

EVA VILMA FERREIRA NUNES
LENISE VIEIRA CRESPO DA COSTA

**O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS: UMA
ABORDAGEM NETNOGRÁFICA**

PORTO VELHO - RO
2021

EVA VILMA FERREIRA NUNES
LENISE VIEIRA CRESPO DA COSTA

**O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS:
UMA ABORDAGEM NETNOGRÁFICA**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Psicologia do Centro Universitário São Lucas, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof. Me. Ainá Barbosa Feitosa.

PORTO VELHO - RO
2021

O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS: UMA ABORDAGEM NETNOGRÁFICA

Eva Vilma Ferreira Nunes¹
Lenise Vieira Crespo da Costa²

RESUMO

Este é um trabalho de caráter qualitativo e cunho netnográfico, que é um método de pesquisa baseado na observação e no trabalho de campo online. Os objetivos estão relacionados ao conceito e às formas do cuidado, além da compreensão a respeito do sofrimento psíquico para responder ao seguinte questionamento: Por que cuidadores de idosos padecem desse tipo de sofrimento? O texto está estruturado em apresentação da temática, aprofundamento teórico sobre a figura do cuidador, assim como faz a discussão sobre as diferenças existentes entre aqueles que realizam a atividade de modo formal ou informal. Mais adiante discute-se sobre os desdobramentos causados pela atividade do cuidar e suas representações sociais quando ela é realizada por um familiar. Em seguida aborda-se a metodologia para serem apresentados e discutidos os dados encontrados, que foram divididos em três eixos de análise: (1) A posição do cuidador e o autocuidado; (2) Significações do cuidar para o cuidador e (3) Relações familiares e sociais dos cuidadores. Através dos resultados obtidos, verifica-se que a discussão sobre a saúde emocional dos cuidadores domiciliares não se encontra finalizada. Existe a necessidade em se promover incitamentos que possibilitem a escuta destes sujeitos e a criação de políticas públicas que os ampare.

Palavras-chave: Netnografia. Cuidador familiar de idosos. Psicanálise. Psicologia da Saúde e Social.

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema o sofrimento psíquico de cuidadores familiares de idosos, não só porque são figuras do contemporâneo que ganham cada vez mais espaço devido às mudanças da população, mas também pela necessidade de somar aos estudos já realizados novos elementos que fazem parte dessa realidade social.

Sabe-se que o envelhecimento causa alterações estruturais e funcionais nos indivíduos (MAZZA e LEFEVRE, 2005), e, em geral, o aparecimento e agravamento de doenças crônicas não transmissíveis tem gerado dependência funcional desses idosos, exigindo cuidados permanentes por parte da família (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Essa

¹ Graduanda em Psicologia do Centro Universitário São Lucas de Porto Velho/RO (UniSL)

² Graduanda em Psicologia do Centro Universitário São Lucas de Porto Velho/RO (UniSL)

dependência acaba repercutindo na qualidade de vida do familiar, ou seja, afeta a percepção do indivíduo sobre sua posição em relação à cultura e sistema de valores (PAULA *et al.*, 2008).

O cuidador³ é entendido aqui neste trabalho, como aquele indivíduo que presta cuidados a uma pessoa idosa, normalmente doente, e este pode ou não ter um vínculo familiar (NAKATANI *et al.*, 2003). Geralmente, o cuidado é exercido pelos cônjuges, filhos ou irmãos (MAZZA e LEFEVRE, 2005).

O objetivo do cuidador é incentivar a independência da pessoa, diminuindo possíveis agravamentos de saúde, assumindo a responsabilidade de dar suporte, tendo em vista a qualidade de vida do idoso (MENDES *et al.*, 2010). Por se tratar, geralmente, de um familiar, é comum que desempenhe as atividades de cuidado sozinho. Além disso, ele passa a se preocupar principalmente com a saúde do doente e acaba “esquecendo” de cuidar de si mesmo, pondo em risco a sua qualidade de vida.

Segundo Paula *et al.* (2008), as sobrecargas físicas e psíquicas a que estas figuras estão submetidas leva à má qualidade de vida e, como consequências mais comuns, estão os problemas sociais, já que essas pessoas acabam alterando totalmente suas rotinas em benefício do doente.

Comumente, os cuidadores domiciliares não estão capacitados para enfrentar a situação de adoecimento crônico de um familiar. Em muitos casos os diagnósticos são inesperados e repentinos. Segundo Floriani (2004), mudanças de vida e reorganização de papéis acabam sendo necessárias, levando-os, muitas vezes, a apresentarem comportamento de exclusão social, isolamento afetivo, depressão e perda da perspectiva de vida.

Diante do exposto até aqui, é que este estudo propõe as seguintes questões: Como conceituar cuidado? De que formas o cuidado acontece? O que é sofrimento psíquico e porque os cuidadores de idosos padecem desse tipo de sofrimento?

Em razão da rotina difícil estabelecida e, muitas vezes, por causa da saúde do indivíduo acamado, torna-se extremamente difícil para o cuidador sair de casa ou organizar sua agenda de forma a priorizar seu próprio cuidado. Geralmente, relegando-se a um

³ A utilização do termo *cuidador* não se refere à prática de atividade exclusiva do gênero masculino, trata-se apenas do uso permitido na Língua Portuguesa em relação ao gênero gramatical relacionado ao ser humano, independente de que este seja masculino ou feminino. Sobreposição do gênero masculino ao termo “homem” que, análogos em outros idiomas, também faz referência ao ser humano (germânico = *man* – de ambos os gêneros). Não se trata, portanto, de uso sexista (MÄDER, 2015).

segundo plano, é comum seu adoecimento durante o exercício de seu papel (SCHNAIDER; SILVA; PEREIRA, 2009).

Infere-se que esta falta de percepção do próprio quadro de saúde em benefício do paciente que é cuidado pode estar atrelada ao surgimento de patologias de cunho físico e psicológico. Sendo assim, quando buscam por atenção de profissionais da saúde, recebem tratamentos paliativos em que são receitadas apenas medicações para conter os sintomas, mas não tratando os fatores desencadeantes.

É possível concluir que o cuidar pode se tornar uma atividade desgastante devido à privação do convívio social ocasionada pela intensidade de atenção no cuidado, não divisão das tarefas com outros familiares, gerando a sobrecarga física e emocional que tendem a evoluir para quadros de sofrimento e adoecimento.

Considerando isso, é que o tópico a seguir abordará as características emocionais e o enquadramento do trabalho do cuidador familiar domiciliar de idosos, assim como a significação do cuidar para esses sujeitos.

CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO: UM TRABALHADOR

Há um aumento na proporção de idosos no Brasil, principalmente em virtude da melhoria na qualidade de vida, que provoca mudanças na população e também na forma como as famílias se constituem. Portanto trazer à tona a temática do envelhecimento, não somente na área da Psicologia e da Saúde – mas primordialmente, torna-se importante para que sejam pensadas formas mais eficientes de lidar com essa fase do desenvolvimento humano, bem como as relações que se estabelecem a partir dela. Neri (2004) traz a seguinte caracterização sobre o assunto:

O envelhecimento é caracterizado pelo declínio da mortalidade infantil, pela diminuição de mortes de adultos por doenças infecciosas e pelo declínio das taxas de natalidade. Vem ocorrendo de forma relativamente rápida no Brasil.(...) A diminuição da natalidade deverá contribuir para deslocar em parte a atenção exclusiva dada à infância e à adolescência para os mais velhos (NERI, 2004, p. 16-17).

Somado a isso, o Estatuto do Idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, traz o seguinte no seu texto:

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Ou seja, além de ser uma determinação que deve ser seguida como prioridade, o cuidado ao idoso é de responsabilidade da sociedade como um todo. O Estatuto traz ainda, de forma enfática, a **priorização** desse cuidado sendo realizado por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência.

É sabido que entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000 (OMS, 2005). O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.

Tudo isso mostra a necessidade de haver um compromisso pactuado por todos para que sejam garantidos os direitos, melhores condições de vida e existência, assim como relações mais positivas com essa parcela da sociedade. O velho e o envelhecer precisam ser (re)conhecidos e desmistificados, porque o que existe é grande desinformação sobre a sua saúde e também sobre as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social.

O QUE É CUIDADO E COMO CUIDAR?

Segundo Boff (2008), o cuidado é algo que se opõe ao descuido e ao descaso. Para o autor significa mais que uma atuação, é um comportamento, pois envolve atenção, zelo e esforço em cuidar. “Representa atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (p. 33). Dessa forma,

A atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade. Assim, por exemplo, dizemos: “essa criança é todo o meu cuidado (preocupação)”. O Padre Antônio Vieira, clássico de nossa língua escreve: “estes são, amigo, todos os meus cuidados (minhas inquietações)”. Um

antigo adágio rezava: “quem tem cuidados não dorme”. Os latinos conheciam a expressão “dolor amoris” (dor de amor) para expressar a cura, a inquietação e o cuidado para com a pessoa amada. Ou ainda: “entreguei meu filho aos cuidados do diretor da escola” (coloquei-o sob a sua responsabilidade) (BOFF, 2008, p. 91).

Logo, a pessoa que cuida, e aqui estamos nomeando-a de cuidador, é aquela que atua em prol do outro com responsabilidade, tendo que lidar com as questões inerentes à atividade desenvolvida, mas também está afetivamente envolvida com essa ocupação – o que traz, portanto, certas inquietações/afetações que influenciam diretamente na sua vida e nas suas relações interpessoais.

E quando se trata de um cuidador que é também *familiar*? Ao percorrer as representações sociais a respeito dessa ilustre figura, Mendes e Santos (2016), em seus estudos, classificaram em quatro as categorias sobre o cuidado. Vejamos abaixo:

- 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 sujeitos o cuidado está relacionado à 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 concluem que tais categorias podem ingerir nas práticas de cuidado de maneiras diferentes, sendo as representações mais fortes, as que envolvem limitação de autonomia (prisão) e o dever moral (missão).

Neste ponto se faz necessário acrescentar que o cuidado passa a ser realizado quando um sujeito se importa com o outro. Assim, dá-se início a preocupação, a participação, e essa atividade começa a ter significado também para quem ela está sendo direcionada.

<< Cuidar de>> significa também apreciar e amar; ocupar-se dos outros, seguir de perto, alimentar. <<Cuidar de>> implica um compromisso que transcende a emoção e se traduz numa ação que ultrapassa o domínio médico ou humanitário [...]. O cuidado pelos outros se acrescenta à racionalidade para definir os comportamentos. Cuidar é o oposto da indiferença: implica comunicação e uma situação de parceria em que há dar e receber (FERNANDES, 2014, p. 136).

Já Figueiredo (2009) nos diz que o cuidar está intrinsecamente condicionado à condição humana. Compreendemos, então, que o homem só encontra sentido em sua existência ao cuidar do outro.

Atividades de cuidar fazem parte das obrigações e tarefas específicas de todos os profissionais das áreas da saúde e da educação, bem como, em geral, do que nos cabe a todos na condição de seres humanos vivendo em sociedade (FIGUEIREDO, 2009, p. 131).

Essa condição do cuidar e ser cuidado se torna inseparável, pois tem seu início a partir do nascimento do bebê e percorre todos os acontecimentos que irão compor suas condições subjetivas, ou seja, o seu vir-a-ser (FIGUEIREDO, 2009). Assumindo isso, ao cuidar de idosos deve-se considerar a função de *holding* (sustentação), que trata do ambiente facilitador e o papel da mãe suficientemente boa.

Segundo Winnicott (1999), o *holding* pode ser representado pela mãe que carrega o bebê no colo, possibilitando que essa experiência física que também é simbólica, demonstre o quanto é amado e desejado pelo Outro. Nos idosos, com o passar do tempo, ressurge a necessidade de cuidados e, então, passam a depender de outros sujeitos, tornando essa função novamente necessária. Fica evidente, em alguns casos, uma dependência do outro comparável à dependência dos bebês pela mãe. Desta forma, esse conceito winnicottiano pode se referir à relação existente entre cuidador familiar e o sujeito idoso por meio da capacidade daquele de:

[...] identificar-se com o sujeito que está sendo cuidado e com suas necessidades de saúde contextualizadas, para evitar distanciamento, desligamento ou não adesão ao tratamento, e sentimentos de que o profissional de saúde não o reconforta. Nesse sentido, a construção de compartilhamento e suporte caminha

junto do diálogo, da conversa e da fusão de horizontes, para o desenvolvimento da pessoa e do cuidado de sua saúde (MELLO; LIMA, 2010).

Importante salientar que, apesar do cuidador estar colocado na citação acima como um **profissional de saúde**, neste trabalho não necessariamente ele o é, já que o intuito é abordar os cuidadores que, além disso, são familiares das pessoas cuidadas – especificamente as idosas. Entende-se que, mesmo não sendo um profissional da área, sempre haverá ações de saúde dentro dessa realidade. Por isso, compreendendo aqui a necessidade de diferenciá-los entre formais e informais, é que discutiremos o assunto no tópico a seguir.

DIFERENCIANDO CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS

O trabalho constitui um importante fator para a organização do sujeito e da sociedade, sendo estudado pela Psicologia como um dos elementos essenciais para a construção de uma subjetividade. Há aqueles trabalhos que são socialmente reconhecidos e, portanto, remunerados, e outros que são socialmente estabelecidos como, o que foi abordado no tópico anterior, uma “missão”, um “dom”, um “sacerdócio”.

Com os cuidadores isso não é diferente. Os formais, por exemplo, compõem os grupos de trabalhadores que são contemplados pela Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (CBO), sob o código 5162-10, que são definidos como pessoas que cuidam 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. E por desempenhar esta função recebem compensação financeira pelos serviços prestados.

Segundo Perlini (2000) introduz, entre estes profissionais estão aqueles com formações voltadas para a área da saúde conforme são apresentadas as necessidades do idoso:

Cuidadores formais são aqueles que recebem remuneração por suas ações de cuidado. Seriam os profissionais de saúde (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) e o pessoal contratado sem formação específica (empregada doméstica, acompanhante, atendente de enfermagem) (PERLINI, 2000, p. 37).

Já os cuidadores informais geralmente são grupos de trabalhadores compostos por familiares que assumem o papel do cuidar contínuo e por voluntários que realizam serviços de forma parcial ou integral aos idosos que não possuem responsáveis legais. Sendo assim este cuidado pode acontecer através deste vínculo familiar ou relações sociais, como amizades ou vizinhos que se responsabilizam pelos cuidados em domicílio.

[...] os cuidadores atribuem sua vontade e seu compromisso ao juramento ao casar, ao desejo de retribuir os cuidados na infância, ao seu horror à ideia de asilamento e à ausência de outras alternativas. Os textos apontam que o processo de tornar-se cuidador pode ser mais gradual ou explícito. Geralmente, há motivos como maiores ou mais frequentes relações no cotidiano, ou troca de favores, como no relacionamento mãe e filha. As decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes, e, de fato, o que os estudos revelam é que, embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certas regras refletidas em quatro fatores:

- parentesco, com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho;
- gênero, com predominância para a mulher;
- proximidade física, considerando quem vive com a pessoa que requer cuidados;
- proximidade afetiva, destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos. Todos os estudos mostram que os cuidadores são predominantemente os cônjuges e os filhos, particularmente, as filhas (MENDES, 1995, p. 59-60).

Isto leva à necessária reflexão de que muitas vezes a função de cuidar não se trata de uma escolha, mas de uma imposição constituída pelas relações sociais, como produção e reprodução da cultura em que estes cuidadores estão inseridos. É importante refletir sobre isso, porque nessa imposição existem grandes condições geradoras de adoecimento físico e mental.

SOFRIMENTO PSÍQUICO E SEUS DESDOBRAMENTOS

Para a Psicanálise, o sofrimento surge da estagnação da sua própria condição no contexto em que se exigem atitudes para conceber as mudanças necessárias, garantindo, assim, sua própria existência e manutenção dos fluxos das forças vitais. Ao questionar sua existência, as singularidades do sofrimento advêm, pois, tais conteúdos causadores dessas angústias necessitam de identificação para que sejam atribuídos os mecanismos de defesa.

Conforme Freud (1930/1974), na obra *Mal Estar na Civilização*, o sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros

homens. O sofrimento que provem dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro (FREUD, 1930/1974, p. 95).

Assim os acontecimentos e fenômenos são estudados na relação do sujeito consigo e com aqueles que demandam ou se apresentam como incapazes. Freud (1930/1974) diz, porém, que o sofrimento que provem da relação com outros sujeitos é muito mais doloroso.

Um fator que merece destaque quando se fala desse tipo de sofrimento é o trazido por Camargo (2010), que aponta a escassez de tempo como uma queixa importante, pois além da redução da vida social, o cuidador deixa de lado o cuidado de si mesmo em detrimento do cuidado do idoso. Isto faz com que elimine as 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) acrescentam a isto 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 deterioramento da saúde pode oferecer um risco para a qualidade dos cuidados com o outro e consigo próprio. Eles também concluíram que a sobrecarga está relacionada à idade avançada do cuidador e à falta de ajuda.

Marzari e Perlini (2005) apontam a relação entre cuidador e saúde emocional, destacando que desenvolver o papel de cuidar de pessoa dependente desencadeia percepções diferentes manifestadas naqueles que são familiares. Esclarecem, ainda, que as responsabilidades cotidianas se tornam repetitivas por executarem sempre as mesmas tarefas em prol do familiar dependente, destinando poucas horas ao próprio lazer ou ao descanso.

Essas mesmas autoras realçam a importância de dividir as tarefas de cuidar com outros membros 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. Poder compartilhar essas atividades com outro(s), permite àquele que cuida um alívio físico e psicológico.

Quando o familiar está restrito ao leito, em quadro crônico e com necessidades gerais, o cuidador tem uma jornada de trabalho em tempo integral. O mesmo experimenta o desgaste intrínseco, característico desse tipo de jornada, que é amplificado pelo fato de a pessoa sob seus cuidados ser seu familiar – e que se encontra num quadro de saúde bastante debilitado, necessitando de cuidados intensos.

Outro agravante está no fato de que, diante da vulnerabilidade do doente que se encontra sob seus cuidados, o cuidador fica invisibilizado, podendo desenvolver o sentimento de abandono físico e emocional.

É um sentimento desperto no cuidador familiar ao perceber as dificuldades decorrentes do fato de não contar com apoio no desempenho de seu papel, como: tendo dificuldades para conseguir tratamento para o doente, tendo que lidar com as barreiras físicas da casa, tendo dificuldades para cuidar do doente sozinho, familiares se distanciando do doente e do cuidador familiar, sentindo-se sozinho, sem ter com quem compartilhar os problemas, sentindo-se pressionado a se livrar do papel de cuidador, sentindo-se enganado pela própria família e sentindo-se punido por Deus (BOCHII; ANGELO. 2008, p. 5).

Portanto, pensar na saúde dele de modo holístico, ou seja, integrado, é também investir na saúde desse idoso adoecido, dependente dos seus esforços e cuidados.

A saúde não é composta simplesmente pelo bem-estar orgânico, ou seja, a ausência de afecções físicas. Portanto, para este trabalho consideramos a saúde como intrinsecamente ligada à qualidade de vida, entendendo isto como uma harmonização de diferentes modos de viver e dos níveis físico, mental, social, cultural, ambiental e espiritual (MS, 2006, p. 44).

Tal concepção de saúde possui correspondência em componentes legislativos brasileiros, pois a Constituição Federal estabelece em seu artigo 3º:

O nível de saúde expressa a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL.1990, s.p.).

Ao analisar o texto legal, é possível verificar a amplitude das necessidades de um cidadão, entretanto, com um olhar crítico para a efetivação desses amparos, quando nos ocupamos do sofrimento de outrem, fica perceptível à incompletude.

A Organização Mundial da Saúde (1946, s.p), declara que:

[...]um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS/WHO, 1946, s.p.)

No entanto, a realidade dos cuidadores, tem se caracterizado por um esgotamento físico e mental, pois sua carga de trabalho acontece de forma ininterrupta, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana. Essa sensação de esgotamento aponta para o sofrimento psicopatológico, bem caracterizado na síndrome de *Burnout*. Os casos tiveram um aumento tão expressivo nos últimos anos, que a OMS – Organização Mundial da Saúde incluiu o problema como um fenômeno ocupacional na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022.

A síndrome de *Burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, é um distúrbio psíquico descrito em 1974 por Freudenberg, um médico americano. O transtorno está registrado no Grupo V da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). Sua principal característica é o estado de tensão emocional e estresse crônicos provocado por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes. A síndrome se manifesta especialmente em pessoas cuja profissão exige envolvimento interpessoal direto e intenso (VARELA, 2016, s.p.).

Hoje as leis trabalhistas resguardam o trabalhador aceitando o impacto da síndrome de *Burnout* como fator incapacitante no desempenho das funções e atribuições profissionais. Porém, o cuidador familiar que fica exposto em tempo integral às mesmas condições desfavoráveis não possui mesmo amparo.

Um olhar crítico quanto ao descaso e/ou falta de interesse a esses cuidadores permite enxergar a necessidade de se falar sobre os impactos que sobrevêm a uma família quando recebe um paciente com necessidades integrais de cuidado. Aquele que se torna o responsável fica exposto a fatores estressantes, evidenciando o comprometimento da sua qualidade de vida.

É evidente que na mirada social, existe uma romantização no que tange o papel do cuidador. Os conflitos entre os laços afetivos e o rompimento com suas satisfações pessoais deixam uma lacuna, onde fica difícil distinguir obrigação de empatia.

É por isso que nesta proposta de trabalho, há, de certa maneira, uma denúncia com relação aos difíceis aspectos que englobam o ato de cuidar e o adoecimento destes sujeitos,

muitas vezes, sobrecarregados e julgados pela sociedade. Sociedade, esta, que espera deles um altruísmo.

Denuncia-se, por exemplo, que o acúmulo de obrigações traz uma estafa emocional ao cuidador que não se permite ter um dia de descanso para convívio social ou atividades pessoais, pois as pendências diárias não permitem e nem se transferem a outro. Ficando o conflito entre o amor e o ódio, a culpa e o cansaço, a perda e a saudade.

De acordo com Rossi (2015), este é um sinal de estafa e de que o cuidador não possui condições de suportar o excesso de trabalho e as pressões e demandas a que está sendo submetido, ou seja, há uma cobrança superior às habilidades da pessoa ou mesmo ao que se possa exigir de um ser humano.

Incapaz de lidar com essa situação, o próprio cuidador tende a se excluir do convívio social, pois muitas vezes ele se vê na obrigação de rejeitar os convites para os eventos corriqueiros, por temer a possibilidade de ser responsabilizado criminalmente, por abandono de incapaz.

O crime de abandono de incapaz está previsto no artigo 133 do Código Penal Brasileiro, sendo descrito como: “Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono...” (BRASIL. 1940, s.p.).

Outro fator agravante é o comprometimento das suas finanças. Seja pela exclusão profissional, em que o cuidador se vê obrigado a largar sua profissão e dedicar-se à atividade de cuidar, por isso reduz sua renda e fica à mercê de subsídios governamentais que não custeiam em sua plenitude as necessidades de ambos, como também pela reconfiguração familiar, onde antes o provedor assumiu o papel de provido, e outro membro assume a postura de prover.

Importante salientar que, ao passo que é feita a denúncia, também são anunciadas as possibilidades. Aborda-se, portanto, neste trabalho a importância das necessidades básicas desses sujeitos serem atendidas para que haja uma válvula de escape nessa rotina desgastante e conflitante a que são expostos.

Torna-se imprescindível um olhar emergente ao cuidador familiar, figura dependente de que as Políticas Públicas de Saúde adotem programas de amparo psicossocial, pois se trata de um papel que gera sobrecarga. É possível até que esses sujeitos desenvolvam um comprometimento à saúde física e mental, com grande capacidade para interferir na relação de afetividade entre eles e os seus familiares.

MÉTODO UTILIZADO

Esta é uma pesquisa qualitativa, de cunho netnográfico e foi desenvolvida a partir da análise de comentários deixados por usuários do YouTube em vídeos referentes à temática do cuidador familiar de idosos.

De acordo com Minayo (2009):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (p.21).

Desta forma, o método qualitativo traz ferramentas para que as pesquisadoras investiguem a realidade e a subjetividade de forma particular, analisando os discursos subjacentes e não apenas as questões estatísticas, permitindo que se traga para a consideração científica os fenômenos vividos pelo sujeito protagonista dos fatos: “o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas” (TURATO, 2005, p. 509).

A abordagem metodológica netnográfica é uma adequação da pesquisa etnográfica, que tem como foco o estudo da cultura e comportamento de determinados grupos sociais. A netnografia acolhe estudos, fenômenos e culturas que afloram incessantemente na Rede Mundial de Computadores interligada, também conhecida como Web ou Ciberespaço.

Segundo Aguirre Baztán (1995, p.4, tradução nossa), a etnografia “É uma disciplina que estuda e descreve a cultura de uma comunidade a partir da observação participante e da análise dos dados observados”. Já o método netnográfico encaixa técnicas, procedimentos, e padrões metodológicos tradicionalmente empregados na etnografia para estudos de culturas e comunidades emergentes na Internet.

Esse método começou a ser desenvolvido nos anos 1990, no campo da pesquisa de marketing e de consumo, uma área interdisciplinar que se caracteriza por incorporar pontos de vista de diversos campos, como a antropologia, a sociologia e os estudos culturais (KOZINETTS, 2014). Assim sendo, a netnografia não pode ser colocada como uma nova metodologia, pois se trata de uma adaptação do método etnográfico, visando abranger particularidades do ambiente virtual.

Kozinets (2010) aborda que o método não trata as comunicações realizadas no ambiente digital como conteúdo, mas como interações sociais, expressões carregadas de significado e artefatos culturais.

De acordo com Santos e Gomes (2013), decidir qual método de pesquisa adotar, obter o consentimento dos sujeitos envolvidos na pesquisa e definir questões relacionadas aos aspectos públicos e privados das informações são alguns dos desafios que se impõem quando o assunto é pesquisa no ciberespaço. A pesquisa na Internet suscita questionamentos sobre o que é público ou não é, por consequência, o que é passível de trabalho e divulgação – sem necessitar de autorização para utilização.

Fragoso, Recuero e Amaral (2011), ao citarem em (2009), apontam que os ambientes on-line podem ser classificados em quatro níveis de privacidade, são eles: público (aberto e disponível a todos); semipúblico (requer cadastro ou participação); semiprivado (requer convite ou aceitação); e privado (requer autorização direta).

Segundo Santos e Gomes (2013), “assim como a própria cibercultura guarda em si inúmeras possibilidades ainda por explorar, as técnicas de pesquisa utilizadas para seu estudo também precisam de ampla discussão sobre seus limites éticos e de apropriação a cada realidade explorada” (p. 12).

Para auxiliar na escolha de comunidades virtuais interessantes ao trabalho netnográfico, podem ser empregados mecanismos de busca gerais, mecanismos de busca especializados em determinadas ferramentas (como blogs e grupos de discussão, por exemplo) e mecanismos de busca de sites de redes sociais específicos (KOZINETTS, 2014).

Uma das vantagens da pesquisa netnográfica consiste em suplantar as dificuldades inerentes às dimensões espaço-temporais. Com o processo de virtualização da vida (Lévy, 1996), a internet instaurou a possibilidade da perda de território e da intemporalidade. Experiências obtidas no ciberespaço perdem sua limitação geográfica, pois podem ser acessadas em qualquer lugar, desde que haja conexão com a rede; perdem sua limitação temporal, pois podem ser encontradas a qualquer momento. A não sucessão dos acontecimentos e desterritorialização são incorporadas às experiências humanas que antes da era virtual eram norteadas a partir de um espaço-tempo sistematicamente delimitado. Atualmente, estudos particulares, quando manifestos na rede, correm o mundo em questão de instantes e, absurdamente, se perduram no contínuo do tempo virtual, que nada apaga ou perde.

Para Kozinets (2014) subsistem três tipos de capturas importantes na coleta de dados, sendo elas: dados arquivais, dados extraídos e dados de notas de campo. Os dados

arquivais consistem em copiar diretamente de comunicações mediadas por computador preexistentes dos membros de uma comunidade online, dados em cuja a criação ou estimulação o pesquisador não está diretamente envolvido. Dados extraídos, o pesquisador cria em conjunção com os membros da cultura por meio de interação pessoal e comunal através de entrevistas e pesquisas. Dados de nota de campo são as anotações que os pesquisadores registram sobre as suas próprias observações da comunidade, seus membros, interações e significados a partir da sua própria participação e senso de afiliação.

A presente pesquisa baseou sua coleta a partir dos dados arquivais, ou seja, os participantes, que são cuidadores familiares, tiveram suas falas copiadas diretamente das postagens que realizaram como “comentários” nos vídeos do YouTube, cujos conteúdos estão voltados para a temática do cuidador familiar de idoso e sua saúde – física e mental. Estes colaboradores são membros de uma comunidade online – o próprio site, YouTube, além de fazerem parte de subgrupos, conhecidos nesta rede como “canais”.

Neste modelo de coleta, os pesquisadores e colaboradores não estão diretamente envolvidos. Para Kozinets (2014), em se tratando de netnografia, a coleta de dados não acontece isoladamente da análise de dados, pois caberá aos pesquisadores esforço em compreender as pessoas representadas nessas interações a partir do contexto comunal e cultural em que elas se inscrevem.

O mundo está cada vez mais globalizado e com centenas de milhões de pessoas conectadas por meio das redes sociais, portanto o método de pesquisa escolhido possibilitou conduzir esta realidade, integrando a Internet ao universo da pesquisa científica e também às necessidades das pesquisadoras.

O presente estudo foi baseado na análise de conteúdos de domínio público, não apresentando um problema ético, pois assim está justificada a dispensa de apreciação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), possibilitando a citação dos comentários enviados para vídeos/canais públicos, desde que os envolvidos não sejam identificados.

A análise de conteúdo é um instrumento de análise no qual as pesquisadoras terão autonomia para delinear os conteúdos que surgem dos dados contidos em qualquer discurso apresentado pelo colaborador. O método possibilita a construção de categorias por meio das inferências e observações: “por detrás do discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar” (BARDIN, 2011, p. 14).

Os comentários foram analisados com base na compreensão que o sujeito tem da própria experiência. Para as pesquisadoras coube o movimento de se despirem dos próprios conceitos e preconceitos para que pudessem entender o fenômeno com a mesma visão dos seus pesquisados, extraindo o sentido particular daquele uso e ação.

Os discursos analisados referem-se às pessoas anônimas inscritas no site do Youtube, cuidadores domiciliares familiares informais.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os discursos foram organizados e analisados a partir de três eixos centrais. Para melhor identificar as narrativas, sobre os conteúdos dos sujeitos da pesquisa, foi utilizado o texto em itálico.

EIXO 1: A POSIÇÃO DO CUIDADOR E O AUTOCUIDADO

Em virtude da dedicação diária decorrente das necessidades demandadas dos idosos acamados, o cuidador familiar não vislumbra possibilidades de dedicar-se ao autocuidado. Geralmente, relegando-se a um segundo plano, é comum seu adoecimento durante o exercício de seu papel (Schnaider, Silva, & Pereira, 2009). A missão do cuidar é priorizada em prol da saúde do ente querido mesmo que a sua seja desprezada.

[...] cuidar de alguém com demência sozinho, 24hs, 7 dias por semana e ir no shopping? cabelereiro? nem dormir se consegue ,fadigado, adoecendo...(Relato 1).

Camargo (2010) destaca 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, eliminando atividades que lhe causam prazer.

Eu e minha irmã cuidamos de nossos pais que estão idosos e realmente é muito difícil. Nós duas estamos doentes. Fomos até o CREAS próximo a nossa residência q fornece serviço de assistência social pelo governo, mas não tivemos ajuda alguma (Relato 2).

Cuido da minha mãe sozinha, mas ultimamente estou me sentindo deprimida... irritada...vou cuidar de mim...quero preciso de terapia (Relato 3).

A sociedade espera destes profissionais uma doação, mesmo que seja necessário romper com seus interesses particulares o que ocasionaria uma divisão no papel do cuidador dificultando diferenciar obrigação de empatia.

Cuidar não representa uma tarefa fácil, mas faz parte da dinâmica dos relacionamentos. Entretanto, é fundamental o fomento às políticas públicas de forma que possa atender a demanda crescente decorrente do aumento da população idosa. O Ministério da Saúde, juntamente com os governos estaduais criaram o programa *Melhor em Casa*, em que os pacientes recebem os cuidados necessários para a reabilitação no conforto do lar, sendo acompanhados por equipes multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos e técnicos em exames laboratoriais. Um trabalho em conjunto, entre profissionais e familiares que tem gerado bons resultados. Hoje, em Rondônia, o serviço se restringe à capital, Porto Velho, e é realizado pelo SAMD (Serviço de Assistência Multidisciplinar Domiciliar).

EIXO 2: SIGNIFICAÇÕES DO CUIDAR PARA O CUIDADOR

Segundo os estudos de Mendes e Santos (2016) os cuidados estão apresentados em quatro categorias, sendo elas: cuidar como prisão, missão, desarmonia da identidade social e gratidão. É perceptível na escrita dos participantes a dificuldade imposta na relação do cuidar, uma vez que alguns precisam deixar suas funções pelas quais se dedicou para assumir o papel do cuidador. São horas exaustivas de trabalho aliadas aos sentimentos moralistas de dever cumprido.

Os participantes também enfatizam o comprometimento financeiro, pois os gastos com os familiares acamados sobrecarregam as finanças da família, uma vez que o idoso em questão não possui rendimentos. De acordo com Boff (2008), o cuidado é algo que se opõe ao descuido e ao descaso, ou seja, mais que uma atuação é um comportamento, pois envolve atenção, zelo e esforço de cuidar.

Sai do meu trabalho pra cuidar de minha mãe que tem demência. Realmente é muito difícil tanto fisicamente quanto psicologicamente. É muito triste trata-se de uma doença cruel e no caso de minha mãe ela ficou toda atrofiada, não fala, não anda e depende de mim pra tudo até mesmo ajudando a estimular a evacuar, pois ela não faz força. Tá aí uma doença que não desejo nem para meu pior inimigo. Acordo seis da manhã e vou dormir as vinte e três horas todos os dias e

durante todo esse tempo passo cuidando dela. Faço dou os remédios, café da manhã, almoço, lanche da tarde e janta. É muito difícil, muito mesmo, mas não consigo imaginar ver minha mãezinha em uma clínica. Os gastos financeiros são muitos e ela não é aposentada. Deus na frente sempre me dando força (Relato 4).

Alguns relatos trazem que, mesmo diante dos problemas decorrentes do trabalho como cuidador familiar, tais como estresse crônico, ansiedade e depressão, alguns familiares contam com uma rede de apoio para ajudar nas tarefas diárias, uma vez que o idoso encontra-se completamente dependente da ajuda externa para realizar tarefas importantes à sua sobrevivência, como alimentar-se, usar o banheiro, ter contingência (urinária e fecal), andar, vestir-se, banhar-se, arrumar-se. Brigola *et al.* (2017) ressaltam que doenças mentais como as supracitadas, desencadeadas pelo cuidado diário ofertado a um idoso dependente, podem cooperar para o dano da saúde e do bem-estar do cuidador.

Tenho 11 irmãos e cuido sozinha da minha mãe ela tem alzheimer a uns 4 anos , ainda bem que meu esposo e filhas me ajudam, tenho 39 anos e vivo estressada, mas cuido dela com todo carinho, não tenho coragem de colocar em lugar nenhum , cuidarei até o fim se Deus quiser ,pois minha mãe sempre foi uma guerreira tenho gratidão a ela por tudo (Relato 5).

Papai faleceu aqui em casa.comigo.. Ele estava c um quadro de.septicemia por causa de uma.infeccao renal c 90.anos e c alzheimer... Ele sabia q ia.partir.. Cuidei ate o final, mas amo tanto tanto q queria ter feito.mais.. Me perdoe papai... Te amo (Relato 6).

A psicanálise apresenta o sofrimento como um questionamento da existência. De acordo com Figueredo (2009), na clínica psicanalítica existem algumas responsabilidades que cabem ao cuidador, como o reconhecimento que o cuidar se dá em dois níveis: o testemunhar e o refletir/espelhar, sendo muitas vezes o cuidar resumido em prestar atenção e reconhecer o objeto. Ou seja, do início da vida segue-se uma trajetória até o fim.

EIXO 3: RELAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS DOS CUIDADORES

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.

[...] minha mãe tem demência e mora comigo, mas de 15 em 15 dias fica na casa do meu irmão, que cuida dela com exclusividade, fica o final de semana ao lado dela, mesmo porque ela não larga ele, rsrs. No meu final de semana livre, tento sempre sair de casa e me divertir (Relato 7).

As percepções apreendidas pelo cuidador são evidenciadas nas relações estabelecidas entre o ele e a sua saúde emocional. Devido ao fator exaustivo e repetitivo das atividades é importante destinar algumas horas a realização de atividades relaxantes e este momento só será possível se a família dividir as atribuições para que não sobrecarregue apenas uma pessoa, ou seja, mecanismos de enfrentamento usados pelo cuidador.

[...] cuido do meu irmão que tem câncer, retirou o queixo alíngua e agora o câncer está no pulmão, nos primeiros seis anos eu estava bem, cuido também de minha mãe de 94 anos, gente eu tô cansada, não vejo mais mérito em tudo que faço eles morrem sem mim, mas tem dia que eu quero sumir, estou triste comigo, não gosto de me sentir assim (Relato 8).

O problema é não poder contar com ninguém. Ser extremamente sozinha. Eu tenho vontade de morrer (Relato 9).

É um sentimento desperto no cuidador familiar ao perceber as dificuldades decorrentes do fato de não contar com apoio no desempenho de seu papel, como: dificuldades para conseguir tratamento médico para o doente, assim como para cuidar dele sozinho, além de lidar com as barreiras físicas da casa. Há também o distanciamento dos outros familiares, o sentimento de solidão, sem ter com quem compartilhar os problemas, a pressão para se livrar do papel de cuidador, sentindo-se enganado pela própria família e punido por Deus (BOCHII; ANGELO. 2008, p. 5).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A função desempenhada pelo cuidador familiar de idoso, formal ou informal, vem crescendo assustadoramente em nosso país. O motivo está diretamente relacionado à diminuição das taxas de natalidade, bem como o aumento da expectativa de vida.

O foco centrado na função informal, ou seja, no grupo de trabalhadores que são cuidadores familiares, possibilita reflexões importantes sobre o papel desempenhado por um membro da família, sejam eles cônjuges, filhos ou filhas, outros sujeitos ligados por vínculos afetivos parentais.

Sabe-se que o envelhecimento traz consigo impactos à saúde, exigindo dos familiares, contrários aos regimes asilares, o amparo aos seus idosos. Por isso, a pesquisa trouxe a temática a partir do olhar do cuidador familiar, enfatizando que as práticas do cuidado podem ser por ele entendida de maneiras diferentes, porém destacaram-se: missão, como dever moral e prisão relacionada à limitação de autonomia, gerando os conflitos psíquicos.

Este estudo foi embasado pela obra de Freud (1930/1974), *O Mal-Estar na Civilização*, e considerando as subjetividades destes pesquisados através dos conteúdos expostos por meio de comentários publicados na Rede Mundial de Computadores – a Internet.

Os resultados enfatizam que ao assumir a responsabilidade pelo familiar adoecido, estes cuidadores não encontram tempo para si, para a sua saúde e para se ocupar de questões básicas, relativas às próprias aparências. Eles apresentam sofrimentos psíquicos que geram ansiedade, depressão, culpa, angústia, estresse, entre outros.

Outro fator emergente nesses contextos é a sobrecarga imposta pelos demais membros da família para que apenas um se responsabilize pelo idoso, gerando uma pressão a ponto de sentir-se enganado ou punido por Deus, desejando se livrar desta tarefa do cuidar.

Na psicanálise freudiana o sofrimento é entendido como uma ameaça que parte de três direções possíveis: do nosso próprio corpo condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode se voltar contra o sujeito com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, dos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento que provem dessa última fonte talvez seja mais penoso do que qualquer outro (FREUD, 1930/1974).

Os estudos acerca da saúde emocional dos cuidadores domiciliares demonstram que a discussão não se encontra finalizada. Ainda existe a necessidade em se promover incitamentos que possibilitem a escuta destes sujeitos e a criação de Políticas Públicas que os ampare.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE BAZTÁN, Á. Etnografía. In: _____. (Ed.). **Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural**. Barcelona: Marcombo, c1995. cap. 1.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BIANCHIN, M. A. (2003). **Acidente vascular encefálico (AVE) e reabilitação:** atividades de vida diária e prática, depressão, qualidade de vida e barreiras ambientais. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

BOCHII S. C. M.; ANGELO M. **Entre a Liberdade e a reclusão: apoio social componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente**. Ver Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v.16, n.1, 15-23, janeiro-fevereiro, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100003>

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BRASIL. **Código Penal de 1940 (Artigo 133)**. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10623587/artigo-133-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>

_____. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

_____. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010 – 3. ed.** Brasília: MTE, SPPE, 2010.

_____. **Constituição Federal (Artigos 196 a 200)**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf

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>

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, V. A. **Cuidados com o cuidador**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 138-146, 2003.

CODO, W. **Saúde mental e trabalho:** uma urgência prática. Psicol. cienc. prof., Brasília, v.8, n.2, p.20-24, 1988. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931988000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931988000200008>.

FERNANDES, E. (2014). **Cuidar o futuro**. Um programa radical para viver melhor. Comissão independente população e qualidade de vida, presidida por Maria de Lourdes Pintasilgo, Lisboa, Trinova Editora, 1998. *Intervenção Social*, (21), 157–161. Obtido de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1117>.

FIGUEIREDO, L. C. **As diversas faces do cuidar:** novos ensaios da psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta, 2009.

FLORIANI, C. A. (2004). **Cuidador familiar:** sobrecarga e proteção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(4), 341-345.

FRAGOSO, S., RECUERO, R., & AMARAL, A. (2011). **Métodos de pesquisa para internet.** Porto Alegre: Sulina.

FRANÇA, T L B. et al. **Síndrome de Burnout:** características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. Ver. *Enfermagem UFPE on line.*, Recife, 8(10):3539-46, out., 2014.

FREUD, Sigmund. (1930/1974). **O mal-estar na civilização.** (Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo: Atlas, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica.** São Paulo: Atlas, 2007.

LÉVY, P. **O ciberespaço e a economia da atenção.** In: PARENTE, A. (org.). *Tramas da rede. Novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação.* Porto Alegre: Sulina, 2004.

NAKATANI, A.Y.K.; SOUTO, C.C.S.; PAULETTE, L.M; MELO, T.S.; SOUZA, M.M. **Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.5 n.1, 2003.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (orgs.); CACHIONI, M. (colab.). **Velhice bem sucedida:** aspectos afetivos e cognitivos. Coleção Vivacidade. Campinas, SP: Papirus, 2004

MÄDER, G. R. C. **Masculino genérico e sexismo gramatical.** Dissertação ao Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

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>

MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Orgs.) **Políticas de saúde:** a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MAZZA M. M. P.; LEFÈVRE, F. **Cuidar em família:** análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano* 2005; 15(1):01-10.

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.

MENDES, G.D.; MIRANDA, S.M.; BORGES, M.M.M.C. **Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado**. Revista de Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG, V.3 n. 1, jul/ago. 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica**. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa – Saúde da Família, nº 19, Brasília – DF, p.44, 2006.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MELLO, Débora F.; LIMA, Regina A. G.. **O cuidado da enfermagem e a abordagem Winnicottiana**. 2010.

NAKATANI, A.Y.K.; SOUTO, C.C.S.; PAULETTE, L.M.; MELO, T.S.; SOUZA, M.M. **Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família**. Rev. Eletrôn. Enferm., v.5, n.1, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v5i1.773>.

OLIVEIRA, D.C; CARVALHO, G.S.F.; Stella, F.; HIGA, C.M.H.; D’ELBOUX, M.J. **Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2011.

Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

PASCHOAL, S. M. P. **Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência**. In: Cuidar melhor e evitar a Violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Tomiko Born (organizadora) – Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

PAULA, J.A.; ROQUE, F.P.; ARAÚJO, F.S. **Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2008.

PERLINI, N. M. O.G. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2001.

ROSSI, A. M. **6 sinais de que você está perto de uma estafa**. Disponível em <<http://exame.abril.com.br/carreira/noticias/6-sinais-de-que-voce-esta-perto-da-estafa>>

SANTOS, F. M. & GOMES, S. H. A. (2013). **Etnografia virtual na prática: Análise dos procedimentos metodológicos observados em estudos empíricos em cibercultura**. In 7o Simpósio Nacional da Associação Brasileira de Cibercultura, São Paulo.

SCHNAIDER, T. B., Silva, J. V., & Pereira, M.A. R. (2009). **Cuidador familiar de paciente com afecção neurológica**. Saúde Soc. São Paulo, 18(2), 284-292.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde:** definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista Saúde Pública, v.39, n.3, 2005, p.507-514.

VARELLA, D. **Síndrome de Burnout**, 2016. Disponível em <
<http://drauziovarella.com.br/letras/b/sindrome-de-burnout/> >

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. Tradução P. Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

KOZINETTS, R. V.. **Netnografia:** Realizando pesquisa etnográfica online. Porto Alegre: Penso, 2014.