

CURSO DE PSICOLOGIA
DÉBORA DA COSTA PEREIRA

O CUIDADO COM O CUIDADOR

UBERABA – MG

2022

DÉBORA DA COSTA PEREIRA

O CUIDADO COM O CUIDADOR

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade de Uberaba como parte das exigências
para a conclusão Curso de Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Me Janete Tranquila

UBERABA – MG

2022

AGRADECIMENTO

Não há outro acima dos céus ou abaixo da terra que mereça as mais belas palavras do meu agradecimento do que o meu Deus, o qual me permitiu iniciar e concluir o meu maior sonho que é me graduar em psicologia. Em sua onisciência o Senhor já sabia cada passo que eu daria até aqui, em Jeremias 1:5 diz: “Antes que ele me formasse no ventre da minha mãe, Ele conhecia todos os meus dias.” E assim é. Ao meu Deus minha eterna gratidão por tudo o que Ele tem feito e ainda vai fazer através da minha vida como psicóloga.

Ao meu esposo, por investir em mim, me apoiar, acreditar que eu daria conta, por nunca me deixar desistir ou desviar o meu foco, por cuidar dos nossos filhos em muitas das minhas ausências, por leva-los em passeios pra me permitir concluir meus trabalhos e relatórios, por me amar quando eu estava insuportável, me acalmar em minhas crises de choro e cuidar de mim em meus cansaços pós-estágios. Meu amor, essa vitória nossa, é mais uma pra contar. Eu poderia escrever várias páginas pra agradecer e mesmo assim ainda não seria suficiente, te amo.

Aos meus filhos por me suportarem, por compreenderem minhas ausências nos passeios mais divertidos, pela ajuda, pelos lanchinhos no quarto, Carol e Dani, vocês são os melhores filhos que uma mãe poderia ter, sou privilegiada, vocês são o meu orgulho, que amo muito. E

Ao meu pai, que sempre teve uma palavra de encorajamento em momentos difíceis durante todos esses anos e por nunca desistir de mim, te amo. As minhas amigas, mais chegadas que irmãs, minhas “Psicolindas” que foram socorro bem presente em vários momentos, irmãs que a Psico me deu nossos momentos de “café terapia” eram estímulos reforçadores para me manter em frente, vocês despertam em mim todo meu lado criança, sem vocês, o caminho não teria tanta graça, amo vocês.

Ao meu braço direito, Nathalia, você foi incrível, sem sua ajuda, seu suporte seria muito difícil concluir essa fase, você tem minha gratidão eterna e toda minha admiração.

Aos meus terapeutas que acompanharam até aqui, Stanley, Simone e Fatinha, obrigada por me acolher, vocês fazem coração ficarquentinho.

E por fim, mais não menos importante, aos meus mestres, a eles toda a minha gratidão, por cada período, cada ensinamento, cada conversa, cada incentivo vocês são demais, irei leva-los comigo eternamente. As mestras Marileizinha e Janete por me auxiliarem neste Trabalho de Conclusão de Curso, gratidão.

Com carinho, Débora da Costa Pereira.

Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas, mas ao
tocar uma alma humana, seja
apenas outra alma humana - Carl
Gustav Jung

.

PEREIRA, D.C. **O cuidado com o cuidador**. Uberaba/MG, 2022. Monografia 31 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Universidade de Uberaba. Orientadora: Prof.^a. Ms. Janete Tranquila Graciale.

RESUMO

O cuidado com os idosos por conta da idade e doenças muitas das vezes é inevitável, e como por conta de condições financeiras ou/e preferência familiar esse trabalho fica por responsabilidade por algum ente da família do idoso. O objetivo desse trabalho é elucidar sobre a temática do cuidado especificamente sobre o cuidador familiar de idosos, analisando os impactos das atribuições causado na sua saúde mental e as estratégias de enfrentamento para obter qualidade de vida. A metodologia utilizada foi uma revisão narrativa da literatura a partir de consultas às bases de dados Scielo e PePSIC, sendo aproveitados vinte e seis artigos, considerando publicações em Língua Portuguesa dos últimos dez anos. Com os resultados foi possível constatar que grande parte dos cuidadores são mulheres principalmente por conta do pensamento já introjetado na sociedade que essas possuem um papel de cuidar. Também muitos desses cuidadores familiares não possuem conhecimento técnico para exercer esta função, e sofre emocionalmente as limitações de ser cuidador de seu ente familiar. Os achados também revelaram que os impactos na sua saúde mental do cuidador são inúmeros causando sofrimento e perdas na própria vida social, financeira, devido à sobrecarga da função, a rotina exaustiva típico dos quadros clínicos de estresse. Vale ressaltar ser fundamental cuidar desse cuidador familiar que necessita dos serviços especializados com profissional de saúde, pois mesmo sendo previsto na lei no Estatuto do Idoso, pouco se vê na prática o cumprimento dessa lei, a fim de proporcionar meios de enfrentamento para se fortalecer nas suas atribuições de cuidador familiar com mais saúde mental e qualidade de vida. .

Palavras chave: Cuidador Familiar. Saúde Mental. Profissionais da Saúde.

SUMÁRIO

1.	7
2.	10
2.1	10
2.2	17
2.3	24
3.	27
4.	Erro! Indicador não definido.

1. INTRODUÇÃO

Os cuidadores familiares de idosos são aqueles que realizam o autocuidado por tempo indeterminado, geralmente até a morte do familiar, assumindo responsabilidades de apoio e atendendo a todas as necessidades da pessoa, garantindo os cuidados essenciais e outras atividades. A maioria é realizada por mulheres que são filhas ou esposas que moram com os idosos e cuidam deles em tempo integral, geralmente como um evento solo sem revezamento (BELASCO *et al.*, 2006; GONÇALVEZ *et al.*, 2006; ANDRADE *et al.*, 2009; REZENDE *et al.*, 2010 *apud* OLIVEIRA e D'ELBOUX, 2012).

Segundo as pesquisas realizadas por Oliveira (2009 *apud* OLIVEIRA e CALDANA, 2012) houve um aumento dos números de famílias que cuidam de familiares idosos. O cuidar faz parte do processo do ser humano que possui como finalidade satisfazer a necessidade humana, sendo uma expressão da humanidade (WATSON1981 *apud* BOEHS; PATRÍCIO, 1990; ROACH, 2002 *apud* WALDOW; BORGES, 2001, p. 415).

A qualidade de vida é vista como a percepção que uma pessoa tem de seu lugar na vida, levando em consideração valores culturais, objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Uma das variáveis que afeta diretamente a qualidade de vida dos cuidadores é o apoio social, e cuidadores sem apoio social apresentam pior saúde física, mental e social do que cuidadores com esse apoio (BORGHI *et al.*, 2011 *apud* QUEIROZ *et al.*, 2018; BOCCHI; ANGELO, 2008 *apud* ANJOS *et al.*, 2015; LINDOLPHO *et al.*, 2014 *apud* QUEIROZ *et al.*, 2018).

No que diz respeito à saúde mental, os cuidados prestados pelos cuidadores podem ter impacto na saúde mental, pois esse cuidado gera sobrecarga e, em relação a outros fatores como, morar na mesma casa e finanças podem causar estresse e levar ao esgotamento (CACHIONI *et al* (2011 *apud* SILVA; SARDINHA; LEMOS, 2020).

De acordo com o artigo 19 da Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003, as instituições médicas são obrigadas a prestar atendimento e orientação aos familiares cuidadores e grupos de autoajuda. Pesquisas sobre saúde mental de cuidadores domiciliares de idosos constataram que eles precisam de orientação e preparo para cuidar do idoso no domicílio, podendo observar as necessidades, potencialidades e limitações desses idosos, além de cumprir suas responsabilidades. Diante disso, é importante que os profissionais de saúde eduquem esses cuidadores em sua prática de enfermagem para que atuem, respeitem e valorizem o envolvimento e a autonomia

desses cuidadores, diminuindo seus medos e dúvidas e tornando-se mais confiantes em suas ações (CESÁRIO, 2017; MOREIRA *et al.*, 2018 *apud* ANJOS *et al.*, 2018).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo elucidar sobre a temática do cuidado especificamente sobre o cuidador familiar de idosos, analisando os impactos das atribuições que o trabalho diário causa na sua saúde mental e as estratégias de enfrentamento para obter mais qualidade de vida.

Para sua construção foi realizado uma revisão narrativa da literatura, com consulta às bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e PePSIC (Portal Periódicos Eletrônicos de Psicologia), considerando-se a publicações em Língua Portuguesa nos últimos dez anos. Foram consultados 50 artigos científicos, porém foram aproveitados 26 artigos científicos respeitando as palavras chave: cuidador familiar, saúde mental, cuidadores, profissionais de saúde.

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. De acordo com os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, adequadas para descrever e discutir desenvolvimentos ou "estado da arte" sobre um determinado tema do ponto de vista teórico ou conceitual. Esses textos constituem a interpretação do autor e a análise da literatura científica em uma análise crítica. Embora a força de sua evidência científica seja considerada baixa devido à sua incapacidade de replicar seus métodos, o comentário narrativo pode facilitar o debate sobre determinados temas, dissipar dúvidas e auxiliar na aquisição e atualização do conhecimento em um curto período de tempo.

Assim este trabalho de conclusão de curso foi constituído da seguinte maneira:

Capítulo 1: *O cuidado com o cuidador*, esse capítulo esclareceu os significados de cuidar, o papel do cuidador especificando do cuidador familiar de idosos, além de descrever as características desses cuidadores.

Capítulo 2: *A qualidade de vida e a saúde mental do cuidador familiar*, explicou a o conceito de qualidade de vida e posteriormente de saúde mental, e a partir na conceptualização e exemplificando quais são os prejuízos na qualidade de vida e na saúde mental desses cuidadores.

Capítulo 3: *Cuidando do cuidador*, nesse capítulo foi dialogado sobre quais são as intervenções e ferramentas utilizadas para melhorar a qualidade de vida e saúde mental dos cuidadores familiares de idosos.

Por fim *Discussão e Análise dos Resultados e Considerações finais com os resultados obtidos* foi possível compreender que os cuidadores familiares tem sua qualidade de vida e saúde mental precarizada ao se submeter a um novo papel social, o de cuidador, principalmente por não contar com o apoio de outros familiares bem como do Estado na maioria das vezes.

O papel do psicólogo é de promover intervenções que objetivam mediar e reduzir o sofrimento, de acordo com cada cuidador, que estejam relacionadas a compreensão e aceitação do diagnóstico; tais como a criação de estratégia de enfrentamento, possibilidade de expressar as emoções e preocupações, e identificar os sofrimentos do cuidador perante o exercício do cuidado do paciente, não apenas pela doença, mas também pelo processo que impacta a dinâmica familiar, as mudanças repentinas que muitas das vezes são inesperadas.

Assim, quando se fala em realizar um trabalho voltado aos cuidadores familiares, fala-se de abrir um espaço onde esses cuidadores poderão colocar seus sentimentos e expectativas para fora, sem medo ou sentimento de culpa, para que eles possam se sentir acolhidos e ouvidos, melhorando a própria autoestima, que reflete também a relação de cuidado nos cuidados com o paciente.

Em suma a psicologia tem o papel de promover bem estar a esse cuidador neste processo por meio de uma escuta de seus sentimentos mais profundos sem julgamentos, de orientações de autocuidado, autoconhecimento para se ajudar no enfrentamento cotidiano e de suas atribuições para que este consiga também fortalecer sua autoestima, praticar hábitos saudáveis dando a esse cuidador familiar possibilidades de uma vida com mais qualidade.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O CUIDADO COM O CUIDADOR

O cuidado é visto como um modo de ser, já que sem o mesmo o ser humano deixar de ser, ou seja, “o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. O modo-de-ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano” (BOFF, 2004 *apud* WALDOW; BORGES, 2001, p. 415). Assim esse significado existencial, também possui o relacional, que é o eu com o outro e para o outro, interessando por ele, a qual o movimento é circular, um completa o outro, levando em consideração o existencial.

O autor Heidegger (2005 *apud* CAVALCANTI; BAÍA, 2015, n.p.) sustenta que;

[...] o modo-de-ser humano necessita do cuidado do outro para constituir-se. Permitindo aos homens não apenas ter o cuidado, mas ser o cuidado, que faz fundamentalmente parte da constituição do ser humano. É o que permite ao homem um modo-de-ser singular aos outros. Não há humano sem cuidado.

Diante disso, o cuidar é uma capacidade importante do desenvolvimento, sendo uma expressão da humanidade: “o cuidado ocorre por uma força que move a capacidade humana de cuidar, evocando esta habilidade em nós e nos outros, ao satisfazer uma resposta a algo ou alguém que importa, atualizando nosso potencial para cuidar” (ROACH, 2002 *apud* WALDOW e BORGES, 2001, p. 415).

Em complemento, a Leininger (1984a *apud* BOEHS; PATRÍCIO, 1990) diz que além de ser essencial ao desenvolvimento, também é ao nascimento, crescimento, sobrevivência e para uma morte tranquila, ou seja, “atos de cuidar são vitais para os relacionamentos humanos, proteção de saúde, recuperação das doenças e para a manutenção de modos saudáveis de vida” (p.112).

Segundo Sales e D’Artibale (2011 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014, p. 143) “compreender o cuidar enquanto oportunidade de aprendizado a partir da troca, da sensibilidade e da intenção consciente em estar junto ao outro”. O cuidar pode ser definido por cinco comportamentos sendo eles a compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso, sendo assim englobando atos, comportamentos e atitudes (ROACH, 2002)

Se o cuidado é a constituição ontológico-existencial mais original do ser humano, então ele oferece a base mais segura para entender a compaixão em seu sentido fundamental. (...) Com-paixão - como sugere a filologia da palavra- é a capacidade de compartilhar a própria paixão com a paixão do outro. Trata-se de sair de si mesmo e de seu próprio círculo, e entrar no universo do outro enquanto outro (BOFF, 2001, p.14-5 *apud* CAVALCANTI; BAÍA, 2015, n.p.).

Waldow (2001 *apud* RODRIGUES; BOTTI, 2009, n.p) “o cuidar envolve ação interativa que deve estar calcada na dimensão ética entre cuidado e cliente”, precisando de confiança, que o cliente coloca nas mãos do seu cuidador, seu *self* fragilizado (COLLET, 2003 *apud* RODRIGUES e BOTTI, 2009).

A autora Leininger (1984a *apud* BOEHS; PATRÍCIO, 1990, p. 112) diferencia o cuidar de cuidado, referindo o cuidar

[às atividades, processos e decisões diretas (e indiretas) de sustentação e habilidades com relação a assistir as pessoas de qual maneira a refletir atributos comportamentais que são: empáticos, de apoio, de compaixão, protetores, de socorro, de educação e outros, dependentes das necessidades, problemas, valores e metas do indivíduo ou grupo que está sendo assistido.]

Em relação aos cuidados é definido como “atos de assistência, de apoio ou de facilitação para ou pelo outro indivíduo ou grupo, que mostra necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar uma condição ou modo de vida humano” (LEININGER 1984a *apud* BOEHS; PATRÍCIO, 1990, p. 112). Ou seja, o cuidado é o ato de estar presente na vida da pessoa como uma forma de apoio, assistência ou de facilitar algo, auxiliando em uma melhor condição de vida.

De acordo com Bevis, (1981 *apud* BOEHS; PATRÍCIO, 1990) o cuidado como um processo, um elemento essencial a vida e também uma forma de arte, entendo como um “sentimento de dedicação ao outro, a ponto de influenciar de forma positiva tanto a vida daquele que recebe cuidado quando daquele que o ministra” (p. 113). Dessa forma os objetivos dessa arte é ajudar a evitar doenças, educar a população, recuperar a saúde, tornas as relações humanas, de segurança, confiança, positiva e construtiva.

[A cultura que irá influenciar nas necessidades, modos, crenças e valores do cuidado. - Os custos relacionados à energia e sentimentos envolvidos com o cuidado. - Estresse, a que estão submetidas as pessoas que cuidam daquelas que são cuidadas. O aumento do estresse pode estar ligado a uma necessidade maior ou menor de cuidado. - O tempo disponível para o cuidado pode influenciar na qualidade do cuidado (1981 *apud* BOEHS e PATRÍCIO, 1990, p 111-116)

Na perspectiva de Watson (1981 *apud* BOEHS; PATRÍCIO, 1990) o cuidar é um, assim como autores já citados, processo básico entre pessoas que tem como resultado a satisfação das necessidades humanas, completando com o significado desse ato como uma prática de saudegenia, ou seja, “integrando conhecimentos humanísticos e científicos para promover saúde e oferecer auxílio aos que estão doentes” (p.114). A autora ainda descreve dez fatores de cuidado, sendo eles

[...]- Desenvolvimento de um relacionamento de ajuda e confiança.- Promoção e aceitação de expressões de sentimentos positivos e negativos.- Utilização de métodos científicos na solução de problemas para tomada de decisão.- Promoção de ensino aprendizagem interpessoais.- Provisão de ambiente de apoio e proteção mental, física, sócio-cultural e espiritual (LEININGER 1984a *apud* BOEHS; PATRICIO, p. 115)

Boehs e Patrício (1990) ainda citam a diferença entre cuidar e curar, sendo que primeiro é mais amplo e faz parte do primeiro, e pode ser realizado de forma dependente ou independente de atos curativos, além de não de limitar a ações de cuidados mecânicos.

Para Feuerwerker (2016) a produção do cuidado envolve um encontro entre usuários desse, usuário e organizações que auxiliem no desenvolvimento de ferramentas para suportar a dor e sofrimento, além do encontro entre esses usuários e outros trabalhadores. Um ponto relevante sobre o cuidar citado por Cavalcanti e Baía (2015) é o fato que não se pode cobrar cuidado de alguém que nunca foi cuidado ou que não procurar se cuidar, sendo assim o cuidar do outro remete a olhar a si mesmo.

Humanizar remete a tornar humano, sendo assim ver a pessoa com unicidade, personalizar a assistência. Portanto o termo cuidado humanizado exige do cuidador “compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história” (PESSINI, 2004 *apud* WALDOW; BORGES, 2001, p. 416). Em adição aos requisitos de um cuidador, sendo necessário responsabilidade, interesse e compromisso social (WALDOW; BORGES, 2001).

Para Sanchez *et al* (2010 *apud* DUARTE; FERNDANDES; FREITAS, 2013, p. 79) as atividades do cuidador perante a pessoa cuidada vão de “cuidados diretos como higiene, alimentação, administração de medicação e realização de criativos, e os cuidados indiretos de obtenção de medicamentos, agendamentos e acompanhamento de consultas”.

Sob esse prisma o cuidador familiar, aquele que faz parte da família da pessoa a ser cuidada, sendo assim essa família necessidade de uma atenção focada, pois muitas vezes não se sentem capacidades para cuidar efetivamente do parente, ou ainda não perceber que precisa de ajuda e orientação para desempenhar esse cuida e autocuidado (RAFACHO; OLVER, 2010, OLIVEIRA *et.al.*, 2012 *apud* OLIVEIRA *et.al.*, 2014), por isso “a família deve receber assistência durante todo o período de acompanhamento do paciente, incluindo a morte e o processo de luto” (ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014, p. 138).

O primeiro núcleo de interação e socialização do indivíduo é a família, onde se formam vínculos intensos a qual a enfermidade de um dos membros causa sofrimento e alterações

psicossociais em todo esse núcleo, ainda mais quando essa doença não possui cura causam dúvidas e receios nos familiares (ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014; NUNES, 2010 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014).

Além disso, a família é constituída por valores e crenças que permeiam todos os membros desse núcleo. “A família é uma unidade formada por seres humanos que se percebem através de laços afetivos, de interesse ou de consanguinidade dentro de um processo histórico de vida, mesmo quando essas pessoas não compartilham um mesmo ambiente” (NUNES, 2010 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014, p. 141).

A doença descoberta na família faz com que os indivíduos sejam afetados de forma singular, sendo assim afetando e interferindo de maneira diferente em cada um, fazendo que esse núcleo se reestruture, necessitando de uma reorganização emocional, e até mesmo econômica e da dinâmica familiar (ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014; SCHMIDT; GABARRA; GONÇALVEZ, 2011 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014). Nestes sentidos os estudos reforçam que “o processo de adoecer não é apenas um acontecimento individual (...) gera desequilíbrios que vão além do aspecto corporal do doente, exigindo reorganização em diferentes dimensões da vida da família” (SOUZA; GOMES, 2012, p. 150 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014, p. 141).

Peres, Silva e Couto (2009 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014) ressalta que as mesmas fases do luto estabelecido por Kübler-Ross – negação, raiva, barganha, depressão e aceitação - que o paciente passa também está presente no cuidador familiar, ou seja, existe uma inter-relação entre o sofrimento psíquico familiar e o do doente.

Inocenti et al. (2009, p. 859 *apud* DUARTE; FERNANDES; FREITAS, 2013, p. 82) referem que “o cuidador também sofre com o adoecer e com a proximidade da morte de seu familiar, vêm à tona questões a respeito da vivência do cuidador familiar durante o cuidado com o paciente fora de possibilidades de cura”.

Os autores Encarnação e Farinasso (2014) evidenciam que a família é uma unidade de saúde para o membro adoecido, pois é uma fonte de cuidado que tem um acesso facilitado pela o vínculo e convivência. “Em caso de enfermidades graves, a família age, reage e interage internamente e com o contexto social em que vive para ajudar e apoiar o membro doente” O cuidar de um familiar adoecido é idealizado como uma tentativa de apoio e aumentar a qualidade de vida desse membro, fazendo com que esse cuidador desenvolva novos papéis. Por isso esses

cuidadores possuem um papel fundamental em todos os aspectos da enfermidade, já que são esses que vão tomar decisões sobre essa etapa, pois são eles os mais presentes (ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014, p.143).

A família enquanto cuidadora no domicílio passa a exercer funções, muitas vezes, antes desconhecidas como administrar medicação, manusear drenos e sondas, realização de curativos e higienização do paciente, além de lidar com o agravamento dos sintomas e possibilidade de morte. Diante dessa realidade, pode-se considerar que o ato de cuidar do paciente no domicílio, em especial, na fase avançada da doença seja uma atividade capaz de provocar sobrecarga física, emocional, social e econômica com repercussão na qualidade de vida desses cuidadores (RIBEIRO e SOUZA, 2010; FERREIRA, SOUZA e STUCHI, 2008 *apud* DUARTE, FERNANDES E FREITAS, 2013, p. 78).

Dessa maneira alguns motivos que leva um membro ser cuidador desse familiar baseando nas crenças, preceitos e particularidades subjetivas resultando de sentimento de obrigação, retribuição, ordem financeira e afetiva, Silva e Acker (2007 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014) pontuam três motivações da escolha desse cuidador sendo elas a motivação pessoal desse, decisão conjunta entre familiares e a falta de opção. Já Fratezi e Gutierrez (2011 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014, p. 143) destaca dizendo que a escolha é pautada em gênero, idade, grau de parentesco, local de residência, situação financeira, tempo, afetividade e personalidade.

A escolha do cuidador não é feita ao acaso, em muitas situações o mesmo vai envolvendo-se com o cuidado até que não haja mais pertença a sua vida, o que não significa que essa escolha seja fácil. O cuidador familiar principal, para se empossar deste papel, teve que ressignificar seu conceito subjetivo de doença, abrir mão de seus sonhos e desejos por tempo indeterminado, por vezes, esquecendo de sua qualidade de vida e autocuidado (ALMEIDA; MARTINS; REZENDE; SCHALL; MODENA, 2013 *apud* MONTEIRO; LANG, 2017, p.143).

Quando a decisão da escolha está ligada a relação afetiva faz com esse trabalho se transforme em sentimento de respeito e solidariedade, facilitando para as ambas as partes e diminuindo o sofrimento, porém se forem predominantes, outros fatores como tempo disponível ou condição financeira, o familiar escolhido não se sente o cuidador (ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014).

Ambos supracitados uma característica predominante na pesquisa pontuou na maioria ser no sexo feminino, como um “resultado da construção histórica, cultural, social e de gênero, relativa à figura feminina, interpretada como precursora do cuidado”.

Diante de esses fatores recebidos serem predominantes, mas não são determinantes, já que ocasionalmente não ocorre consenso entre familiares, ou o familiar que toma a decisão de ter essa função, ou é eleito pelos outros familiares e pacientes (FLORIANI; SCHRAMM, 2006; SILVA;

ACKER, 2007; FERNANDES *et al.*, 2012; BAPTISTA *et al.*, 2012 *apud* DUARTE; FERNANDES; FREITAS, 2013).

Quando a doença se faz presente na família, o cuidar se torna uma necessidade e não mais uma opção. Quando não há outra escolha, este familiar ao sentir-se responsável pelos cuidados assume e exerce o papel de cuidador, mesmo quando não se reconhece como tal. Esta situação pode ocasionar alterações na rotina e mudanças de papéis na dinâmica familiar para a adaptação às exigências e demandas do tratamento, inclusive alterações no aspecto socioeconômico, visto que por vezes são necessárias mudanças estruturais na residência. O cuidador familiar então assume mais uma função, pois ainda permanece com as tarefas domésticas, responsabilidades financeiras e de cuidados consigo e com os demais familiares, a exemplo os filhos (GUIMARÃES; LIPP, 2011; BAPTISTA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2011; SANCHEZ *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2008 *apud* DUARTE; FERNANDES; FREITAS, 2013, p. 79 - 80).

A doença de algum familiar costuma chegar sem aviso prévio necessitando de uma tomada de decisão com urgência, sendo que geralmente algum familiar fica responsável pelo cuidado dessa pessoa, assim como existe a mudança na vida do doente, esse familiar cuidador também passa por diversas mudanças na sua vida e ao mesmo tempo aumenta mais um papel, afinal, muitas das funções anteriores não pode ser abandonado, como cuidar dos filhos.

Volpato e Santos (2007 *apud* DUARTE; FERNANDES; FREITAS, 2013) ressalva que esse tipo de cuidador, o familiar, é o mais propenso ao adoecimento, pois estão em contato direto com o paciente que está em sofrimento psíquico e suas vidas mudam de formam brutas, sem aviso prévio. Rezende *et al.* (2010 *apud* DUARTE; FERNANDES; FREITAS, 2013) complementa que além da carga de cuidar, a falta de conhecimentos da condição do paciente e a imprevisibilidade auxilia para o declínio do bem estar desse cuidador.

Estudos nacionais e internacionais têm revelado que o cuidado realizado pelo cuidador familiar em domicílio é complexo, pois gera sobrecarga física, psicológica e isolamento social; falta de apoio institucional e da família, dificuldade com o ambiente/infraestrutura para realizar o cuidado e dificuldade financeira (LUZARDO; WALDMAN, 2004; CELICH; BASTILLA, 2007; FRIED; BYERS, 2005; HERU; RYAN, 2006 ; *apud* ALMEIDA *et al.*, 2012, p. 544).

Ainda para os mesmos autores, muitas são as mudanças que esse cuidador enfrentará na sua rotina, adquirindo novas funções, o que gera uma sobrecarga tanto física quanto psicológica, resultando algumas vezes no isolamento social, e esse cuidar é caracterizada por uma falta de apoio, dificuldade financeira e não possuir um ambiente e estruturas adequadas para um cuidado efetivo, por isso o cuidado familiar é caracterizado por uma atividade tão complexa e com tantas singularidades.

Segundo Oliveira (2009 *apud* OLIVEIRA; CALDANA, 2012) o número de famílias que assumem este novo papel viu cuidadoras de familiares idosos em condição de dependência está crescendo rapidamente nos últimos anos, e esses necessitam de uma rede apoio para que consigam permanecer inseridos socialmente. Para Almeida *et al.* (2012) o envelhecimento populacional mundial se dá a queda da fecundidade e mortalidade, controle das doenças infecciosas, avanço científico e crescimento das tecnologias na assistência à saúde. A OMS (2005 *apud* ALMEIDA *et al.*, 2012) em suas pesquisas conclui que em 2025 o número de idosos terá crescido em 15 vezes.

Nessa fase do desenvolvimento o ser humano sofre algumas alterações de saúde, levando a condições de dependência, sendo necessário pensar em formas e locais de cuidado desses indivíduos, destacando os cuidadores (ALMEIDA *et al.*, 2012). Um dos locais de cuidado é os domiciliares, muitas vezes os cuidadores são membros da família, e estar em cuidado nesse ambiente conhecido pelo idoso proporciona um convívio familiar, diminuindo o tempo de internação hospitalar reduzindo as complicações decorrentes às internações hospitalares.

O ambiente familiar é um facilitador do tratamento diferenciado ao paciente, pois possibilita o surgimento de relações solidárias e responsáveis. Além disso, promove a continuidade do suporte técnico, adicionados à segurança, à companhia, aos cuidados, ao carinho e ao afeto oferecidos pela família (SOARES, 2000 *apud* FRATEZI; GUTIERREZ, 2011, p. 3242).

A dependência psicofuncional desses idosos modifica a rotina, dinâmica e relação com o resto dos membros da família por conta da inversão de papéis, e novas demandas inesperadas, causando angustia por conta do vínculo do idoso e os familiares.

Quanto aos nossos autores “a obrigação de cuidar do idoso doente em função do cumprimento do papel social enquanto filho (a), neto (a) e esposa pode ser um dos fatores estressantes que o cuidador vivencia no processo de cuidado” (OLIVEIRA; CALDANA, 2012, p.682), e mesmo que esse seja prazeroso para o membro ainda gera ansiedade e angustia, colocando em segundo plano os interesses e necessidade desse cuidador comprometendo a qualidade de vida desse (VIEIRA, 2004 *apud* OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

Algumas funções que esses cuidadores de idosos relacionada a Atividades de Vida Diárias (AVDs) são:

Escovar os dentes e lavar o rosto, dar e/ou auxiliar no banho de aspersão e no leito, trocar fraldas, vestir, fazer a barba, cortar as unhas, passar desodorante e creme corporal, pentear os cabelos; preparo e oferecimento das refeições; levar e/ou acompanhar até o banheiro; auxiliar na locomoção; realizar mudança de decúbito; bem como, sentar, levantar e deitar o idoso. Além das atividades de cuidado direto ao idoso, o cuidador

precisa sair para fazer compras e pagar contas. [...] atividades de oferecer medicação, levar ao médico, acompanhar na realização de exames e buscar medicação no posto, e outras de maior complexidade, como medir a glicemia (dextro) e aferir pressão arterial (ALMEIDA *et al.*, 2012, p.545).

A partir da vivência e da complexidade das tarefas que são realizadas pelos cuidadores, esses desenvolvem algumas ferramentas, habilidades, para facilitar os afazeres do dia-a-dia ligado a prevenção de acidentes e complicações do idoso, organização do espaço físico, promoção de seu bem-estar de saúde do idoso, desenvolvimento e utilização de tecnologias de cuidado e cuidados com a alimentação para controle de peso. Além das habilidades, outro fator que ficou presente na pesquisa a importância de conversar durante com o idoso quando os cuidados estão sendo realizados, mostrando a necessidade de cuidado domiciliar e a preocupação do cuidador. (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Diante do exposto os cuidadores familiares de idosos são aqueles que fazem os autocuidados por períodos indeterminados, e muitas vezes até a morte desse membro da família, assumindo responsabilidades de suporte e de assistir todas as necessidades desse indivíduo, garantindo os cuidados básicos e outras atividades. A maioria realizada por mulheres, sendo filhas ou esposas, que mora com o idoso e cuida em tempo integral desse, sendo muitas vezes uma atividade solitária e sem revezamento (BELASCO *et al.*, 2006; GONÇALVEZ *et al.*, 2006; ANDRADE *et al.*, 2009; REZENDE *et al.*, 2010 *apud* OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

2.2 A QUALIDADE DE VIDA E A SAÚDE MENTAL DO CUIDADOR FAMILIAR

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995 *apud* COSTA *et al.*, 2016, p.934) a qualidade de vida (QV) “é a percepção que o indivíduo possui acerca da sua posição na vida inserida no contexto cultural e no sistema de valores em que vive em relação a seus objetivos, suas expectativas, preocupações e desejos”.

Segundo Cesário *et al.* (2017) qualidade de vida não possui uma definição exata, já que se diz muito sobre a singularidade do ser humano, precisando observar a percepção do indivíduo sobre como ele observa a vida, portanto envolve diversos fatores como culturais, espirituais, financeiros, de valores e experiência de vida.

A qualidade de vida por Borghi *et al.* (2011 *apud* QUEIROZ *et al.*, 2018) é vista como a percepção que a pessoa tem pela sua posição de sua vida, levando em consideração os valores culturais, objetivos, expectativas, padrões e preocupações, a qualidade de vida e saúde mental

desses cuidadores, é sobre o público atendido por eles, na pesquisa de Anjos *et al.* (2018). Foi descoberto que predominantemente são mulheres entre 60 e 102 anos, com grau alto de dependência; esses dados são confirmados em um estudo nacional de Gratão *et al.* (2013). Além que a maioria das vezes o cuidador familiar também é um idoso, sendo esse mais uma pessoa vulnerável.

Uma das variáveis que influencia diretamente na qualidade de vida do cuidador é o apoio social.

(...) apoio social compreende recursos fornecidos por outras pessoas como: 1) o emocional, que envolve manifestações de amor e afeição; 2) o instrumental, que se refere aos auxílios, provimento de necessidades materiais, ajuda para trabalhos práticos e financeiros; 3) o de informação que pode ser utilizado para lidar com problemas e sua resolubilidade; 4) e o de interação social positiva, que compreende a disponibilidade de pessoas com quem é possível se divertir e relaxar (BOCCHI; ANGELO, 2008 *apud* ANJOS *et al.*, 2015, p.1322).

Sendo assim, o fato dos cuidadores receber algum tipo de apoio de familiares e amigos, está relacionada a satisfação com os relacionamentos interpessoais, e quando isso não ocorrer, ou seja, estão insatisfeitos com as relações, apresentam uma maior sobrecarga, e isso se associa a avaliação subjetiva do cuidador em relação a qualidade de vida (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011 *apud* ANJOS *et al.*, 2015).

Ainda os mesmos autores supramencionados, a falta de apoio social junto com a doença e seu grau de dependência, idade do cuidador e do idoso, e a sobrecarga das atividades influência de forma negativa na qualidade de vida. O apoio social faz com que a qualidade de vida dos cuidadores melhora consideravelmente, porém se essa rede de apoio residir na mesma casa, pode gerar uma maior sobrecarga ao cuidador que tem sua demanda de atividades aumenta, reduzindo a qualidade de vida (ANJOS *et al.*, 2018).

De acordo com Lindolpho *et al.* (2014 *apud* QUEIROZ *et al.*, 2018) os cuidadores sem suporte social têm a saúde mais comprometida de forma física, mental e social em comparação aos cuidadores que possuem esse suporte, e com isso a qualidade da assistência prestada é prejudicada, e um bom suporte social é pautado em identificar e avaliar questões sobre o cuidador como um todo, portanto, questões físicas, emocionais e financeiras.

Se tornar um cuidador sem planejamento gera inquietação e desgaste, e isso se relacionada com o esgotamento emocional e físico, refletindo assim para uma piora na qualidade de vida dos familiares que cuidam de pessoas dependentes (SANTOS; TAVARES; DIAS, 2014 *apud* COSTA *et al.*, 2016).

Na pesquisa de Queiroz *et al.* (2018) foi observado que a qualidade de vida dos cuidadores mais jovens é mais prejudicada que os dos cuidadores mais velhos, isso pode ser explicado graças ao impacto causado na vida pessoal, social e profissional. Portanto, ao se desenvolver estratégias de promoção á saúde do cuidador é necessário pensar em todos os grupos que essa categoria envolve e suas demandas.

Cuidadoras jovens encontram-se mais susceptíveis à tensão por se confrontarem com a necessidade de balancear as demandas competitivas dentro da família e no emprego. Por seu turno, cuidadoras na meia idade e idosas estão mais predispostas ao impacto negativo do cuidado devido às mudanças associadas ao próprio envelhecimento e pela possibilidade delas apresentarem um estado de saúde parecido com aquele evidenciado pelo receptor de cuidados (MEYRES; GRAYS, 2001; YEH; JOHNSON; WNAG, 2002; SÀNCHEZ, 2001 *apud* FERNANDES; GARCIA, 2009, p.58).

As jornadas diárias de cuidado desses idosos são descritas como incessantes repetitivas e desgastantes, envolve diferentes atividades como atividades domesticas, o cuidado continuo do idoso, além das atividades empregatícias, essas atividades favorecem para a fragilidade dos cuidados, causando riscos a sua saúde, proporcionando um aumento do estresse, isolamento, medo, angustia, depressão e comprometimento a qualidade de vida (GARCES *et al.*, 2012 *apud* CESÁRIO *et al.*, 2017; LMEIRA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009 *apud* CESÁRIO *et al.*, 2017).

Ao se considerar o tempo de cuidado, a maioria são longos e de forma integral, dedicando em torno de 8,2 horas diárias, durante 10 anos, que pode ser explicado pelo cuidador morar junto aos idosos e também ao grau de dependência, sobrecarregando o cuidado, já que essas horas não acrescentadas a suas horas de atividades, sendo umas vezes atividades profissionais (ANJOS *et al.*, 2013 *apud* ANJOS *et al.*, 2018; BRIGOLA *et al.*, 2017 *apud* ANJOS *et al.*, 2018).

Ao assumir o cuidado do idoso o cuidador faz essa função de maneira ininterrupta, não tendo, muitas vezes pelo tempo escasso, mas também por escolha, atividades pessoais e profissionais, sendo assim o estilo de vida é dependente do cuidar, deixando de lado atividades de lazer e de convívio social, trazendo implicações na saúde e conseqüentemente na qualidade de vida (WATANABE *et al.*, 2015 *apud* ANJOS *et al.*, 2018).

Um indicador de má qualidade de vida desse cuidador esta ligado ao desenvolvimento de um quadro de estresse, sendo esse termo relacionado a alterações, dificuldade, problemas e efeitos que gerar desajustes físicos e psicológicos. Uma qualidade de vida ruim se associa ao cuidar, que traz preocupações sobre a evolução e o prognostico da doença, juntamente com o estresse diário (CESÁRIO *et al.*, 2017; GARCES *et al.*, 2012 *apud* CESÁRIO *et al.*, 2017; PAULA, ROQUE e ARAÚJO, 2008 *apud* CESÁRIO *et al.*, 2017).

Ao relacionar o estresse com a vida pessoal e a de cuidador, ele traz fatores negativos, por isso é necessário o entendimento da qualidade de vida para que essa melhore tanto para a pessoa que é cuidada quanto pela a que cuida (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008 *apud* CESÁRIO *et al.*, 2017). Conforme os mesmos autores supracitados, além do quadro de estresse prejudicar o cuidador e o idoso, ele também causa um desequilíbrio familiar e na qualidade de vida desses envolvidos, ocasionando uma dificuldade de aceitação na condição de paciente, bem como o cuidado que é desenvolvido (CESÁRIO *et al.*, 2017).

“Os familiares que cuidam da pessoa em sofrimento mental tendem a experimentar sobrecarga física, psicológica, emocional, social e financeira manifestada nas atividades fora do contexto familiar e refletindo-se na qualidade de vida de todos os membros” (CAVALHERI, 2010 *apud* GOMES; SILVA; BATISTA, 2018) ,

“Sobre a questão financeira se observa um sobrecarga visto que o cuidador possui uma dificuldade ou impossibilidade de se inserir ao mercado de trabalho, sendo um forte preditor de tensão,” já que a baixa condição social diminui a participação efetiva na busca de implementação de soluções de proteção e elevação nos níveis de saúde do idoso” (COELHO *et al.*, 2016 *apud* QUEIROZ, 2018, p. 218).

Neste sentido a realização de diversas tarefas é uma característica prevalente nos cuidadores familiares sobrecarregando esse que cuida, pois as situações do cotidiano, como medicação e banho, são dificultadas pela resistência do idoso gerada pelos distúrbios comportamentais e de memória, isso mostra como a saúde desses familiares são vulneráveis por conta da exposição prolongada de situações desgastante tendendo a desenvolver quadros de estresse (LENARD *et al.*, 2010 *apud* CESÁRIO *et al.*, 2017).

Em contrapartida, os autores Moraes e Silva (2009 *apud* CESÁRIO *et al.*, 2017) traz um olhar diferenciado a realizações das diversas atividades, já que essas fazem que esses indivíduos não se isolem socialmente, interagindo com situações diferentes as que envolve cuidado, tornando os mais presentes no convívio familiar e profissional.

Para os autores Almeida, Martins, Rezende, Schall e Modena (2013 *apud* MONTEIRO; LANG, 2017) o cuidador familiar quando exerce essa função precisou resignificar seu conceito subjetivo de doença, adiar sonhos e desejos por tempo indeterminado, esquecendo muitas vezes da sua qualidade de vida e autocuidado.

De acordo com os fatores que podem influenciar nessa sobrecarga do cuidador são diversos, relacionadas as perdas ocupacionais e financeiras, perda de suporte social, dificultando o cuidador que encontrar tempo para se cuidar, por conta a dedicação a família (KEBBE *et al*, 2014 *apud* GOMES; SILVA; BATISTA, 2018).

Para os autores citados a qualidade de vida do cuidador está diretamente ligada a motivação do mesmo com o cuidado, ou seja, quando o cuidar não é somente uma obrigação pode produzir tranquilidade e bem-estar, resultando em satisfação a esse cuidador e ao cuidado.

Destaca-se que, dos sentimentos positivos evidenciados pelos cuidadores, surgem sentimentos como zelo, carinho e gratificação mesmo que o trabalho seja dispendioso em vários níveis – emocional, físico e financeiro. No entanto, quando os sentimentos são negativos, os cuidadores vivenciam sentimentos de tristeza, incômodo e, principalmente impotência. Para um efetivo cuidado, o familiar cuidador deve encontrar um sentido para efetuá-lo, atribuindo significado para este sofrimento (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014, p. 144).

O cuidar traz complicações para a vida pessoal, social e emocional do cuidador, pois esse cuidado limita atividades, trazendo preocupações, inseguranças e isolamento, colocando o cuidador diante da morte e da falta de apoio emocional e prática, sendo os sentimentos experimentados por esse cuidador no processo de doença e morte do familiar, a ansiedade, depressão, culpa e solidão, e esses juntos trazem a sensação de impotência (INOCENTIET; RODRIGUES; MIASSO, 2009 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014; ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014).

Cuidadores podem vivenciar sentimentos conflituosos, deparando-se com tarefas diferentes, nunca desempenhadas anteriormente e que exigem recursos físicos, psíquicos, sociais, intelectuais e financeiros, dos quais muitas vezes não dispõem. Sentimentos contraditórios, como amor e ódio, alegria e sofrimento, euforia e depressão, aceitação e rejeição, são frequentes nos cuidadores (AZEVEDO; SANTO, 2006 *apud* PRUDENTE; RIBEIRO; PORTO, 2017, p. 124).

A responsabilidade de cuidar não é simples, e envolvem conhecimentos, competências, habilidades, iniciativas de ações de promoção, tratamento e recuperação da saúde do idoso, exigindo paciência, amor e renúncia (ANJOS *et al.*, 2018). Assim, muitas vezes, como citado por Day *et al.*(2018 *apud* ANJOS *et al.*, 2018) vem sem uma orientação, suporte de instituições de saúde e alterações da rotina implicando na qualidade de vida, ou seja os cuidadores precisam ser orientados para exercer essa função já necessitam da capacidade de avaliar e necessidade, potencias e limites dos idoso, além de ter o auto cuidado.

O cuidar pode desenvolver diversas morbidades que estão relacionadas a convivência com esses idosos dependentes, já que esses mostram ter maior conflito com os familiares e no aspecto

profissional que as pessoas que não possuem essa função. “Assim, a rotina propicia o aumento das chances de os cuidadores desenvolverem problemas de saúde física, sintomas psiquiátricos e comorbidades, porquanto o autocuidado do familiar que realiza essa assistência, diversas vezes, torna-se inexistente” (BORGHI *et al.*, 2013 *apud* CESÁRIO *et al.*, 2017, p. 177).

Para os autores Fratezi e Gutierrez (2011 *apud* DUARTE; FERNANDES; FREITAS, 2017) é importante o cuidador receber um suporte emocional e social para que esse momento da vida passe com mais tranquilidade e dignidade, buscando uma qualidade de vida.

O cuidar promove comprometimentos nos aspectos físico, emocional, espiritual e social daqueles que o realizam. Isso porque gera desde esgotamento físico, baixa autoestima, subvalorização de suas necessidades, isolamento social até preocupações em herdar essa patologia (VARGA-ESCOBAR, 2012 *apud* CESÁRIO *et al.*, 2017, p. 178).

A pessoa que presta o serviço de cuidado passa por diversas mudanças físicas, emocionais, espirituais e sociais, sendo resultado de um esgotamento físico, baixa autoestima, não dando atenção as suas necessidades, se isolando, além da preocupação na possibilidade de ter a mesma doença, ou seja, pode desencadear também preocupações e questionamentos sobre a possibilidade da hereditariedade.

Referente à Saúde Mental, Cachioni *et al* (2011 *apud* SILVA; SARDINHA; LEMOS,2020) afirma que os cuidados desempenhados pelo cuidador podem trazer impactos à saúde mental, pois esse cuidar pode vim a gerar uma sobrecarga, e vinculados a outros fatores como morar na mesma casa e financeiro pode causar tensões e levar a exaustão.

Rosa (2011 *apud* GOMES; SILVA; BATISTA, 2018, p.12) diz que;

[...] o sono e sua qualidade estão estreitamente relacionados à saúde mental e à preservação da liberdade do provedor de cuidado. Isso se deve ao fato de que à noite a necessidade de vigilância é permanente, exigindo do cuidador maior carga de preocupação com o familiar.

Outros fatores que possuem influencias direta nessa qualidade de vida do cuidador são a depressão, uma qualidade ruim de sono, tipo da demência do idoso, apoio e suporte social, acesso aos serviços de saúde, lazer, problemas de saúde já existentes, capacitação do cuidador e religiosidade, sendo necessário, portanto, estratégias de suporte psicológico, social, e educacional, para que esses fatores negativos possam sofrer influencias e ser substituídos por fatores positivos (ANJO *et al.*, 2018).

Em concordância com os autores anteriores, Pereira e Soares (2015) identifica mais fatores que influenciam a qualidade de vida e conseqüentemente a saúde mental desses cuidadores, além do que já foram citados, sendo eles “depressão; má qualidade do sono; tipo de

demência e sintomas neuropsiquiátricos; apoio, suporte social e acesso aos serviços de saúde; lazer; problemas de saúde pré-existentes; intervenções subsidiadas com treinamento para o cuidador e espiritualidade” (p. 3842).

Apesar dos cuidadores se sentirem adaptados para as funções, ainda evidenciam um sentimento de sobrecarga em todos os aspectos da vida, gerando piora no estado de saúde do cuidador (FLORIANI; SCHARAMM, 2006 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014; ANDRANDE *et al.*, 2012 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014).

Deste modo, o bem-estar do cuidador está diretamente ligado à sua saúde mental e esta, por sua vez, pode se encontrar seriamente abalada diante às situações de ansiedade e depressão. A qualidade de vida deste familiar que presta os cuidados deve ser constantemente verificada isto porque, no decorrer da evolução da doença os familiares sofrem transformações como um processo de adaptação. Evidenciou-se que o cuidar gera mais trabalho e responsabilidade aliado a uma maior sobrecarga emocional e um menor tempo para si, resultando em uma saúde mental afetada principalmente devido ao desgaste e estresse tornando todo o núcleo familiar doente (ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014, p. 145).

Anjos *et al.* (2018) complementa que muitos dos cuidadores familiares possuem alguma doença e fazendo o uso de medicamentos. Essas doenças, segundo Queiroz *et al.* (2018) são impactadas pelas tarefas desenvolvida pelos mesmos, que fica pior ao exercer sem orientação adequada e sem o suporte de outras pessoas, afetando a vida pessoal.

De acordo com Salles e D’Artibale (2011 *apud* ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014) é importante ter um olhar para os familiares dos pacientes como uma forma de humanizar o tratamento, pois a partir da assistência à saúde mental do núcleo familiar, assegura a qualidade de vida de seus membros.

É preciso lembrar que, no modelo atual de tratamento em saúde mental, além dos usuários, os cuidadores fazem parte da Rede, sendo agentes que auxiliam no tratamento e que também precisam de intervenções e cuidados para as necessidades que surgem em consequência das atividades que passam a fazer parte da sua rotina e trazem mudanças para sua vida (GOMES; SILVA; BATISTA, 2018, p. 14).

Sob este prisma é visível a preservação da saúde mental do cuidador familiar de idosos naqueles que se sentiram amparados, podendo cuidador com o apoio e possuía condições favoráveis para dar continuidade ao seu plano de vida, ao contrário daqueles que não obtiveram apoio sentindo se sobrecarregado com esse novo papel, o de cuidador, juntamente com a insegurança de se afastar do doente, passa por diversas perdas pessoais, conforme perceberam nas pesquisas de Ângelo (2008 *apud* CAMARGO, 2010)

Diante do exposto, a qualidade de vida é subjetiva do indivíduo cuidador e dependem dos fatores como sobrecarga de atividades, quantidades de pessoas na casa, idade e renda do cuidador, e grau de dependência e idade do idoso. Além de que a experiência de cuidar desse idoso é uma tarefa exaustiva em aspectos emocionais e pessoais.

2.3 CUIDANDO DO CUIDADOR

Segundo o artigo 19 da Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, as instituições de saúde têm como obrigação disponibilizar atendimento e orientações aos cuidadores familiares e grupos de autoajuda para o cuidado de idosos, porém não é visto quando se checa programas, bancos de dados ou instituições governamentais (CESÁRIO, 2017).

É observável após pesquisas sobre saúde mental de cuidadores familiares de idosos que esses necessitam de orientações e preparos para executarem o cuidado com o idosos no domicílio, sendo capazes de observar as necessidades, potencialidades e limites desses idosos, além de realizar seu próprio cuidado, levando isso em consideração é de extrema importância que os profissionais da saúde executem ações educativas para esses cuidadores na sua prática assistencial, respeitando e valorizando a participação e autonomia desses cuidadores, assim reduzindo seus medos e dúvidas, ficando mais seguros das suas ações (MOREIRA *et al.*, 2018 *apud* ANJOS *et al.*, 2018).

A partir de estudos sobre o cuidar de idosos é perceptível que as políticas de atenção aos idosos tende a ir de encontro com o melhor local para ele viver o seu envelhecimento, manutenção da autonomia/independência, identidade e dignidade, porém pouco se é visto sobre o apoio dos serviços sociais e de saúde para o autocuidado da família, ainda mais ao pensar nessa família como cuidadora única ou principal desse idoso, prejudicando o bem-estar, qualidade de vida, saúde e financeira, o que acaba a prejudicando também o cuidado com o idoso (BRIGOLA *et al.*, 2017 *apud* ANJOS *et al.*, 2018).

Diante disso a equipe de saúde deve estar capacitada para o desenvolvimento de ações que envolvam vários setores da sociedade oferecer informação e apoio para diminuir o impacto na dinâmica familiar que muitas das vezes sofre, sem a educação em saúde e apoio às famílias cuidadoras e aos idosos. (ANJOS *et al.*, 2018).

A partir do vínculo terapêutico estabelecido pelo profissional da saúde e família cuidadora possibilita a identificação das necessidades, propiciando ações organizadas e sistemáticas de

cuidado, educação em saúde e suporte social para esses familiares superarem as dificuldades dessa nova rotina familiar (PEREIRA; SOARES, 2015 *apud* ANJOS *et al.*, 2018).

Como já falado nesse trabalho, muitos cuidadores se tornam responsável por essa função sem treinamento prévio aprendendo as funções com a prática do cotidiano, por isso observasse que esses não possuem informações e orientações sobre cuidados particulares dos idosos, e esse deveria ser uma das funções que o profissional da saúde deveria suprir (ANJOS *et al.*, 2018).

Sendo o enfermeiro o profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) mais próximo do contexto familiar muitas vezes, esses precisam ter uma participação ativa na promoção de saúde e prevenção de possíveis problemas de saúde que esses cuidadores familiares podem vir a ter, assim como para a família no geral, sendo a educação em saúde uma estratégia excepcional e eficaz de apoio a esses indivíduos (ANJOS *et al.*, 2018).

Logo, os desafios expostos aos profissionais de saúde é viabilizar um apoio efetivo para os cuidadores com sentido de instrumentalizá-los para executar de forma eficaz esse cuidado e identificar a rede de suporte que muitos cuidadores não sabem que possuem. Para que isso seja realizado é necessário a sensibilização da participação da família e da comunidade no cuidado aos idosos e no apoio ao cuidador (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013 *apud* ANJOS *et al.*, 2018).

Diante de tudo aqui já visto evidencia que as estratégias preventivas são essenciais para a saúde, bem estar e qualidade de vida do cuidador, como o apoio social, porém para é necessário antes de tudo a capacitação desses profissionais com habilidades de valorização da pessoa em toda a vida (GIACOMI; FIRMO, 2015 *apud* ANJOS *et al.*, 2018).

Segundo Cassidy e Sheikh (2002) e McCarty e Lombardo (2002) citados por Figueiredo *et al.* (2012) vários tipos de intervenções vêm sendo pensadas nos cuidadores familiares com o propósito de melhorar o conhecimento e compreensão da doença e de incentivar a qualidade e a adequabilidade dos cuidados prestados, visando facilitar a adaptação das famílias a doença e possibilitar a demora da escolha da institucionalização desse idoso.

As intervenções com caráter de psicoeducação com a integração de componentes de apoio educacional e psicossocial tem mostrado eficácia no apoio a esses familiares que cuidam de seus idosos em casa, trazendo um sentimento de competência em lidar com a doenças além de auxiliar no desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes, porém por ainda serem realizadas

de forma breve e com pouco tempo é um desafio dessa intervenção (DUPUIS *et al.*, 2004; SÖRENSEN *et al.*, 2002; SÖRENSEN *et al.*, 2006 *apud* FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

Tem-se verificado que os benefícios alcançados com as intervenções psicoeducativas não se mantêm ao longo do percurso de cuidados, possivelmente devido à duração breve dos programas psicoeducativos (6 a 12 sessões) a fim de evitar ainda mais sobrecarga sobre as famílias. Nesse sentido, o acompanhamento após as intervenções afigura-se como fundamental para assegurar a manutenção dos benefícios alcançados e prevenir a ruptura dos cuidados familiares (SÖRENSEN *et al.*, 2002; 2006; SOUSA *et al.*, 2007; LARSEN e THORPE, 2006 *apud* FIGUEIREDO *et al.*, 2012, p. 36).

Intervenções psicossociais, como psicoterapia e programas psicoeducativos, têm mostrado grande eficácia e consistentes em alguns aspectos avaliados, por exemplo, sobre sobrecarga, ansiedade, depressão e competências de *coping*. Quanto às intervenções psicoeducativas, essas possuem o caráter de aumento de conhecimento, competências e bem estar do cuidado reduzindo a sobrecarga e a depressão, e adia a institucionalização (DUPUIS *et al.*, 2004; SÖRENSEN *et al.*, 2002; SCHULZ, 2000 *apud* FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

Segundo Cardoso (2011 *apud* SILVA; SÁ; SOUSA, 2018), as intervenções psicoeducativas têm como finalidade possibilitar aos cuidadores um conhecimento e capacidades sobre o cuidar, além de que possui resultados sobre a sobrecarga emocional e física, o qual houve uma melhora, e também no aumento de conhecimento sobre a doença e estratégias para lidar com a sintomatologia.

A psicoeducação integra uma componente educativa e de suporte, numa perspectiva multidisciplinar caracterizando-se por ser delimitada no tempo, estruturada em sessões, focada na atualidade e na técnica de resolução dos problemas, incide principalmente na literária sobre a demência, sobre os sinais e sintomas, diagnóstico, etiologia, prognóstico, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, retardamento da institucionalização e apoios sociais (SOUSA; MENDES; RELVAS 2007 *apud* SILVA; SÁ; SOUSA, 2018, p. 55).

Um dos desafios e questionamentos sobre a intervenção com cuidadores familiares é o fato de ver o idoso e a família como uma forma individualizada, fragmentada, sendo reflexa de um modelo biomédico que anula a família como um sistema de interações entre eles e o meio social, direcionando as intervenções ou para o idoso ou para a família, sendo assim os recursos comunitários de apoio funcionam de forma separada, fazendo com que a família tenha que dobrar seus esforços de integração dos diferentes serviços e sistemas de suporte (NOLAN *et al.*, 2002; SOUSA; MENDES; RELVAS, 2007 *apud* FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

Assim, os modelos de intervenção que perspectivam a família como unidade, combinando e integrando diferentes estratégias de apoio (psicoeducativo, social, estimulação cognitiva) tendem a ser mais eficazes no processo de ajustamento funcional da família aos desafios da situação demencial, por comparação com intervenções

individualizadas e fragmentadas (DUPUIS *et al.*, 2004; SCHULZ, MARTIRE e KLINGER, 2005; SÖERENSEN *et al.*, 2002 *apud* FIGUEIREDO *et al.*, 2012, p. 35).

Sendo assim, para que as intervenções tenham sua maior funcionalidade, ou seja, funcione da maneira que foram elaboradas, é necessário ver o idoso, cuidador familiar e a família como uma unidade, que possuem suas particularidades, porém funciona como uma engrenagem, uma precisa da outra.

3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a análise da literatura sobre a temática do cuidado com o cuidador familiar de idoso, foi possível evidenciar que a doença na família é algo que modifica o âmbito familiar, sendo necessária uma reestruturação para o cuidado do adoecido, muitas das vezes o cuidador é escolhido por vontade própria, ou uma decisão em conjunto com a família, ou por falta de opção, sendo essa escolha pautada no gênero, idade, grau de parentesco, local onde mora, situação financeira, tempo, afetividade e personalidade.

É importante ressaltar que a doença em um familiar faz com que os familiares em volta sejam afetados de maneira diferente, sendo assim, esse sofre com o adoecer e com a proximidade da morte, já que muitas das vezes o cuidador familiar de idosos são aqueles que ficam até a morte desse ente, carregando consigo responsabilidade de suporte e de assistir em suas necessidades.

Considerando todas as mudanças que o cuidador passa para ser enquadrado no seu novo papel tanto na família quanto socialmente, a qualidade de vida desse cuidador tende a sofrer declínios, apresentando quadros de estresse e sobre carga que se relaciona a todo contexto de vida desse. Diante disso o apoio social para esse cuidador é fundamental para que se sinta também acolhido, considerando que ele vive um misto de sentimentos e a falta desse apoio acaba interferindo no cuidar e no viver desse cuidador.

Assim, os cuidadores sem apoio social sofrem maiores prejuízos na saúde física, mental e social do que os cuidadores com apoio social e, portanto, a qualidade dos cuidados prestados, e um bom apoio social baseia-se na identificação e avaliação dos diferentes problemas e que poderá contribuir para redução das dificuldades da sobrecarga desse.

A responsabilidade de cuidar não é simples, envolvem conhecimentos, habilidades, iniciativas para promover, tratar e restaurar a saúde do idoso, e requer paciência, amor e renúncias. E muitas vezes isso é feito sem orientação e apoio de instituições de saúde, o que

prejudica a qualidade de vida desses cuidadores, constantemente, destaca-se assim os cuidadores precisam receber orientação e subsídios para exercer essa função já que precisam avaliar as necessidades, potencialidades e limitações dos idosos, além do envolvimento de laços familiares o cuidador passa a se cuidar.

É importante olhar para os familiares do paciente como uma abordagem humanizada do tratamento, pois garante a qualidade de vida de seus membros na perspectiva do cuidado em saúde mental no seio da família.

Diante disso, conhecer o cuidador familiar em todo o seu contexto é de extrema importância que os profissionais de saúde elaborem políticas de saúde mais efetivas, respeitando e valorizando sua participação e autonomia, diminuindo seus medos e dúvidas, tendo mais confiança em suas ações.

Salienta-se a educação em saúde e o apoio às famílias cuidadoras e idosos são importantes, pois as equipes de saúde devem ser capazes de realizar ações envolvendo todos os setores da sociedade e universidades para reduzir o impacto dessa dinâmica familiar, muitas vezes sujeita a muitos imprevistos. A partir das conexões terapêuticas estabelecidas pelos profissionais de saúde e familiares cuidadores, pode-se identificar necessidades e proporcionar a esses familiares ações organizadas e sistemáticas, educação em saúde e apoio social para superar as dificuldades dessa nova rotina familiar.

Um dos profissionais da saúde para uma intervenção eficiente e integrada é o psicólogo, que tem uma compreensão do cuidado na visão do cuidador, e por meio de sua prática, como psicoterapia e programas psicoeducativos, têm demonstrado grande eficácia e consistentes em determinadas avaliações, como sobrecarga, ansiedade, depressão e habilidades de enfrentamento. Por fim, as intervenções psicoeducativas visam proporcionar aos cuidadores conhecimento integral e habilidades dos cuidadores, além de ser melhorias no bem estar biopsicossocial do cuidador, valorizando seu papel e aprimorando sua prática e estratégias de enfrentamento.

Por meio dos estudos realizados e apresentados sobre o cuidado com o cuidador familiar de idosos foi possível perceber a fragilidade existente no tema, já que apesar de existir produções científicas pouco se fala na prática de como melhorar a qualidade de vida desses profissionais, e isso resulta na impotência e solidão do cuidador.

Portanto se faz necessário mais pesquisas sobre a temática bem como oferecer assistência psicossocial ao cuidador para ampará-lo nos diferentes assuntos relacionados aos direitos do

idoso. Assim profissionais da saúde e o Estado devem promover ações para fortalecer a saúde mental dos cuidadores familiares, a fim de possibilitar qualidade de vida.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 21, p. 543-548, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300008>>. Acessado em: 29 de Setembro de 2021.

ANJOS, K. F. et al. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos. *Ciencia y Enfermería*, v. 24, 2018. Disponível: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3704/370457444010/370457444010.pdf>>. Acessado em: 24 de novembro de 2021.

ANJOS, K.F. et al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1321-1330, 2015. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.14192014>>. Acessado em: 12 de outubro de 2021.

BOEHS, A. E.; PATRÍCIO, Z.M.. O que é este "cuidar/cuidado"? - Uma abordagem inicial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 24, p. 111-116, 1990. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/CtCNLXNMXJW9YL99r3CRr8J/?lang=pt>>. Acessado em: 14 de Setembro de 2021.

CAMARGO, R.C.V.F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, v. 6, n. 2, p. 231-254, 2010. Disponível em:<<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i2p231-254>>. Acessado em: 12 de outubro de 2021.

CAVALCANTI, A. C. S.; BAÍA, Â. F.. O conceito de cuidar em psicologia hospitalar: da tecnificação à humanização?. REVISTA HUM@ NAE, 2015.

CESÁRIO, V. A. C. et al. Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. Saúde em Debate, v. 41, p. 171-182, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n112/171-182/pt/>>. Acessado em: 24 de novembro de 2021.

COSTA, T.T. et al. Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, p. 933-939, 2016. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0064>>. Acessado em: 12 de outubro de 2021.

DUARTE, I.V.; FERNANDES, K.F.; FREITAS, S. C. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. Revista da SBPH, v. 16, n. 2, p. 73-88, 2013. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1516-08582013000200006>. Acessado em: 12 de outubro de 2021.

ENCARNAÇÃO, J. F.; FARINASSO, A. L.C. A família e o familiar cuidador de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: uma revisão integrativa. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 35, n. 1, p. 137-148, 2014. Disponível em:< <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/16076>>. Acessado em: 12 de outubro de 2021.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R.. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, p. 57-63, 2009. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100009>>. Acessado em: 18 de novembro de 2021.

FEUERWERKER, L. M. C. Cuidar em saúde. Feuerwerker LMC, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, p. 35-47, 2016.

FIGUEIREDO, D. et al. Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 15, n. Especial11, p. 31-55, 2012. Disponível em: < <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15i Especial11p31-55>>. Acessado em: 24 de novembro de 2021.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & saúde coletiva*, v. 16, p. 3241-3248, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800023>>. Acessado em: 29 de Setembro de 2021.

GOMES, M. L. P.; SILVA, J. C. B.; BATISTA, E. C.. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 3-17, 2018. Disponível em:< <https://www.redalyc.org/jatsRepo/6098/609863939001/609863939001.pdf>>. Acessado em: 12 de outubro de 2021.

MONTEIRO, S.; LANG, C. S.. Acompanhamento psicológico ao cuidador familiar de paciente oncológico. *Psicologia Argumento*, v. 33, n. 83, 2017. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.33.083.AO04>>. Acessado em: 12 de outubro de 2021.

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, p. 675-685, 2012. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300013>>. Acessado em: 29 de Setembro de 2021.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 65, p. 829-838, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/gydrQM7MRQJvZ3C7JgGDfNJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 29 de Setembro de 2021.

OLIVEIRA, M. C. et al. A percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 35,

n. 2, p. 81-90, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2014v35n2p81>>. Acessado em: 14 de Setembro de 2021.

PEREIRA, L. S. M.; SOARES, S. M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 3839-3851, 2015. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.15632014>>. Acessado em: 18 de novembro de 2021.

PRUDENTE, C. O. M.; RIBEIRO, M. F. M.; PORTO, C. C. Qualidade de vida de cuidadores familiares de adultos com lesão medular: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 123-134, 2017. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n1/123-134/pt/>>. Acessado em: 18 de novembro de 2021.

QUEIROZ, R. S. et al. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, p. 205-214, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170170>>. Acessado em: 18 de novembro de 2021.

RODRIGUES, T. A.; BOTTI, N. C. L. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, p. 528-530, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/XRJBKqkDGVGftBxYM9QHx3y/?lang=pt&format=html>>. Acessado em: 14 de Setembro de 2021.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. Disponível: < <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 12 de maio de 2022.

SILVA, M.; SÁ, L.; SOUSA, L. Eficácia dos programas psicoeducacionais na sobrecarga nos familiares cuidadores de pessoas com demência: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 19, p. 54-60, 2018. Disponível em: <

<https://pdfs.semanticscholar.org/44d1/020fbc3122346586e7fe1569ea6193f5e8d0.pdf>>.

Acessado em: 24 de novembro de 2021.

SILVA, N.P.; SARDINHA, L.S; LEMOS, V. A.. O Impacto da Doença de Alzheimer na Saúde Mental do Cuidador. *Diálogos Interdisciplinares*, v. 9, n. 4, p. 48-57, 2020. Disponível em:< <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/935>>. Acessado em: 12 de outubro de 2021.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paulista de enfermagem*, v. 24, p. 414-418, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/MvcQR4bWHt4kcdD9DgyVCZh/abstract/?lang=pt>>. Acessado em: 15 de Setembro de 2021.

