão no Brasil por região. Em 2013, a patologia se encontrava em maior evidência nas regiões Sul (12,73%) e Sudeste (8,47%), a média nacional era de 7,60%, mais de 11 milhões de adultos. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2014) indica que o Transtorno Depressivo Maior tem como principais características humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que afetam significativamente a sua capacidade de

funcionamento físico e psíquico e, geralmente, é uma condição recorrente. Para se fazer o diagnóstico é necessária a avaliação clínica, e nesta avaliação o indivíduo deve apresentar cinco dos seguintes sintomas: humor deprimido, diminuição do prazer, alteração do peso ou apetite, alterações no sono, alteração motora (agitação ou lentificação), perda de energia, alteração na concentração, ideação suicida e sentimentos de inutilidade.

1.4 Projeto Vital

Em alguns estudos, os cuidadores informaram nunca ter frequentado algum curso ou grupo de apoio para ajudá-los a desenvolver os cuidados diários aos idosos. Assim, nem sempre houve a opção para ser cuidador de idosos. Neste contexto é importante fazer indagações a respeito de projeto de vida desses cuidadores. Ferreira (2008) questiona se as pessoas sabem o significado de projeto e a respeito do querer dos indivíduos, pois para ele há uma dificuldade crescente de definição de foco no futuro e um desconforto associado a essa incapacidade de responder com clareza à pergunta sobre seu futuro em 10 anos, por exemplo.

Ortega y Gasset (1983) citado por Klein e Arantes (2016) relaciona a existência individual a um projeto de vida. O filósofo entende projeto como vocação, ou seja, um chamado que instiga a pessoa para certa direção que torna a vida única e individual. Afirma ainda que o homem decide o que vai ser e ele é aquilo que faz das suas atitudes, quer dizer, seu projeto de vida. Para complementar, Damon (2008) ilustra que projeto vital é uma preocupação definida como a idealização de um quadro de estabilidade e organização que demonstra a intenção de realizar algo cujo significado ultrapassa os limites do eu na relação com o mundo.

Ao relacionar projeto vital ao ambiente no qual o cuidador e o idoso estão inseridos, Oliveira e Caldana (2012) indicaram que, em sua pesquisa com cuidadores de idosos com Alzheimer, a frustração foi uma resposta frequente nos discursos das idosas cuidadoras de seus maridos, pois a condição física e mental do marido fez com que os projetos de vida, esperados por eles para a velhice, não fossem realizados. Elas relatam que essas idosas entenderam que perderam o companheiro que partilhavam seu cotidiano, o que gerou sentimentos de solidão e perda.

Beck e Lopes (2007) direcionam que o aparecimento de doenças modifica também os projetos de vida da família, tanto no âmbito profissional como no pessoal, os quais foram adiados ou modificados. Esta noção de projeto de vida se diferencia do proposto por Guichard e Huteau (2001) que o relacionam apenas com projetos profissionais e de carreira, entendendo projeto como uma correlação entre individual e social, efetivados pelas trajetórias de vida

tanto das pessoas, quanto das organizações do trabalho, entendidos como fenômenos psicossociais legitimados e compartilhados.

O estudo de Guadalupe, Costa e Daniel (2016) teve como resultado que 25% dos cuidadores familiares participantes relataram sentimentos de incertezas diante do futuro e 21,90% se entristecem ao pensar em fazer planos. As autoras explicam que pensar no futuro está relacionado com a maneira de como se está vivendo no presente o cuidado, evidenciando as necessidades atuais e futuras relacionadas ao cuidado. Monteiro e Lang (2015) em seu estudo afirmaram que vários aspectos da vida do cuidador são prejudicados com o cuidado, entre eles o trabalho, estudos, humor, vida sexual, apetite, cuidados pessoais, planos, saúde, vida social, relacionamento com os familiares.

O conceito de função executiva se aproxima muito do projeto vital abordado nesta pesquisa. A função executiva pode ser conceituada como um grupo de habilidades e capacidades que permitem ao indivíduo executar ações necessárias para atingir um objetivo e pode ser dividida em: concepção de objetivos, planejamento, execução do plano voltado ao objetivo e desempenho eficaz ou efetivo (LEZAK, 1995; GARON; BRYSON; SMITH, 2008; UEHARA; CHARCHAT-FICHMAN; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2013).

Zompero, Gonçalves e Laburú (2017) concluem que o aprimoramento das habilidades cognitivas ativa o uso das funções cognitivas, mais especificadamente nas classes do desejo/vontade, planejamento, ação propositiva, e monitoramento. Assim podendo ser aplicada em diferentes contextos e situações na vida do indivíduo tanto no presente quanto no futuro (ZOMPERO; GONÇALVES; LABURÚ, 2017).

Esta pesquisa teve por hipótese que cuidadores em tempo integral teriam mais estresse, mais depressão e menos projetos vitais do que cuidadores que, além dos cuidados, trabalham fora de casa, assim como a correlação positiva entre sintomas de depressão, estresse e percepção de sobrecarga.

2.OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar características de saúde emocional de cuidadores familiares de idosos e suas perspectivas de vida pessoal e profissional.

Objetivos específicos

Comparar os cuidadores de tempo integral e parcial a presença de estresse, sintomatologia depressiva e percepção de sobrecarga.

Relacionar o grau de dependência do idoso à presença de estresse, sintomatologia depressiva e sobrecarga dos cuidadores em tempo integral e parcial.

Comparar proposições do projeto vital dos Grupos A e B.

Relacionar os achados da saúde emocional às perspectivas de vida pessoal e profissional.

3. MÉTODO

O desenho metodológico desta pesquisa classificou-se como observacional, descritivo e prospectivo, com amostra de conveniência. Terence e Filho (2006) explicam que a pesquisa quantitativa permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente.

3.1 Participantes

Os participantes foram 78, sendo 40 cuidadores familiares de 38 idosos dependentes. Esta OSC atende usuários com deficiências, idosos e suas famílias, em situação de risco social. Os participantes foram distribuídos em dois grupos: Grupo A e Grupo B. O Grupo A foi composto com 17 cuidadores parciais e seus respectivos idosos e o Grupo B por 23 cuidadores integrais e seus respectivos idosos.

Os critérios de inclusão foram: ser cuidador familiar de um idoso com algum grau de dependência, de qualquer sexo e faixa etária.

Quanto aos de exclusão, foram: não ser da família, idoso sem apresentar nenhuma dependência, desistência durante o processo.

3.2 Local

A pesquisa foi realizada nas residências de idosos advindos das redes sociais ou disponibilizados pela Organização da Sociedade Civil (OSC), em cidade de médio porte e região, no interior de São Paulo. Neste instituto é executado o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, previsto na Tipificação SUAS 2009, que tem por objetivo atender pessoas com deficiência, idosas e suas famílias principalmente em situação de risco social, que se caracteriza como abandono, violência, negligência, sobrecarga e estresse do cuidador familiar.

A equipe deste serviço era composta por duas assistentes sociais, duas terapeutas ocupacionais, uma psicóloga e três cuidadoras sociais, e os atendimentos se priorizam em visitas domiciliares aos usuários, e atividades em grupo no instituto. No ano de 2018, o serviço atendeu 131 famílias, e realizou 3.025 atendimentos individualizados e 270 atendimentos em grupo. Este serviço fazia parceria com a Secretaria do Bem-Estar Social do município. Os usuários eram encaminhados pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

3.3 Instrumentos

Para a presente pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Inventário sociodemográfico: Este inventário foi elaborado exclusivamente para esta pesquisa, com o objetivo de caracterização da amostra. Contém questões referentes ao sexo, idade, escolaridade, religião, número de membros residindo na residência, nível socioeconômico, exercício de ocupação profissional, saúde, grau de dependência, dentre outros.

- Entrevista semi-estruturada: previamente elaborada para esta pesquisa e testada em sua funcionalidade em situação piloto para avaliar a existência de um planejamento de vida do cuidador. Os roteiros de entrevista encontram-se nos Apêndices A e B. Foram propostos os seguintes blocos: histórico dos cuidados, que teve como objetivo conhecer a dinâmica dos cuidados de modo geral; trabalho formal, o qual possibilitou entender as facilidades e dificuldades de estar ou não no mercado de trabalho formal em relação à função de cuidador familiar; sentimentos, perguntas relacionadas a como este cuidador se sente em relação a esta função, ao idoso e a sua família como um todo; suporte social, interpessoal e religioso viabilizou a descrição das restrições sociais que o cuidado acarreta, assim como a religião pode ou não contribuir na execução desta atividade; e o projeto vital que indaga os cuidadores sobre seu projetos de vida, planejamentos para o futuro e instiga pensamentos sobre a finitude do idoso cuidado.

- ¹Escala Baptista de Depressão Versão Adulto – EBADEP A (BAPTISTA, 2012) – Esta escala tem como principal objetivo avaliar a intensidade da depressão em adolescentes e adultos, de 17 a 81 anos de idade. A EBADEP-A é um instrumento autoaplicativo que contém 45 itens com 26 descritores de sintomatologia depressiva. Estes itens totalizam uma pontuação que vai de zero a 135 pontos, considera-se quanto menor a pontuação, menor a sintomatologia em depressão.

-²Inventário de Sintomas de Stress em Adultos de Lipp – ISSL (LIPP, 2000) - Este inventário objetiva avaliar a presença e sintomatologia do estresse em jovens acima de 15 anos e adultos. Sua aplicação leva aproximadamente 10 minutos e pode ser realizada individualmente ou em grupos de até 20 pessoas. O instrumento é formado por três quadros referentes às fases do estresse. O primeiro quadro, composto de 15 itens refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas. O

1 Por serem instrumentos de avaliação exclusivos do uso de psicólogos, não constam nos anexos.

2 Por serem instrumentos de avaliação exclusivos do uso de psicólogos, não constam nos anexos.

segundo, composto de 10 sintomas físicos e cinco psicológicos, está relacionado aos sintomas experimentados na última semana. E o terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, refere-se a sintomas experimentados no último mês. No total, o ISSL apresenta 37 itens de natureza somática e 19 de psicológicas, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade e seriedade. A fase 3 (quase-exaustão) é diagnosticada na base da frequência dos itens assinalados na fase de resistência.

- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (MONTEIRO; MANZIN; DANTAS, 2015) – Este questionário foi desenvolvido em Portugal e teve sua segunda adaptação para o Brasil em 2015. Tem como objetivo medir a sobrecarga emocional, física e social do cuidador informal de idosos ou pessoas com algum grau de dependência. O questionário é composto por 32 itens, que compõem sete dimensões: Implicações na vida pessoal (11 itens); Satisfação com o papel e com o familiar (cinco itens); Reações às exigências (cinco itens); Sobrecarga emocional (quatro itens); Apoio familiar (dois itens); Sobrecarga financeira (dois itens) e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle (três itens). Cada item é avaliado por uma escala ordinal de frequência que varia de um a cinco categorias de respostas: “Não/nunca”, “Raramente”, “Às vezes”, “Quase sempre”, “Sempre”. Esta escala ainda não possui propriedades psicométricas estabelecidas. Assim, para obter a classificação: sem sobrecarga, baixa sobrecarga, sobrecarga moderada e alta sobrecarga foram utilizadas medidas psicométricas de quartis de acordo com os escores obtidos na amostra. A amostra obteve como escore mínimo 32 e o máximo 140 e, a partir disso, a divisão ficou estabelecida da seguinte maneira: de 32 a 53,5 sem sobrecarga; de 53,5 a 70,5 baixa sobrecarga; 70,5 a 92 sobrecarga moderada, e de 92 a 140 alta sobrecarga. A sobrecarga é uma manifestação importante quando se trata de cuidadores familiares de idosos.

- Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. De acordo com ABEP (2018), a classe A se caracteriza por renda superior a R\$23.345,11, a B1 de R\$10.386,52 a R\$23.345,11, a B2 de R\$5.363,19 a R\$ 10.386,52, a C1 de R\$2.965,69 a R\$5.363,19 e a C2 de R\$1.691,44 a R\$2.965,69. Foi utilizado este critério para a separação por classes econômicas.

3.4 Procedimento

A captação dos participantes se deu pelo acesso a um serviço ofertado por uma Organização da Sociedade Civil (OSC) e pelas redes sociais. A instituição foi contatada para apresentação do projeto de pesquisa que permitiu o acesso ao serviço e aos seus usuários. Os cuidadores foram convidados pessoalmente e foram entrevistados após assinarem o termo de

consentimento livre e esclarecido (TCLE), em local conveniente, com privacidade ao participante. A entrevista e aplicação de instrumentos foram executadas na residência do mesmo, independentemente de onde veio o participante (redes sociais, inclusive).

Foram respeitados os procedimentos éticos em pesquisa com seres humanos (informação, esclarecimento, solicitação de consentimento), segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista UNESP câmpus Bauru. CAAE: 99193118.6.0000.5398. Parecer nº 2.997.979 (ANEXO A).

Inicialmente, foi feita a avaliação do grau de dependência do idoso pela observação e informação do cuidador segundo a Resolução RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, 2005). Os termos de consentimento foram lidos e assinados pelo idoso e pelo cuidador.

Passou-se então ao cuidador para que respondesse ao Questionário sociodemográfico, à escala EBADEP - Adulto (BAPTISTA, 2012), ao ISSL (LIPP, 2000) e ao QASCI (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015) e por último foi feita a entrevista semiestruturada.

Os dados da entrevista semiestruturada foram registrados por audiogravação da interação verbal entre participantes e pesquisador. Toda a interação verbal foi transcrita na íntegra para posterior análise.

3.5 Análise dos Dados

Para análise dos dados das entrevistas foi feito o agrupamento do relato em categorias como proposto pela análise de conteúdo (BARDIN, 1979). Foram utilizados testes psicométricos: para relação de possíveis diferenças de médias de resposta entre três ou mais grupos foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis. Assim como para comparar os resultados dos instrumentos aplicados utilizou-se o Teste de Mann-Whitney e para realizar as correlações entre os resultados a análise foi feita com o Teste Spearman.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados, inicialmente, os dados sociodemográficos dos participantes. É importante ressaltar que a idade dos participantes dos Grupo A (n=17) e B (n=23) variaram de 38 a 83 anos, assim como a média da composição familiar que foi de três membros, com mínimo de um e máximo de oito membros familiares. O Grupo A foi composto por 17 cuidadores familiares, de ambos os sexos, com a média de idade de 50 anos com desvio

padrão de cinco, sendo que a idade mínima foi 41 e a máxima 59 anos e em tempo parcial, inseridos no mercado de trabalho em outras profissões que não cuidadores de idosos, no Grupo B havia 23 cuidadores familiares, de ambos os sexos, com a média de idade de 58 anos com desvio padrão de 12, sendo a idade mínima 38 anos e a máxima 83, em tempo integral. Dos participantes do Grupo A foi 76,40% foram advindos de redes sociais e do Grupo B 60,8% eram atendidos pela OSC.

Com a análise do questionário sociodemográfico do cuidador observou-se que dos participantes do Grupo A 76,50% eram do sexo feminino, assim como 70,60% eram filhas dos idosos cuidados, 76,50% recebiam ajuda e 70,60% não possuíam patologias. Em contrapartida os cuidadores do Grupo B 91,30% eram mulheres, sendo 52,20% filhas desses idosos, 65,20% recebiam ajuda e 78,30% possuíam no mínimo uma patologia. A patologia em evidência nos cuidadores foi avaliada por outros estudos, como o apresentado por Anjos *et al.* (2015), cuidadores familiares podem ser tão doentes quanto o próprio idoso, doenças como hipertensão e diabetes aparecem em alta prevalência neste público. Avaliou-se que os cuidadores em tempo parcial apresentaram menor frequência de patologias do que os cuidadores integrais. É importante ressaltar que 32,50% dos cuidadores também eram idosos, corroborando com os questionamentos apontados por Nascimento (2001), pois mulheres idosas se tornam cuidadoras de seus familiares, entre eles seus maridos.

Ao se unir os cuidadores participantes dos Grupos A e B obteve-se um percentual de 85% da amostra como sendo do gênero feminino. Como mencionado por Silva e Santana (2014), há uma expectativa social para que a mulher assuma sempre as funções dos cuidados, seja dos filhos, dos maridos, da casa e, como consequência, de seus familiares idosos. Dentro dos 85% das cuidadoras, estão filhas, esposas, sobrinhas, irmã e até noras, e estes dados corroboram com o estudo apresentado por Ferreira *et al.* (2018). Conclui-se que há uma divisão de tarefas designadas aos gêneros e a função de cuidadora é ensinada às mulheres desde a infância, e ao chegar à vida adulta a mulher seja por escolha ou por necessidade, assume, na maioria dos casos, a função de cuidar do familiar idoso, pois é isto que a sociedade espera.

Em relação à classe social dos cuidadores, constatou-se que 47,10% dos participantes do Grupo A encontravam-se na classe B2, e do Grupo B 30,40%, na classe C1. Tendo em vista que o Grupo A eram cuidadores inseridos no mercado de trabalho, era esperado que tivessem uma renda melhor em comparação com os do Grupo B. A dificuldade financeira do cuidador familiar integral ficou em evidência nos estudos de Camargo (2010) e Silva *et al.* (2016) pois ao se dedicar exclusivamente ao idoso, o cuidador abdica dos estudos e do seu

trabalho, passando a depender apenas da renda da pessoa cuidada, pois está impossibilitado de exercer outras funções remuneradas.

No tocante à questão da renda dos cuidadores, é imprescindível mencionar a escolaridade destes participantes. No Grupo A, 41,20% possuíam ensino superior completo e do Grupo B, 30,40% não concluíram o ensino fundamental. O restante dos grupos dividiu-se nas categorias fundamental completo, ensino médio completo ou incompleto, ensino técnico, ensino superior incompleto, pós-graduação. Com isso considera-se que pessoas que tiveram a oportunidade de estudar, ao se tornarem cuidadoras de algum familiar idoso, possuem mais chances de manterem seus empregos mesmo exercendo essa nova função do que pessoas que não tiveram a chance de concluir os estudos, corroborando com a pesquisa apresentada por Silva *et al.* (2016).

A média de idade dos idosos cuidados pelos membros do Grupo A foi de 81 anos, com o desvio padrão de seis anos, tendo a idade mínima 67 e a máxima 90 anos. Os idosos dependentes que eram cuidados pelos participantes do Grupo B tiveram a média de idade de 79 anos, com desvio padrão de 11, a idade mínima foi de 60 a 99 anos. O gênero dos idosos também evidenciou a questão da mulher, pois 57,89% dos idosos cuidados pelos Grupos A e B eram do sexo feminino, assim como no estudo realizado por Sousa M. *et al.* (2018). Moreira (1997) e Nascimento (2001) também mostraram que a população idosa brasileira é majoritariamente feminina corroborando com os dados desta pesquisa.

Com o avanço da idade, o idoso acaba adquirindo algum grau de dependência como o apresentado pela Resolução RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005). Dos idosos que estavam sob responsabilidade do Grupo A, 52,90% apresentavam o grau de dependência I, aqueles sob responsabilidade do Grupo B, 39,10% estavam no grau de dependência II. Os cuidadores parciais dedicam menos tempo aos cuidados com o idoso e o fato da maioria dos idosos possuir certa independência e autonomia justifica e possibilita que este cuidador se mantenha na dupla jornada de trabalhar e cuidar. Por outro lado, os idosos cuidados pelos cuidadores integrais possuem maior dependência e precisam de uma dedicação integral por parte do cuidador, corroborando com os dados apresentados por Bicalho *et al.* (2008) e Perdigão *et al.* (2017) que a pessoa idosa com dependência exige dedicação exclusiva e muitas horas do dia do cuidador são destinadas a essa atividade.

Referente à quantidade de membros da família que habitavam com o idoso, a média do Grupo A foi de 3,17 membros com desvio padrão de 0,88, com o mínimo de dois e máximo

de cinco familiares. Para o Grupo B, a média do número de familiares foi também de 3,17 membros, mas com desvio padrão de 1,77 com o mínimo de um e máximo de oito pessoas.

Quanto aos resultados do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp, Escala Baptista de Depressão Versão Adulto e Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal e suas classificações, obteve-se que o Grupo A apresentou média de escore no ISSL de 17,36%, na EBADEP A 40,83 e no QASCI de 70. O Grupo B teve como escore médio no ISSL de 26,87%, na EBADEP A 49,78 e no QASCI de 84,17. Baseados nestes dados, os cuidadores do Grupo B apresentaram maiores escores nos três instrumentos em comparação ao Grupo A.

O ISSL demonstrou que os cuidadores em sua maioria apresentavam estresse. No Grupo A, 41,20% se encontravam na fase de resistência com sintomas psicológicos e no Grupo B, 34,80%. Assim como os dados obtidos por Cesário *et al.* (2017), o estresse apresentado com maior frequência pelos participantes neste estudo foi em fase de resistência com sintomas psicológicos. Ficou evidente que os sintomas psicológicos se sobressaem em relação aos físicos, independente da fase de estresse em que a pessoa se encontra. É notório que a função de cuidar influencia na saúde emocional desses cuidadores. Lages e Araújo (2014) apontam que o estresse é um processo e conforme o cuidador é exposto aos encargos gerados pelos cuidados, a probabilidade de apresentar estresse em algum nível aumenta.

A partir da aplicação da EBADEP - A, obteve-se como resultado que dos participantes do Grupo A 70,58% apresentaram sintomatologia depressiva mínima, ou seja, não possuem depressão e no Grupo B, 65,21%. Sendo assim, 67,50% da amostra total não apresentou sintomatologia depressiva. As sintomatologias leve e moderada apareceram em 30% da amostra total, com seis cuidadores com depressão leve e seis com depressão moderada. Na sintomatologia severa, houve 2,50% da amostra total. Estes dados se contrapõem aos de outras pesquisas com cuidadores familiares de idosos. Autores como Marzari e Perlini (2005), Roncon *et al.* (2015) e Brigola *et al.* (2017) apontaram em suas pesquisas que a depressão é algo comum entre os cuidadores, porém nesta pesquisa observou-se que tal sintomatologia não se apresentou.

O projeto vital foi avaliado pela entrevista semiestruturada. No Grupo A, 58,80% dos participantes afirmaram não pensarem no assunto e não ter nenhum projeto para o momento da morte do idoso e no Grupo B, 56,50%. O projeto vital diz respeito aos planos que este cuidador possa ter além de cuidar do idoso, porém a pesquisa apontou que os participantes tiveram seus planos anulados ou adiados quando se tornaram cuidadores e que não possuem um projeto para a fase de suas vidas em que não serão mais cuidadores, assim como corroborado pelas pesquisas de Beck e Lopes (2007) e Oliveira e Caldana (2012).

A sobrecarga dos cuidadores participantes foi avaliada pelo QASCI (MONTEIRO *et al.*, 2015). Neste trabalho, a sobrecarga dos cuidadores do Grupo A foi moderada para 29,40% da amostra e os do Grupo B 30,40% apresentaram alta sobrecarga. Os dados obtidos são reafirmados por outros estudos, pois pesquisas com cuidadores de idosos afirmam que a sobrecarga é uma das principais queixas deste público e está diretamente ligada ao estresse e à depressão destes. Pesquisadores como Bom *et al.* (2017), Brigola *et al.* (2017) e Queluz *et al.* (2017) expõem os resultados de suas pesquisas em relação a sobrecarga do cuidador informal familiar corroborando com os dados avaliados nesse estudo.

Outra condição que pode onerar a carga de um cuidador é a presença ou não de patologias nos idosos. Nesta pesquisa, 82,40% dos idosos familiares dos membros do Grupo A apresentaram ao menos duas patologias, assim como 100% dos cuidados pelo Grupo B possuíam alguma patologia. Considera-se que à medida que a população envelhece, as doenças comuns desta fase do desenvolvimento ficam em evidência, assim como apontados por Frade *et al.* (2015) e Santos *et al.* (2015). As doenças preexistentes se manifestam de maneira mais assídua na velhice como hipertensão, diabetes e demência, por exemplo. A frequência e gravidade das patologias apresentadas pelos idosos pode acarretar aumento na sobrecarga, como o indicado no Grupo B, especialmente, que apresentou alta sobrecarga. Com a exposição dos resultados dos instrumentos, é indispensável fazer algumas relações entre eles. A Tabela 1 apresenta a relação dos resultados obtidos na aplicação do ISSL, da EBADEP A e do QASCI entre os Grupos A e B.

Tabela 1 – Comparação dos resultados do estresse, depressão e percepção de sobrecarga entre os Grupos A e B

Fator	Grupo (Cuidadores)	Média	U	P
<i>Depressão</i>	A	18,88	168,00	0,452
	B	21,70		
<i>Estresse</i>	A	16,86	131,00	0,336
	B	20,30		
<i>Sobrecarga</i>	A	17,18	139,00	0,122
	B	22,86		

Fonte: Elaborada pela autora.

A comparação foi feita com o Teste de Mann-Whitney, pois possibilita verificar possíveis diferenças de médias de resposta entre os Grupos A e B. Avalia-se que apesar da diferença de média não houve significância na correlação dos resultados dos instrumentos nos dois grupos, embora as médias tenham sido sempre maiores no Grupo B. Como mencionado

acima, há uma vasta literatura que afirma que cuidadores familiares de idosos apresentam estresse, sintomatologia depressiva e sobrecarga como Roncon *et al.* (2015), Cesário *et al.* (2017) e Queluz *et al.* (2017) por exemplo, mas há uma carência no tocante da diferença entre cuidadores em tempo integral e parcial.

A Tabela 2 apresenta o cruzamento entre o grau de dependência do idoso, com a presença de estresse, sintomatologia depressiva e a sobrecarga no cuidador para a amostra total.

Tabela 2 – Relação entre grau de dependência e presença de estresse, sintomatologia depressiva e sobrecarga da amostra total de cuidadores

Fator	Grupo (grau de dependência)	Média	F	p
<i>Depressão</i>	1	18,39	2,028	0,363
	2	24,07		
	3	19,00		
<i>Estresse</i>	1	17,33	0,933	0,627
	2	20,13		
	3	21,36		
<i>Sobrecarga</i>	1	13,14	13,009	0,001
	2	26,32		
	3	26,88		

Fonte: Elaborada pela autora

Para fazer esta relação foi usado o Teste de Kruskal-Wallis que permite verificar possíveis diferenças de médias de resposta entre três ou mais grupos. Apesar de haver uma diferença na média, não houve significância entre o grau de dependência do idoso com estresse e sintomatologia depressiva, mas houve significância entre o grau de dependência e sobrecarga do cuidador, ou seja, quanto maior o grau de dependência do idoso, maior a sobrecarga do cuidador, bem como exposto por Fuhrmann *et al.* (2015) e Brigola *et al.* (2017).

Na Tabela 3 são apresentadas as correlações de Spearman entre a EBADEP A, ISSL, QASCI, grau de dependência e composição familiar dos Grupos A e B.

Tabela 3 – Correlações entre depressão, estresse, percepção de sobrecarga, grau de dependência e familiares que moravam junto com o idoso, nos Grupos A e B

Grupo A				
	<i>Estresse</i>	<i>Sobrecarga</i>	<i>Grau dep</i>	<i>Nº Familiares</i>
<i>Depressão</i>	0,77*	0,66*	0,22	0,50*
<i>Estresse</i>	1	0,84*	0,15	0,29
<i>Sobrecarga</i>		1	0,58*	0,35
<i>Grau dep.</i>			1	0,22
				1
Grupo B				
	<i>Estresse</i>	<i>Sobrecarga</i>	<i>Grau dep</i>	<i>Nº Familiares</i>
<i>Depressão</i>	0,57*	0,51*	- 0,01	0,08
<i>Estresse</i>	1	0,33	0,11	0,07
<i>Sobrecarga</i>		1	0,45*	0,08
<i>Grau dep.</i>			1	0,34
<i>Nº Familiares</i>				1

* Força da magnitude da correlação. Fonte: Elaborada pela autora

Constatou-se que no Grupo A houve correlação positiva entre sintomatologia depressiva, estresse, sobrecarga e número de familiares na residência, ou seja, a depressão aumenta conforme há maior estresse, sobrecarga e maior número de membros da família. Assim como a significância entre estresse e a sobrecarga, exibindo que quanto maior for o estresse do cuidador, maior será a sensação de sobrecarga. Nas correlações do Grupo A, houve também correlação positiva entre maior sobrecarga e grau de dependência do idoso, isto é, quanto maior a sensação de sobrecarga, mais dependência o idoso apresenta.

No Grupo B, ocorreram correlações positivas entre sintomatologia depressiva, presença de estresse e sobrecarga, bem como entre a sobrecarga do cuidador e o grau de dependência do idoso. Quanto maior os sintomas depressivos, maior a presença de estresse e a sensação de sobrecarga. Também quanto maior a sensação de sobrecarga, mais dependência o idoso apresenta.

Alguns resultados se repetiram nos dois grupos de participantes, afirmando o que foi apresentado em pesquisas anteriores que cuidadores familiares de idosos tendem a ter a saúde emocional prejudicada e que há possibilidade de desenvolverem sintomatologia depressiva, estresse e sobrecarga ao longo dos anos, e conforme um desses fatores agrave, a tendência é que os outros agravem também. Pinto e Barhan (2014), Roncon *et al.* (2015), Couto *et al.*

(2016), assim como Brigola *et al.* (2017) discutiram sobre a saúde emocional de cuidadores e qualidade de cuidados, relacionando estresse, depressão e sobrecarga.

A Tabela 4 apresenta a correlação entre receber ou não ajuda de alguém com sintomatologia depressiva, presença de estresse e sobrecarga dos cuidadores dos Grupos A e B.

Tabela 4 – Correlação entre receber ou não ajuda com os resultados de estresse, depressão e percepção de sobrecarga por grupos

<i>Fator</i>	Grupo A				Grupo B			
	<i>Recebe Ajuda</i>	<i>Média</i>	<i>U</i>	<i>P</i>	<i>Recebe Ajuda</i>	<i>Média</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
Depressão	Não	12,38	12,500	0,126	Não	12,94	52,500	0,628
	Sim	7,96			Sim	11,50		
Estresse	Não	11,38	4,500	0,022	Não	10,50	48,000	0,430
	Sim	5,95			Sim	12,80		
Sobrecarga	Não	10,25	21,000	0,570	Não	15,13	35,000	0,106
	Sim	8,62			Sim	10,33		

Fonte: Elaborada pela autora

Com base nas correlações de Spearman, considera-se que há significância entre estresse e não receber ajuda no Grupo A. Esses cuidadores são aqueles que trabalham fora de casa, então o estresse aumenta quando este cuidador tem a necessidade de trabalhar, mas não tem ajuda de outros membros da família para os cuidados com o idoso. A divisão de tarefas é essencial para a preservação e prevenção da saúde emocional quando se trata de cuidadores de idosos. O ato de cuidar exige uma dedicação intensiva para com a pessoa cuidada, e o suporte é fundamental, à medida que o cuidador não recebe nenhum tipo de ajuda seu estresse tende a aumentar e ter um amparo é uma forma de amenizar a tensão física e psicológica assim como mencionado por Marzari e Perlini (2005) e Bicalho *et al.* (2008).

Parte dos participantes era atendida por uma OSC e outros vieram por meio de redes sociais. Da amostra total, 45% eram atendidos pela OSC e 55% de redes sociais. A Tabela 5 apresenta a diferença entre os participantes da OSC e de redes sociais em relação aos instrumentos.

Tabela 5 – Diferença entre os cuidadores dos Grupos A e B vindos da OSC e de redes sociais em relação aos instrumentos

Fator	Origem	Média	U	P
Depressão	OSC	25,53	107,500	0,014
	Rede Social	16,39		
Estresse	OSC	23,68	90,500	0,013
	Rede Social	15,03		
Sobrecarga	OSC	28,11	61,000	0,001
	Rede Social	14,27		

Fonte: Elaborada pela autora

Houve significância nos resultados dos três instrumentos em relação aos participantes da OSC, tais participantes apresentavam mais sintomatologia depressiva, mais estresse e mais sobrecarga em relação aos participantes das redes sociais. Estes participantes, por serem atendidos pela instituição, encontram-se em risco social. Tal risco é caracterizado por violência, negligência, abandono, sobrecarga do cuidador e violação de direitos, portando era esperado que este público pontuasse mais nos instrumentos aplicados. Com isso, indaga-se a importância de um serviço especializado voltado ao cuidador, pois se entende que uma alta sobrecarga e escassez de ajuda pode interferir na qualidade dos cuidados e gerar violência para com o idoso, corroborando com os apontamentos de Lino *et al.* (2016) e Brigola *et al.* (2017)

Na diferenciação entre a origem dos participantes, apurou-se que 72,20% dos participantes da OSC não possuíam projeto vital e 54,50% dos participantes das redes sociais tinham projeto de vida para o momento após o falecimento do idoso. Considera-se que os participantes que são atendidos pela instituição e que se encontram em risco social, por estarem mais fragilizados, não dispõem das capacidades cognitivas de funções executivas mencionadas por Zompero *et al.* (2017). Para se planejar o projeto é necessário o uso de funções executivas que dizem respeito a capacidade de visualizar o futuro e conseguir se planejar, assim como exposto por Garon *et al.* (2008) e Uehara *et al.* (2013).

A partir da análise dos relatos dos 40 cuidadores obtidos pela entrevista semiestruturada foram categorizados sete temas centrais: “cuidado por escolha” compreendido pela escolha da pessoa em se tornar ou não cuidador, que se pautará pelos cuidados diários e as mudanças na vida após se tornar cuidador.

O segundo eixo temático é “cuidado e bem-estar” que visa dialogar sobre a aproximação da relação familiar com o idoso. O terceiro tema central trata do “cuidado e sobrecarga” que avalia um maior desgaste psicológico do cuidador, a escassez de ajuda e o

aumento da sobrecarga, a divisão dos cuidados e o amor, a família e a necessidade como principal motivo da permanência no papel de cuidador.

O quarto tema é “a relação social e familiar” que aborda a restrição do lazer e o idoso como prioridade. O quinto tema central é “religião” que entende Deus como um suporte. O penúltimo tema central é o “projeto vital” que abrange a ampliação dos momentos de lazer, reestruturação da rotina, escassez de planos e preferência por não pensar no futuro. O último eixo é a “finitude” que trata da dificuldade do cuidador se imaginar sem o idoso e sentimentos de tristeza, angústia, medo, saudade ou tranquilidade ao pensar sobre a finitude da pessoa cuidada. O Quadro 1 apresenta os temas centrais e os tópicos temáticos.

Quadro 1 - Temas centrais e tópicos temáticos compreendidos

Tema Central	Tópicos Temáticos
Cuidador por escolha	- Escolha - Mudanças na vida
Cuidado e bem-estar	- Satisfação por cuidar - Aproximação da relação familiar
Cuidado e a sobrecarga	- Desgaste psicológico - Escassez de ajuda - Divisão dos cuidados - Amor, família e necessidade como motivos do papel de cuidador.
Relação social e familiar	- Restrições do lazer - O idoso como prioridade
Religião	- Deus como suporte
Projeto Vital	- Aumento do lazer e reestruturação da rotina - Escassez de planos - Preferência por viver o presente sem pensar no futuro.
Finitude	- Dificuldade de se imaginar sem o idoso - Sentimentos de tristeza, angústia, medo, saudade ou tranquilidade ao pensar sobre a finitude da pessoa cuidada

Fonte: Elaborada pela autora.

Os temas centrais e tópicos temáticos foram determinados a partir das respostas dos participantes na entrevista semiestruturada. Observou-se uma frequência de respostas parecidas em grande parte dos entrevistados. A Tabela 6 apresenta essa frequência.

Tabela 6 – Frequência de resposta dos Grupos A e B dos Tópicos Temáticos

Tópico Temático	GRUPO A (N=17)		GRUPO B (N=23)	
	Frequência	%	Frequência	%
Escolha	13	76,50	10	43,50
Mudança de vida	15	88,20	23	100
Satisfação por cuidar	15	88,20	23	100
Aproximação da relação familiar	14	82,40	20	87,00
Desgaste psicológico	10	58,80	16	69,60
Escassez de ajuda	7	41,20	12	52,20
Divisão dos cuidados	14	82,40	12	52,20
Amor, família e necessidade como motivos do papel de cuidador.	13	76,50	20	87
Restrição do lazer	5	29,40	13	56,50
Idoso como prioridade	15	88,20	19	82,60
Deus como suporte	14	82,40	22	95,70
Aumento do lazer e reestruturação da rotina	9	52,90	8	34,80
Escassez de planos	7	41,20	14	60,90
Preferência por viver o presente sem pensar no futuro	11	64,70	18	78,30
Dificuldade de se imaginar sem o idoso	12	70,60	12	52,20
Sentimento de tristeza, angústia, medo, saudade ou tranquilidade ao pensar sobre a finitude da pessoa cuidada	13	76,50	22	95,70

Fonte: Elaborada pela autora.

O primeiro tema central destaca a escolha dos participantes de serem cuidadores: constatou-se que a maioria dos participantes do Grupo A escolheram ser cuidadores e no Grupo B a escolha não partiu deles. Assim como apontado por Perdigão *et al.* (2017) a escolha por ser cuidador não parte apenas da pessoa, em certas ocasiões como mencionadas pelos participantes, fatores como ser filha única, não ter filhos, não ter um relacionamento, a afinidade do idoso para com o cuidador ou ser consequência da vida influenciam nesta escolha.

Em relação às mudanças que esta escolha acarretou em suas vidas, os participantes de ambos os grupos expuseram que suas vidas mudaram completamente e que tiveram que se adaptar à nova realidade, tal como evidenciado por Pinto e Barhan (2014). Tais mudanças

foram desde se mudarem para a casa do idoso ou vice-versa, a abandonar seus empregos e estudos em função do cuidar. Os cuidadores afirmaram sentir maiores preocupações também, o que pode sugerir a dificuldade que o cuidador tem de manter a saúde emocional estável (ROCHA, 2015-2016).

O segundo tema central diz respeito a questões abordadas sobre o cuidado e o bem-estar do cuidador. Em relação à satisfação por cuidar, ambos os grupos afirmaram que apesar das dificuldades tem-se uma satisfação por cuidar e explicam que após a dependência do idoso, houve uma aproximação na relação deles, tal como estabelecido por Vidigal *et al.* (2014) e Moreira *et al.* (2014). A satisfação e a aproximação familiar estão intimamente ligadas: à medida que cuidador e idoso vão ficando mais próximos, a satisfação por proporcionar o bem-estar a esta pessoa aumenta.

O terceiro tema se refere aos cuidados e a sobrecarga, pois grande parte dos participantes dos Grupos A e B alegaram que o desgaste psicológico é maior que o desgaste físico. Foi possível estabelecer que a escassez de ajuda do Grupo B auxilia no aumento da sobrecarga do cuidador e que a divisão dos cuidados do Grupo A contribui para uma melhor qualidade de vida do participante, tal relação foi discutida previamente neste trabalho, pois o Grupo A precisa de auxílio para poder continuar no trabalho, e o Grupo B afirmou não receber ajuda pessoal e social o suficiente com os cuidados, sustentando os dados obtidos por Lino *et al.* (2016). É preciso ressaltar que a ajuda e divisão nos cuidados contribuem para a diminuição da sobrecarga, pois aqueles participantes que não recebem ajuda do restante da família se sentem mais desgastados e sobrecarregados apoiando os dados obtidos por Marzari e Perlini (2005) e Camargo (2010). Quando questionados sobre o motivo da permanência no papel de cuidador, avaliou-se que o amor, a família e a necessidade são os principais fatores que influenciam na escolha de permanecer tanto no Grupo A quanto no Grupo B. Apesar de todo estresse e sobrecarga que o cuidado gera, os cuidadores afirmaram não abandonarem a função em prol de todo amor que receberam do seu familiar ao longo da vida, e cuidar é uma forma de agradecer por todo esse empenho, da mesma maneira que demonstrado por Cabral e Nunes (2015) e Costa *et al.* (2015).

O quarto eixo central diz respeito a relação social e familiar do cuidador informal, apontando a restrição do lazer como principal queixa dos participantes do Grupo B, no Grupo A esta queixa não ficou em evidência. Quando questionados sobre as prioridades, os entrevistados afirmaram que o idoso sempre será a prioridade deles. O tema abrange que, apesar da satisfação por cuidar, a função exige muito do cuidador e restringe sua vida de alguma maneira, dentre elas os momentos de lazer. A dedicação exclusiva dos cuidadores do

Grupo B insere os mesmos em um isolamento social, igualmente registrado por outros estudos, a falta de tempo, restrição social, poucas horas de lazer e descanso são relatos importantes de cuidadores familiares de idosos (CAMARGO, 2010; MARZARI; PERLINI, 2005; CARVALHO *et al.*, 2015)

O quinto tema central é sobre religião. Neste tópico é possível perceber que os participantes de ambos os grupos buscam Deus como suporte para se manterem firmes como cuidadores. Eles afirmaram que sem sua crença, não conseguiriam seguir em frente, tal qual citado por Vidigal *et al.* (2014) e Mendes e Santos (2016).

O sexto tema menciona o projeto vital que aborda a ampliação dos momentos de lazer e a reestruturação da rotina. Observa-se que o Grupo A tem preferência por aumentar o lazer e a reestruturação da rotina, pois ao se tornarem cuidadores o lazer ficou mais restrito (CAMARGO, 2010; MARZARI; PERLINI, 2005; CARVALHO *et al.*, 2015). A escassez de planos se sobressai nos participantes do Grupo B em relação aos do Grupo A, pois se percebe que cuidadores em tempo parcial possuem maior facilidade de planejar o futuro do que cuidadores integrais. Porém, a maioria dos participantes dos dois grupos expressou a preferência de viver o presente sem pensar no futuro e expôs a dificuldade de ter projeto de vida para após o falecimento da pessoa cuidada, tais pensamentos remetem a sentimento de tristeza ou até serenidade. Outro aspecto relevante neste tema é o misto de sentimentos que pensar nestes assuntos geram no cuidador e como ainda é necessária uma preparação mais pontual para quando este momento chegar.

A dificuldade de planejar o futuro foi resultado de outros estudos anteriores como Monteiro e Lang (2015) e de Guadalupe *et al.* (2016). Os sentimentos em relação à morte da pessoa cuidada apareceram em outras pesquisas como a de Yavo e Campos (2016), bem como a dificuldade de se imaginar sem o idoso. Estes autores explicam que ter essa capacidade se relaciona com a qualidade de vida do cuidador, porém grande parte destes não consegue ter esta visão e será necessária uma reconstrução de vida quando este momento chegar.

Este estudo apresentou algumas limitações como a dificuldade na captação de cuidadores que, além de cuidar, também estivessem inseridos no mercado de trabalho. Também haver poucos trabalhos publicados sobre cuidadores de idosos em tempo parcial, impediu melhor possibilidade de comparação. Por haver poucos estudos na área, também há uma escassez de instrumentos que se prestem a medidas propostas nos objetivos, além da ausência dos estudos psicométricos que fornecem sua base.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, concluiu-se que os cuidadores em tempo integral apresentam mais estresse, depressão, percepção de sobrecarga e menos projeto vital do que cuidadores em tempo parcial. Cuidadores advindos de OSC também pontuam mais nos fatores estudados nesta pesquisa.

Esta pesquisa pode ter uma contribuição para o aumento de informações sobre cuidadores familiares de idosos. A condição de separação entre cuidadores parciais e integrais parece ser inovadora, pois a literatura existente sobre esta temática é escassa quando se trata de cuidadores inseridos no mercado de trabalho. A investigação de diversas variáveis possibilitou correlações importantes que envolvem o dia-a-dia do cuidador familiar do idoso dependente.

Os dados encontrados geram preocupação com a população em questão, sua saúde emocional e até mesmo a qualidade dos cuidados realizados. Os cuidadores enfrentam adversidades na sua rotina que influenciam no seu presente e conseqüentemente no seu futuro. O estresse e a sobrecarga fazem parte do cotidiano destes cuidadores, assim como as baixas perspectivas de futuro e de projetos de vida.

Observou-se que os cuidadores possuem dificuldades de planejar um futuro sem a pessoa idosa, e isto pode levar a alterações da saúde emocional. É importante que as redes de saúde e de assistência tenham olhares mais atentos para este público, pois a maioria dos serviços ofertados é disponibilizada para a pessoa idosa e não ao cuidador.

Até mesmo o serviço institucional (OSC) apresentado neste estudo, apesar de um atendimento voltado para o cuidador, não é este seu foco principal. A partir do momento em que o idoso vem a falecer, o cuidador é desligado automaticamente, e, além de perder seu ente querido, perde também todo o apoio que recebia e pode passar a ter grandes dificuldades em sua perspectiva de vida, pois esta era baseada na dedicação para com o idoso.

Pesquisas futuras podem avançar no sentido de continuar a diferenciação dos cuidadores em tempo integral e parcial, pois a maioria das pesquisas vigentes tem como foco o cuidador familiar que se dedica exclusivamente ao idoso. Pretendeu-se aqui apontar a existência do cuidador que exerce uma dupla jornada, trabalhar e cuidar: este, apesar de ter apresentado neste estudo menos estresse, depressão, sobrecarga e mais planos, também precisa de apoio.

Por outro lado, a descoberta de cuidadores que se preocupam em retribuir o carinho que receberam um dia destes idosos, apesar de toda a sobrecarga, lança esperança no sentido

de que, em um mundo de relações sociais tão frágeis, o papel parental pode estabelecer relações afetivas muito duradouras e de gratidão.

REFERÊNCIAS

ABEP, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, Critério de classificação econômica Brasil, 2018. http://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2018.pdf

ADI – ALZHEIMER’S DISEASE INTERNATIONAL. World Alzheimer Report 2015: the global impact of dementia – an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London, 2015. <http://www.alz.co.uk/research/world-report>

ANJOS, K. F. *et al.* Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**. 20(5), p. 1321-1330, 2015.

BAPTISTA, M. N. **Escala Baptista de Depressão em Adultos - EBADEP-A: Manual Técnico**. Itatiba – São Paulo, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 60(6), p. 670-5, 2007. <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/83188/1/S0034-71672007000600010.pdf>

BERG, J. A.; WOODS, N. F. Global women’s health: A spotlight on caregiving. **Nursing Clinics of North America**, 44, p. 375–384, 2009.

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enfermagem**, 13(1), p. 118-23, 2008. <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11972/8443>

BOM, F. S.; SÁ, S. P. C.; CARDOSO, R. S. S. Sobrecarga em cuidadores de idosos. **Revista enfermagem UFPE on line**, Recife, 11(1), p. 160-4, 2017.

BORN T. Cuidar melhor e evitar a violência - manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - rdc nº 283, de 26 de setembro de 2005.

BRASIL, Portaria nº 397, de 10 de dezembro de 2002. Institui a Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2002.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**. Dados sobre População do Brasil, 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica - **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060**, 2018.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

BRIGOLA, A. G. *et al.* Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2017. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403852162011>

CABRAL, B. P. A. L.; NUNES, C. M. P. Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado prestado ao idoso hospitalizado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, 26(1), p. 118-27, 2015. <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/79939/96384>

CALAIS, S. L.; MONTANHAUR, C. D.; SALGADO, M. H. Stress e qualidade de vida de pré-vestibulandos: Estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Volume XIX, n. 4, p. 62-73, 2017.

CAMARGO, R. C. V. F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **Revista Eletrônica em Saúde Mental, Alcool e Drogas**, 2010. <http://www.redalyc.org/html/803/80314492002/>

CARVALHO, D. P. *et al.* Caregivers and implications for home care. **Texto Contexto Enfermagem**, 24(2), p. 450-8, 2015.

CESÁRIO, V. A. C. *et al.* Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 171-182, 2017.

CLAUDINO, J.; CORDEIRO, R. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem o caso particular dos alunos da escola superior de saúde de Porto Alegre. **Millenium, Journal of Education, Technologies and Health**, vol. 11, n. 32, 2006. <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8403/5994>

COSTA, S. R. D.; CASTRO, E. A. B.; ACIOLI, S. Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar. **Revista de enfermagem da UERJ**, 23(2), p. 197-202, Rio de Janeiro, 2015. <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a09.pdf>

COUTO, A. M.; CASTRO, E. A. B.; CALDAS, C. P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 17(1), p. 76-85, 2016. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324044160011>

DAMON, W. O que o Jovem quer da Vida? Como pais e professores podem orientar e motivar os adolescentes. São Paulo: Summus, 2008.

DINIZ, M. A. A. *et al.* Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 23 (11), 2018. <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n11/3789-3798/pt/#>

FERREIRA, C. R.; ISAAC, L.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 108-125, 2018. <http://www.uel.br/seer/index.php/eip/article/view/26832/23591>

FERREIRA, R. G. Projeto de Vida. **GVexecutivo**. v. 7, n. 4, p. 57, 2008. <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/view/34173/32966>

FRADE, J. *et al.* Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista de Enfermagem Referência**, Série IV - n. 4, 2015. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a05.pdf>

FUHRMANN, A. C. *et al.* Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 36(1), p. 14-20, 2015. <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/117452/000966208.pdf?sequence=1>

GARON, N., BRYSON, S. E.; SMITH, I. M. Executive function in preschoolers: A review using an integrative framework, **Psychological Bulletin**, 134(1), p. 31-60, 2008.

GUADALUPE, S.; COSTA, E.; DANIEL, F. Sentimentos face ao futuro, necessidades percebidas e redes de suporte social de cuidadores informais de pessoas adultas com deficiência. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 2 (1), p. 53-66, 2016. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6688915>

GUICHARD, J.; HUTEAU, M. Psicologia da orientação. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

KLEIN, A. M.; ARANTES, V. A. Projetos de Vida de Jovens Estudantes do Ensino Médio e a Escola. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 135-154, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623656117>

LAGE I.; ARAÚJO, O. A construção discursiva do cuidado informal a idosos dependentes: percepções, constrangimentos e práticas. **Envelhecimento, saúde, doença: novos desafios para a prestação de cuidados a idosos**. In: Fonseca A, editors, p. 219-62, Lisboa: Coisas de Ler; 2014.

LEZAK, M. D. **Neuropsychological assessment**, ed. 3, New York: Oxford University Press, 1995.

LINO, V. T. S. *et al.* Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(6):e00060115, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00060115>

LIPP, M. E. N. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N. Stress emocional: esboço da teoria de "Temas de Vida". Em M. E. N. Lipp (Org.), O stress no Brasil: pesquisas avançadas (p. 17-30). Campinas: Papyrus, 2004.

MAGALHÃES, J. M. *et al.* Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição para a atenção primária. **Revista Mineira de Enfermagem**, 20:e947, 2016.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental. American Psychiatric Association. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. – 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARGIS, R. *et al.* Relação entre estressores, stress e ansiedade. **Revista. Psiquiatria. RS**, 25'(suplemento 1), 65-74, 2003. <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1>

MARZARI, F.; PERLINI, N. M. O. G. Cuidar no domicílio: percepção de cuidadores familiares da área rural. **REME – Revista. Mineira. Enfermagem**; 9(4), 322-328, 2005. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/479>

MENDES, C. F. M.; SANTOS, A. L. S. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.1, p.121-132, 2016.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores heróis anônimos do cotidiano. Dissertação de Mestrado.** 116f. Dissertação [Mestrado em Serviço Social], Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A; O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 19(3), p. 507-519, 2016. <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403846785012.pdf>

MONTEIRO, E. A.; MAZIN, S. C.; DANTAS, R. A. S. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. **Revista Brasileira Enfermagem**, 68(3). p. 364-70, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680307i>

MONTEIRO, S.; LANG, C. S. Acompanhamento psicológico ao cuidador familiar de paciente oncológico. **Psicologia Argumento**, 33(83), p. 483-495, 2015. <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19821/19123>

MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população Brasileira. UFMG/CEDEPLAR, Belo Horizonte, 1997.

MOREIRA, P. L.; VILLAS BOAS, P. J. F.; FERREIRA, A.L.A. Associação entre estresse oxidativo e estado nutricional em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 60(1), 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.016>

NASCIMENTO, M. R. Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. **Abep**, p. 191-218, 2001.

NERI, A. L.; RABELO, D. R. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Caderno de Saúde Pública**, 31 (4), 2015. <https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n4/874-884/>

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n.3, p. 675-685, São Paulo, 2012. <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2012.v21n3/675-685/pt>

PERDIGÃO, L. M. N. B.; ALMEIDA, S. C.; ASSIS, M. G. Estratégias utilizadas por cuidadores informais frente aos sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, 28(2), p. 156-62, 2017.

PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, E. J. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de stress: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 17(3), 525-539, 2014. <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838839007.pdf>

Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 2003 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

QUELUZ, F. N. F. R. *et al.* Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos (IHS-CI): evidências de validade. **Avaliação Psicológica**, 16(1), p. 77-86, 2017.

ROCHA, M. P. S. A família cuidadora do idoso dependente e o olhar para o cuidador familiar. **Revista Portal de Divulgação**, n.47, Ano VI. Dez.Jan.Fev., 2015-2016.

RODRIGUES, J. E. G.; *et al.* Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de idosos dependentes. **Ciencia y Enfermeria**, XX (3), p. 119-129, Chile, 2014. <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441817011.pdf>

RONCON, J.; LIMA, S.; PEREIRA, M. G.; Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica e Stress Familiar em Idosos Residentes na Comunidade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31 n. 1, p. 87-96, 2015. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/39725>

SANTOS, A. F.; SANTOS, M. A. Estresse e Burnout no Trabalho em Oncologia Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 35(2), p. 437-456, 2015.

SANTOS, C. A. *et al.* Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. **Ciência e Saúde Coletiva**, 20(3), p. 751-760, 2015. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n3/751-760/pt>

SCHUCK, L. M.; ANTONI, C. Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 941-951, 2014.

SELYE, H. Stress: a tensão da vida. São Paulo: IBRASA, 1959, edição de 1965.

SEMEDO, D. C. *et al.* Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. **Revista de Enfermagem FW**, v. 12, n. 12, p. 101-113, 2016. <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/2260/2242>

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v.17, n. 1, 2015.

SILVA, J. K. *et al.* Perfil De Cuidadores Familiares de Idosos Após o Acidente Vascular Cerebral. **Revista de Enfermagem UFPE (Online)**, v. 10, n. 10, p. 3727-3733, 2016. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11437/13243>

SILVA, R. M. F. M.; SANTANA, R. F. Diagnóstico de enfermagem "tensão do papel de cuidador": Revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 17(4), 887-896, 2014.

SOUSA, M. B. C.; SILVA, H. P. A.; GALVAO-COELHO, N. L. Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. **Estudos de psicologia (Natal)**, v. 20, n. 1, p. 2-11, 2015. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2015000100002&lng=en&nrm=iso

SOUSA, N. F. S. *et al.* Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, 34, (11) 23, 2018. <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n11/e00173317/>

TERENCE, A. C. F.; FILHO, E. E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. **XXVI ENEGEP** - Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de Outubro de 2006. http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_TR540368_8017.pdf

UEHARA, E.; CHARCHAT-FICHMAN, H.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. L. Funções executivas: um retrato integrativo dos principais modelos e teorias desse conceito. **Neuropsicologia Latinoamericana**, Bogotá, v. 5, n. 3, p. 25-37, 2013. http://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/145/119

VIDIGAL, F. C. *et al.* Satisfação em cuidar de idosos com Alzheimer: percepções dos cuidadores familiares. **Cogitare Enfermagem**, 19(4), p. 768-75, 2014.

WORLD, Health Organization – WHO. **Global burden of disease**. World Health Organization, 2016. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

YAVO, I. S.; CAMPOS, E. M. P. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 17(3), p. 20-32. São Paulo, SP, 2016. <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193846361002.pdf>

ZOMPERO, A. F.; GONCALVES, C. E. S.; LABURU, C. E. Atividades de investigação na disciplina de Ciências e desenvolvimento de habilidades cognitivas relacionadas a funções executivas. **Ciência e Educação. (Bauru)**, Bauru, v. 23, n. 2, p. 419-436, 2017. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-73132017000200419&lng=en&nrm=iso

APÊNDICES
APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - Cuidadores em tempo parcial


BLOCOS	QUESTÕES
Histórico dos cuidados	<p>Qual o grau de parentesco com o idoso que você cuida? Há quanto tempo você é cuidador familiar? A escolha foi sua? Quais as suas atribuições e responsabilidades? Houve mudanças na sua vida?</p>
Trabalho formal	<p>No que você trabalha? Como é se dividir entre trabalhar fora de casa e cuidar do idoso? Você tem dificuldades de trabalhar e ser o cuidador familiar de referência? Você acha que o trabalho fora de casa, ajuda ou dificulta no papel de cuidador? Se você pudesse escolher entre estar no mercado de trabalho ou não, qual seria a sua escolha?</p>
Sentimentos	<p>Como você se sente sendo o cuidador de referência? Quais sentimentos afloram quando você pensa que poderia estar em outra situação? Como você se sente em relação ao idoso? Como é o atual relacionamento de vocês e como era antes? Você recebe algum tipo de ajuda? Se sim, de quem? Se não, como se sente em relação a isso? Você sente satisfação por cuidar deste idoso? Você se sente cansada? O desgaste é maior física ou psicologicamente? Quando se sente sobrecarregada, o que você faz? Em algum momento você já pensou em “abandonar” tudo? Se sim, o que a manteve no seu papel de cuidador?</p>
Suporte social, interpessoal e religioso	<p>Como são suas relações sociais? Você tem momentos de lazer? Com a família? Com amigos? Como é sua relação com a sua família? Você tem tempo de cuidar de si? E da sua saúde? Você abre mão de eventos sociais e de lazer por conta de ser o cuidador? Você faz atividades que não envolvam o idoso? Quando você precisa tomar uma decisão em relação a sua vida, pensa primeiramente em você ou no idoso o qual cuida? Sua crença religiosa lhe dá algum suporte para ser cuidador?</p>
Projeto vital	<p>Quando falamos em projeto vital, qual o seu primeiro pensamento? Quais seriam seus planos se não fosse cuidador? Você faz planos para o futuro? Ser cuidador está neles? Você já pensou que em algum momento da sua vida você não será cuidador? Ou imagina que sempre precisará cuidar de alguém? Você pensa na finitude? Pensando na finitude do idoso, você tem um projeto de vida após este momento? Você se imagina sem este idoso? Quais sentimentos tais pensamentos lhe causam? Você prefere viver o presente sem pensar no futuro, ou prefere fazer planos para uma próxima fase da sua vida?</p>

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - Cuidadores em tempo integral

BLOCOS	QUESTÕES
Histórico dos cuidados	<p>Qual o grau de parentesco com o idoso que você cuida? Há quanto tempo você é cuidador familiar? A escolha foi sua? Quais as suas atribuições e responsabilidades? Houve mudanças na sua vida?</p>
Sentimentos	<p>Como você se sente sendo o cuidador de referência? Quais sentimentos afloram quando você pensa que poderia estar em outra situação? Como você se sente em relação ao idoso? Como é o atual relacionamento de vocês e como era antes? Você recebe algum tipo de ajuda? Se sim, de quem? Se não, como se sente em relação a isso? Você sente satisfação por cuidar deste idoso? Você se sente cansada? O desgaste é maior física ou psicologicamente? Quando se sente sobrecarregada, o que você faz? Em algum momento você já pensou em “abandonar” tudo? Se sim, o que a manteve no seu papel de cuidador? em “abandonar” tudo? Se sim, o que a manteve no seu papel de cuidador?</p>
Suporte social, interpessoal e religioso	<p>Como são suas relações sociais? Você tem momentos de lazer? Com a família? Com amigos? Como é sua relação com a sua família? Você tem tempo de cuidar de si? E da sua saúde? Você abre mão de eventos sociais e de lazer por conta de ser o cuidador? Você faz atividades que não envolvam o idoso? Quando você precisa tomar uma decisão em relação a sua vida, pensa primeiramente em você ou no idoso o qual cuida? Sua crença religiosa lhe dá algum suporte para ser cuidador?</p>
Projeto vital	<p>Quando falamos em projeto vital, qual o seu primeiro pensamento? Quais seriam seus planos se não fosse cuidador? Você faz planos para o futuro? Ser cuidador está neles? Você já pensou que em algum momento da sua vida você não será cuidador? Ou imagina que sempre precisará cuidar de alguém? Você pensa na finitude? Pensando na finitude do idoso, você tem um projeto de vida após este momento? Você se imagina sem este idoso? Quais sentimentos tais pensamentos lhe causam? Você prefere viver o presente sem pensar no futuro, ou prefere fazer planos para uma próxima fase da sua vida?</p>

ANEXOS**Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa**

UNESP - FACULDADE DE CIÊNCIAS CAMPUS BAURU - JÚLIO DE MESQUITA FILHO		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: ESTRESSE, DEPRESSÃO E PROJETO VITAL DE CUIDADORES EM TEMPO INTEGRAL E PARCIAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS		
Pesquisador: Sandra Leal Calais		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 99193118.6.0000.5398		
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 2.997.979		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de pesquisa sobre estresse, depressão e projeto vital de cuidadores em tempo integral e parcial e depressão em idosos.		
Objetivo da Pesquisa:		
O objetivo geral da pesquisa é avaliar depressão em idosos e seus cuidadores familiares em tempo integral e parcial de idosos dependentes, assim como estresse nos cuidadores e investigar a presença de um projeto vital.		
Seus os objetivos específicos são: avaliar e comparar os níveis de depressão e estresse nos cuidadores familiares; avaliar os níveis de depressão em idosos; investigar a presença de um projeto vital em cuidadores familiares.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
O projeto apresenta risco mínimo aos participantes e pode trazer benefícios para área de estudo.		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:		
Projeto adequado às exigências acadêmicas.		
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:		
O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado.		
Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01		
Bairro: CENTRO		CEP: 17.033-360
UF: SP	Município: BAURU	
Telefone: (14)3103-9400	Fax: (14)3103-9400	E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

Página 01 de 02

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



Continuação do Parecer: 2.997.979

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado e apresenta ao sujeito seu objetivo, a possibilidade de participar ou não, podendo este desistir a qualquer momento, além disso, apresentam também os aspectos referentes aos riscos da participação dos sujeitos na pesquisa. Estão em conformidade com a Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado "aprovado" por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado deste CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1218086.pdf	17/09/2018 17:06:59		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	17/09/2018 17:06:15	Sandra Leal Calais	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_investigador.docx	10/09/2018 20:04:11	Sandra Leal Calais	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_IDOSO.docx	10/09/2018 19:57:51	Sandra Leal Calais	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CUIDADOR.docx	10/09/2018 19:56:56	Sandra Leal Calais	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3103-9400 Fax: (14)3103-9400 E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



Continuação do Parecer: 2.997.979

BAURU, 03 de Novembro de 2018

Assinado por:
Mário Lázaro Camargo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Luiz Edmundo Corrêa Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3103-9400 Fax: (14)3103-9400 E-mail: cepsquisa@fc.unesp.br

Página 03 de 03

Anexo B

Inventário Sociodemográfico Cuidador

Iniciais _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Composição Familiar:

Iniciais	Idade	Renda

Renda familiar mensal: _____

() Inserido no mercado do trabalho

() Fora do mercado de trabalho

() Outro. Especificar: _____

Religião: _____ É praticante: () Sim () Não

Tem alguma doença ou problema de saúde? () Sim. Qual? _____

() Não.

Usa medicação contínua? () Sim. Qual? _____

() Não.

Faz o uso de álcool, cigarro e/ou outras drogas? () Sim. Qual? _____

() Não.

Dorme quantas horas por noite? _____

O sono é de qualidade (acorda descansado)? () Sim () Não

Anexo C

Inventário Sociodemográfico Idoso

Iniciais _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Composição Familiar:

Iniciais	Idade	Renda

Renda familiar mensal: _____

() Aposentado

() Outro. Especificar: _____

Religião: _____ É praticante: () Sim () Não

Tem alguma doença ou problema de saúde? () Sim. Qual? _____
() Não.

Usa medicação contínua? () Sim. Qual? _____
() Não.

Precisa de cuidados ? () Sim. Que tipo? _____

() Não.

Faz o uso de álcool, cigarro e/ou outras drogas? () Sim. Qual? _____ () Não.

Dorme quantas horas por noite? _____ O sono é de qualidade (acorda descansado)? () Sim
() Não

Anexo D

Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (MONTEIRO *et al.*, 2015)

1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

2. Considera que, tomar conta do seu familiar é psicologicamente difícil?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar cuidando do seu familiar?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

8. Os planos que tinha feito para essa fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

10. Sente que a vida lhe pregou uma peça?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa(o)?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

15. Sente-se só e isolada(o) por estar cuidando do seu familiar?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?

() Nunca/Não () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

19. Já se sentiu envergonhada(o) com o comportamento do seu familiar?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar cuidando dele?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?

Nunca/Não Raramente Às vezes Quase sempre Sempre