



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO  
COMPORTAMENTO  
LABORATÓRIO DE ECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

**RISCOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E ESTRESSE DE CUIDADORES  
DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Patrícia Fernandes Holanda Carraro

Belém, Pará

2017



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO  
COMPORTAMENTO  
LABORATÓRIO DE ECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

**RISCOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E ESTRESSE DE CUIDADORES  
DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Patrícia Fernandes Holanda Carraro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento.

Área de Concentração: Ecoetologia

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Celina Maria Colino Magalhães

Projeto Financiado pelo CNPq

Data da Defesa: 11 /08 /2017

Belém, Pará

2017

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento/Biblioteca

---

Carraro, Patrícia Fernandes Holanda, 1989-

Riscos psicossociais do trabalho e estresse de cuidadores de idosos institucionalizados / Patrícia Fernandes Holanda Carraro. — 2017.

Orientador: Celina Maria Colino Magalhães

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará / Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2017.

1. Análise do comportamento. 2. Cuidadores de idosos – assistência em instituições. 3. Cuidadores de idoso - estresse. 4. Riscos psicossociais (cuidadores). 5. Ecoetologia (comportamento humano). 6. Idosos. I. Título.

CDD - 23. ed. 155.67

---



## Dissertação de Mestrado

### “Riscos Psicossociais do Trabalho e Estresse de Cuidadores de Idosos Institucionalizados”.

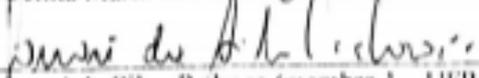
**Aluno: Patrícia Fernandes Holanda Carraro.**

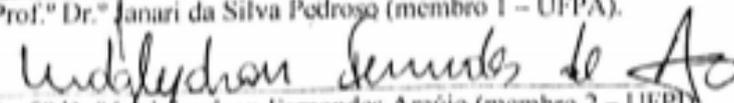
**Data da Defesa: 11 de agosto de 2017.**

**Resultado: Aprovado.**

**Banca examinadora:**

  
Prof.ª Dr.ª Celina Maria Colino Magalhães (Orientadora – UFPA).

  
Prof.º Dr.º Janari da Silva Pedrosa (membro 1 – UFPA).

  
Prof.º Dr.º Ludgelydson Fernandes Araujo (membro 2 – UFPA).

“Velinhos são crianças  
nascidas faz tempo”  
(Teatro Mágico)

## AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por permitir a construção desse projeto de acordo com meu merecimento.

À minha mãe Vilani pelo exemplo de mulher corajosa, sobretudo pelo companheirismo, amor e carinho.

Ao meu pai Geraldo (*in memoriam*) que sempre se orgulhou de cada pequena conquista, me estimulando a ser alguém melhor, acreditando e investindo em mim.

Aos meus irmãos, Ricardo e André por todo apoio e cuidado, sobretudo pela paciência.

Aos meus padrinhos, Altavir e Platina, que são meus segundos pais, sempre apoiando e incentivando.

Aos demais familiares: Alexandre, Márcia, Nicole, Alexia, Cláudia, Artur, Mariana, Andréa, Jéssica, João Bosco, José Nilson Jr, tios paternos por acompanhar a caminhada com alegria.

Ao meu amor, Victor, que soube compreender com paciência, amor e carinho os meus momentos difíceis e a minha ausência no nosso relacionamento.

Às minha “cãopanhias”, Toby e Kaue.

À minha orientadora querida, Celina Maria Colino Magalhães que é um exemplo de ser humano por sua doação, dedicação e compromisso com o outro.

A todos os professores que passaram por minha vida estudantil, todos fazem parte da minha pequena evolução, em especial ao prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Amauri Gouveia Junior por sua solicitude sempre que foi preciso.

Ao CNPq pelo apoio financeiro através da bolsa de estudos.

Aos membros da banca, Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Janari Pedroso e Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Ludgleydson Fernandes Araújo.

Aos colegas do LED, especialmente do LED-idoso, Paula Danielle, Rodolfo Nascimento e Jeisiane Brito pela parceria nos estudos

Aos funcionários do Abrigo São Vicente de Paulo e do Lar Socorro Gabriel que abriram as portas para a realização da coleta dos dados

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão de mais uma etapa importante em minha vida.

Patrícia F. H. Carraro

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS</b>	9
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	11
<b>LISTAS DE TABELAS</b>	14
<b>RESUMO</b>	15
<b>ABSTRACT</b>	16
<b>APRESENTAÇÃO</b>	17
Envelhecimento populacional, Instituições de Longa Permanência para Idosos e Cuidadores	19
As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs): origem e perspectivas atuais	24
ILPIs no Estado do Pará	27
Os cuidadores de idosos	28
Da Psicodinâmica do Trabalho aos Riscos Psicossociais e Estresse	32
Estresse percebido e Estresse biológico	36
<b>Objetivos</b>	40
<b>Método</b>	41
<b>Resultados</b>	51
Perfil sócio demográfico, profissional e estresse dos cuidadores formais de ILPIs	51

Riscos psicossociais dos cuidadores de idosos de ILPIs	53
Análise descritiva dos dados	56
Correlação entre Estresse Biológico (cortisol)/ Estresse Percebido e Riscos Psicossociais	71
<b>Discussão</b>	72
<b>Conclusão</b>	85
<b>REFERÊNCIAS</b>	88
<b>APÊNDICE A-</b> Questionário Perfil Sócio Demográfico	101
<b>APÊNDICE B-</b> Inventário de Estresse Percebido	103
<b>APÊNDICE C-</b> Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais do Trabalho (PROART)	104
<b>APÊNDICE D-</b> Autorização do ILPI Pública	109
<b>APÊNDICE E -</b> Autorização do ILPI Filantrópica	110
<b>APÊNDICE F-</b> Parecer do Comitê de Ética	111
<b>APÊNDICE G-</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112
<b>APÊNDICE H-</b> Guia de cuidados para cuidadores de idosos	114

**LISTA DE SIGLAS**

ABVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
EADRT	Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho
EEG	Escala de Estilos de Gestão
EOPT	Escala da Organização Prescrita do Trabalho
ESPT	Escala de Sofrimento Patogênico do Trabalho
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF	Núcleo de Assistência Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIAE	Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROART	Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais do Trabalho
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada

SBGG Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

UAPI Unidade de Acolhimento da Pessoa Idosa

**LISTAS DE FIGURAS**

Figura 1.	Imagens da Instituição de Longa Permanência para Idosos-Pública, Belém, 2017	42
Figura 2.	Imagens da Instituição de Longa Permanência para Idosos-Filantrópica, Belém, 2017	44
Figura 3.	Relação de dependência das escalas	47
Figura 4.	Análise descritiva número de problemas relacionados com trabalho em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017	57
Figura 5.	Análise descritiva do estresse percebido em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017	58
Figura 6.	Análise descritiva do estresse biológico (cortisol) em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017	59
Figura 7.	Análise descritiva da EOPT em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017	60
Figura 8.	Análise descritiva da EEG individualista em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017	61
Figura 9.	Análise descritiva da EEG normativa em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos	62

institucionalizados, Belém, 2017.

- |            |                                                                                                                                                                                                      |    |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 10. | Análise descritiva da EEG coletivista em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017      | 63 |
| Figura 11. | Análise descritiva da EEG realizador em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017       | 64 |
| Figura 12. | Análise descritiva da ESPT Inutilidade em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017     | 65 |
| Figura 13. | Análise descritiva da ESPT Indignidade em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017     | 66 |
| Figura 14. | Análise descritiva da ESPT Desqualificação em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017 | 67 |
| Figura 15. | Análise descritiva da EDPRT psicológicos em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017   | 68 |
| Figura 16. | Análise descritiva da EDPRT sociais em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017        | 69 |
| Figura 17. | Análise descritiva dos Danos Físicos em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de                                                                                 | 70 |

contrato e renda de cuidadores de idosos  
institucionalizados, Belém, 2017

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1.	Características demográficas de amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017	51
Tabela 2.	Características profissionais de amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017	52
Tabela 3.	Características relacionadas ao estresse em amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017	53
Tabela 4.	Características da organização prescrita no trabalho de acordo com amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017	54
Tabela 5.	Estilos de gestão segundo amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017	54
Tabela 6.	Escala de sofrimento patogênico no trabalho segundo amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017	55
Tabela 7.	Escala de danos relacionados ao trabalho em amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições Belém, 2017	56
Tabela 8.	Correlação entre estresse biológico/estresse percebido e riscos psicossociais de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017	71

Carraro, P.F.H (2017). Riscos psicossociais do trabalho e estresse de cuidadores de idosos institucionalizados. Dissertação. Programa de Pós Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil. 143 páginas.

### **Resumo**

O atual processo de envelhecimento populacional direcionou atenção para muitas pesquisas e novos serviços. As pesquisas avançam na compreensão das especificidades do envelhecer, dentre as temáticas de estudo, o cuidador formal de idosos institucionalizados foi escolhido nesta pesquisa. O estudo objetivou avaliar os riscos psicossociais e estresse de cuidadores formais, que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Foram participantes 33 cuidadores de idosos que responderam o Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho; Inventário de Estresse Percebido e realizaram análise laboratorial da saliva para aferir os níveis de cortisol. Os principais resultados indicam que os cuidadores se perceberam pouco estressados (média=20  $\pm$  7,830;  $p < 0,0001$ ), os níveis de cortisol também foram abaixo do valor de referência estabelecido pelo laboratório (média = 9,2  $\pm$  3,59;  $p < 0,0001$ ); a organização do trabalho apresentou risco alto para os mesmos (média=3,00  $\pm$  1,34;  $p < 0,000$ ); verificou que existe uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de cortisol e o risco alto da organização prescrita do trabalho ( $r = -0,4394$ ;  $p = 0,0359$ ), assim como entre o estresse percebido e o sentimento de desqualificação nos cuidadores ( $r = 0,4854$ ;  $p = 0,0042$ ). Cuidadores homens com nível superior demonstraram-se mais insatisfeitos com o trabalho realizado, embora a qualificação desta mão de obra esteja aumentando. Conclui-se que fatores intrínsecos (sexo, idade, escolaridade...) somados ao ambiente de trabalho são determinantes para os riscos psicossociais e estresse dos cuidadores formais.

**Palavras chave:** idoso, cuidador, ILPI, estresse, riscos psicossociais

Carraro, P.F.H (2017). Psychosocial work risks and stress of institutionalized elderly caregivers. Dissertação. Programa de Pós Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil. 143 pages.

### Abstract

The current population aging process has focused attention on many research and new services. The researches advance in the understanding of the specificities of aging, among the study themes, the formal caregiver of institutionalized elderly was chosen in this research. The study aimed to evaluate the psychosocial risks and stress of formal caregivers, who work in Long Stay Institutions for the Elderly. Participants were 33 caregivers of elderly people who responded to the Protocol for the Evaluation of Psychosocial Work Risks; Perceived Stress Inventory and performed laboratory analysis of saliva to gauge cortisol levels. The main results indicate that the caregivers perceived themselves to be less stressed (mean =  $20 \pm 7.830$ ;  $p < 0.0001$ ); cortisol levels were also below the reference value established by the laboratory (mean =  $9.2 \pm 3.59$ ;  $P < 0.0001$ ); The organization of the work presented a high risk for them (mean =  $3.00 \pm 1.34$ ,  $p < 0.000$ ); Found that there is a statistically significant relationship between cortisol levels and the high risk of the prescribed work organization ( $r = -0.4394$ ;  $p = 0.0359$ ), as well as between the perceived stress and the feeling of disqualification in the caregivers ( $R = 0.48854$ ,  $p = 0.0042$ ). Male caregivers with higher education have been more dissatisfied with the work performed, although the qualification of this workforce is increasing. It is concluded that intrinsic factors (gender, age, schooling ...) added to the work environment are determinant for the psychosocial risks and stress of the formal caregivers.

**Keywords:** Elderly, caregiver, ILPI, stress, psychosocial risks

Vivemos um acelerado e desordenado processo de envelhecimento da população brasileira e avistamos para as próximas décadas a continuação desenfreada desse cenário. Com isso novas demandas de pesquisas e serviços são previstos, daí a preocupação em investir em tais áreas a fim de garantir a esses idosos o prolongamento do viver assim como também a sobrevida com qualidade.

Pesquisas avançam na compreensão das especificidades do envelhecer, dentre as temáticas de estudo em evidencia, existe uma que está relacionada diretamente com o idoso que é o cuidado e o cuidador. Na presente pesquisa partimos da hipótese de que se o cuidador estiver bem nos mais variados aspectos, o cuidado prestado será mais adequado, atenderá melhor suas necessidades e conseqüentemente o idoso terá seu bem estar assegurado. O estudo abordará os riscos psicossociais e estresse de cuidadores formais, que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Os riscos psicossociais foram estudados a partir de um protocolo de avaliação chamado de PROART (Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho) criando por Faca (2013). A fundamentação teórica do protocolo é baseada na psicodinâmica do trabalho elaborada por Dejours (1986). Nesta teoria entende-se que o trabalho não é apenas uma atividade produtiva e objetiva do mundo capitalista, é também a subjetividade do trabalhador expressa na transformação. Ou seja, trabalhar, é transformar a si mesmo, uma possibilidade privilegiada para se testar e se realizar. O protocolo tem uma facilidade que pode ser aplicado a qualquer classe de trabalhador, aqui será com os cuidadores.

O estresse foi eleito como uma medida para complementar a análise supracitada e foi aferido de duas formas: 1) um questionário de estresse percebido que visa estudar

os aspectos mais subjetivos, psicológicos, formas de enfrentamento do ser humano sobre estresse; e 2) mensuração o nível de cortisol presente na saliva. O cortisol é um hormônio produzido pelas supra adrenais que quando está em altas concentrações indicam alerta para fatores estressores.

A apresentação dos resultados e discussões mais aprofundadas serão abordadas nos capítulos que se seguem.

- Envelhecimento populacional, Instituições de Longa Permanência para Idosos e Cuidadores

No decorrer da história mundial, diversos países passaram/ passam pelo processo de Transição Demográfica, ou seja, populações, tipicamente jovens e adultas, tornaram-se gradualmente envelhecidas (Siqueira, Botelho & Coelho, 2002; Silva, Leal, Marino & Marques, 2008).

Fatores como a diminuição da taxa de fecundidade são determinantes para que a população envelheça. Assim, o processo de envelhecimento ocorre nas mais variadas formas e velocidade, comumente, os países desenvolvidos custam mais tempo para diminuir a taxa de fecundidade, logo atravessam o processo de envelhecimento durante um período de tempo maior e de maneira mais organizada em relação a países ainda em desenvolvimento, isto permite que a população se adeque estruturalmente ao novo contexto social , por exemplo, Suécia e Inglaterra custaram 70 e 55 anos, respectivamente, para reduzir a taxa de fecundidade à metade, enquanto no Brasil isto ocorreu em 30 anos. (Carvalho & Wong, 1995). Outros fatores também contribuíram para o envelhecimento acelerado de um país tais como: diminuição das taxas de natalidade, diminuição da taxa mortalidade, revelando diminuição do crescimento da população, além dos avanços médico-sanitários que aumentaram a expectativa de vida (Camarano, Kanso & Fernandes 2013).

O envelhecimento da população brasileira pode ser medido pela proporção de pessoas de 60 anos ou mais no total da população. Esta aumentou de 4% em 1940 para 11% em 2010. Espera-se que este grupo etário, que era formado por 20,6 milhões de

peças em 2010, venha a ser constituído por 57 milhões em 2040 (Camarano & Kanso, 2009).

Como observa-se, esse processo vem ocorrendo em alta velocidade, e no Brasil, nem as cidades, nem o Sistema de Saúde conseguiram ainda se adaptar de forma a gerar qualidade de vida ou atender a população idosa, grupo populacional mais vulnerável e com necessidades específicas. (Fiedler & Peres, 2008; Braga, Macinko, Proietti, César & Lima-Costa, 2010).

Tal aumento do número de idosos na população e suas consequências impulsionaram, no século XX, a ampliação do conhecimento das ciências que pesquisam sobre o envelhecimento humano. Na atualidade, observa-se um esforço crescente da sociedade e do meio científico, por descobertas voltadas para a manutenção da funcionalidade da população mais velha e pela superação de atitudes negativas acerca da velhice. (Ribeiro, 2015)

Ao longo dos anos o Estado se valeu de políticas para assegurar a qualidade de vida dos idosos. A primeira vez na história brasileira que se tratou o idoso e a velhice como um problema social foi com a Constituição de 1988, avançando para além da assistência previdenciária e assegurando a proteção na forma de assistência social (Martins, Schier, Erdmann & Albuquerque, 2007).

Em 1994, no Brasil, a Lei nº 8.842 estabeleceu a Política Nacional do Idoso (PNI) tendo como finalidades assegurar promoção da autonomia, integração e efetiva participação do idoso na sociedade. Para colocar em prática as ações preconizadas pela PNI, criou-se em 1997, o Plano de Ação Conjunta Governamental (Rodrigues & Rauts, 2007).

Já em 1998, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizou a XXV Conferência Sanitária, na qual se estabeleceram recomendações para o desenvolvimento de políticas, planos e programas de atenção aos idosos (Sayeg, Mesquita & Costa, 2002). Em 1999, estabeleceu-se a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), em conformidade com as diretrizes de promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, capacitação de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e apoio a estudos e pesquisas (Sayeg, Mesquita & Costa, 2002).

Com a Portaria nº 73 do Ministério da Previdência e Assistência Social (2001) foram estabelecidas as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. A portaria propõe mudanças nas várias modalidades dos serviços, definindo parcerias, integração intersetorial e co-responsabilidade do governo, da sociedade e da família (Sayeg, Mesquita & Costa, 2002).

A seguir, elaborou-se o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE), resultado da segunda assembleia mundial sobre envelhecimento (ONU, 2002). Esse plano se fundamenta em três princípios: 1) Participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; 2) Promoção de saúde e bem-estar na velhice; e 3) Criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento (Rodrigues & Rauts, 2007). Em 2003, através da Lei nº 1.074, sancionou-se no Brasil o Estatuto do Idoso que, como instrumento legal, culminou com ações concretas contra a violência e os maus-tratos à pessoa idosa (Sayeg, Mesquita & Costa, 2002).

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou um documento que versou sobre um novo paradigma de entendimento do envelhecimento, intitulado “Envelhecimento Ativo: Um Marco para elaboração de Políticas”. Esse texto apresenta

os principais desafios a serem enfrentados no mundo, relacionados ao envelhecimento da população, e destaca o fato de que a saúde só pode ser criada e mantida com a participação de vários representantes na promulgação da Constituição de 1988. Por fim, a Declaração Universal de Direitos Humanos prescreve, em seu Artigo 1º, que “todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. Essa igualdade não muda com a idade: homens e mulheres idosos possuem os mesmos direitos que as pessoas mais jovens. O desafio é fazer valer esses direitos na prática.

Segundo Veras (2012), o envelhecimento populacional impõe desafios que demandam uma revisão na logística assistencial do sistema social e de saúde que, atualmente, priorizam o tratamento dos problemas existentes de maneira mais intensa do que ações primárias de prevenção.

No mesmo sentido, os países em estágios avançados da transição demográfica têm atentado para identificar os principais desafios colocados a fim de que, nos próximos 20 anos, sejam superadas as dificuldades da sustentabilidade de um sistema social e de saúde, pois o corpo profissional e os recursos financeiros poderão ser insuficientes se não houver prevenção de doenças crônicas nem medidas que afetem diretamente as condições de vida, emprego e outros determinantes sociais. (OMS, 2008). Na medida em que o Brasil passa por uma rápida transição demográfica e nos perfis sociais e de saúde, cresce a necessidade de quantificar os recursos que a sociedade tem que arcar para fazer frente às necessidades específicas da população idosa (Carboni, 2007).

É indubitável que o novo perfil demográfico nacional venha favorecendo temas de pesquisas acadêmicas e de políticas públicas, bem como gerando novas demandas de recursos humanos na área do envelhecimento. Uma delas é justamente os cuidados de

longa duração para o idoso, pois devido à idade avançada, ocorre um declínio da autonomia para desempenhar as atividades básicas de vida diária (ABVDs). À medida que pessoas estão envelhecendo mais, o número das que não conseguirão manter a sua independência e autonomia também tende a aumentar, o que resulta num crescimento da demanda por cuidados.

Projeções da OMS apontam para um incremento de aproximadamente 400% na demanda por cuidados de longa duração para a população idosa residente nos países em desenvolvimento. Camarano e Kanso (2010) projetaram que o número de idosos brasileiros que deverá necessitar de cuidados prolongados poderá crescer de 30% a 50% entre 2010 e 2020, dependendo de melhorias, ou não, nas condições de saúde e autonomia.

De acordo com um levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2010) em todo território nacional, no período entre 2007 e 2009, foram encontradas 3.548 ILPIs. Elas estão concentradas nas capitais e nos grandes centros urbanos. Nessas instituições residem cerca de 100 mil idosos, sendo a maioria mulheres. As ILPIs encontram-se com seus recursos praticamente esgotados, pois 91,6% dos leitos disponíveis estão ocupados. É grande o número de municípios brasileiros que não contam com instituições (70,0% do total). Esta proporção é mais elevada nas regiões Norte e Nordeste. Nessas duas regiões, menos de 10% dos municípios estão cobertos.

No Pará, especificamente, existem 16 instituições cadastradas distribuídas nas cidades de Belém, Altamira, Capitão Poço, Castanhal, Conceição do Araguaia, Marabá, Marituba, Paragominas, Parauapebas, Santa Maria do Pará, Santarém e Tucuruí que abrigam aproximadamente 465 idosos (0,1% do total da população de idosos do Estado). É na capital que se concentra o maior número de instituições: são cinco. A maioria dos idosos que vivem em ILPIs é do sexo feminino e acima de 80 anos. O

estado possui 144 municípios e, apenas 16 ILPIs, sendo que 5 estão localizadas na capital, matematicamente, 11 municípios são agraciados com pelo menos uma ILPI. Analisando somente esses dados, é evidente a carência desses espaços no estado, com um agravante quanto ao futuro, em que se estima a triplicação do número de idosos no País.

- As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs): origem e perspectivas atuais

Juntamente com o processo de envelhecimento como visto anteriormente, mudanças sociais, econômicas, culturais, institucionais, no sistema de valores e arranjos familiares estão ocorrendo. É estimado para as próximas décadas o aumento da população muito idosa (80 anos ou mais), no entanto, essa previsão não acompanha o número de cuidadores familiares, a quem, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003), primeiramente é a responsabilidade de cuidar do idoso, conseqüentemente, o Estado e organizações privadas dividirão essa tarefa com a família, principalmente através da oferta de serviços pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos.

O aparecimento de instituições para idosos não é recente, o cristianismo foi quem primeiro promoveu ações de amparo aos idosos. Do grego *syloas* e do latim *asylu*, define-se asilo, como casa de assistência social, onde são acolhidas pessoas pobres e desamparadas, em estado de vulnerabilidade social, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos. A função do local era baseada principalmente e exclusivamente na ideia de guarita, abrigo, proteção (Araújo, Souza & Faro, 2010).

Os primeiros passos datados para a criação de uma ILPI, no Brasil, segundo Alcântara (2004), foram ainda no período colonial quando o Conde de Resende

defendeu que soldados velhos necessitavam de uma velhice digna e, então, em 1794, no Rio de Janeiro, inaugurou a Casa dos Inválidos, uma forma de reconhecer àqueles que prestaram serviço ao país.

A primeira instituição só para idosos, surgiu em 1890 no Rio de Janeiro, denominada de Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, criada pelo Visconde Ferreira de Almeida. Embora proporcionasse uma maior atenção à velhice, consistia em um lugar de isolamento social, pois o idoso ao adentrar no local rompia os laços com a família e sociedade (Groisman, 1999a). O asilo era comparado a uma espécie de limbo situado entre a vida e a morte, chamando a atenção para o desamparo social e a erosão dos corpos daqueles que lá se encontravam (Groisman, 1999b).

Sobre registros legais no Brasil, as primeiras discussões foram datadas pela Constituição de 1988 com a Portaria 810 (Brasil, 1989) que trata o serviço de institucionalização como um internato. As discussões evoluíram, embora carentes documentalmente e de políticas específicas direcionadas à população idosa residente nas ILPIs (Silva & Almeida, 2013).

As três principais políticas nacionais em curso voltadas à população idosa são: Política Nacional do Idoso-PNI (Brasil, 1994), Política Nacional de Saúde do Idoso-PNSI (Brasil, 1999) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI (Brasil, 2006), as três abordam questões referentes à institucionalização de forma limitada, sendo que na última está ausente a citação dessa modalidade de assistência.

O conceito de ILPI, no Brasil, é muito formal, as próprias instituições ainda precisam se reconhecer como tal. Segundo, Camarano e Kanso (2010), está ausência de identificação está ligada aos asilos, que objetivava abrigar a população carente, como resultado principalmente de obras de caridade cristã frente a ausência de políticas públicas, de maneira que eram mais reconhecidas como abrigos ou asilos. A Sociedade

Brasileira de Geriatria e Gerontologia-SBGG sugeriu a adoção da denominação ILPI a fim de mudar o perfil de assistência de social para uma rede de assistência de saúde ao idoso. Foi a Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 283, que adotou o termo: Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) quando passou a vigorar em 2005, e estabeleceu novas normas de funcionamento para esta modalidade de assistência. Definiu-se ILPIs como instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania (ANVISA, 2005).

A implementação dessa resolução passou a ser um desafio para os órgãos fiscalizadores e para as próprias instituições, uma vez que foram obrigados a se adequar à legislação, superando o paradigma de atendimento pautado na caridade e assistencialismo social, e agora visando ao atendimento como prestação de serviços, com qualidade e garantia dos direitos da pessoa idosa (Pollo & Assis, 2008).

Os registros mais atuais provenientes da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (Brasil, 2009), ainda utiliza o termo acolhimento de idosos, embora cite a ILPIs como unidade de atendimento. Logo, observa-se que embora o termo ILPI tenha sido proposto como único através da RDC 283 em 2005, nos documentos posteriores, ele ainda não é empregado, mas sim termos como: abrigo, acolhimento institucional e clínicas para idosos (Silva & Almeida, 2013).

Os objetivos, resumidamente, do atendimento pelas ILPIs, segundo Silva e Almeida (2013) incluem acolhimento, proteção, moradia e atenção. Como exposto são apresentados de modo amplo e vago na legislação. Apenas, a Portaria 73 (Brasil, 2001) dispõe sobre uma classificação das ILPIs em três modalidades de acordo com o nível de dependência/independência para as ABVDs.

Para concluir essa abordagem, Fragoso (2008) preconiza que a organização do espaço e das dinâmicas de cuidado nas ILPIs deve ser pautada nos seguintes princípios: privacidade, escolha, controle e autonomia, orientação espacial, segurança, funcionalidade, estimulação, aspectos sensoriais, familiaridade, estética e aparência, personalização e adaptabilidade. Para o bom funcionamento da ILPIs a equipe que cuidará do idoso é peça fundamental nesse processo.

#### - ILPIs no Estado do Pará

Na capital Belém, no início do século XX existia o asilo Dom Macedo Costa, criado na administração Antônio Lemos, funcionou até o início do século XXI. A cidade vivia com os frutos oriundos do Ciclo da Borracha, então o asilo foi construído para retirar do cenário de apogeu, aquelas pessoas ou grupos de indivíduos que não combinavam com tal conjuntura sócio econômica (Souza, 2002). Logo, os residentes do local eram os pobres, independentemente da idade.

Em 1981, foi fundada a Unidade de Acolhimento da Pessoa Idosa (UAPI 1), cujo objetivo era de abrigar idosos independentes, com família e poder aquisitivo que assegurasse suas necessidades de saúde, alimentação, vestuário e lazer. Os idosos residentes e/ou suas famílias contribuía(m) financeiramente para usufruir dos serviços.

Na década de 90, o Estado criou a Secretaria Executiva de Trabalho e Promoção Social, que passou a gerenciar os serviços de proteção social direcionado à criança, ao adolescente e ao idoso, a fim de promover um espaço voltado para cidadania e ações destinadas à geração de renda e trabalho. A partir dessa mudança, a UAPI 1 alterou o perfil de atendimento para idosos em situação de vulnerabilidade social e pessoal e passou a atender dois tipos de vínculos: 1) os “pensionistas”, que contribuía(m) financeiramente para sua permanência na instituição e 2) os “tutelados” pelo Estado.

Em 2002, o abrigo Dom Macedo, atravessou dificuldade de atendimento devido à estrutura física, sendo necessária a realização de sua reforma (Souza, 2002). Em 2004, o Estado cria mais uma UAPI 2, para acolher os idosos remanescentes do abrigo Dom Macedo Costa interditado em 2002 e também para novas demandas desde que fossem idosos desabrigados, de ambos os sexos, sem vínculo familiar e em situação de risco pessoal, portadores de dependência parcial ou total.

Hoje o estado contempla cinco ILPIs, três públicas e duas mistas (filantrópica-privada). As ILPIs públicas abrigam respectivamente: 1) idosos que foram encontrados nas ruas em estado de vulnerabilidade; 2) pessoas no mesmo contexto, porém que não sejam necessariamente idosos e 3) idosos cujas famílias abandonaram. Enquanto que uma das mistas abriga somente idosos do sexo feminino que podem ser alojadas em quartos coletivos ou individuais, e a outra acolhe idosos de ambos os sexos. Em ambas instituições, os moradores pagam um valor mensal pelos serviços.

- Os cuidadores de idosos

De acordo com exposto até aqui, vê-se que o processo de envelhecimento demográfico traz implicações para as diferentes esferas da estrutura socioeconômica, política e cultural da sociedade, uma vez que os idosos possuem demandas específicas para alcançarem boas condições de vida, necessitando de apoio informal (cuidado por familiares e amigos) e cuidado formal (serviço social e de saúde) (OMS, 2005). Diante dessas novas configurações, houve a necessidade na elaboração da Política Nacional do Idoso (2006) de reconhecer e definir a profissão de cuidador como: aquele que pode ser membro ou não da família, que cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividade Instrumentais de Vida

Diária (AIVDs) tais como: alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, a bancos ou farmácias entre outros.

Conforme Neri (2001) o papel exercido pelo cuidador vai além da definição anterior, pois este envolve o cumprimento das normas sociais relativas aos deveres de retribuição e de piedade filial, bem como responder por este idoso perante a família e a sociedade, tendo implicações legais, cabe ainda por suprir as dificuldades emocionais e cognitivas, e sua proteção e manutenção.

Vale ressaltar a diferença entre cuidador informal e formal. O cuidador informal se refere à pessoa que presta cuidados aos idosos em seu domicílio que pode ter ou não vínculo familiar, e não é remunerado. Já o cuidador formal é aquele, geralmente remunerado, que possui capacitação ou habilidade técnica para auxiliar o idoso com limitações para realizar suas atividades diárias (Giehl, Rohde, Areosa & Bulla, 2015).

Um estudo do tipo observacional de perfil realizado por Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira e Ferreira (2009) com 181 cuidadores formais (98 de ILPIs filantrópicas e 83 privadas) de Belo Horizonte revelou que a maior parte dos cuidadores eram mulheres (87,8%), com menos de 50 anos independente da modalidade de instituição. Nas instituições privadas mais da metade dos entrevistados (50,6%) eram casados, já nas filantrópicas, o percentual de casados foi igual ao de solteiros (37,8%). Os cuidadores das instituições filantrópicas possuíam menos anos de estudo. A remuneração dos cuidadores de idosos foi semelhante (até 2 salários mínimos), independentemente da modalidade da instituição.

Silva, Machado, Ferreira e Rodrigues (2015) em seu estudo sobre formação profissional dos cuidadores em nove ILPIs da cidade de Natal-RN encontrou que a maioria dos cuidadores de idosos é do sexo feminino (n=54; 85,7%), casadas (n=53;

52,3%), idade de 40 a 49 anos (n=22; 34,9%), suas famílias eram compostas entre 01 e 03 pessoas (n=31; 49,2%), remuneração mensal de até 01 salário mínimo (n=45; 71,4%) e renda familiar de 01 a 02 salários (n=40; 63,5%). Quanto à escolaridade, 60,4% (n=38) têm até o ensino médio incompleto.

Um outro estudo do tipo descritivo e exploratório de Siewert, Alvarez, Jardim, Valcarenghi e Winters (2014) com 35 cuidadores formais de idosos não institucionalizados da cidade Joinville-SC também revelou que os cuidadores eram majoritariamente mulheres (n=35; 100%), com idade superior aos 42 anos (n=15; 42%) possuíam quarta série do ensino fundamental (n=12; 35%) trabalhavam até 12 horas por dia (n=18; 51%) e suas tarefas eram ajudar os idosos em suas ABVDs e AIVDs.

Colomé et al, (2011) realizaram um estudo do tipo exploratório-descritivo em uma ILPI localizada em um município da região norte do Rio Grande do Sul/RS, com 11 cuidadores, e nele traçaram o perfil dos cuidadores desta ILPI, demonstrando que a maioria deles eram do sexo feminino, idade entre 40 e 49 anos, estado civil casado, apresentavam baixo grau de instrução escolar, 36,4% já haviam exercido essa atividade em domicílio, em hospital ou em outras ILPIs, porém 63,6% dos trabalhadores relatou não ter recebido treinamento prévio e as dificuldades apontadas pelo cuidadores foram sobrecarga de trabalho, exigência física e ausência de conhecimento para cuidar dos idosos. Baseado nas pesquisas supracitadas observa-se que existe uma tendência dos cuidadores serem mulheres, com pouco estudo, menos de 50 anos, casadas, recebendo aproximadamente um salário.

Um dos fatores responsáveis pela sobrecarga de trabalho e estresse que o cuidador enfrenta é o grau de dependência do idoso. Gratão, Talmelli, Figueiredo, Rosset, Freitas, e Rodrigues, (2013) define-se dependência funcional como a

incapacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma, condicionando a atenção ao idoso dependente à presença do cuidador (Gordilho et al, 2000).

Essa sobrecarga gerada sobre os cuidadores pode acarretar no comprometimento de sua saúde com o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, estresse, ansiedade, depressão fadiga e cansaço, hipertensão levando até ao uso de medicamentos psicotrópicos, e, conseqüentemente, à falta de condições para prestar assistência ao idoso. (Gratao et l, 2013).

Mendes, Miranda e Borges(2010), em uma revisão sistemática de estudos publicados no período de 2005 a 2009 sobre a saúde dos cuidadores, observaram principalmente que a tarefa de cuidar do idoso deflagra diferentes sentimentos que são vivenciados pelos cuidadores constantemente. Muitas vezes, no cotidiano do cuidador, surgem situações conflituosas que culminam com a sua insatisfação e produzem um enorme descontentamento, podendo comprometer a sua qualidade de vida e o serviço prestado.

As discussões em torno do cuidado ao cuidador de idosos, tem sido tema de muitos estudos no contexto do envelhecimento humano e suas demandas. Portanto a presente pesquisa buscou dar continuidade a esta caminhada, investigando quais riscos psicossociais e fatores de estresse o cuidador tem sido exposto.

Uma possibilidade de operacionalizar esse caminhar é fazer uso da análise das relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os processos de subjetividade (modos de pensar, sentir e agir) dos trabalhadores, tanto individualmente quanto coletivamente. Além disso, objetiva-se compreender como esse vínculo com o trabalho se manifesta nas vivências de prazer e sofrimento, nas estratégias de ação para mediar

as contradições encontradas na organização do trabalho, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento (Facas, 2013). O entendimento dessa relação será baseado na teoria psicodinâmica do trabalho.

#### - Da Psicodinâmica do Trabalho aos Riscos Psicossociais e Estresse

A Teoria da Psicodinâmica do Trabalho foi desenvolvida por Christophe Dejours, a partir dos anos 80, na França. Foi disseminada e ganhou espaço no Brasil com a publicação do livro “A loucura do trabalho”, em 1987.

Para tal teoria, o desenvolvimento da subjetividade passa pela relação entre o sofrimento e o real. Dejours (2004) explica que o trabalho não é apenas uma atividade de produção no mundo objetivo, uma vez que expõe sempre a subjetividade do trabalhador, fazendo com que termine transformada. Ou seja, trabalhar, segundo a teoria, é transformar a si mesmo, é se testar, se realizar.

Trata-se, portanto, de uma teoria que analisa as relações entre saúde mental e trabalho e também dos processos psíquicos provocados pelo encontro entre o sujeito e a organização do trabalho (Mendes, 2007; Molinier, 2008).

A organização do trabalho é um dos conceitos da Teoria de Dejours e pode ser entendida como o ambiente do trabalho. Tal organização trata dos instrumentos, dos protocolos de trabalho, do número de pessoas para realizá-lo, da velocidade de execução, do tempo atribuído à deliberação com os colegas. É, também, preditor das vivências de sofrimento no trabalho e das possibilidades de mediação dessas vivências. Trata-se, então, de uma dimensão de fundamental importância nas investigações dos riscos psicossociais no trabalho. (Mendes, 2008; Molinier, 2008).

Os Riscos Psicossociais do trabalhador são entendidos como decorrentes dos efeitos negativos da organização do trabalho sobre os estilos de gestão, sofrimento

patogênico e danos físicos, psicológicos e sociais, e que provocam o adoecimento do trabalhador comprometendo a qualidade do serviço prestado, nesse caso, o cuidado com o idoso.

A Organização Científica do Trabalho foi pensada inicialmente no ambiente fabril. Os princípios e técnicas do taylorismo primavam pelo controle, por parte do dono da fábrica, sobre todo o processo, gerando fragmentação e simplificação das tarefas; divisão entre gerência e operário (Facas, 2009; Holzmann & Cattani, 2006; Vieira, 2005; Dejours, 1992). Assim tal, pensamento tende a dominar física, psíquica e socialmente o trabalho e o trabalhador.

Essa sistematização do trabalho tenta transformar o trabalho em um rígido processo de cumprimento de regras, conseqüentemente, elimina a subjetividade do trabalho, controlando os corpos dos trabalhadores e tomando suas mentes. Esse tipo de organização do trabalho, caracteriza-se por modelos de gestão rígidos e, portanto, geradores de grandes riscos psicossociais.

Considerando que os trabalhadores são submetidos à mesma organização do trabalho, à mesma estrutura organizacional que gratifica/frustra em excesso as necessidades, os padrões de comportamentos tendem a se repetir para a maioria dos membros da organização (Paz, Mendes & Gabriel, 2001).

Estudos nessa temática permite a criação de estratégias que assegurem ao trabalhador menores riscos psicossociais. Dutra e Correa (2013) realizaram um estudo em que relataram uma intervenção chamada de “O Grupo Operativo” realizada com cuidadores no Estado de Minas Gerais cujo objetivo era identificar as causas de sofrimento patogênico do cuidador e também de minimiza-los através de reuniões grupais mensais entre cuidadores e uma equipe multiprofissional do NASF (Núcleo de

Assistência Saúde da Família) coordenada por um psicólogo. O grupo discutia as questões que envolviam o trabalho, levantava as possibilidades de intervenção, elaborando estratégias e táticas em que os cuidadores poderiam intervir nas situações e provocar transformações.

Os resultados desse estudo foi a identificação, pelos cuidadores, que parte dos problemas vivenciados por eles, resultava dos conflitos decorrentes das especificidades da organização familiar do idoso, das longas jornadas de trabalho, do sentimento de incompetência técnica para resolução de problemas emergentes nas práticas diárias do cuidar, do sentimento de medo relativo à degradação do organismo, ligado diretamente às más condições de trabalho. O grupo também gerava questionamentos sobre experiências do cotidiano, bem como análises que constituem os materiais concretos para ressignificação das vivências e construção do aprendizado. Tudo que era refletido nas reuniões permitiu aos cuidadores transformar sua experiência laboral e ressignificar o seu trabalho.

Para Mendes (1999) é necessário se pensar nas variáveis de padrões de comportamentos organizacionais, que diz respeito às representações e percepções dos modos de pensar, sentir e proceder, compartilhados e repetidos pela maioria dos trabalhadores de uma organização.

Assim, temos o estilo de gestão que é classificado em quatro formas: individualista, normativo, coletivista e realizador. 1) O padrão individualista apresenta um modo de pensar, sentir e agir que reflete uma fusão com a organização e é focado no próprio ego, e as solicitações no trabalho acontecem mais no nível pessoal, para satisfazer alguém, especialmente o chefe, do que no profissional, é formado por pessoas que parecem não considerar os limites da realidade e que têm dificuldade de reconhecimento do outro. 2) O padrão normativo baseia-se no controle de normas e

regras, em que o controle é a marca da impessoalidade e distância emocional, existindo uma submissão à autoridade. 3) O estilo coletivista experiencia a organização como um grupo perfeito, onde o grupo define o bom e o ruim, refletindo orgulho, confiança e auto-estima organizacional, os membros apresentam comportamentos de lealdade, dependência e corporação. 4) O estilo realizador pensa na organização como um espaço no qual todos os membros são confiáveis, cidadãos que participam igualmente no desenvolvimento da prosperidade e bem comum, estilo cujo funcionamento favorece a interação profissional e a promoção de um maior bem-estar das pessoas, embora seja constituído por pessoas que buscam um lugar especial na sociedade, status e reputação, de forma individualizada, mas que respeitam a conexão social com os outros.

Nesse sentido, o estilo de gestão é fundamental para o entendimento da dinâmica do trabalho e sofrimento do trabalhador, de forma que quanto maior rigidez e divisão do trabalho houver na gestão, maior a dificuldade da tarefa adquirir sentido, menor a possibilidade do uso do potencial criativo e, conseqüentemente maior a possibilidade de ocorrência do sofrimento patogênico (Oliveira, 2003; Dejours, 1992). Neste caso, o sofrimento será patogênico quando não existir possibilidade de adequação entre a organização do trabalho e desejo dos sujeitos e, quando as margens da subjetividade, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas e esgotadas. (Facas, 2013).

Segundo Moraes (2013), o sofrimento patogênico tem-se agravado em função das mudanças que conduziram à degradação das relações intersubjetivas e à desarticulação dos coletivos de trabalho. As novas formas de gestão do trabalho, relacionadas ao modo de acumulação flexível do capital, aliadas aos avanços tecnológicos, intensificaram o controle e a dominação do trabalhador.

O aumento e reincidência do sofrimento pode levar à desestabilização e resultar em uma crise de identidade, na medida em que o trabalhador passa a duvidar de suas habilidades, capacidades e competências, permitindo a manifestação de patologias psíquicas e/ou somáticas, caracterizando assim o sofrimento como patogênico (Moraes, 2013; Dejours, 2007).

Quando identificado o sofrimento patogênico, o trabalhador pode estar exposto a danos psíquicos, sociais e físicos. Danos psíquicos são definidos como sentimentos negativos em relação a si mesmo e a vida em geral; Danos sociais como isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais e Danos físicos diz respeito a dores no corpo e distúrbios biológicos (Facas, 2013). Tais danos isoladamente ou somados podem gerar ao trabalhador situações de estresse.

#### - Estresse percebido e Estresse biológico

O conceito de estresse tem várias interpretações, seja para definir um evento (estressor) ou uma resposta (resposta ao estresse). É mais utilizado com uma conotação negativa, atribuindo um estado de aflição, ou um estado crônico de desequilíbrio e sofrimento na resposta ao estresse (McEwen, 2008). No entanto, McEwen (2000) em seus estudos, entende que o estresse é uma ameaça, real ou implícita, para a homeostase, valendo-se de parâmetros fisiológicos vitais necessários para a sobrevivência.

Essa reação frente ao agente estressor visa a preservação da vida. Por instinto o ser humano tem a condição básica de lutar ou fugir diante do perigo, geralmente uma reação do estresse. Nesse sentido, estresse nem sempre é um fator de desgaste emocional e físico, na verdade, é um mecanismo natural de defesa do organismo (Corrêa, 2015).

Para Silva e Marziale (2008) o estresse pode ser positivo, necessário e estimulante, desde que ocorra dentro dos limites fisiológicos e psicológicos de cada organismo, por outro lado, Rossi (2007) afirma que pode causar doenças quando excede a capacidade de adaptação do indivíduo.

Segundo, Campos (2013) os agentes estressores podem ser classificados de acordo com suas características e duração. De acordo com as características podem ser físicos (exposição ao frio/ calor, barulho), químicos (exposição a agentes lesivos) ou psicológicos (ansiedade, depressão e trabalho). Quanto à duração podem ser agudos ou crônicos, os primeiros têm uma curta duração, já os segundos podem perdurar por dias. Para os autores Smeltzer e Bare (2002) e Santos (2007) os estressores podem ser classificados quanto a sua natureza em: Estressores físicos (relacionados com o ambiente, como por exemplo, temperatura, agentes químicos e outro); Estressores fisiológicos (relacionados com sinais e sintomas como, por exemplo, dor, cansaço, fadiga e outros) e Estressores psicossociais (relacionados com aspectos como inseguranças no trabalho; medo de perder o emprego; conflitos entre outros).

Devido ao tema da presente pesquisa, vamos nos deter aos estressores psicossociais, relacionados, principalmente com o trabalho. Assim entende-se que estes, os estressores organizacionais, são os estímulos, altamente capazes de reações positivas e/ou negativas nos indivíduos, presentes no local de trabalho (De Conto, 2013).

Segundo os autores Schmidt et al (2009); Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) o estresse organizacional ou estresse laboral refere-se à incapacidade percebida pelo trabalhador de se (re)adaptar às demandas existentes no trabalho. Em outra perspectiva, esse estresse pode ainda referir-se ao conjunto de perturbações de cunho psicológico e ao sofrimento psíquico associados às experiências e vivências no trabalho, cujas demandas ultrapassam as capacidades físicas ou psíquicas do trabalhador.

A mensuração do estresse pode ser realizada tanto por marcadores fisiológicos através da quantificação do cortisol quanto por psicológicos, com aplicação de questionários (Metzenthin, Helfricht, Loerbroks, Terris, Haug & Subramanian, 2009). O uso de questionários atenta para questões importantes sobre estresse, passíveis de intervenção e melhoria na organização do ambiente de trabalho do cuidador. Além disso, aponta as causas de estresse em situações experienciadas pelos indivíduos do estudo (Stacciarini & Tróccoli, 2000; Bianchi & Bianchi, 2013).

O cortisol é um hormônio produzido na zona fasciculada da região cortical das glândulas suprarrenais (Kozlov & Kozlova, 2014), é secretado em resposta a estímulos estressores. O ciclo inicia por neurônios hipotalâmicos que liberam um neuropeptídeo, o hormônio liberador de corticotropina (CRH), o qual estimula a hipófise anterior a secretar o hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) para a corrente sanguínea, que por sua vez estimula as adrenais a liberarem cortisol (Lupien, McEwen, Gunnar & Heim, 2009).

Este hormônio além de ser responsável pela modulação de diversas funções do sistema nervoso central e de participar na regulação da resposta do organismo a agentes estressores, também é extremamente importante para o controle de diversas funções fisiológicas do organismo, como por exemplo, na regulação dos níveis glicêmicos, do tônus vascular e das respostas imunes e anti-inflamatórias (Lucassen et al., 2014).

A maioria dos estudos realizados nesta temática são com cuidadores informais e demonstram que este está relacionado com o nível de dependência do idoso, que é diretamente proporcional, quanto maior a dependência do idoso, maior a sobrecarga e maior o estresse do cuidador, podendo gerar desde o desgaste físico a exaustão emocional e depressão, e também alterações na vida social, laboral e econômica.

A pesquisa de Rocha e Pacheco (2013) exemplifica bem essa relação, pois obteve como resultado, em um estudo com cuidadores familiares, uma resposta correlação positiva entre o estresse e a existência de lesões corporais no idoso afetando tanto a vida social e econômica do cuidador (Qui-quadrado = 13,766,  $p.\leq 0,000$ ) como a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados (Qui-quadrado = 6,060,  $p.=\leq 0,014$ ).

Cassis, Theodora, Moraes, Quadrante, Curati, e Magaldi, (2007) observaram em cuidadores informais de idosos demenciados, uma relação direta entre sobrecarga do cuidador com sintomas neuropsiquiátricos mais intensos e frequentes dos idosos e com maior prejuízo funcional para atividades instrumentais da vida diária dos anciãos. Já pontuações nos testes cognitivos foram inversamente proporcionais à sobrecarga, ou seja, pior desempenho nos testes cognitivos determinou maior sobrecarga e estão relacionados com maiores níveis de estresse do cuidador devido ao maior nível de dependência do idoso. O estudo de Gratão *et al* (2013) também aponta para essa relação entre capacidade funcional e sobrecarga do cuidador.

Embora os estudos citados tenham sido realizados com cuidadores informais, a hipótese da presente pesquisa é a de que o estresse dos cuidadores formais também seja elevado, podendo estar relacionado com as exigências de seus contratadores e condições de trabalho ofertadas pelas ILPIs.

## **Objetivos**

### **- Objetivo geral**

Analisar os riscos psicossociais do trabalho e estresse dos cuidadores formais de idosos de instituição de longa permanência.

### **- Objetivos específicos**

Traçar o perfil sócio demográfico dos cuidadores formais

Quantificar o nível de estresse percebido e biológico dos cuidadores

Descrever as características e estilo de gestão da instituição

Identificar os riscos de sofrimento patogênico no trabalho dos cuidadores

Identificar os danos físicos e psicossociais dos cuidadores

Correlacionar o estresse percebido e biológico com as características e estilo e gestão da instituição

Correlacionar o estresse percebido e biológico com os riscos de sofrimento patogênico e danos físicos e psicossociais dos cuidadores

## **Método**

### **- Participantes**

A amostra foi composta por 33 cuidadores formais de ambos os sexos, de duas ILPIs, uma filantrópica e uma pública, três participantes da instituição filantrópica, esta possui 4 cuidadores, logo um não aceitou participar da pesquisa. E, na ILPI pública são 44 cuidadores, 30 participaram da pesquisa, os demais recusaram o convite ou não estavam de acordo com os critérios de inclusão que era ter mais de 12 meses de atividade laboral na instituição. Os critérios de exclusão foram: cuidadoras grávidas e cuidadores que estivessem fazendo uso de qualquer tipo de terapia (medicamentosa, psicoterapia, terapias para diminuição de estresse entre outras) e ter menos de 12 meses de trabalho na instituição.

### **- Local da pesquisa**

A pesquisa ocorreu em duas instituições, selecionados por conveniência, uma instituição de longa permanência pública (N. L. S. G.) e outra filantrópica (A.S.V.P.)

#### **1. A ILPIs Pública**

Mantidas pelo governo do Estado, foram criadas para receber os idosos remanescentes do abrigo Dom Macedo desativado no ano 2002. Em geral, os idosos residentes nesta instituição são dependentes ou semi -dependentes e com algum comprometimento cognitivo.

Com relação à estrutura física, após a entrada social há uma recepção, com segurança que registra a entrada e saída das pessoas. Em seguida, há um corredor com

as salas da secretaria, setor administrativo, gerência, almoxarifado, copa, sala de técnicos, serviço social e sala de fisioterapia para sessões individuais. Tanto os dormitórios quanto as enfermarias, estão divididos por sexo, existindo o dormitório masculino que se divide em dois blocos ocorrendo o mesmo com o feminino. Há um banheiro com vários boxes em cada dormitório. As enfermarias masculina e feminina também são divididas em dois blocos cada. O refeitório fica no centro do abrigo e também é usado como salão para festas, onde são realizados os aniversários, jogos (damas, cartas, bingo), atividades recreativas como assistir televisão e escutar música. (Figura 1).

A equipe da Instituição é formada por um grupo multiprofissional (Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Cuidadores). Os cuidadores são denominados de monitores pela gestão e trabalham em regime de escala, são 12h corridas e 48h de folga, os demais profissionais cumprem 8h diárias. No período da coleta havia 33 idosos e 44 cuidadores.



**Figura 1** Imagens da Instituição de Longa Permanência para Idosos- Publica, Belém, 2017.

## 2. ILPI filantrópica

Foi fundada em 1938 pelo padre Frederico, é uma entidade totalmente filantrópica que sobrevive de taxas pagas pelas idosas, de contribuições das chamadas "damas de caridade", de bazares, bingos, rifas e doações de pessoas da comunidade. A Instituição é só para mulheres e tem capacidade para acomodar 38 idosas. No período da coleta haviam 36 idosas residindo na ILPI.

Os outros espaços compreendem sala da presidente, consultório médico, garagem, o refeitório (que também funciona como salão para festas e atividades em geral), três banheiros coletivos, cozinha, capela e uma área descoberta no centro do abrigo com jardim (Figura 2).

O quadro funcional do abrigo é constituído por: uma diretora, uma secretária, uma assistente social, uma psicóloga, uma técnica de enfermagem, duas cozinheiras e quatro cuidadoras. No período da coleta o quadro estava completo.

As atividades realizadas no abrigo não ocorrem de modo regular. Os idosos recebem intervenções psicológicas, fisioterapêuticas entre outras através de estudantes de Universidades que fazem parceria com o abrigo e que são supervisionados por professores, porém o tempo das atividades é limitado e varia de acordo com o calendário acadêmico e com as pesquisas que são realizadas nesse ambiente. A única atividade regular ocorre às terças-feiras às 10h, em que algumas idosas se reúnem na capela para rezar o terço. Geralmente, as idosas ficam assistindo televisão ou sentadas nos corredores.



**Figura 2.** Imagens da Instituição de Longa Permanência para Idosos-Filantrópica, Belém, 2017.

#### - Instrumentos e Materiais

##### Questionário sócio demográfico

Criado pela autora, semiestruturado com perguntas fechadas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda, função desempenhada, tipo de contrato, tempo de serviço, carga horária de trabalho, número de idosos que cuida) e abertas relativas às atividades de lazer (Apêndice A).

##### Escala de estresse percebido

Criado por Cohen, Karmack e Mermelsteinm (1983), visa avaliar o nível de estresse diante de uma determinada situação, é composta por 14 itens e para cada resposta são atribuídos valores de zero a quatro para mensurar o grau de estresse. As respostas somam 56 pontos, quanto mais próximo deste valor for a soma total dos escores, mais estressado o indivíduo está (Apêndice B).

## Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais do Trabalho (PROART)

Criado por Facas e Mendes (2013) visa avaliar as características de organização e estilo de gestão do ambiente de trabalho, identificar os riscos de sofrimento patogênico e os danos físicos e psicossociais dos cuidadores através de quatro escalas, uma para cada objetivo, compreendendo 96 itens no total (Apêndice C).

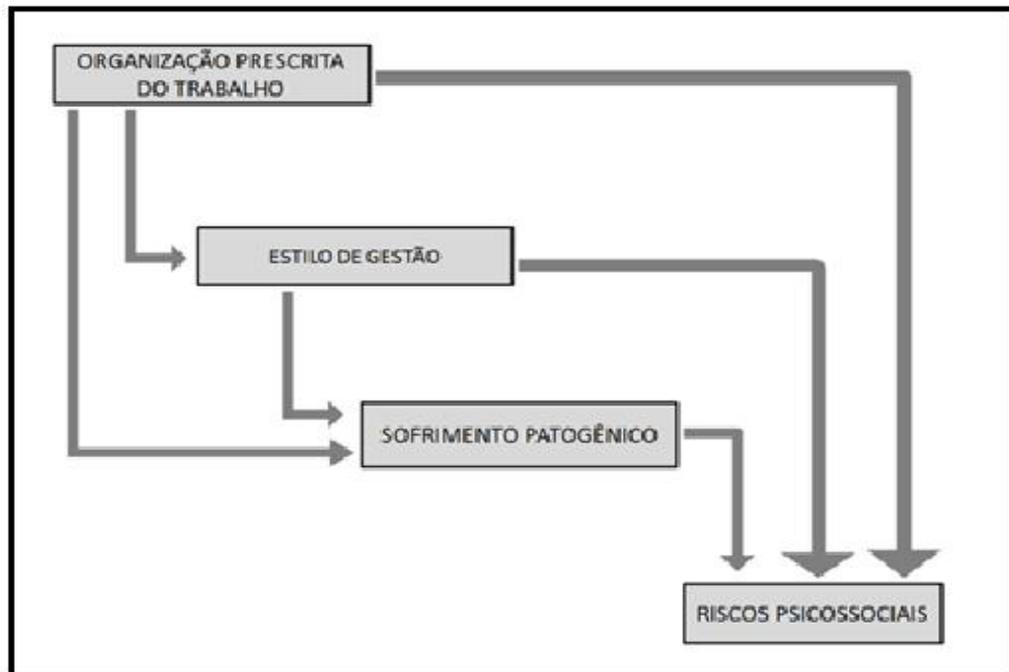
A primeira escala do PROART é a Escala da Organização Prescrita do Trabalho (EOPT), cujo objetivo é apreender as representações que os trabalhadores têm sobre as tarefas que precisam realizar; as condições materiais oferecidas para suas execuções; a flexibilidade de prazos, ritmos e normas; a variabilidade das tarefas; e a autonomia e liberdade para realizar e falar sobre o trabalho. Trata-se de uma escala composta por 19 itens, do tipo *likert* de 1 a 5, que mensura frequência: 1 - nunca; 2 - raramente; 3 - às vezes; 4 - frequentemente; 5 - sempre. Esta escala considera o desvio-padrão das respostas em relação ao ponto médio, os parâmetros para a avaliação de média e frequências do fator, valores de 1,00 a 2,30 representa risco alto; de 2,30 a 3,70, risco médio e de 3,70 a 5,00 risco baixo.

A segunda é a Escala de Estilos de Gestão (EEG), tem o objetivo de classificar o estilo de gestão da instituição em: Realizador, Individualista, Coletivista e Normativo. É composta por 26 itens, organizados em quatro fatores que representam estilos de gestão. Os itens também foram avaliados a partir de uma escala de 5 pontos (1: nunca; 2: raramente; 3: as vezes; 4: frequentemente; 5: sempre). Esta escala por se tratar de uma escala de 5 pontos, com variação de 1 a 5, o ponto médio considerado foi 3,00. Médias próximas ao ponto médio da escala significaram uma presença moderada de determinado estilo, enquanto que acima de 3,50 o padrão foi predominante e abaixo de 2,50, pouco característico.

A terceira é a Escala de Sofrimento Patogênico do Trabalho (ESPT), tem por objetivo classificar o sofrimento patogênico em sentimentos de: Inutilidade, Indignidade e Desqualificação. Nesta escala são avaliados os sentimentos, pensamentos e atitudes do trabalhador (cuidador) na instituição, entendendo-a como parte constituinte do estilo de gestão adotado em relação ao trabalho. É composta por 28 itens, dividida em três fatores que correspondem a classificação supracitada. Para avaliação também foi utilizada uma escala tipo likert de frequência, composta por 5 pontos (1: nunca; 2: raramente; 3: as vezes; 4: frequentemente; 5: sempre). Nesta escala os itens são negativos, isto é, quanto maior o escore, maiores os riscos psicossociais. Considerando o desvio-padrão em relação ao ponto médio, valores de 1,00 a 2,30 representam risco baixo; de 2,30 a 3,70 risco médio e de 3,70 a 5,00 risco alto.

A última é a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT). Seus 23 itens referem-se às disfunções físicas, psicológicas e sociais provocadas pelo confronto com determinada organização do trabalho e seus decorrentes estilos de gestão e vivências de sofrimento. É formada por três fatores: danos físicos, psicológicos e sociais. O primeiro fator é danos psicológicos, definido como sentimentos negativos em relação a si mesmo e a vida em geral. O segundo fator é danos sociais, definido como isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais. O terceiro fator é danos físicos, que diz respeito a dores no corpo e distúrbios biológicos. Para a avaliação, foi utilizada uma escala likert de frequência, composta por 5 pontos (1: nunca; 2: raramente; 3: as vezes; 4: frequentemente; 5: sempre). Nesta escala os itens também são negativos, isto é, quanto maior o escore, maiores os riscos psicossociais. Considerando o desvio-padrão em relação ao ponto médio, valores de 1,00 a 2,30 representam risco baixo; de 2,30 a 3,70 risco médio e de 3,70 a 5,00 risco alto.

Estas escalas desenvolvem relações de dependência direta e inversamente entre elas, de modo que nos resultados foi realizado a articulação de todas as dimensões. Isso pressupõe uma análise dinâmica das relações entre "organização prescrita do trabalho", "estilo de gestão", "risco de sofrimento patogênico" e "danos psicossociais". A seguir o esquema dessas relações. (Figura 3).



**Figura 3.** Relação de dependência das escalas (Facas, 2013).

### Materiais

Para análise do cortisol foi contratada uma empresa particular de coleta de materiais biológicos especializada em exames com ISO 9001. Foram utilizados 23 tubos *salivets*, um para cada participante. O kit de análise utilizado por eles foi da marca Roche e o Equipamento Modular Analytics E170 da Roche.

## Procedimento

Foi solicitado autorização, através de ofícios, para realizar a pesquisa em três instituições de longa permanência para idosos: uma filantrópica, um particular e outra pública, porém, apenas duas delas autorizaram a realização do estudo: a pública e a filantrópica (Apêndice D) (Apêndice E). A pesquisadora, iniciou o processo de apreciação do comitê de ética, que aprovou a pesquisa sob o parecer 1.991.075 (Apêndice F). Em seguida a pesquisadora foi até às instituições, explicou o procedimento da pesquisa para os cuidadores e os convidou a participar da mesma. Aqueles que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em respeito ao código de ética de pesquisa com seres humanos, Resolução CNS nº 466/12 (Apêndice G) e responderam o protocolo de avaliação.

A coleta de dados foi realizada em dois turnos: à tarde para encontrar os cuidadores que trabalham no horário de 7 às 19h e à noite com os que trabalham das 19h às 7hs. A coleta contou com a participação de uma aluna de graduação do curso de psicologia do 6º semestre previamente treinada para aplicação dos questionários.

Os participantes responderam uma única vez, individualmente, as perguntas feitas pela pesquisadora sobre dados sociodemográficos e em seguida marcavam as respostas no inventário de estresse percebido e no PROART. Os espaços cedidos pela direção para coleta (sala da terapia ocupacional, sala de televisão e o espaço de convivência) permitiam que mais de um cuidador respondesse o questionário ao mesmo tempo, porém as respostas eram individuais e sigilosas, isto ocorria sob supervisão da pesquisadora ou da aluna para possíveis esclarecimento ou dúvidas.

Em outro momento que foi previamente agendado com os participantes, um técnico do Laboratório Beneficente Belém foi até eles juntamente com a pesquisadora

para a coleta de material salivar para análise do cortisol. A coleta ocorreu de 6h as 8h da manhã, com os cuidadores de ambos os turnos, pois os horários de término de um turno e início de outro eram o mesmo, assim em três dias foi possível finalizar todo o processo.

Antes da coleta salivar, os cuidadores seguiram as seguintes orientações: a 1) lavar a boca imediatamente antes da coleta com água através de bochechos leves, 2) não ingerir alimento sólido ou líquido por pelo menos 30 minutos antes; 3) está em repouso por uma hora; 4) não escovar os dentes pelo menos duas horas antes para evitar sangramento gengival. Não foi realizada coleta em caso de lesões orais com sangramento ativo ou potencial, pois a presença de sangue na amostra poderia inviabilizar o exame. Dos 33 participantes da pesquisa, somente 23 realizaram o exame, os demais não o fizeram por não seguir algumas das orientações citadas.

A amostra de saliva necessária foi de 1 ml, ela foi armazenada no tubo *salivet*, após o cuidador colocar o algodão, presente no recipiente suspenso, debaixo da língua ou mastiga-lo e aguardar um período médio de dois a três minutos de forma a encharcá-lo, mantendo-o o máximo possível embebido com saliva, em seguida o algodão retornou para o interior do recipiente suspenso, fechando com a tampa

Ao final das coletas diárias, os tubos foram encaminhados ao laboratório em refrigeração de 2 a 8 °C. O método de análise utilizado pela empresa foi a Eletroquimioluminescência. Os valores de referência adotados pelo laboratório foram de acordo com o horário de coleta, assim no horário de 6-10h é indicado níveis de cortisol inferiores a 20,1nmol/L, entre 16-20h: inferior a 7nmol/L e a noite de 23:30- 00:30: inferior a 7,6nmol/L. Como as amostras foram coletadas

somente de manhã apenas o primeiro valor é importante para esta pesquisa. Após 15 dias, o laboratório informou os resultados.

#### Análise de dados

As informações obtidas após coleta foram distribuídas e organizadas em planilhas do Excel 2010. Os dados foram analisados por estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central (média aritmética), variância (desvio padrão) e frequências absoluta e relativa.

Para análise intragrupal foi utilizado o teste do Qui-quadrado de aderência. Para avaliação entre grupos distintos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis com pós teste de Dunn. Para avaliar a correlação entre os estresses percebido e biológico com características de estilo e gestão, sofrimento patogênico e danos relacionados ao trabalho, foi utilizado o teste de Correlação Linear de Pearson.

Foi considerado significativo o valor de  $p \leq 0,05$ . Toda a inferência estatística foi calculada nos softwares BioEstat 5.4, Graphpad Prism 6.0 e SPSS.

## Resultados

### - Perfil sócio demográfico, profissional e estresse dos cuidadores formais de ILPIs

A amostra de cuidadores estudada era composta, principalmente, por mulheres (63,64%), com idade média de  $42,36 \pm 9,02$  anos (40 a 50 anos) (33,34%), que tinham o Ensino Fundamental (42,43%) e eram solteiras (45,45%). O estado civil foi uma variável que se mostrou estatisticamente significativa ( $p=0.0002$ ), conforme tabela 1.

Tabela 1. **Características demográficas de amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017.**

Características Demográficas	N=33	%	p-valor
<b>Sexo</b>			
Masculino	12	36,36	0.1637
Feminino	21	63,64	
<b>Faixa etária</b>			
18 a 30 anos	4	12,12	0.3227
31 a 40 anos	10	30,30	
40 a 50 anos	11	33,34	
>50 anos	8	24,24	
Média = 42,36	Desvio Padrão	$\pm 9,02$	
<b>Escolaridade</b>			
Ensino Fundamental	14	42,43	0.1161
Ensino Médio	6	18,18	
Ensino superior	8	24,24	
Pós-graduação	5	15,15	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	15	45,45	0.0002
Casado	14	42,42	
Divorciado	1	3,03	
Não informado	3	9,10	

Sobre as características profissionais, a predominância foi de cuidadores que trabalham entre 1 a 5 anos (63,64%), cumprindo o regime de trabalho segundo a CLT (42,42%) ou que são concursados (42,42%) com renda de 1 salário (48,48) e com a carga horaria no modo de escala 12h corridas e 48h de folga (90,91). Foram encontradas diferenças significativas estatisticamente em relação ao tempo de serviço ( $p=0,0010$ ),

tipo de contrato ( $p=0,0004$ ), tipo de instituição ( $p<0,0001$ ), renda em salário mínimos ( $p<0,001$ ) e carga horária de trabalho ( $p<0,0001$ ), conforme tabela 2. Os cuidadores que são contratados são os que recebem 1 salário mínimo e os concursados são os que ganham 2 salários mínimos. Os concursados trabalham, majoritariamente, no turno da noite.

**Tabela 2. Características profissionais de amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017.**

Características profissionais	N=33	%	p-valor
<b>Tempo de serviço (anos)</b>			
1 a 5 anos	21	63,64	0.0010
5 a 10 anos	7	21,21	
>10 anos	5	15,15	
<b>Tipo de contrato</b>			
Efetivo CLT	14	42,42	0.0004
Terceirizado	3	9,10	
Concursado	14	42,42	
Prestador de serviços eventual	1	3,03	
Não informado	1	3,03	
<b>Renda (salários mínimos)</b>			
Menos de 1 salário	1	3,03	<0.0001
1 salário	16	48,48	
Até 2 salários	16	48,48	
<b>Carga horária de trabalho (horas ao dia)</b>			
6 a 8 horas	2	6,06	<0.0001
8 a 10 horas	1	3,03	
12h e 48h de folga	30	90,91	

Em relação às características relacionadas com o estresse, a maioria dos cuidadores relataram que já tiveram pelo menos um problema de saúde relacionado com o trabalho (60,61%), dentre as atividades de lazer praticadas por eles a mais citada foi passeio e viagens (54,76%). A média da pontuação do questionário de estresse percebido foi de  $20 \pm 7,8303$  e a média do nível de cortisol foi  $9,2\text{nmol/l} \pm 3,591$  que

esteve abaixo do valor de referência (20,1), Todos os cuidadores relataram que possuem alguma atividade de lazer, as mais citadas foram: passeios e viagens com 54,76% e cinemas e bares (21,43%). Houve diferença significativa estatisticamente para as atividades de lazer dos cuidadores ( $<0,0001$ ), o nível de estresse percebido ( $<0,0001$ ) e o nível de cortisol ( $<0,0001$ ). (Tabela 3).

**Tabela 3. Características relacionadas ao estresse em amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017.**

Características relacionadas ao estresse	N=33	%	p-valor
<b>Já teve problemas de saúde relacionados ao trabalho?</b>			
Sim	20	60,61	0.2963
Não	13	39,39	
<b>Atividades de lazer*</b>			
Esportes	6	14,29	$<0,0001$
Passeios/viagens	23	54,76	
Igreja	2	4,76	
Cinemas/bares	9	21,43	
<b>Nível de estresse percebido</b>			
0 a 14	5	15,15	$<0,0001$
15 a 28	20	60,60	
29 a 42	8	24,24	
43 a 56	-	-	
Média	20		
Desvio padrão	$\pm 7,830$		
<b>Nível de cortisol salivar</b>			
Nmol/l			
$\leq 20.1$	23	69,70	$<0,0001$
$> 20.1$	-	-	
Sem informação	10	30,30	

\*O mesmo indivíduo pode ter alegado mais de uma atividade de lazer.

#### - Riscos psicossociais dos cuidadores de idosos de ILPIs

De acordo com a Escala de Organização Prescrita do Trabalho, a instituição apresenta um risco alto para os cuidadores ( $p < 0,0001$ ), a EPOT colheu uma média de

3,00 ± 1,34 respostas entre “1” (nunca) e “5” (sempre), 100% de concentração de respostas dentro dos riscos altos. (Tabela 4).

**Tabela 4. Características da organização prescrita no trabalho de acordo com amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017.**

Características da Organização Prescrita no trabalho	N=33	%	p-valor
Risco Baixo	-	-	<0.0001
Risco Médio	-	-	
Risco Alto	33	100	
Média	3,00		
Desvio Padrão	±1,34		

O estilo de gestão não apresentou características marcantes, a EEG colheu uma média de 2,66 ± 1,39 respostas entre “1” (nunca) e “5” (sempre), indicando 44,69% de concentração de respostas dentro dos estilos pouco característicos, 35,60% dentro dos parâmetros de presença moderada e 19,69% dentro dos parâmetros de estilos predominantes (Tabela 13).

**Tabela 5. Estilos de gestão segundo amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017.**

Estilo de Gestão	N=33	%	p-valor
<b>Individualista</b>			
Pouco característico	18	54,55	0.0201
Presente moderadamente	10	30,30	
Padrão Predominante	5	15,15	
<b>Normativo</b>			
Pouco característico	4	12,12	0.0002
Presente moderadamente	22	66,67	
Padrão Predominante	7	21,21	
<b>Coletivista</b>			
Pouco característico	17	51,52	0.0784

	Presente moderadamente	7	21,21	
	Padrão Predominante	9	27,27	
<b>Estilo de Gestão Realizador</b>				
	Pouco característico	20	60,61	0.0033
	Presente moderadamente	8	24,24	
	Padrão Predominante	5	15,15	
	Média		2,66	
	Desvio Padrão		±1,39	

Os cuidadores apresentaram risco baixo de sofrimento patogênico, a ESPT colheu uma média de  $2,00 \pm 1,38$  respostas entre “1” (nunca) e “5” (sempre), indicando uma concentração das respostas de 100% dentro dos parâmetros de riscos baixos para os três fatores: Inutilidade, Indignidade e Desqualificação ( $p < 0,0001$ ) (Tabela 6).

**Tabela 6. Escala de sofrimento patogênico no trabalho segundo amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017.**

Escala de sofrimento patogênico no trabalho		N=33	%	p-valor
<b>Sentimento de Inutilidade</b>				
	Risco Baixo	33	100	<0.0001
	Risco Moderado	-	-	
	Risco Alto	-	-	
<b>Sentimento de Indignidade</b>				
	Risco Baixo	33	100	<0.0001
	Risco Moderado	-	-	
	Risco Alto	-	-	
<b>Sentimento de Desqualificação</b>				
	Risco Baixo	33	100	<0.0001
	Risco Moderado	-	-	
	Risco Alto	-	-	
	Média		2,00	
	Desvio Padrão		±1,38	

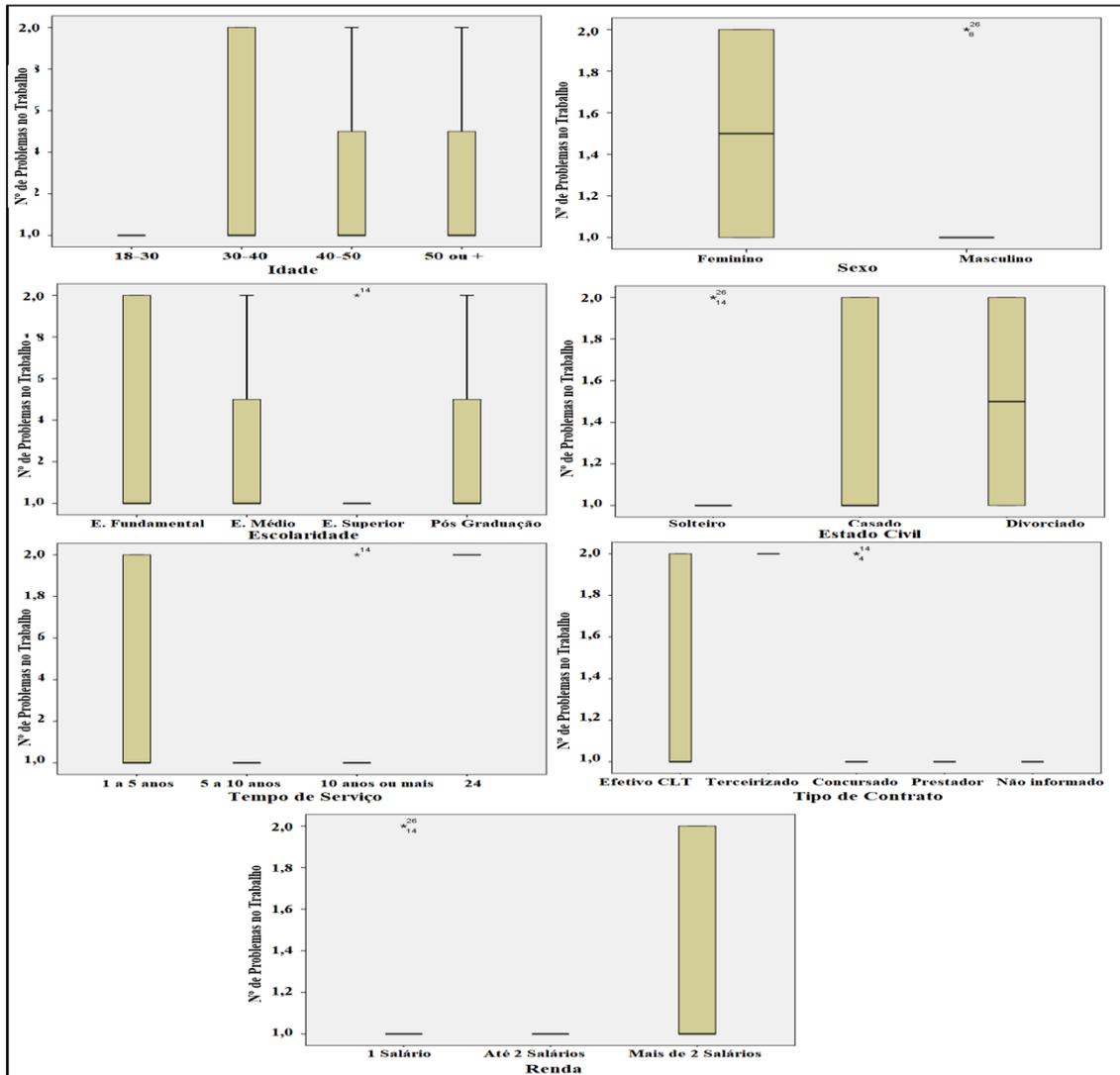
Os danos também apresentaram risco baixo ( $p < 0,0001$ ), a EDRT colheu uma média de  $2,00 \pm 1,21$  respostas entre “1” (nunca) e “5” (sempre), 100% de concentração de respostas dentro dos riscos baixos para os três fatores: Danos Psicológicos, Danos Sociais e Danos Físicos (Tabela 7).

**Tabela 7. Escala de danos relacionados ao trabalho em amostra de cuidadores de idosos de ambas instituições, Belém, 2017.**

Escala de danos relacionados ao trabalho	N=33	%	p-valor
<b>Danos Psicológicos</b>			
Risco Baixo	33	100	<0.0001
Risco Moderado	-	-	
Risco Alto	-	-	
<b>Danos Sociais</b>			
Risco Baixo	33	100	<0.0001
Risco Moderado	-	-	
Risco Alto	-	-	
<b>Danos Físicos</b>			
Risco Baixo	33	100	<0.0001
Risco Moderado	-	-	
Risco Alto	-	-	
Média		2,00	
Desvio Padrão		$\pm 1,21$	

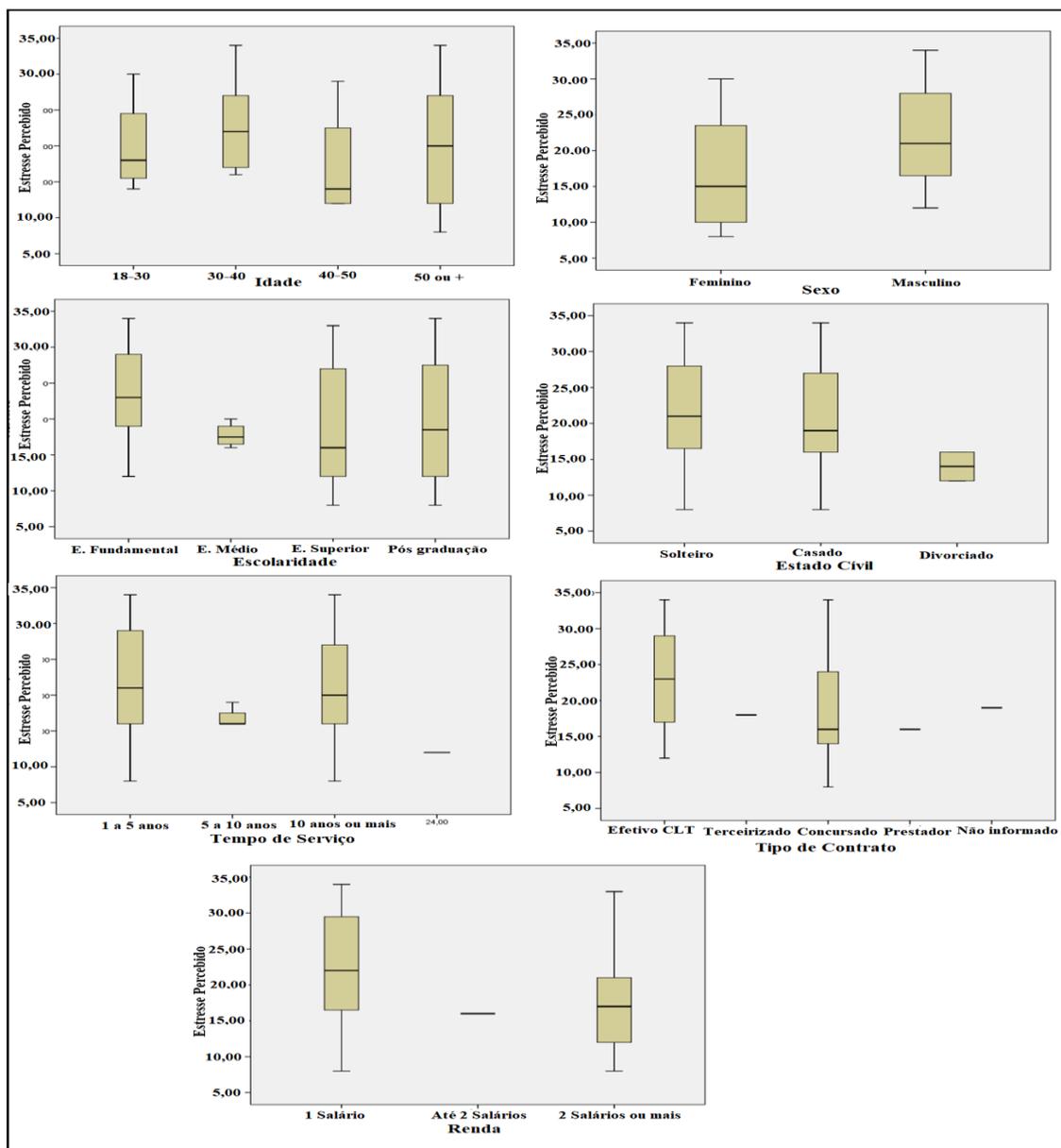
- Análise descritiva dos dados

Sobre o número de problemas no trabalho, observou-se que os cuidadores que mais se queixam estão na faixa etária entre 30 a 40 anos (média =  $1,375 \pm 0,51$ ), são mulheres (média =  $1,50 \pm 0,53$ ), com ensino fundamental (média =  $1,33 \pm 0,50$ ), divorciados (média =  $1,50 \pm 0,707$ ), com 1 a 5 anos de tempo de serviço (média =  $1,28 \pm 0,46$ ), os que são contratados regime CLT ( $1,33 \pm 0,50$ ), com renda entre 2 salários mínimos ou mais (média =  $1,40 \pm 0,51$ ), conforme Figura 4.



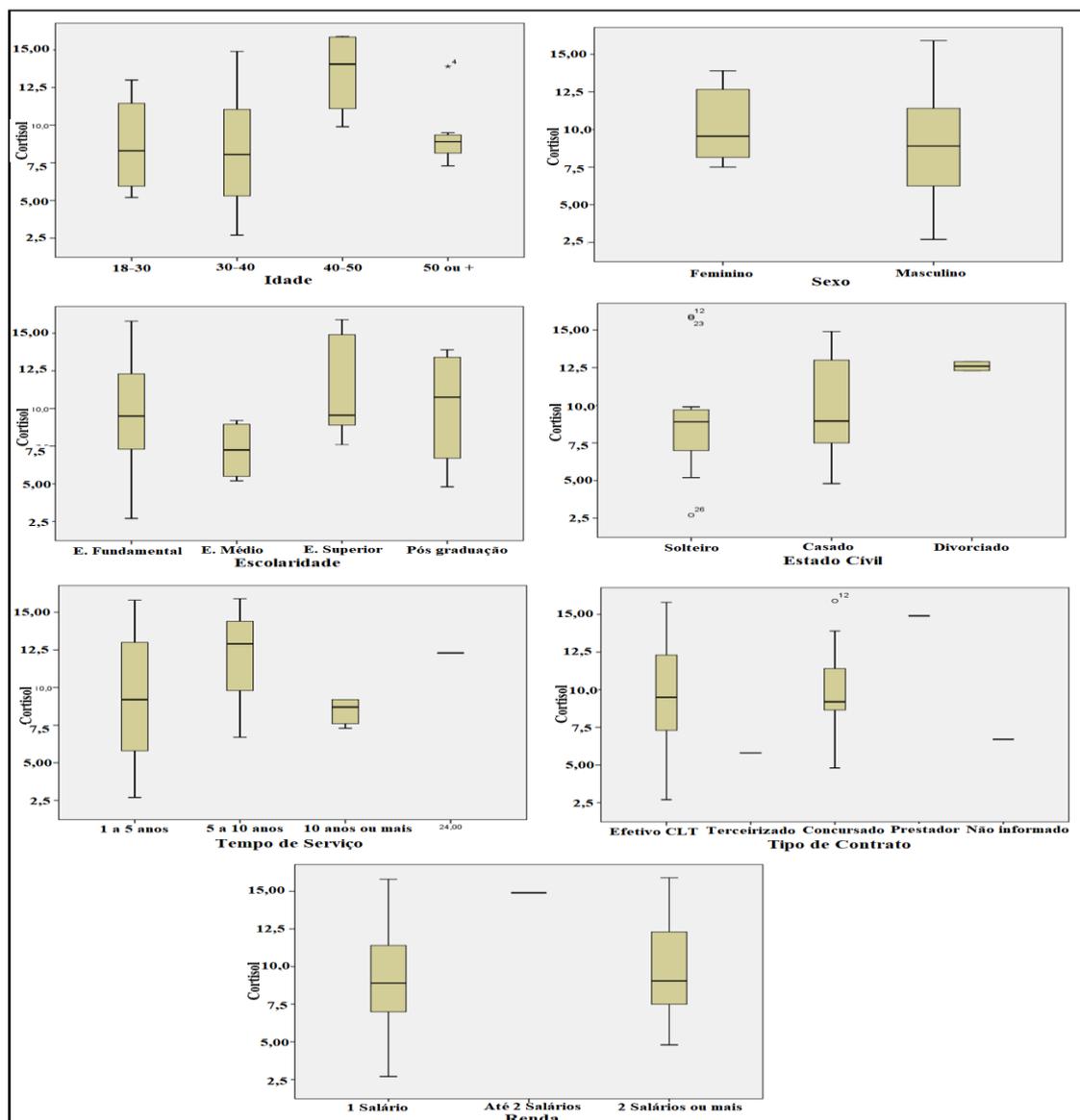
**Figura 4.** Análise descritiva número de problemas relacionados com trabalho em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

Sobre o estresse percebido os cuidadores que se sentem mais estressados estão na faixa etária entre 30 a 40 anos (média =  $22,75 \pm 6,31$ ), são homens (média= $22,40 \pm 7,27$ ), com ensino fundamental (média= $23,22 \pm 7,44$ ), são solteiros (média= $21,90 \pm 8,19$ ), que trabalham em torno de 1 a 5 anos (média= $21,64 \pm 8,04$ ), que seguem o regime CLT (média= $23,00 \pm 7,61$ ), com renda de 1 salário mínimo (média= $22,66 \pm 8,27$ ), de acordo com a Figura 5.



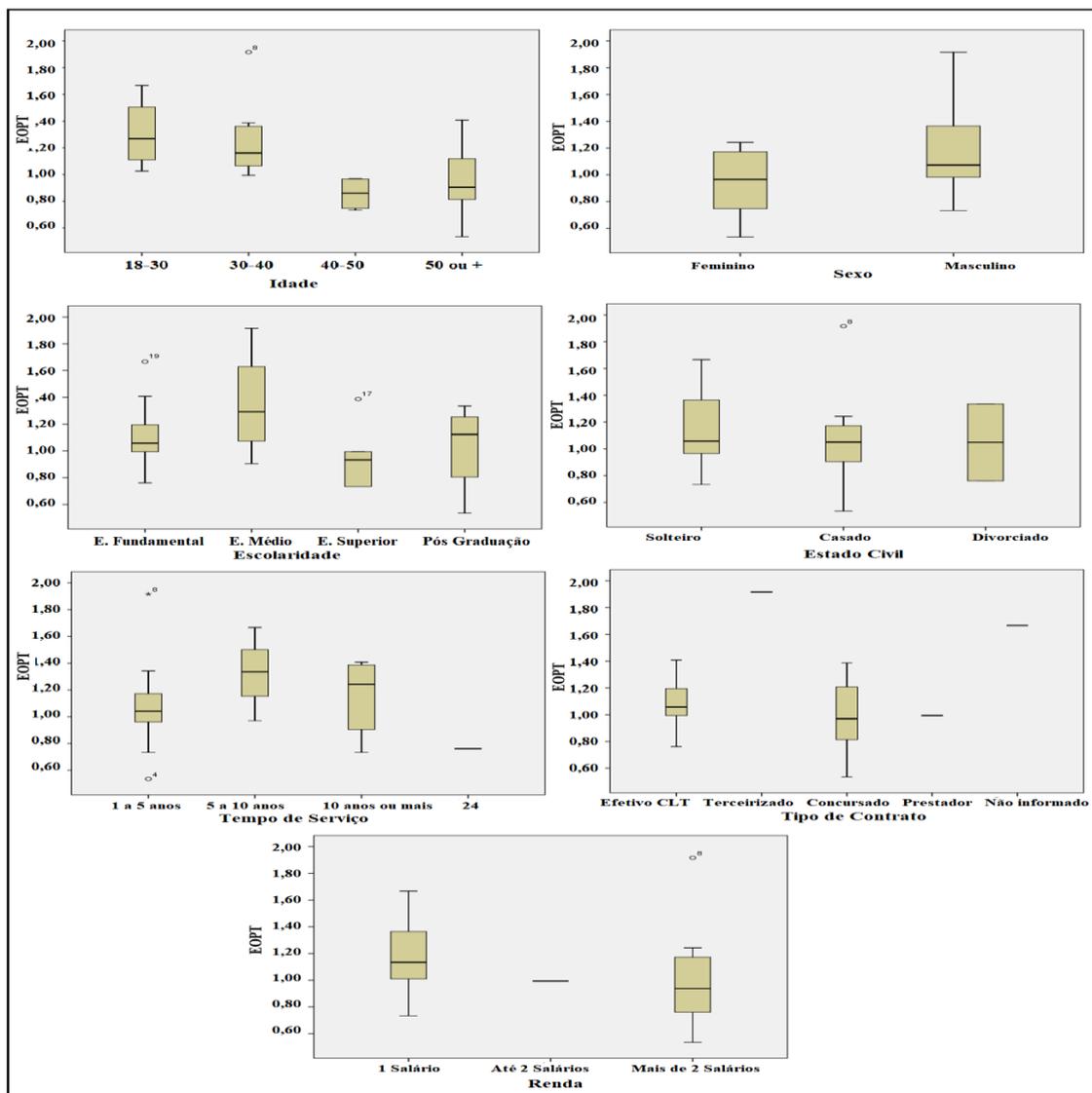
**Figura 5.** Análise descritiva do estresse percebido em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

Os níveis de cortisol se mostraram mais elevados em cuidadores na faixa etária entre 40 a 50 anos ( $13,48 \pm 2,91$ ) do sexo feminino ( $10,26 \pm 2,48$ ), com ensino superior (média= $11,07 \pm 3,45$ ), que trabalham entre 5 a 10 anos (média= $11,83 \pm 4,69$ ), foi ausente a diferença significativa entre contratados (média= $9,24 \pm 4,07$ ) e concursados ( $9,96 \pm 3,12$ ) assim como de renda, cuidadores que recebem um salário ( $9,03 \pm 3,60$ ) e 2 ou mais salários (média= $9,69 \pm 3,47$ ) segundo Figura 6.



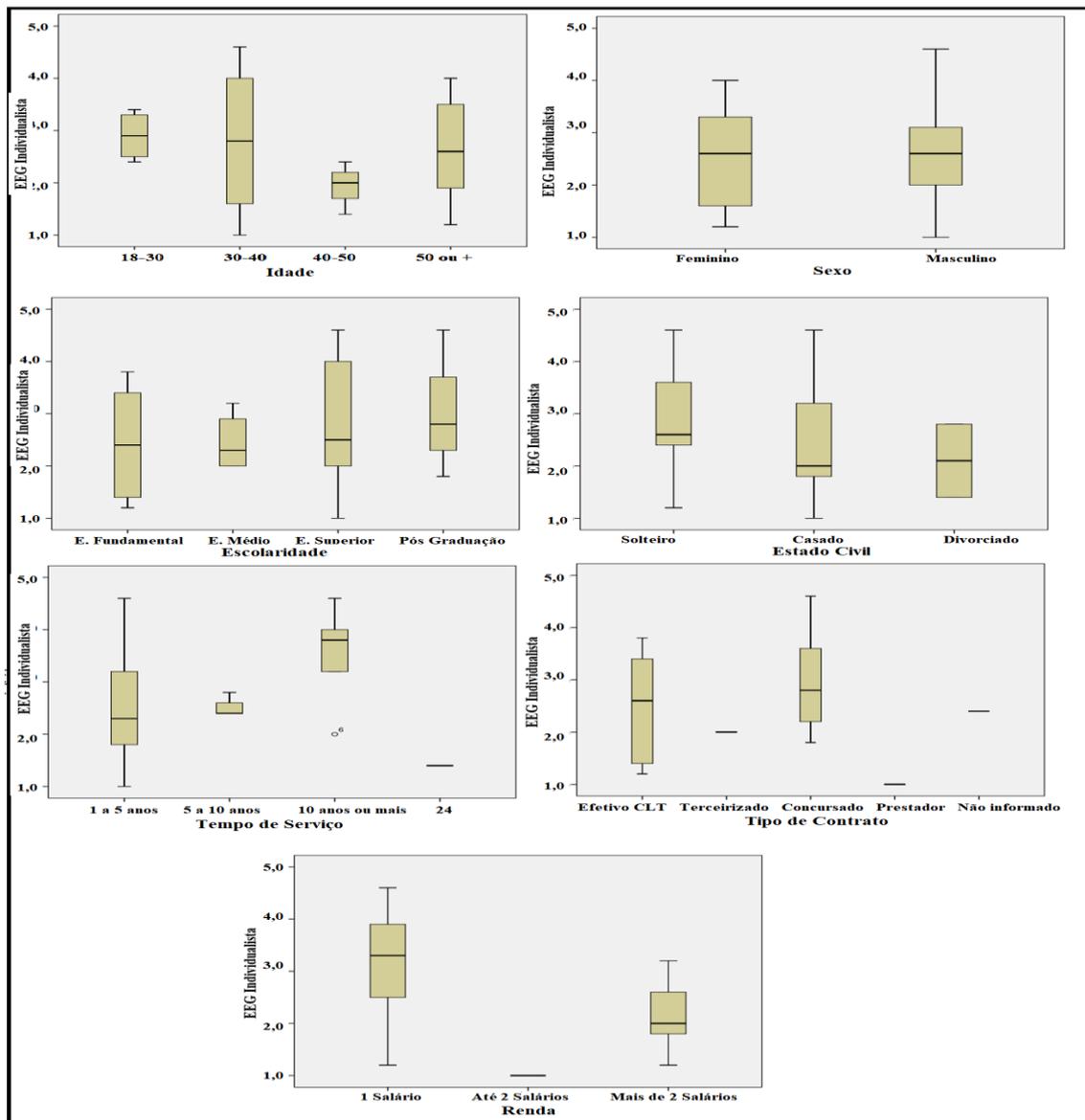
**Figura 6.** Análise descritiva do estresse biológico (cortisol) em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

Na EOPT os indicadores de risco psicossocial foram mais elevados em cuidadores na faixa etária de 18 a 30 anos (média=1,30±0,27), do sexo masculino (média=1,19±0,25), com ensino médio (média=1,35±0,42), divorciados (média=1,50±0,70), com 5 a 10 de tempo de serviço na instituição (média=1,32±0,34), contratados (média=1,09±0,19), com renda de 1 salário mínimo (1,18±0,25), de acordo com a figura 7.



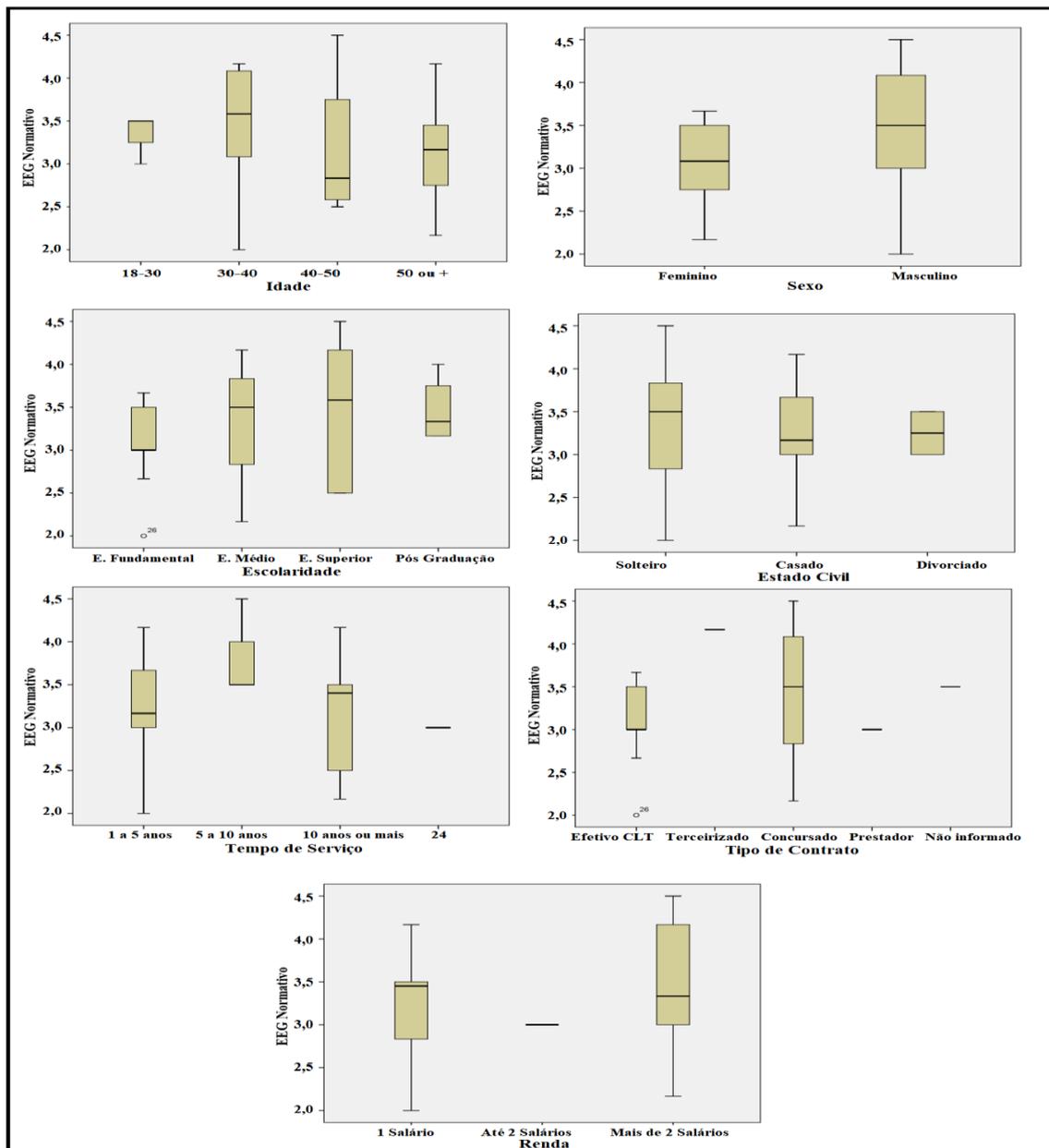
**Figura 7.** Análise descritiva da EOPT em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos - institucionalizados, Belém, 2017.

Os cuidadores que identificam um estilo de gestão individualista estão na faixa etária de 18 a 30 anos (média= $2,90 \pm 0,46$ ) e 30 a 40 anos ( $2,80 \pm 1,37$ ), do sexo masculino (média= $2,68 \pm 1,04$ ), com pós graduação (média= $3,00 \pm 1,16$ ), são solteiros (média= $2,94 \pm 0,98$ ), trabalham entre 10 anos ou mais (média= $3,52 \pm 0,98$ ), são concursados (média= $2,98 \pm 1,00$ ), com renda de 1 salário mínimo (média= $3,16 \pm 1,02$ ), segundo Figura 8.



**Figura 8.** Análise descritiva da EEG individualista em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

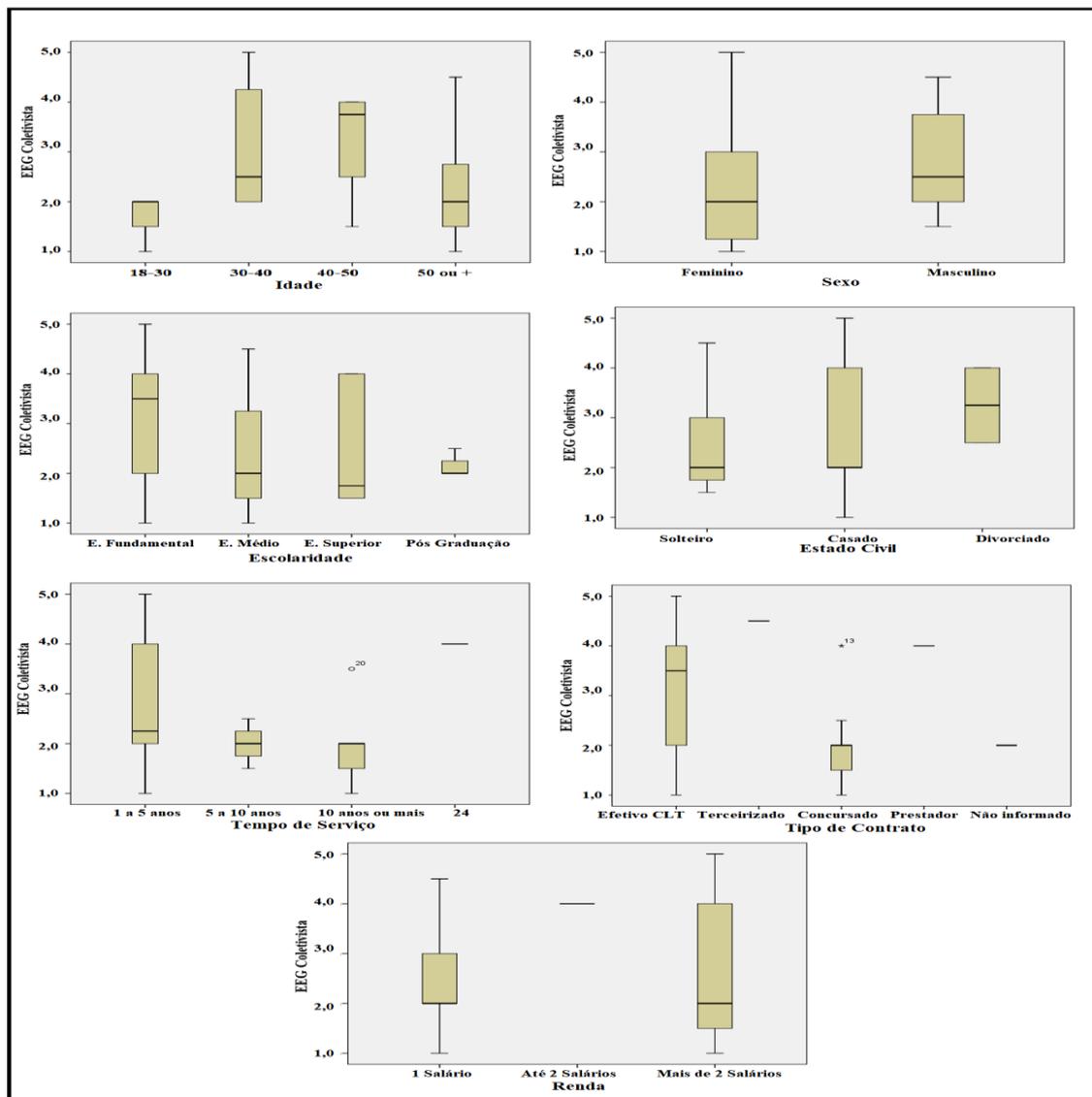
Os cuidadores que identificam um estilo de gestão normativo estão na faixa etária de 30 a 40 anos ( $média=3,45\pm 0,73$ ), do sexo masculino ( $3,41\pm 0,70$ ), com ensino superior ( $média=3,47\pm 0,90$ ), são solteiros ( $média=3,35\pm 0,76$ ), trabalham entre 5 a 10 anos na instituição ( $média=3,83\pm 0,57$ ), são concursados ( $média=3,39\pm 0,77$ ), com renda de 2 ou mais salários mínimos ( $média=3,40\pm 0,75$ ) conforme Figura 9.



**Figura 9.** Análise descritiva da EEG normativa em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

Os cuidadores que reconhecem o estilo de gestão coletivista estão na faixa etária de 40 a 50 anos (média=3,25±1,19), do sexo masculino (2,80±1,08), com ensino fundamental (média=3,11±1,31), são divorciados (média=3,25±1,06), trabalham entre 1

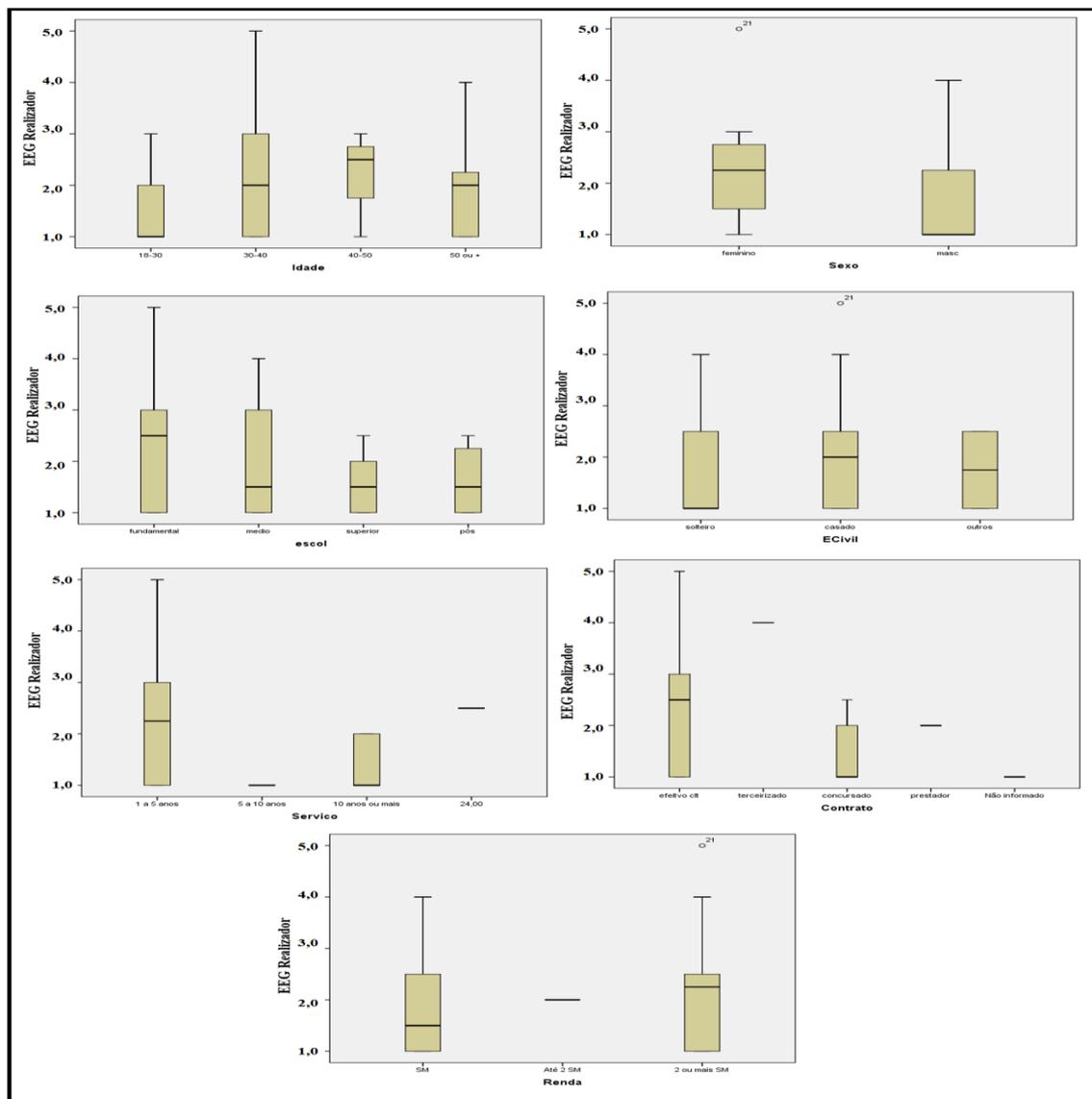
a 5 anos na instituição (média=2,89±1,30), são contratados (média=3,11±1,31), com renda de 2 ou mais salários mínimos (média=2,75±1,45) conforme Figura 10.



**Figura 10.** Análise descritiva da EEG coletivista em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

Os cuidadores que percebem o estilo de gestão realizador estão na faixa etária de 30 a 40 anos (média=2,25±1,48) e 40 a 50 anos (média=2,25±0,86), do sexo feminino (2,37±1,27), com ensino fundamental (média=2,50±1,41), são casados (média=2,30±1,31), trabalham entre 1 a 5 anos na instituição (média=2,42±1,26), são

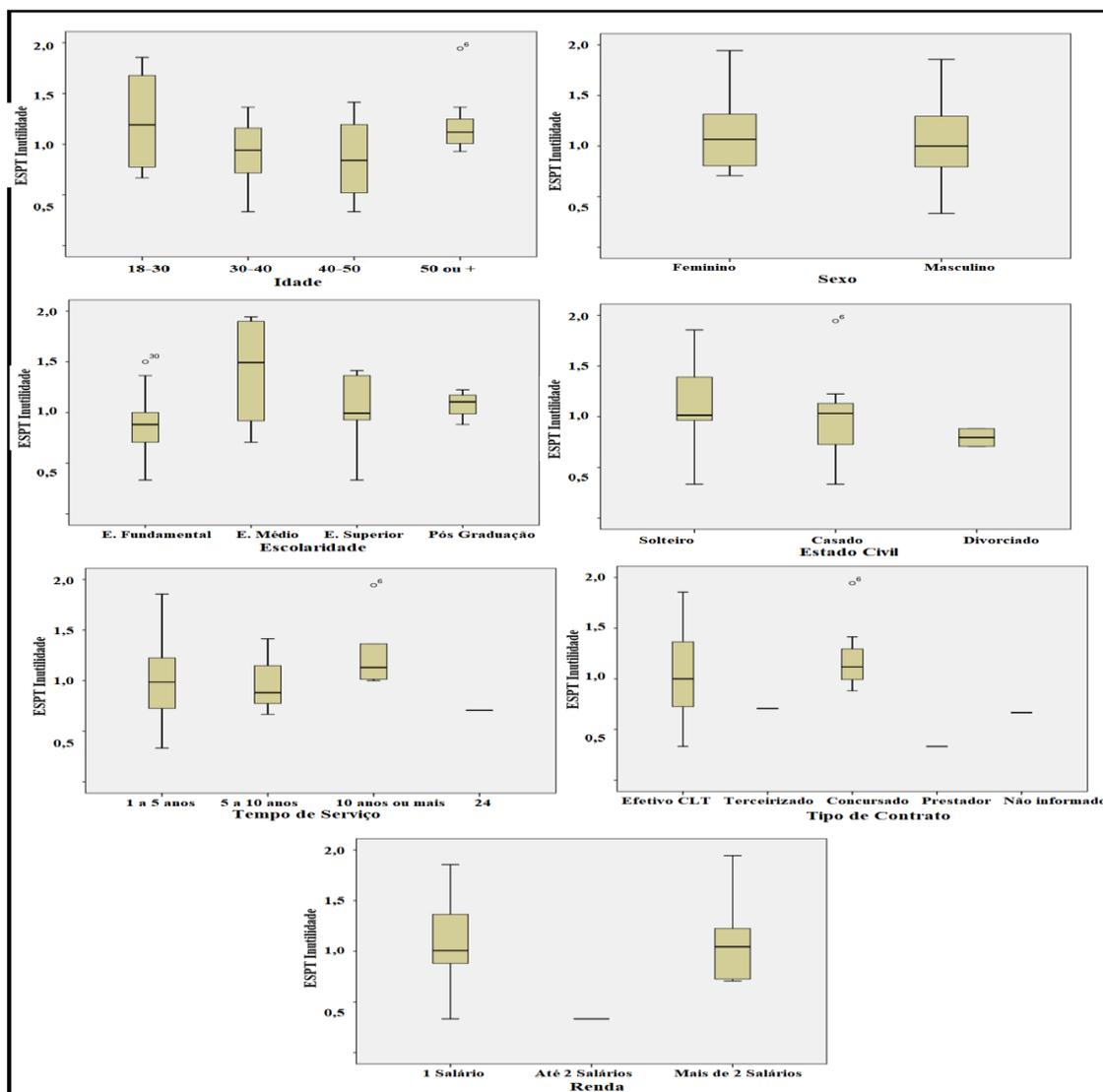
contratados (média=2,50±1,41), com renda de 2 ou mais salários mínimos (média=2,25±1,37) conforme Figura 11.



**Figura 11.** Análise descritiva da EEG realizador em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

Os cuidadores com médias mais elevadas para o sentimento de Inutilidade compreendem a faixa etária entre 18 a 30 anos (média=1,22±0,54) e 50 anos ou mais (média=1,21±0,35), são mulheres (1,12±0,41), com ensino médio (média=1,40±0,59), são solteiros (média=1,13±0,42), trabalham há 10 anos ou mais na instituição

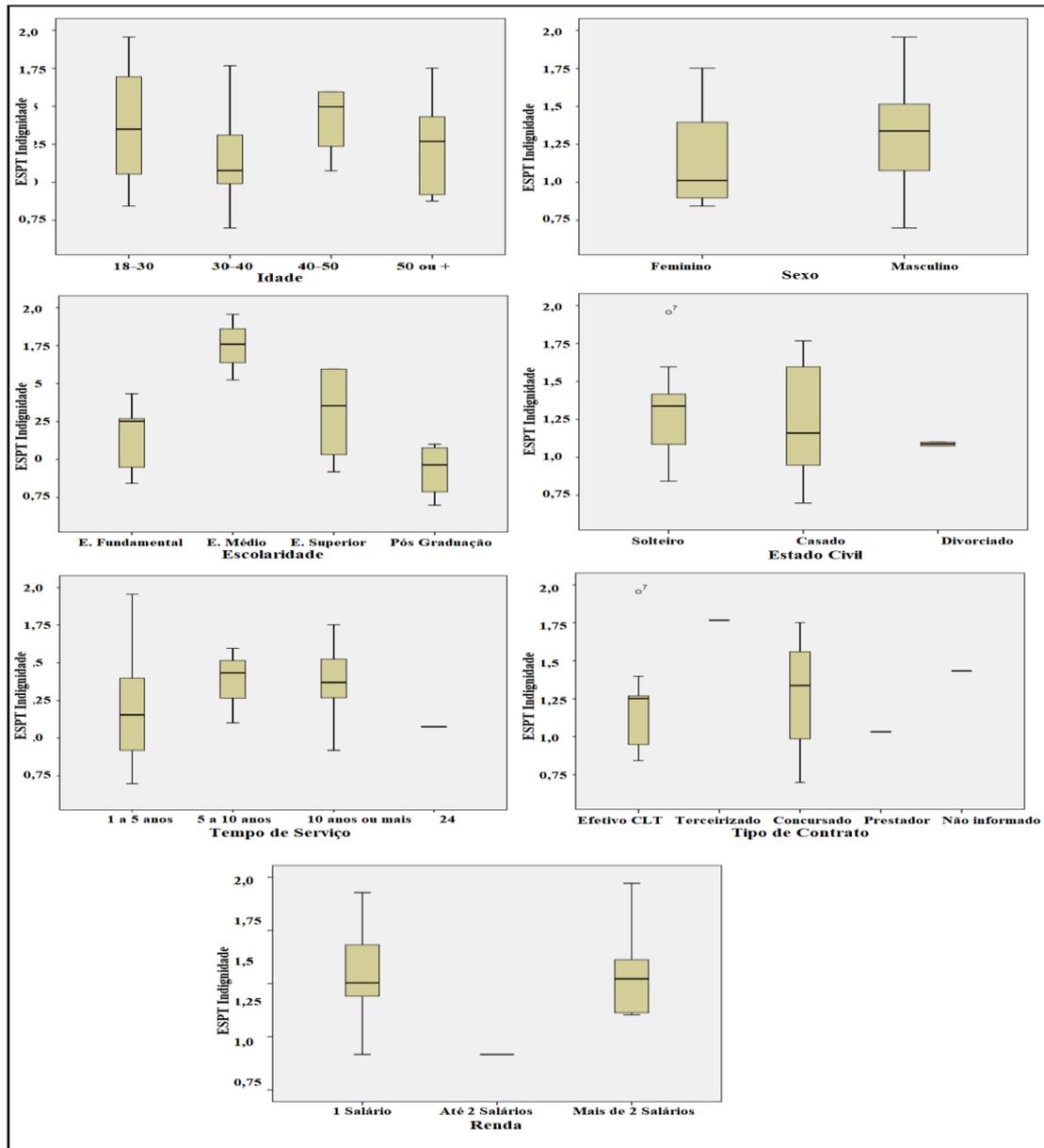
(média=1,29±0,39), são concursados (média=1,18±0,30), para renda não houve diferenças significativas 1 salário mínimo (média 1,07±0,40) 2 ou mais salários mínimos (média=1,08±0,38) conforme Figura 12.



**Figura 12.** Análise descritiva da ESPT Inutilidade em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

Os cuidadores com médias mais elevadas para o sentimento de Indignidade estão a faixa etária entre 40 a 50 anos (média=1,41±0,24), são sexo masculino (1,31±0,33), com ensino médio (média=1,74±0,17), são solteiros (média=1,29±0,32), trabalham

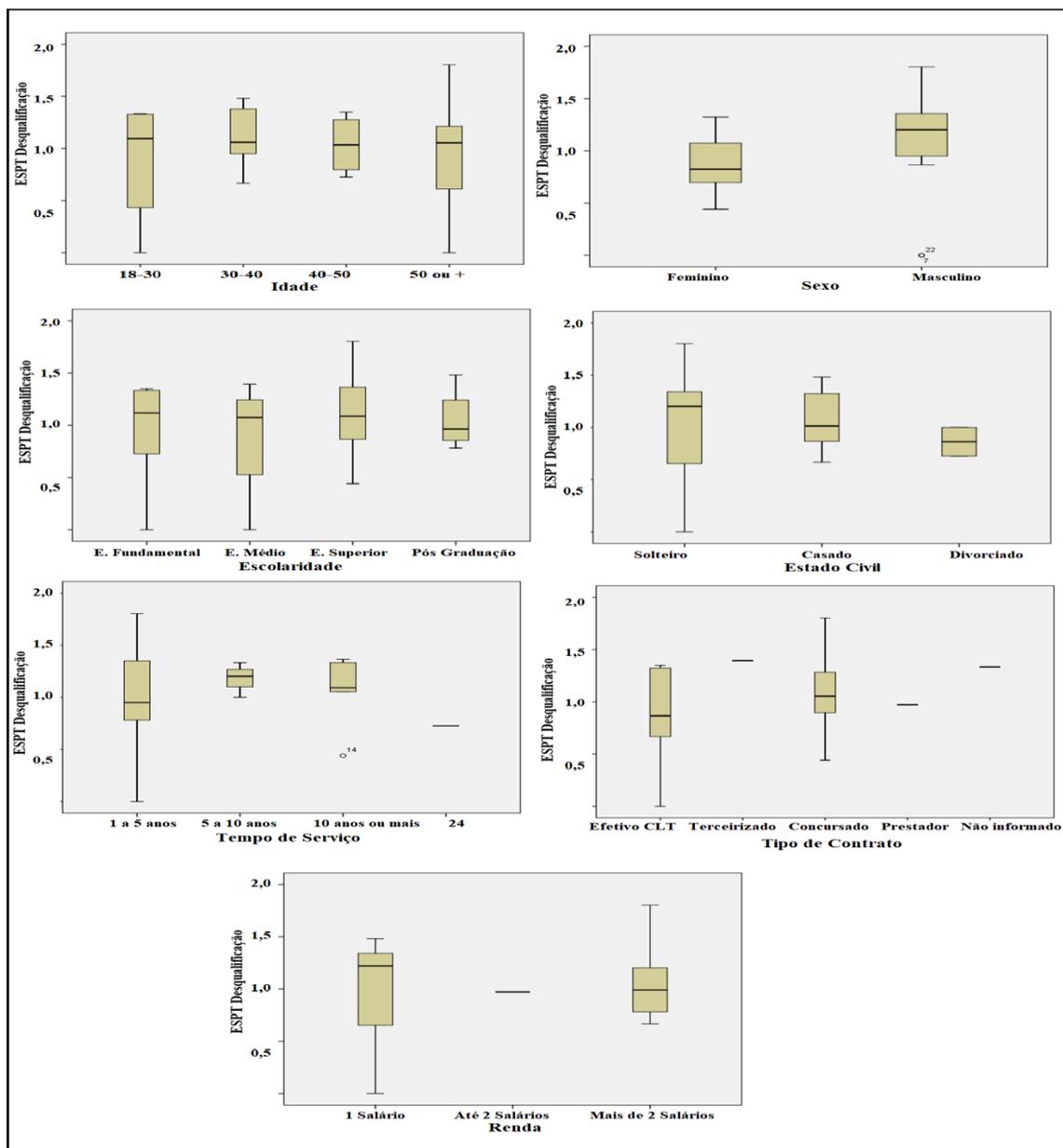
entre 5 a 10 anos na instituição (média=1,37±0,25), são concursados (média=1,25±0,34), com renda de 2 ou mais salários mínimos (média=1,35±0,33) conforme Figura 13.



**Figura 13.** Análise descritiva da ESPT Indignidade em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

Os cuidadores com médias mais elevadas para o sentimento de Desqualificação têm entre 30 a 40 anos (média=1,11±0,27), são homens (1,07 ±0,49), com ensino

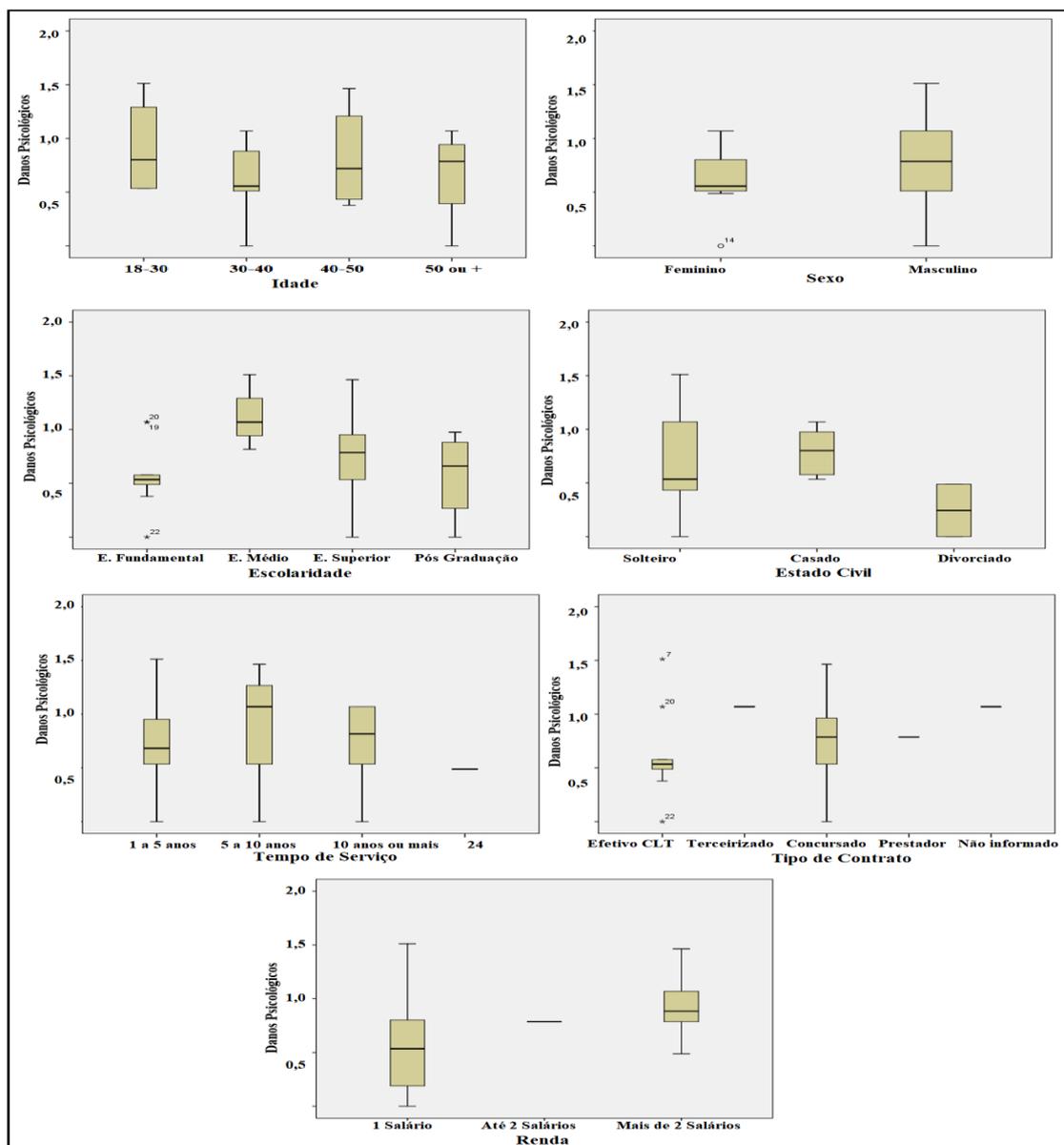
superior (média=1,01±0,46), são casados (média=1,05±0,226), trabalham entre 5 a 10 anos na instituição (média=1,17±0,16), são concursados (média=1,09±0,36), com renda de 2 ou mais salários mínimos (média=1,05±0,34) conforme Figura 14.



**Figura 14.** Análise descritiva da ESPT Desqualificação em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

Os danos psicológicos obtiveram média mais elevadas em cuidadores na faixa etária de 18 a 30 anos (média=0,91±0,47), nos homens (0,77 ±0,45), com ensino médio

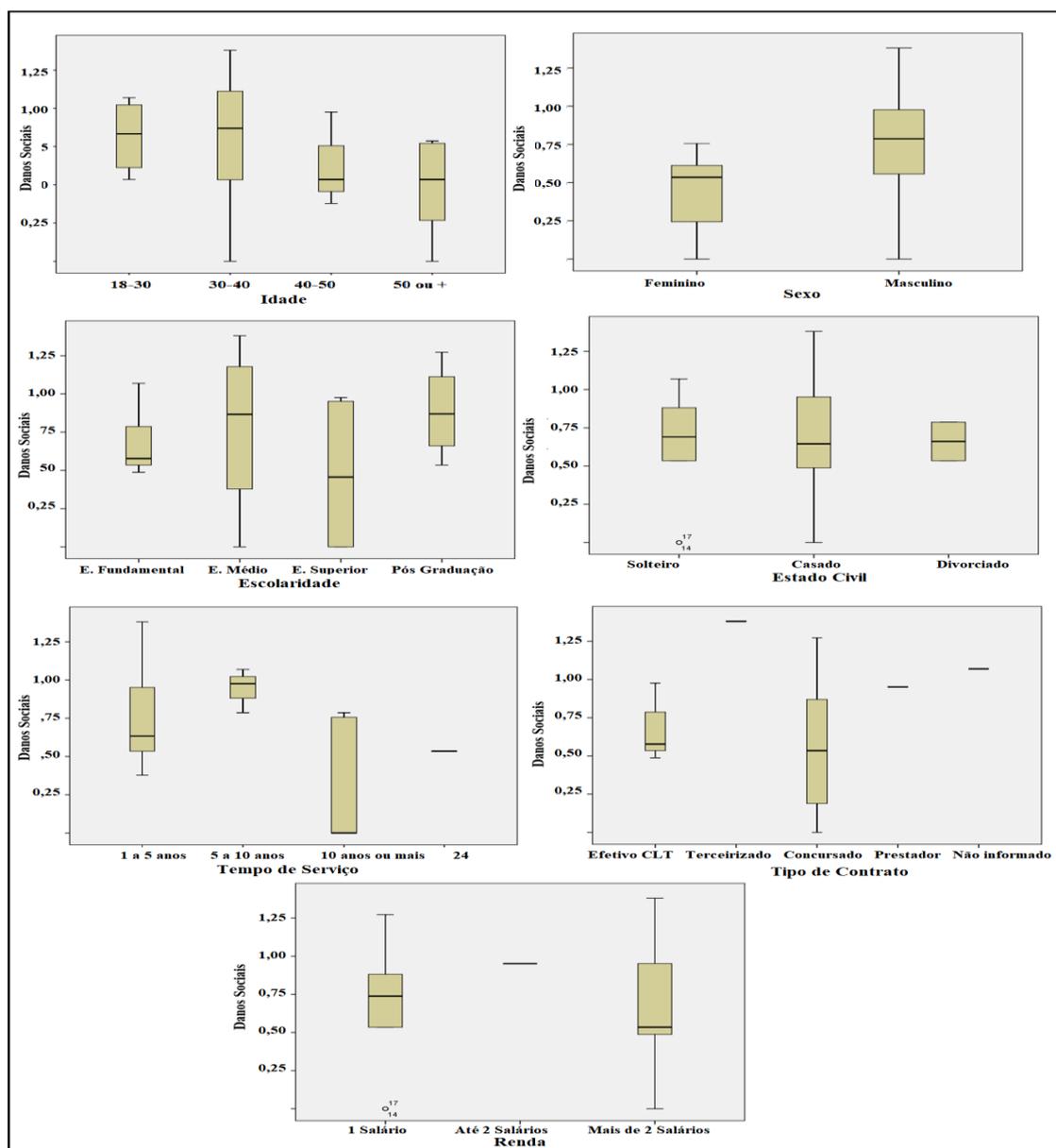
(média=1,11±0,28), nos casados (média=0,81±0,20), trabalham entre 5 a 10 anos na instituição (média=0,84±0,75), nos concursados (média=0,71±0,43), com renda de 2 ou mais salários mínimos (média=0,89±0,46) conforme Figura 15.



**Figura 15.** Análise descritiva da EDPRT psicológicos em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

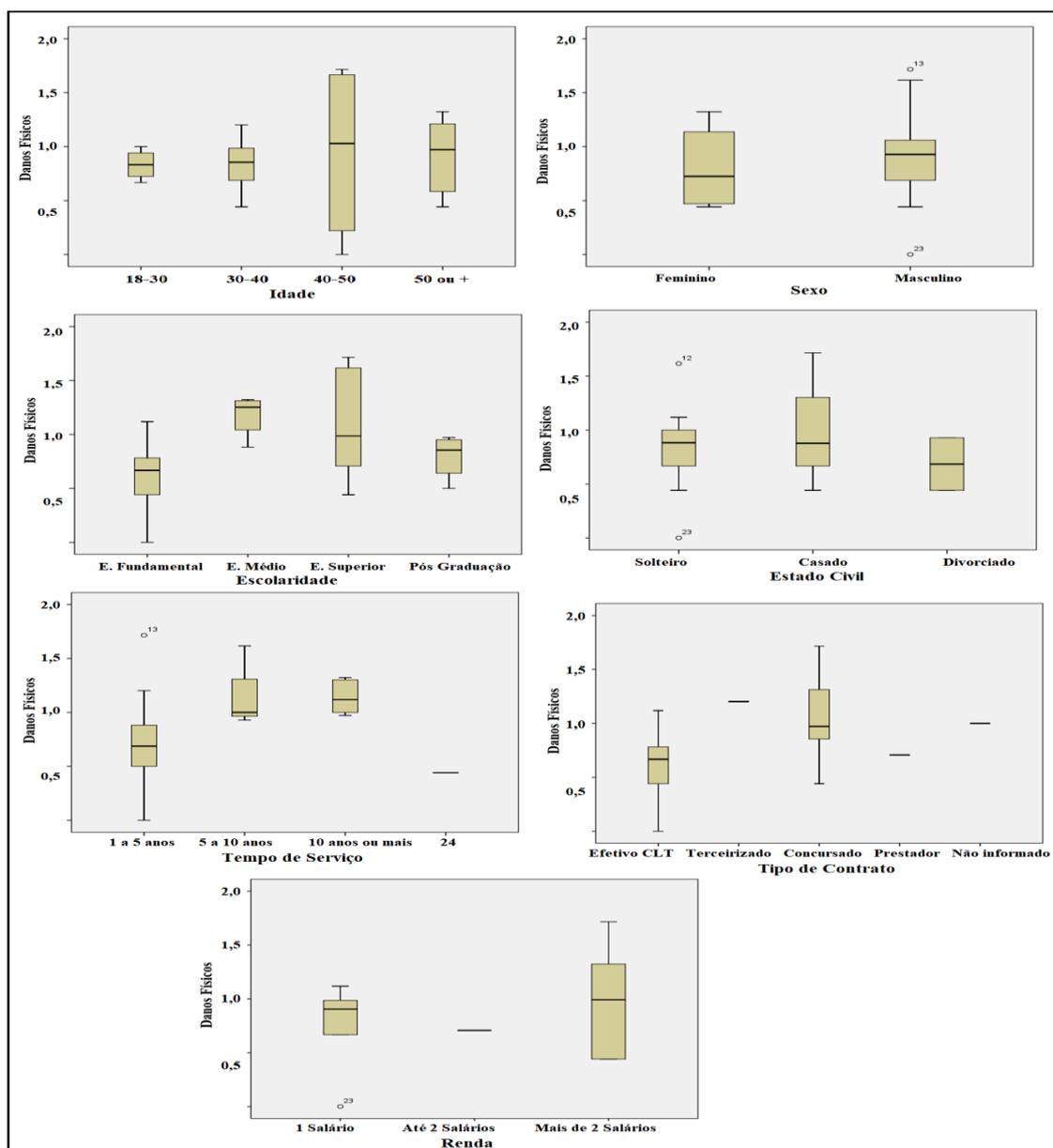
Os danos sociais obtiveram média mais elevadas em cuidadores na faixa etária de 18 a 30 anos (média=0,81±0,24), nos homens (0,77 ±0,35), com pós graduação

(média=0,88±0,30), nos casados (média=0,72±0,42), trabalham entre 5 a 10 anos na instituição (média=0,94±0,14), são contratados (média=0,65±0,16), a renda não houve diferença significativa 1 salário mínimo (média=0,66±0,38) 2 ou mais salários mínimos (média=0,55±0,38) conforme Figura 16.



**Figura 16.** Análise descritiva da EDPRT sociais em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

Os danos físicos obtiveram média mais elevadas em cuidadores na faixa etária de 40 a 50 anos (média=0,94±0,85), nos homens (0,91 ±0,42), com ensino médio (média=1,17±0,20), nos casados (média=0,96±0,41), trabalham entre 5 a 10 anos na instituição (média=1,18±0,37), nos concursados (média=1,05±0,40), com renda de 2 ou mais salários mínimos (média=0,97±0,51) conforme Figura 17.



**Figura 17.** Análise descritiva dos Danos Físicos em função da idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de contrato e renda de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.

- Correlação entre Estresse Biológico (cortisol)/ Estresse Percebido e Riscos Psicossociais

As variáveis de estresse biológico (níveis de cortisol), e da organização prescrita do trabalho da instituição apresentaram correlação negativa ( $r = -0,4394$ ) ( $p = 0,0359$ ). Os menores valores de desvio padrão da EOPT indicam risco alto da organização e estão relacionados com os níveis mais elevados de estresse biológico. Houve correlação positiva e significativa estatisticamente entre o estresse percebido e o sentimento de desqualificação, ou seja, quanto maior o sentimento de desqualificação, maior foi o estresse percebido ( $r = 0,4854$ ) ( $p = 0,0042$ ) de acordo com Tabela 11.

**Tabela 8. Correlação entre estresse biológico/estresse percebido e riscos psicossociais de cuidadores de idosos institucionalizados, Belém, 2017.**

	Estresse biológico (cortisol)		Estresse Percebido	
	r	P	r	P
Organização do trabalho	-0,4394	0,0359	0,2887	0,1032
Estilo de gestão individualista	-0,3176	0,1397	0,1836	0,3065
Estilo de gestão normativo	0,9626	0,6622	0,1061	0,5567
Estilo de gestão coletivista	0,00710	0,9743	0,0267	0,8828
Estilo de gestão realizador	-0,0058	0,9789	-0,1338	0,4579
Sentimento de Inutilidade	-0,2902	0,1792	-0,0660	0,7149
Sentimento de Indignidade	-0,1508	0,4922	0,0658	0,7160
Sentimento de desqualificação	0,1142	0,6040	0,4854	0,0042
Danos psicológicos	-0,1494	0,4963	0,0106	0,9531
Danos sociais	-0,1046	0,6349	0,1011	0,5755
Danos físicos	-0,1499	0,4948	-0,1473	0,9351

r: coeficiente de Pearson; p: p-valor.

## **Discussão**

Os resultados obtidos neste estudo sobre o gênero dos cuidadores foram inferiores aos observados por Ribeiro, Ferreira, Ferreira, Magalhães e Moreira (2009), que encontrou 87,38% de mulheres entre os cuidadores de idosos de Minas Gerais e também de um estudo exploratório-descritivo realizado por Colomé et al (2011) onde estas representavam 90% da amostra. Para Muraro e Boff (2002) é forte e histórica a relação entre fêmeas e prole como origem do cuidado e afetividade da espécie humana. Assim, as raízes históricas e culturais do cuidar podem explicar a expressiva presença feminina observada entre os cuidadores neste estudo.

Embora a predominância do gênero seja feminina, vale destacar o aumento do número de cuidadores do sexo masculino nesta pesquisa (36,36%) em relação aos estudos supracitados: 12,62 % e 10% respectivamente, dos cuidadores eram homens. A maior quantidade de mão de obra masculina neste estudo, pode ser explicada pela necessidade de esforço físico no cuidado (Areosa, Henz, Lawisch & Areosa, 2014; Frenkel, Harvey & Needs, 2002) para realizar tarefas como: dar banho, levar ao banheiro, tirar da cama, trocar roupa, mudança de ambiente, de forma que a instituição opte por contratar um número maior de homens para desenvolver tais tarefas.

As mulheres foram as que mais se queixaram sobre número de problemas no trabalho, apresentaram níveis de cortisol mais elevados, identificaram o estilo de gestão como realizador e, sobre sofrimento patogênico, perceberam-se com sentimento de inutilidade. Enquanto que os homens se percebem mais estressados; apresentam um risco alto da organização prescrita do trabalho; entendem o estilo de gestão como normativo, individualista e/ou coletivista; se sentem indignados e/ou desqualificados e apresentam danos psicológicos, sociais e/ou físicos. Com a diferença numérica dos

fatores entre os sexos é possível inferir que as mulheres estão mais preparadas frente a situações de estresse. Isto pode ser justificado pela habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse serem melhores desenvolvidas em cuidadores do sexo feminino o que diminui os prejuízos no bem estar psicológico (Pinto & Barham, 2014).

Com relação a faixa etária dos cuidadores, a pesquisa corrobora com os estudos de Siewert, Alvarez, Jardim, Valcarenghi e Winters (2014) em que 42% dos cuidadores tinham idades equivalentes entre 40 a 50 anos, assim como no estudo de Pinto (2014) realizado na cidade de Bauru, 70,3 % dos cuidadores de ILPI filantrópica tinham entre 40 e 50 anos e nas ILPIs privadas 77,7% também estavam na mesma faixa etária.

Em uma pesquisa realizada por Frenkel, Harvey e Needs (2002) em ILPIs do Reino Unido, observou que poucos cuidadores possuíam mais de 55 anos. Segundo os autores, tal fato deve-se à exigência física dessa função. Portanto, a idade é um aspecto relevante na atividade de cuidador, pois a dependência dos idosos para suas atividades, demanda esforço físico daqueles que atuam nesta função, isto foi evidenciado nesta pesquisa uma vez que cuidadores na faixa etária entre 40 e 50 anos foram os que obtiveram maiores médias sobre os danos físicos e também nos níveis de cortisol indicativo de estresse.

A variável idade para Brum, Tocantins e Silva (2005), pode influenciar a atividade de cuidadores de idosos à medida que restringe o acesso dos mais velhos a esse mercado de trabalho e limita o tempo de atuação destes profissionais na função em decorrência do desgaste físico produzido pela mesma. Porém, é importante considerar que profissionais mais velhos e possivelmente mais experientes podem contribuir em outros aspectos do bem-estar e da qualidade de vida do idoso, uma vez que o cuidado é

influenciado por crenças, valores e experiências vividas na trajetória de vida pessoal e profissional.

Quanto a escolaridade a pesquisa concorda com os estudos de Colomé et al (2011), Siewert et al (2014) e Pinto (2014) em que os cuidadores apresentavam o ensino fundamental como grau de instrução. Um dado relevante e inovador da pesquisa é que quando somada as porcentagens do ensino superior e pós graduação totaliza 39,39 %, revelando um elevado nível de escolaridade.

O nível mais elevado de escolaridade começa a atender o que preconiza a PNSPI (Brasil, 2006) a necessidade de formação na área da saúde para cuidar da pessoa idosa e também destaca a educação permanente como instrumento de trabalho, pois, para Rodrigues e Rauth (2002), a atenção integral a pessoa idosa só será possível quando houver recursos humanos treinados especialmente para atender a população idosa.

No estudo de Papastavrou et al. (2007), cuidadores com ensino superior e melhor remuneração profissional apresentaram menores níveis de sobrecarga e estresse relacionados ao cuidar, porém na presente pesquisa, cuidadores com ensino fundamental se queixam mais de número de problemas relacionados com o trabalho e se percebem estressados, enquanto que os níveis de cortisol foram mais elevados naqueles com ensino superior. O estudo de Kattah et al (2013) com enfermeiros de uma maternidade corrobora com a presente pesquisa, os autores atribuem a este fato, diferentes percepções de responsabilidades a que esses profissionais são submetidos, além disso, é possível que cuidadores mais escolarizados tenham desenvolvido habilidades mais efetivas de lidar com os problemas do cuidar e com o próprio estresse ao ponto de não se perceberem estressados (Papastavrou et al.,2007).

Além do fator escolaridade os níveis de estresse (percebido e biológico) estão relacionados diretamente com o tempo de serviço (Silva, Lampert, Bandeira, Bosa & Barroso, 2017). Nesta pesquisa embora cuidadores com 1 a 5 anos de trabalho se queixem mais de problema relacionados com o mesmo e se perceberem estressados, o cortisol foi mais elevado naqueles que trabalham de 5 a 10 anos na instituição, assim como as médias de danos psicológicos, sociais e físicos foram mais elevados.

O acúmulo de sobrecarga, estresse e riscos psicossociais pode ser um fator determinante para que a atividade do cuidado seja desenvolvida por um curto período de tempo, como observado nos estudos de perfil: em Belo Horizonte em que 71,3 % dos cuidadores possuem 5 anos de tempo de trabalho ou menos (Ribeiro et al, 2009), assim como na cidade de Joinville- SC em que a média foi de 5 anos. O estudo de Pinto 2014 demonstrou que em ILPIs filantrópicas os cuidadores possuíam de 1 a 5 anos de tempo de serviço em relação a ILPIs privadas em que o número de pessoas com esse tempo representou 41,7% da amostra.

O tipo de contrato pode influenciar no tempo de serviço, nesta pesquisa 42,42% dos cuidadores trabalham de acordo com o regime da CLT (Consolidação das Leis de Trabalho) e 42,42% seguem o regime de trabalho do Estado, pois são concursados. Os primeiros são mais susceptíveis a situações de demissão, fato intrigante é que eles reclamam mais de problemas relacionados com o trabalho se sentem mais estressados, mas os níveis de cortisol são mais elevados naqueles que são concursados, novamente retomamos as diferentes percepções de responsabilidades e cobranças descrito por Kattah et al (2013). E habilidades para lidar com situações de estresse (Papastavrou et al, 2007).

Outro fator que deve ser discutido é a carga horária de trabalho dos cuidadores, na literatura existe uma lacuna sobre o tema dificultando a comparação entre os estudos,

no entanto sabe-se que em cuidadores formais quanto mais horas de trabalho exercidas maiores são os níveis do uso de estratégias de enfrentamento ao estresse baseados na emoção -Suporte Emocional- (Ribeiro, 2015) E, em cuidadores familiares quanto maior o tempo de convívio com o idoso maior é o impacto sobre o sistema emocional, que conseqüentemente, aumenta os níveis de sobrecarga e estresse. (Cassis et al, 2007), Portanto, com base nos estudos supracitados, infere-se que a carga horária de trabalho dos cuidadores pode ser fator percussor de riscos psicossociais uma vez que quanto maior o tempo com o idoso mais chances do cuidador ser submetido a situações de estresse e sobrecarga, logo é um tema que merece ser discutido na regulamentação da profissão que ainda está em processo de construção a fim de minimizar tais chances.

A renda dos cuidadores varia entre 1 e 2 salários mínimos, como no estudo de Silva et al (2015), cuja renda era de 1 salário (71,4%) e a renda familiar era de 1 a 2 salários (63,5%) e, no estudo de Pinto (2014) que, independente da modalidade ou classificação da instituição, 81,1% dos cuidadores, a renda variou de 1 a 2 salários. Neste estudo, os cuidadores que ganham 1 salário mínimo percebem-se mais estressados e apresentaram médias similares dos níveis de cortisol de cuidadores que ganham 2 salários mínimos. De acordo com esta conclusão, a percepção do estresse de quem ganha 1 salário tá relacionada a outros fatores que não a renda, tais como: escolaridade, sexo, tempo de serviço, tipo de contrato.

Todos os fatores citados até aqui são fatores determinantes em potencial de adoecimento do cuidador em relação ao trabalho, tanto de maneira isolada quanto combinados entre si, porém existe fatores externos que são tão importantes quanto. Na literatura existe uma lacuna sobre problemas de saúde relacionado com o trabalho de cuidadores formais, devido as pesquisas voltarem-se mais investigação com cuidadores

familiares. Dentre os fatores externos, segundo Gratão et al (2013) a dependência do idoso é um importante preditor de sobrecarga do cuidador familiar. Para Areosa, Henz, Lawisch e Areosa, (2014) as maiores queixas encontradas no cuidado com o idoso se referem aos esforços físicos necessários para realizar o cuidado, como por exemplo: dar banho, levar ao banheiro, tirar da cama, levar para outro lugar da casa, que conseqüentemente geram dores musculares, dores nas costas, etc. O estudo de Pereira e Marques (2014) com cuidadores de ILPIs de Portugal observou que 28.6% dos investigados sofriam de doenças osteomioarticulares que podem estar associados com o desgaste físico da atividade exercida.

Sobre o estilo de vida dos cuidadores um estudo realizado em Portugal com cuidadores formais de ILPIs realizado por Pereira e Marques (2014) encontrou que 60.0% das cuidadoras afirmaram que tinham atividades de lazer ou hobbies, destas 16 cuidadoras, 39.1% referiram ter como hobbies as atividades manuais, seguidas de 21.7% que referiram à leitura e de 13.0% que indicaram as caminhadas ou atividades agrícolas a presente pesquisa corrobora parcialmente com os resultados supracitados, pois 100% dos cuidadores relataram realizar atividades de lazer, a diferença foram as atividades, neste estudo foram citados: esporte (14,29%), passeios e viagens (54,76%), Igreja (4,76%) e Cinemas e bares (21,43%), tal diferença pode ser explicada pela diversidade cultural entre os países. A pratica de atividades de lazer estão diretamente relacionados, segundo Farah et al (2013), o autor referido comprovou em seu estudo com trabalhadores industriais que 45,2% dos homens eram fisicamente inativos no lazer e 13,2% referiram-se estressados, e 66,2% das mulheres da mesma classe eram inativas fisicamente no lazer e 20,9% delas se referiram estressadas.

Sobre o estresse percebido, segundo Ghandour, Padovani e Batistoni (2014), 37,1% dos cuidadores formais em ILPIs do Estado de São Paulo apresentaram a autopercepção de estresse classificado como médio (pontuação de 17 a 23 pontos dividida em tercís) a percentagem é menor que a pesquisa atual em que 60,60 % dos indivíduos pontuaram entre 15 a 28 pontos (dividida em quartis), com média de  $20 \pm 7,830$  o que indica que estes cuidadores são pouco estressados.

Os níveis de cortisol também não indicaram estresse de acordo com o valor de referência  $\leq 20.1$  nmol/l, a média foi de  $9,2$  nmol/l  $\pm 3,591$ , vale ressaltar que foi realizada apenas uma medida de cortisol, e este pode variar ao longo do dia de trabalho. Há carência de estudos que relacionem estresse e secreção de cortisol em cuidadores formais. A pesquisa de Corrêa (2015) demonstrou que cuidadores familiares de idosos com Doença de Alzheimer apresentavam elevação dos níveis de cortisol no período noturno, tal aumento estava relacionada com o estresse crônico ocasionado pela sobrecarga emocional do familiar. Segundo o pesquisador, níveis cronicamente elevados de cortisol podem prejudicar os mecanismos subjacentes a diferentes processos cognitivos. No seu estudo, os cuidadores avaliados demonstram alterações de memória declarativa, a atenção e função executiva, também se mostraram prejudicadas nos cuidadores.

As limitações de estudos com cuidadores formais de idosos impossibilita justificativas assertivas sobre o estresse baixo nos cuidadores desta pesquisa, portanto, infere-se que ausência de vínculos familiares, não morar com o idoso possa contemplar tal explicação, pois em estudos com cuidadores familiares a relação é positiva (Cassis et al, 2007; Gratão et al, 2013; Rocha & Pacheco, 2013). Além disso, aqui os cuidadores são remunerados para desempenhar a função, não precisam abdicar das suas vidas

personais e sociais para se dedicar ao idoso como ocorre com os familiares (Pinto & Barham, 2014; Corrêa, 2015). Embora, o estresse percebido e o cortisol serem menores do que o esperado, o risco da organização prescrito do trabalho foi elevado.

Um estudo realizado em Portugal por Santos (2013), verificou que os riscos psicossociais mais evidentes na amostra de cuidadores formais pesquisada estavam relacionados ao nível da insegurança laboral (M=4,47), transparência do papel laboral (M=4,23), significado do trabalho (M=4,40), recompensa (M=3,92), autoeficácia (M=3,98), exigências cognitivas (M=3,59) e exigências emocionais (M=3,89), sendo os que registaram média mais elevada entre outros. As dimensões menos evidentes foram: nível dos comportamentos ofensivos, sintomas depressivos e exigências quantitativas e influencia no trabalho, uma vez que estas registam os valores médios mais baixos.

De acordo com Mendes (2008) e Antloga (2003), atividades que aumentam a participação do trabalhador nos processos de gestão são fundamentais, tais como a cooperação, a confiança e a elaboração coletiva de acordos, normas e regras. O trabalhador, neste caso, o cuidador, deve conquistar um espaço de negociação com a gestão. Estas estratégias de negociação são fundamentais para a promoção da saúde no trabalho, para o enfrentamento dos riscos psicossociais, e, conseqüentemente, para a sua prevenção (Mendes, 2008; Antloga, 2003).

Este resultado revela que os estilos de gestão não são claros dentre as atuais práticas organizacionais das ILPIs estudadas, pois as maiores concentrações das respostas estiveram dentro de estilos pouco característicos. Considerando esta ausência de clareza, é possível fazer dois questionamentos: (I) os estilos variam muito a cada situação de trabalho, o que não proporciona um determinado padrão de gestão?, ou (II)

as ações são contraditórias entre si, gerando frustração e desconfiança em relação à consistência das práticas e estilos de gestão?

De acordo com Facas (2013) a Escala de Estilos de Gestão teria como única preditora a Escala da Organização Prescrita do Trabalho, estabelecendo uma relação inversamente proporcional aos fatores de estilos de gestão Individualista e Normativo e diretamente proporcional aos fatores estilo de gestão Coletivista e Realizador. Porém, na presente pesquisa os resultados foram diferentes dos estudos do referido autor, era esperado que devido ao risco alto da EOPT os estilos de gestão Individualista e Normativa fossem preponderantes, no entanto, houve uma ausência de clareza de gestão, tal ausência de um ou de outro estilo de gestão pode ser o fator gerador do risco alto para a organização do trabalho.

Para Mendes (2008), Antloga (2003), a reestruturação produtiva ocorrida e a globalização, e suas decorrentes formas de gestão trouxeram novos impactos às organizações do trabalho e novas características de exclusão do trabalhador, relacionada aos sentimentos e à capacidade de negociação. Esses novos modelos, ao mesmo tempo em que oferecem um espaço de liberdade, diminuem o espaço para a expressão de afetos. Essa linha de ação é potencializadora dos riscos psicossociais no trabalho, ao desfavorecer as diversidades e individualidades.

De acordo com a teoria de Facas (2013), a Escala de Sofrimento Patogênico no Trabalho (ESPT) teria como preditoras a EOPT e a EEG, estabelecendo com EOPT uma relação inversamente proporcional, a qual na presente pesquisa não ocorreu. O risco alto da EOPT não gerou sofrimento patógeno. Apesar dessas adversidades, para Mendes (2008) o trabalhador tem encontrado, ao longo dos anos e das mudanças, estratégias para lidar com o sofrimento proveniente de condições desequilibradas de trabalho e,

consequentemente, com os riscos e danos psicossociais decorrentes desse desequilíbrio. A organização do trabalho, ao mesmo tempo que coloca a saúde do trabalhador em xeque, pode favorecer o enfrentamento do sofrimento. Em um estudo realizado por Prata (2014) em Portugal com cuidadores formais que buscou avaliar burnout, coping e qualidade de vida profissional observou que a utilização de recursos e estratégias de coping adaptativas, contribuiu na amostra estudada para menores índices de burnout e uma melhor qualidade de vida profissional.

Entende-se até aqui que o destino do sofrimento no trabalho, conforme Facas (2013), depende das condições oferecidas pela organização do trabalho e pelo estilo de gestão, no que diz respeito a seus aspectos técnicos e dinâmicos e, também pelas habilidades de enfrentamento desenvolvidas pelo trabalhador. Uma organização com predominância de um estilo de gestão burocrático/normativo, com uma organização do trabalho com prescrições engessadas oferece pouco espaço para que o trabalhador resignifique o seu sofrimento. O estudo de Facas (2009) mostra uma organização com essas características, em que o trabalhador pode ser punido por não seguir estritamente as prescrições - mesmo quando estas se mostram insuficientes frente aos desafios do real. No mesmo estudo, o relato dos trabalhadores mostrou que sentimentos de inutilidade e indignidade emergem dessa relação com a organização do trabalho, sendo bastante frequentes as vivências de sofrimento patogênico e, consequentemente, os danos psicossociais.

Por fim, conforme Facas (2013) a Escala de Danos Psicossociais Relacionados ao Trabalho (EADRT) teria todas as escalas anteriores apresentadas como sua preditora, embora o risco tenha sido alto na EOPT, ela isoladamente não gerou danos Psicológicos, Sociais ou Físicos nos cuidadores.

Pode-se concluir segundo Facas (2013), que quando não há possibilidade de adaptação entre a organização do trabalho e desejo dos sujeitos, quando as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas e esgotadas, tem-se o sofrimento patogênico, juntamente com danos psicossociais, por outro lado, quando há margem para a adaptação da organização do trabalho, quando o trabalhador pode lançar mão de sua inteligência prática e é reconhecido por isso, o sofrimento é resignificado e temos a saúde.

Conforme o estudo de Santos (2013) que relaciona riscos psicossociais ao Burnout, as variáveis mais significativas positivamente são o estresse, os sintomas depressivos, o ritmo de trabalho e comportamentos ofensivos, com correlações que variam entre  $r = 0.307$  e  $r = 0.529$ . O que indica que à medida que estas aumentam o estresse também aumenta, corroborando com a presente pesquisa em que os níveis de cortisol correlacionaram com os riscos altos da organização prescrita do trabalho, assim como a percepção do estresse com o sentimento de desqualificação.

O inventário de estresse percebido apresentou baixos índices de respostas e os níveis de cortisol também se mostraram abaixo do valor de referência, indicando que os cuidadores possuem uma boa resposta ao estresse. Tais resultados podem ser explicados pelo estudo de Guedes e Pereira (2013) que revelou que o uso de estratégias de enfrentamento ou  *coping*  “lidar com/resolver o problema” e “percepção alternativa da situação” por “outros” cuidadores que não são tão ligados emocionalmente ao familiar, como é o caso da presente pesquisa, foi associado a menos sobrecargas, sintomas físicos e morbidades psicológicas.

Grande parte das pesquisas apontam a sobrecarga e estresse do cuidador de idoso, como estudado fatores intrínsecos (sexo, idade, escolaridade, tempo de serviço,

habilidades de enfrentamento ao estresse) e extrínsecos (organização prescrita do trabalho, estilo de gestão) são determinantes. Aqui, os cuidadores demonstraram que apesar de desgastante física e emocionalmente o ato de cuidar, o trabalho pode ser gratificante e fonte de prazer de acordo com Texeira (1998), ratificando a teoria da psicodinâmica do trabalho em que o trabalho é fonte de transformação e revelação do próprio eu, para Dejours (2009) o trabalho é central para a formação da identidade e para a saúde mental.

Outro estudo que ratifica a afirmação supracitada foi conduzido por Laham (2003) sobre percepção de perdas e ganhos subjetivos relativos ao cuidar, quando questionados sobre o que há de positivo em ser cuidador, 40% dos participantes responderam: sentir-se útil, fazer o bem, ver que o paciente estava bem e que ele (o cuidador) teve participação nisso, ver que a sobrevivência do outro dependia dele (gerando um sentimento de potência). Pereira e Filgueiras (2009) ressalta que os cuidadores que perceberam aspectos positivos sofreram menor impacto no exercício de sua função do que os que perceberam aspectos negativos.

O modo positivo como os cuidadores, desta pesquisa, conduzem e entendem seu trabalho garante segurança ao familiar quando designa a tarefa de cuidar do idoso a terceiros, que com o aumento acelerado da população da 3ª idade será mais frequente e cada vez mais necessário. No entanto vale ressaltar ainda carências na regulamentação da profissão de cuidador, a presente pesquisa pode ser fonte de dados para tal, preservando fatores estudados que não foram desencadeadores de estresse nos cuidadores como: o regime de escala adotado de 12 horas corridas e 48h de folga, aumento da utilização de mão de obra masculina, maior escolaridade dos cuidadores e

excluindo-se fatores que provocaram aumento do risco psicossocial, por exemplo a ausência de um estilo de gestão.

## CONCLUSÃO

Observou-se que variáveis intrínsecas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, tempo de serviço) se comportaram de forma irregular quando relacionados com os riscos psicossociais e estresse, por exemplo: cuidadores do sexo feminino, na faixa etária entre 30 e 40 anos, com ensino fundamental e com tempo de serviço menor que 5 anos na instituição foram os que mais se queixaram de problemas relacionados com o trabalho, por outro lado cuidadores homens, na mesma faixa etária, solteiros, com ensino fundamental e que trabalham de 1 a 5 anos se perceberam estressados, e cuidadores do sexo feminino na faixa etária entre 40 e 50 anos foram os que tiveram maiores níveis de cortisol.

Além disso, identificou-se que as instituições apresentaram um risco alto da organização prescrita do trabalho que se relacionou com os níveis de estresse biológico, portanto além de fatores intrínsecos, o ambiente de trabalho também é um fator determinante para o estresse. Observou ausência de um estilo de gestão predominante, o que pode ser um fator preditor para o risco alto da organização. Era esperando que este fator provocasse sofrimento patogênico nos cuidadores assim como danos psicossociais e físicos, o que não ocorreu, como o protocolo de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho é recente e portanto, ainda, pouco divulgado em pesquisas, tornou-se difícil comparar os resultados desta pesquisa para que justifique os achados com cuidadores formais.

Os instrumentos utilizados foram necessários para a investigação pretendida, porém talvez tenham sido insuficientes para todas as respostas, portanto, registra-se a necessidade de pesquisas para complementação deste estudo. Sugere-se que as novas

pesquisas avaliem fatorialmente cada item do PROART ou utilizem outros instrumentos.

Uma das limitações desta pesquisa foi a única medida de cortisol utilizada, impossibilitando a análise do comportamento deste hormônio ao longo de um dia de trabalho. Tal abordagem não ocorreu devido a incompatibilidade de horários entre os cuidadores, a pesquisadora e o laboratório, pois a última coleta deveria ser realizada entre 23:30 e 00:30.

Vale frisar a necessidade de formação dos cuidadores, pois o sentimento de desqualificação relacionou-se com o estresse percebido, sugere-se que as instituições no ato de seleção dos cuidadores cumpram as exigências de escolaridades já estabelecidas, e sempre que possível promovam a renovação de conhecimentos através de cursos, seminários, palestras e afins sobre cuidado, sobre idoso e sobre si. Preocupados com esse sentimento do cuidador esta pesquisa produziu um Guia de Cuidados para Cuidadores de Idosos, cujo objetivo é esclarecer sobre o cuidado, autocuidado, direitos e deveres do cuidador, maneiras de prevenção de adoecimento ocasionado pelo trabalho e possíveis medidas de tratá-las.

A temática da pesquisa foi importante para a área de conhecimento pois revelou que os cuidadores formais de idosos institucionalizados reagem bem aos fatores estressores, contraditoriamente o que ocorre com cuidadores familiares e também verificou que os cuidadores não estão expostos a riscos psicossociais do trabalho gravemente, desmistificando conceitos sobre as ILPIs. À comunidade científica ampliou a investigação com cuidadores formais de idosos institucionalizados, permitindo a fundamentação teórica de futuros estudos. Por fim, à sociedade possibilitou informações que poderão embasar a formação do cuidador e o processo de

seleção de cuidadores por ILPIs, além de poder ser fonte de discussões sobre a regulamentação do cuidador, e ainda produziu de um guia esclarecedor sobre o processo de cuidado e autocuidado para cuidadores.

## REFERENCIAS

- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2005). Resolução da Diretoria Colegiada no 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Alcântara, A.O. (2004). Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. Alínea: Campinas. p149.
- Antloga, C. S. X. (2003). Estilos de contato da organização com o funcionário e prazeroso no trabalho: Estudo de caso em empresa de material de construção. Dissertação, Instituto de Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília.
- Araújo, C. L. O.; Souza, L. A. & Faro, A. C. M. (2010). Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. História da Enfermagem. 1(2), p.250-262.
- Areosa, S.V. C., Henz, L.F., Lawisch, D. & Areosa, R.C. (2014). Cuidar de Si e do Outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. Psicologia, Saúde e Doença. 15(2), p.482-494.
- Bianchi, E.R.F. (2009). Bianchi Stress Questionnaire. Revista Escola de Enfermagem USP. 43(n. spe), p. 1055-1062.
- Braga, L.S., Macinko, J., Proietti, F.A., César, C.C & Lima-Costa, M.F. (2010) Intra-urban differences in vulnerability among the elderly population. Caderno de Saude Publica. 26(12), p. 2307-2315.
- Brasil (1989). Ministério da Saúde. Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos: Diário Oficial da União, Brasília, DF.

- Brasil (1994). Ministério Do Bem-Estar Social. Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil (1999). Ministério da Saúde. Portaria nº 395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política de Saúde do idoso. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil (2001). Ministério da previdência e assistência social. Portaria no 73, de 10 de maio de 2001. Aprova as Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil (2003). Ministério da Saúde, Lei 10. 741. De 1.º de outubro de 2003; Aprova o Estatuto do Idoso.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil (2009). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Conselho nacional de Assistência Social. Resolução no 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brum, A.K., Tocantins, F.R. & Silva, T.J.E.S. (2005). O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 13(6), p. 1019-1026.
- Carboni, R. M. & Reppetto, M. Â. (2007). Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 09(01), p. 251- 260.
- Camarano, A. A. & Kanso, S. (2009). *Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados*. Ipea.
- Camarano, A.A. & Kanso, S. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira Estudos de População.*, Rio de Janeiro, 27(1), p. 233-

235.

Camarano, A. A. & Kanso, S. (2010). Como as Famílias Brasileiras Estão Lidando com Idosos que Demandam Cuidados e Quais as Perspectivas Futuras? a visão mostrada pelas PNADS. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?. Ipea.

Camarano, A. A., Kanso & S., Fernandes, D. (2013). Perda da capacidade laborativa e políticas públicas. Mercado de Trabalho, 54, p. 21-29.

Carvalho, J.A.M. de & Wong, L.R. (1995) A window of opportunity: some demographic and socioeconomic implications of the rapid fertility decline in Brazil. Texto para Discussão, No. 91, 36 páginas. Universidade Federal de Minas Gerais.

Cassis, S.V.A., Theodora, K., Moraes, T.A., Quadrante, A.C. R., Curati, J.A.E. & Magaldi, R.M.(2007). Correlação entre estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. Revista Associação Médico Brasileira. 53(6), p. 497-501.

Cohen S, Karmack T. & Mermelsteinm R. (1983). A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 24 (4), p. 385-396.

Colomé, I.C.S. *et al.* (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. Revista Eletrônica de Enfermagem. 13(2), p. 306-312.

Correa, M.S. (2015). Análise dos Efeitos do Estresse Crônico e do Envelhecimento sobre a Cognição de Cuidadores Familiares de Pacientes com Doença de Alzheimer e sua Relação com os Níveis de Cortisol, DHEA e BDNF. Tese. Programa de Pós-

Graduação em Biologia Celular e Molecular. Faculdade de Biociências. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre- RS, 97 páginas.

Dejours, C. (1986) Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde*. 14 (54), p. 7-11.

Dejours, C. (1992) *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (5ª.Ed.). São Paulo: Cortez-Oboré.

Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, São Paulo, 3(14), 27-34.

Dutra, W. H. & Correa, R. M. (2015). O Grupo Operativo como Instrumento Terapêutico-Pedagógico de Promoção à Saúde Mental no Trabalho. *Psicologia e Ciência*. 35(2), p.515-527.

Facas, E.P. (2013). *Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho - Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho*. Tese. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Universidade de Brasília. Brasília- DF, 191páginas.

Facas, E. P. (2009). *Estratégias de Mediação do Sofrimento no Trabalho Automatizado: Estudo Exploratório com Pilotos de Trem de Metrô*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Farah, B.Q., Barros, M.V.G., Junior, J.C.F., Ritti-Dias, R.M., Lima, R.A., Barbosa J.P.A.S & Nahas, M.V., (2013). Percepção de estresse: associação com a prática de atividades físicas no lazer e comportamentos sedentários em trabalhadores da indústria. *Revista Brasileira Educação Física e Esporte*. 27(2), p. 225-34.

- Fiedler, M.M. & Peres K.G. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Publica*. 24(2), p.409-415.
- Fragoso, M. H. J. M. de (2008). Fortalecendo os Direitos das Pessoas Idosas: A Caminho de uma Convenção. Coordenação Geral dos Direitos do Idoso. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Presidência da República.
- Frenkel, H.F. & Harvey, I.N.K. (2002) Oral health care education and its effect on caregiver's knowledge and attitudes: a randomized controlled trial. *Community Dental Oral Epidemiology* 30, p. 91-100.
- Ghandour, A.,Padovani, R.C. & Sathler, S.T.B. (2014). Habilidades de resolução de problemas e indicadores de bem-estar emocional em profissionais de enfermagem que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(2), p. 239-255.
- Giehl, V.M., Rohde, J., Areosa, S.V.C. & Bulla, L.C. (2015). Quando se Fala em Doença de Alzheimer: o papel do familiar cuidador de idosos. *Revista Jovens Pesquisadores, Santa Cruz do Sul*, 5 (3), p. 77-89.
- Gordilho, A. et al. (2000). Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro, UnATI / UERJ.
- Gratão, A.C.M., Talmelli, L.F.S., Figueiredo, L.C., Rosset, I., Freitas, C.F. & Rodrigues, R.A.P. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista Escola de Enfermagem- USP* 2013; 47(1), p. 137- 144.
- Groisman, D. (1999a). Asilos de velhos: passado e presente. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*; 2, p. 67-87.

- Groisman, D. (1999b). Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. *Cadernos Pagu* (13), p. 161-190.
- Guedes, A. C. & Pereira, M. G. (2013). Sobrecarga, Enfrentamento, Sintomas Físicos e Morbidade Psicológica em Cuidadores de Familiares Dependentes Funcionais. *Revista Latino-Americano de Enfermagem* 21(4).
- Holzmann, L. & Cattani, A. D. (2006). Taylorismo. Em: Cattani, A. D. & Holzmann, L. (orgs.) *Dicionário de Trabalho e Tecnologia*. Porto Alegre: UFRGS Editora
- Kattah, L.R., Sabino, G.S., Dias, E.H.F., Rabelo, F.L.A., Sanches, N.S., Rabelo, C.A., Silva, R.P.F., Firmino, K.B., Lima, T. & Gama, A. P. (2013). Análise dos níveis de estresse dos profissionais de uma maternidade. *Nova Revista Científica*. 2 (2).
- Kozlov, A.I. & Kozlova, M.A. (2014). Cortisol as a marker of stress. *Fiziol Cheloveka*. 40(2), p. 123-136.
- Laham, C.F. (2003). Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. *Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Experimental) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo*.
- Lee, N., van de Graaf, P., Hopkins, E. & O'Flaherty, M. (2015) Health of the UK population in 2040. *Lancet*. 386(9994), p. 643-644.
- Lupien, S.J. et al. (2009) Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 10(6), p. 434-45.
- Lucassen, P.J. et al. (2014). Neuropathology of stress. *Acta Neuropathologica*. 127(1), p. 109–135.

Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), p. 434-445.

Martins, J. D. J., Schier, J., Erdmann, A. L & Albuquerque, G. L. (2007) Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*. Rio de Janeiro 10(3), p. 371-382.

[McEwen, B.S.](#) (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*. 886, p. 172–189.

[McEwen, B.S.](#) (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*. 7(583), p. 174-85.

Mendes, A. M. (1999). Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional. Tese. Instituto de Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília.

Mendes, A. M. (2007) Da Psicodinâmica à Psicopatologia do Trabalho. Em: Mendes, A. M. (org). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mendes, A. M. (2008). A Organização do Trabalho como Produto da Cultura e a Prevenção do Estresse Ocupacional: O Olhar da Psicodinâmica do Trabalho. Em: Tamayo, A. (Org). *Estresse e Cultura Organizacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Mendes, G. D.; Miranda, S. M. & Borges, M. M. M. C. (2010). Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. *Revista Enfermagem Integrada*. 3(1), p. 408-421.
- Metzenthin P., Helfricht, S., Loerbroks, A., Terris, D.D., Haug, H.J., Subramanian, S.V., et al. (2009) A one-item subjective work stress assessment tool is associated with cortisol secretion levels in critical care nurses. *Preventive Medicine Journal*.48(5).462-466.
- Molinier, P. (2008) A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 33 (118), p.06-16.
- Moraes, R. D. (2013). Sofrimento Criativo e Patogênico. Em Vieira, F. O.; Mendes, A. M. & Merlo, A. R. C. *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho*. Curitiba: Juruá.
- Muraro, R.M. & Boff, L. (2002). A construção histórico-social dos sexos. In: *feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças*. Rio de Janeiro: Ed. Sextante, 2ª edição, p. 45-60.
- Murofuse, N.T, Abranches, S.S & Napoleão, A.A. (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latinoamerica de Enfermagem*. 13(2). 255-261.
- Neri AL, S. C. (2001). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri AL, organizadora. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea; 9-62.

- Oliveira, N. T. (2003). Somatização e sofrimento no trabalho. *Revista Virtual Textos & Contextos*. 2 (1). p. 1-14.
- Organização das Nações Unidas. (2002). Plano de ação internacional contra o envelhecimento.
- Papastavrou, E. et al. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*. 58 (5), p. 446-457.
- Paz, M. G. T.; Mendes, A. M. & Gabriel, Y. (2001). Configurações de poder organizacional e estilos de caráter. *Psicologia: Organizações e Trabalho*. 1 (1), p. 141-169.
- Prata, L. I. N. (2014). Burnout, Coping e Qualidade de Vida Profissional do Cuidador Formal em Contexto de Reabilitação. Dissertação. Programa de Pós graduação em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Aveiro. 52 páginas
- Pereira, M. J.S.B & Filgueiras, M.S.T (2009). A Dependência no Processo de Envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista Atenção Primária a Saúde*. 12(1), p.78-82.
- Pereira, S.A.S. & Marques, E.M.B.G. (2014). Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2(1), p. 133-140.
- Pinto, F.N.F.R. & Barham, E.J. (2014). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, 17(3), p. 525-539.

- Pinto, E.C.H. (2014). Perfil dos Cuidadores de Idosos em Instituição de Longa Permanência de Bauru: conhecimento e práticas em saúde bucal. Dissertação. Programa de Ciências Odontológicas- Saúde Coletiva. Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. 104 páginas.
- Pollo, S. H. L. & Assis, M. (2008). Instituições de longa permanência para idosos – ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11 (1), p.1-18.
- Ribeiro, P.C.C. (2015). A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. *Revista Institucional de Psicologia*. Edição especial, p. 269-283.
- Ribeiro, M.T.F., Ferreira, R.C., Magalhães, C. S., Moreira, A.N. & Ferreira, E.F. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: acesso de cuidar nas instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), p. 870-875.
- Rocha, B.M.P. & Pacheco, J.E.P.(2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 26 (1), p.50-56.
- Rodrigues, N. C. & Rauth, J. Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. In: Freitas, E. V. de et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002, p. 189-192.
- Rossi, A.M. (2007). Estressores ocupacionais e diferenças de gênero. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais de saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas; 9-18.

- Santos, P.S.F. (2007) O discurso do sujeito coletivo na identificação dos agentes estressores em Enfermeiros do setor de Emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 230 páginas.
- Santos, J.C.G.A (2013). Caracterização de uma amostra de cuidadores formais de idosos : capacidade para o trabalho, riscos psicossociais e qualidade de vida profissional. Dissertação. Programa de Pós graduação em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Aveiro. 51 páginas.
- Sayeg, M. A., Mesquita, R. Â. V. & Costa, N. E. (2002). Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, p.1394-1401.
- Silva, J. A. C. & Almeida, M. H. M. (2013). Orientações Políticas e Prática Profissional em Instituições de Longa Permanência Para Idosos. Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento. Porto Alegre, 18,(1), p. 119 – 135.
- Silva, D.M.P.P. & Marziale, M.H.P. (2008) Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. Ciência Cuidado Saúde. (5), p. 166-72.
- Silva V.L., Leal M.C.C., Marino, J.G & Marques, A.P. (2008) Associação entre carência social e causas de morte entre idosos residentes no Município de Recife, Pernambuco, Brasil. Caderno de Saúde Publica. 24(5), p. 1013-1023.
- Silva, I. L. S., Machado, F. C. A., Ferreira, M. Â. F., & Rodrigues, M. P. (2015). Formação Profissional de Cuidador de Idosos Atuantes em Instituições de Longa Permanência. HOLOS, 31(8).

- Silva, M.A.S., Lampert, S.S., Bandeira, D.R., Bosa, C.A. & Barroso, S.M. (2017). Saúde Emocional de Agentes Comunitários: burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 18(1), p. 20-33.
- Siqueira, R.L., Botelho M.I.V & Coelho, F.M.G. (2002) A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saude Coletiva*.7(4), p. 899-906.
- Schmidt, D. R. C, et al. (2009). Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enfermagem*. 18(2), p. 330-337.
- Siewert, J.S., Alvarez, A.M., Jardim, V.L.T., Valcarenghi, R.V.V. & Winters, J.R.F. (2014). Perfil dos Cuidadores Ocupacionais de Idosos. *Revista de Enfermagem UFPE. Recife*, 8(5), p. 1128-1135.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2002) Brunner e Suddarth. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 9 ed. Rio de Janeiro. Guanabara- Koogan. 509.
- Souza, J. L. C. S. (2002). *Vida de velho: do exílio da sociedade à sociedade do asilo*. Dissertação. Curso de Mestrado em Sociologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém. 125 páginas.
- Stacciarini, J.M.R. & Tróccoli, B.T. (2000) Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE). *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 8(6), p. 40-49.
- Texeira, M. H. (1998). *Relação interpessoal: cuidador – idoso dependente- cuidador-família. A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro. Eduerj.
- Veras, R.P. (2012) Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saude Publica*. 28(10), p. 1834-40.

Vieira, A. P. (2005). Prazer, Sofrimento e Saúde no Trabalho de Teleatendimento. Dissertação. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

World Health Organization. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. de S Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO. 246 p. Commission on Social Determinants of Health Final Report.

**APÊNDICE A- Questionário Perfil Sócio Demográfico**

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

**Escolaridade**

- ( ) Até Ensino Médio
- ( ) Superior Incompleto
- ( ) Superior Completo
- ( ) Pós-Graduação

**Estado Civil**

- ( ) Solteiro
- ( ) Casado/União Estável
- ( ) Divorciado/Separado
- ( ) Viúvo

**Cargo Atual**

---

**Tempo de Serviço na Instituição**

\_\_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_\_ mês(es)

**Tempo de Serviço no Cargo Atual**

\_\_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_\_ mês(es)

**Tipo de Contrato de Trabalho**

- ( ) Efetivo - CLT
- ( ) Efetivo - Concursado
- ( ) Terceirizado
- ( ) Estagiário
- ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**Renda**

- ( ) 1 salário
- ( ) 2 salários
- ( ) 3 salários
- ( ) mais de 3 salários

**Número de idosos que você cuida**

- ( ) 1
- ( ) 2 ou mais
- ( ) 3 ou mais \_\_\_\_\_
- ( ) todos

**Carga horária de trabalho**

- ( ) 6 horas
- ( ) 6 a 8 horas
- ( ) 8 a 10 horas
- ( ) mais de 10 horas

**Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano**

Nenhum

1 ou 2

3 ou mais \_\_\_\_\_

Quais atividades de lazer você costuma realizar?

---

---

---

### APÊNDICE B- Inventário de Estresse Percebido

Leia as questões e marque a mais adequada, considerando que:

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
0	1	2	3	4

1	Neste último mês, com que frequência					
2	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
3	Você tem sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
4	Você tem sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
5	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
7	Você tem se sentido confiante com a habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
8	Você tem sentido que as coisas tem acontecido de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
9	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
10	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
11	Você tem sentido que as coisas estão sob seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
13	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
14	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta o tempo?	0	1	2	3	4
15	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

## APÊNDICE C- Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais do Trabalho (PROART)

### Escala da Organização Prescrita do Trabalho

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho.

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

1	O número de trabalhadores é suficiente para a execução das tarefas	1	2	3	4	5
2	Os recursos de trabalho são em número suficiente para a realização das tarefas	1	2	3	4	5
3	O espaço físico disponível para a realização do trabalho é adequado	1	2	3	4	5
4	Os equipamentos são adequados para a realização das tarefas	1	2	3	4	5
5	Há clareza na definição as tarefas	1	2	3	4	5
6	Há justiça na distribuição das tarefas	1	2	3	4	5
7	Os funcionários participam das decisões sobre o trabalho	1	2	3	4	5
8	A comunicação entre chefe e subordinado é adequada	1	2	3	4	5
9	Tenho autonomia para realizar as tarefas como julgo melhor	1	2	3	4	5
10	Há qualidade na comunicação entre os funcionários	1	2	3	4	5
11	As informações de que preciso para executar minhas tarefas são claras	1	2	3	4	5
12	O ritmo de trabalho é adequado	1	2	3	4	5
13	Os prazos para realização das tarefas são flexíveis	1	2	3	4	5
14	A avaliação do meu trabalho inclui aspectos além da minha produção	1	2	3	4	5
15	Há flexibilidade nas normas para a execução das tarefas	1	2	3	4	5
16	As orientações que me são passadas para realizar as tarefas são coerentes entre si	1	2	3	4	5
17	As tarefas que executo em meu trabalho são variadas	1	2	3	4	5
18	Tenho liberdade para opinar sobre o meu trabalho	1	2	3	4	5

19	Possuo condições adequadas para alcançar os resultados esperados do meu trabalho	1	2	3	4	5
----	----------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

### Escala de Estilo Gestão da Instituição

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz sobre a forma de gestão utilizada na sua organização.

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

1	Em meu trabalho, incentiva-se a idolatria dos chefes	1	2	3	4	5
2	Os administradores desta instituição se consideram insubstituíveis	1	2	3	4	5
3	Aqui os administradores preferem trabalhar individualmente	1	2	3	4	5
4	Nesta organização os administradores se consideram o centro do mundo	1	2	3	4	5
5	A hierarquia é valorizada nesta instituição	1	2	3	4	5
6	Os laços afetivos são fracos entre as pessoas desta instituição	1	2	3	4	5
7	Há forte controle do trabalho	1	2	3	4	5
8	O ambiente de trabalho se desorganiza com mudanças	1	2	3	4	5
9	Exige rigoroso planejamento das ações	1	2	3	4	5
10	Os administradores são intolerantes com o individualismo	1	2	3	4	5
11	As pessoas são compromissadas com a organização mesmo quando não há retorno adequado	1	2	3	4	5
12	O mérito das conquistas na instituição é de todos	1	2	3	4	5
13	O trabalho coletivo é valorizado pelos administradores	1	2	3	4	5
14	Para esta instituição, o resultado do trabalho é visto como uma realização do grupo	1	2	3	4	5
15	As decisões nesta organização são tomadas em grupo	1	2	3	4	5
16	Somos incentivados pelos administradores a buscar novos desafios	1	2	3	4	5
17	Os administradores favorecem o trabalho interativo de profissionais de diferentes áreas	1	2	3	4	5

18	A competência dos trabalhadores é valorizada pela administração	1	2	3	4	5
19	Existe oportunidades semelhante de ascensão para todas as pessoas	1	2	3	4	5
20	Os administradores se preocupam com o bem estar dos trabalhadores	1	2	3	4	5
21	A inovação é valorizada nesta instituição	1	2	3	4	5

### Escala de Riscos de sofrimento Patogênico no Trabalho

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz das suas vivências em relação ao seu trabalho atual.

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

1	Meu trabalho é desvalorizado pela instituição	1	2	3	4	5
2	Sinto-me inútil em meu trabalho	1	2	3	4	5
3	Considero minhas tarefas insignificantes	1	2	3	4	5
4	Sinto-me improdutivo no meu trabalho	1	2	3	4	5
5	A identificação com minhas tarefas é inexistente	1	2	3	4	5
6	Sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas	1	2	3	4	5
7	Meu trabalho é irrelevante para o desenvolvimento da sociedade	1	2	3	4	5
8	Meu trabalho é sem sentido	1	2	3	4	5
9	Minhas tarefas são banais	1	2	3	4	5
10	Meu trabalho é cansativo	1	2	3	4	5
11	Meu trabalho é desgastante	1	2	3	4	5
12	Meu trabalho me frustra	1	2	3	4	5
13	Meu trabalho me sobrecarrega	1	2	3	4	5
14	Meu trabalho me desanima	1	2	3	4	5
15	Submeter meu trabalho a decisões políticas é fonte da revolta	1	2	3	4	5
16	Meu trabalho me faz sofrer	1	2	3	4	5
17	A submissão do meu chefe à ordens superiores me causa revolta	1	2	3	4	5

18	Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado de trabalho	1	2	3	4	5
19	Meus colegas são indiferentes comigo	1	2	3	4	5
20	Sou excluído do planejamento de minhas próprias tarefas	1	2	3	4	5
21	Minha chefia trata meu trabalho com indiferença	1	2	3	4	5
22	É difícil a convivência com meus colegas	1	2	3	4	5
23	O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia	1	2	3	4	5
24	Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia	1	2	3	4	5
25	Há desconfiança na relação entre chefia e subordinado	1	2	3	4	5

### Escala de Danos físicos e psicossociais

Os itens, a seguir, tratam dos tipos de problemas **físicos, psicológicos e sociais** que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho. Marque o número que melhor corresponde à **frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos últimos seis meses**.

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

1	Amargura	1	2	3	4	5
2	Sensação de vazio	1	2	3	4	5
3	Mau humor	1	2	3	4	5
4	Vontade de desistir de tudo	1	2	3	4	5
5	Tristeza	1	2	3	4	5
6	Perda de auto confiança	1	2	3	4	5
7	Solidão	1	2	3	4	5
8	Insensibilidade em relação aos colegas	1	2	3	4	5
9	Dificuldade nas relações fora do trabalho	1	2	3	4	5
10	Vontade de ficar sozinho	1	2	3	4	5
11	Conflitos nas relações familiares	1	2	3	4	5
12	Agressividade com os outros	1	2	3	4	5
13	Dificuldade com os amigos	1	2	3	4	5

14	Impaciência com as pessoas em geral	1	2	3	4	5
15	Dores no corpo	1	2	3	4	5
16	Dores no braço	1	2	3	4	5
17	Dor de cabeça	1	2	3	4	5
18	Distúrbios digestivos	1	2	3	4	5
19	Dores nas costas	1	2	3	4	5
20	Alterações de sono	1	2	3	4	5
21	Dores nas pernas	1	2	3	4	5
22	Distúrbios circulatórios	1	2	3	4	5
23	Alterações no apetite	1	2	3	4	5

**APÊNDICE D- Autorização do ILPI Pública****AUTORIZAÇÃO**

Belém, 17 de outubro de 2016

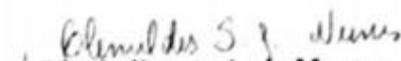
A Coordenadoria de Alta Complexidade/DAS/SEASTER, autoriza a aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Teoria e pesquisa do Comportamento (PPGTP), **PATRÍCIA FERNANDES HOLANDA CARRARO da UFPA** a realizar pesquisa de doutorado intitulada "Análise dos Riscos Psicossociais do Trabalho e Estresse de cuidadores de idosos institucionalizados" na **UAPI Nosso Lar Socorro Gabriel**

**Período: 20/10/2016 às 14:00hr**

**Local: Av. Norte s/n, em frente a Unidade Básica de Saúde do Providência.**

**Contato Gerência: Inês Terezinha A. da Silva – 3298-1906**

Atenciosamente,

  
/ **Maria Rozete A. de Moraes**  
Coordenadora da CPSE-AC

Apêndice E- Autorização do ILPI Filantrópica



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO**  
**LABORATÓRIO DE ECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO**  
 TELEFONE: (91) 32018484 - cel: (91) 982292400  
 E-MAIL: paty\_carraro@hotmail.com

Ofício n.º 01/2016

Belém, de setembro de 2016.

À Sua Excelência a Senhora  
 Silvia de Paula Cruz  
 Diretora do Abrigo São Vicente de Paulo

**Assunto: Solicitação de autorização para pesquisa de mestrado**

Senhora Silvia de Paula Cruz,

Eu Patrícia Fernandes Holanda Carraro, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTP) na Universidade Federal do Pará, matrícula n.º 201500970024, sob orientação da Prof.ª Dra. Celina Maria Colino Magalhães, venho por meio deste solicitar vossa autorização para selecionar participantes para minha pesquisa de mestrado intitulada "Análise dos Riscos Psicossociais do Trabalho e Estresse de cuidadores de idosos institucionalizados." a Abrigo São Vicente de Paulo. Trata-se de uma pesquisa que irá verificar o estresse percebido e biológico dos cuidadores formais da instituição relacionando este com os riscos psicossociais do trabalho. Ressalto que ao término da análise dos resultados, tanto os idosos quanto a instituição será informada dos mesmos.

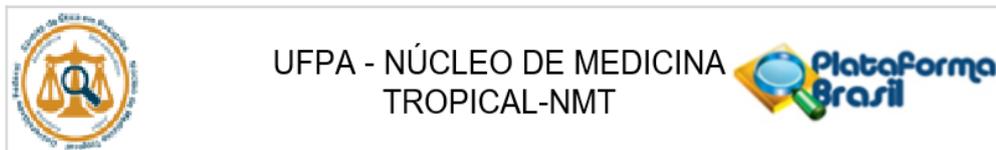
Respeitosamente,

\_\_\_\_\_  
*Patrícia F. H. Carraro*  
 Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
*Celina Magalhães*  
 Orientadora

evento.  
 A Dra. Eliana, para  
 acompanhamento e  
 providências pertinentes  
 em 29/09/2016  
 allry

## APÊNDICE F- Parecer do Comitê de Ética



UFPA - NÚCLEO DE MEDICINA  
TROPICAL-NMT

Continuação do Parecer: 1.991.075

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO 713809.pdf	15/02/2017 21:51:44		Aceito
Outros	Consentimento1.pdf	15/02/2017 21:50:44	Patrícia Fernandes Holanda Carraro	Aceito
Outros	Consentimento.pdf	01/02/2017 23:27:10	Patrícia Fernandes Holanda Carraro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/02/2017 23:17:02	Patrícia Fernandes Holanda Carraro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/02/2017 23:16:32	Patrícia Fernandes Holanda Carraro	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	20/11/2016 12:06:18	Patrícia Fernandes Holanda Carraro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 30 de Março de 2017

---

**Assinado por:**  
**ANDERSON RAIOL RODRIGUES**  
(Coordenador)

## APÊNDICE G- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

PROJETO: Análise dos riscos psicossociais do trabalho e estresse de cuidadores de idosos institucionalizados

#### ESCLARECIMENTOS DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo analisar os riscos psicossociais do trabalho e estresse de cuidadores formais. Você inicialmente responderá cinco questionários com aproximadamente 15 perguntas, em seguida coletaremos 3 vezes durante 1 semana sua saliva para análise em laboratório de um hormônio relacionado com o estresse (cortisol). Após a pesquisa os protocolos serão arquivados por cinco anos e, em seguida, serão incinerados. Os resultados serão expostos em forma de palestra na instituição que você trabalha, e também individualmente, para que você saiba como está a sua saúde.

Para você, o risco seria de constrangimento ao responder os questionários, porém sua identidade estará mantida no mais absoluto sigilo, e as informações coletadas servirão unicamente para fins científicos. Em caso de dano pessoal, diretamente provocado pelos pesquisadores, você terá direito a apoio psicológico, bem como as indenizações legalmente estabelecidas, se necessário.

Como benefício, ao ser concluída a presente pesquisa promoverá o fornecimento de importantes dados que poderão auxiliar na sua qualidade de vida e condições de trabalho e conseqüentemente melhorar o cuidado prestado ao idoso.

Você não será remunerado por participar deste trabalho. É garantida a você a liberdade de deixar de participar da pesquisa em qualquer etapa da realização da mesma e o direito a se manter informado a respeito dos resultados parciais desta.

Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa procure o Comitê de Ética da Universidade Federal do Pará, localizado no Instituto de Ciências da Saúde (Av. Generalíssimo Deodoro, 01 - Umarizal, Belém-Pa), ou através do email: [cepccs@ufpa.br](mailto:cepccs@ufpa.br). Para qualquer dúvida sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora: Patrícia Fernandes Holanda Carraro ([paty\\_carraro@hotmail.com](mailto:paty_carraro@hotmail.com)), ela pode ser encontrada no NTPC/ UFFA, localizado na Rua Augusto Correa. 01, Guama, Belém PA.

Este trabalho será realizado com recursos próprios da autora e financiado pela CAPES. Não haverá despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo.

Este projeto tem como orientadora, Dra Celina Maria Colino Magalhães.

## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados para o projeto.

Belém, \_\_\_/\_\_\_/2016.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura e carimbo da orientadora

---

Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE H- Cartilha Guia de Cuidados para Cuidadores de Idosos**

CELINA MARIA COLINO MAGALHÃES  
LIDIANE COLARES DE FARO MARTINEZ  
PATRICIA FERNANDES HOLANDA CARRARO  
PAULA DANIELLE PALHETA CARVALHO

GUIA DE CUIDADO PARA CUIDADORES DE IDOSOS

BELÉM- PARÁ  
EDIÇÃO DO AUTOR  
2017

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

UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento/BIBLIOTECA

---

Magalhães, Celina Maria Colino, et all.

Guia de cuidado para cuidadores de idosos / Celina Maria Colino Magalhães. — 2017.

1. Idoso – cuidado e tratamento. 2. Idoso – saúde e higiene. 3. Cuidadores (manuais e guias). 4. Gerontologia (manuais e guias). 5. Carraro, Patrícia Fernandes Holanda. 6. Carvalho, Paula Danielle Palheta. 7. Martinez, Lidiane Colares de Faro. I. Título.

CDD - 23. ed. 305.26

---

- 01 Apresentação 3
  - 02 Cuidado & Autocuidado 6
  - 03 Quem é o cuidador? 9
  - 04 Cuidador Informal & Formal 10
  - 05 Quais as habilidades que o cuidador deve desenvolver? 13
  - 06 Quais são as consequências do ato de cuidar para o cuidador? 15
  - 07 O que é estresse? 17
  - 08 Praticando o autocuidado 19
  - 09 Exercícios Relaxantes 21
  - 10 Declaração dos direitos do cuidador 25
  - 13 Teste seu estresse 26
  - 12 Referências 28
  - 13 Sobre as autoras 30
- 

# Apresentação

**Esta cartilha** é produto de um projeto de pesquisa que avaliou os riscos psicossociais e estresse de cuidadores formais de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Trabalho realizado no Programa de Pós Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará e financiado pela CAPES.

No decorrer da história mundial, diversos países passaram/ passam pelo processo de Transição Demográfica, ou seja, populações, tipicamente jovens e adultas, tornaram-se gradualmente envelhecidas (Siqueira, Botelho, Coelho, 2002; Silva, Leal, Marino, Marques, 2008). Fatores como a diminuição da taxa de fecundidade, diminuição das taxas de natalidade, diminuição da taxa mortalidade, revelando diminuição do crescimento da população, além dos avanços médico sanitários que aumentaram a expectativa de vida são determinantes para que a população envelheça (Camarano, Kanso e Fernandes 2009).

Projeções estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) demonstram que no período de 1950 a 2025 os idosos brasileiros deverão ter aumentado quinze vezes, enquanto que outras faixas etárias apenas cinco. Até 2025, com aproximadamente 32 milhões de pessoas acima de 60 anos.

Certamente o novo perfil demográfico nacional, amplia temas de pesquisas acadêmicas e das políticas públicas, bem como gera novas demandas de recursos humanos. Uma delas é justamente os cuidados de longa duração para o idoso, pois devido à idade avançada, ocorre um declínio da autonomia para desempenhar as atividades da vida diária-

ria (AVDs). A medida que pessoas estão sobrevivendo mais, o número das que não conseguirão manter a sua independência e autonomia também tende a aumentar, o que resulta num crescimento da demanda por cuidados.

Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para um incremento de aproximadamente 400% na demanda por cuidados de longa duração para a população idosa residente nos países em desenvolvimento. Camarano e Kanso (2010) projetaram que o número de idosos brasileiros que deverá necessitar de cuidados prolongados poderá crescer de 30% a 50% entre 2010 e 2020, dependendo de melhorias (ou não) nas condições de saúde e autonomia.

Estes profissionais por sua vez devem estar qualificados e preparados emocionalmente, fisicamente, socialmente e psicologicamente para o árduo e gratificante trabalho, que é cuidar de idosos.

Esse trabalho objetiva esclarecer e orientar cuidadores sobre o cuidado consigo durante o processo de cuidar de idosos, visando uma boa e adequada prestação de serviço, pois partimos do princípio de que se o cuidador estiver bem consigo, ele conseguirá atender melhor às necessidades do idoso que são muito específicas e delicadas.







**Cuidar** é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. É conhecer o outro e atender suas necessidades específicas, assim o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Esse cuidado deve ultrapassar as necessidades do corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções daquele idoso atendido.

**Autocuidado** significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida. Nesse sentido, o cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. Já o autocuidado ou cuidar de si representa a essência da existência humana. Ministério da Saúde (2008), Guia Prático do Cuidador.





# Quem é o cuidador?





**O cuidador** segundo a Política Nacional do Idoso é aquele que pode ser membro ou não da família, que cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas Atividade Básica de Vida Diária (ABVD's) e Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD's), tais como: alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, a bancos ou farmácias entre outros.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) reconhece a categoria ocupacional de cuidador de idoso sob o código 5162-10 (Ministério do Trabalho e Emprego, 2002). De acordo com a mesma, a ocupação de cuidador de idosos pode ser exercida por pessoas que tenham pelo menos dois anos de experiência, autônomo ou assalariado, tendo suas atividades supervisionadas e desenvolvidas em espaços domiciliares ou institucionais. Também estabelece uma formação profissional básica e escolaridade mínima que varia da quarta série do ensino fundamental ao ensino médio, sendo que nos casos de cuidado ao idoso com alto grau de dependência é recomendado que o cuidador tenha formação na área de saúde



## Cuidador Informal

O cuidador informal é aquela pessoa que presta cuidados aos idosos em seu domicílio que pode ter ou não vínculo familiar, porém não é remunerado.



## Cuidador Formal

O cuidador formal é aquele, geralmente remunerado, que possui capacitação ou habilidade técnica para auxiliar o idoso com limitações para realizar suas atividades diárias (Giehl, Rohde, Areosa & Bulla, 2015).



# Quais habilidades que o cuidador deve desenvolver?



Conforme a CBO, o cuidador deve ser alguém instruído para entender e gerenciar as demandas do idoso. O nível de conhecimento é proporcional ao grau de dependência do idoso, ou seja, quanto mais dependente o idoso for, mais estudo o cuidador deve ter, pois as necessidades serão mais específicas e mais delicadas podendo comprometer a vida do idoso. Além disso se o cuidador estiver mais preparado, menor serão os riscos a sua própria saúde. Assim o cuidador deve desenvolver habilidades para:

- 1** Conhecer aspectos biológicos, psíquicos, emocionais e sociais que acompanham o envelhecimento;
- 2** Procurar desmitificar atitudes, mitos e estereótipos relacionados com o envelhecimento;
- 3** Incentivar a independência e autonomia do idoso;
- 4** Estar atento para seus deveres legais como cuidador de idoso;
- 5** Entender a dinâmica das ABVDs no envelhecimento;
- 6** Buscar informações sobre as doenças que acometem os idosos;
- 7** Promover e manter um ambiente saudável para o idoso, seja no meio familiar ou institucional;
- 8** Buscar desenvolver atividades que o idoso tenha afinidade
- 9** Sempre que possível discutir com familiares, colegas de trabalho, gestores e equipe multiprofissional melhores ofertas de cuidado para o idoso, respeitando a individualidade de cada um.

# Quais são as consequências do ato de cuidar para o cuidador?



### O convívio diário

com um idoso dependente de cuidados, algumas vezes doente, pode ocasionar ao cuidador, ao longo do tempo, interferências na sua vida pessoal, trazendo como consequências: exaustão, sobrecarga, estresse, prejuízos a vida social e familiar, perda de interesse em atividades de lazer, depressão, isolamento, crises de ansiedade, tensão, sentimentos de incapacidade e desvalorização do seu trabalho, dores corporais e etc.

Os estudos científicos afirmam que a maior causa de sobrecarga e estresse do cuidador está relacionada diretamente com o grau de dependência do idoso, logo, quanto mais o idoso necessita de ajuda, maior as chances de o cuidador se sentir estressado. No caso dos cuidadores formais, existe ainda outros fatores que podem agravar esses sintomas, tais como: relação com colegas de trabalho e com os gestores, acúmulo de atividades que não sejam de sua responsabilidade, muitos idosos sob cuidado de apenas um cuidador, ambientes desfavoráveis para sua prática, insuficiência de material.





# O que é o estresse?



**O estresse**, ao contrário do que se pensa, na sua origem não é algo ruim, na verdade, é uma reação que visa a preservação da vida. Ele passa a ser negativo quando essa reação é aumentada provocando um estado de aflição, ou um estado crônico de desequilíbrio e sofrimento.

---

## Os agentes estressores podem ser classificados em:

### **Estressores físicos:**

Relacionados com o ambiente, como por exemplo, temperatura, agentes químicos e outro;

### **Estressores fisiológicos:**

Relacionados com sinais e sintomas como, dor, cansaço, fadiga e outros;

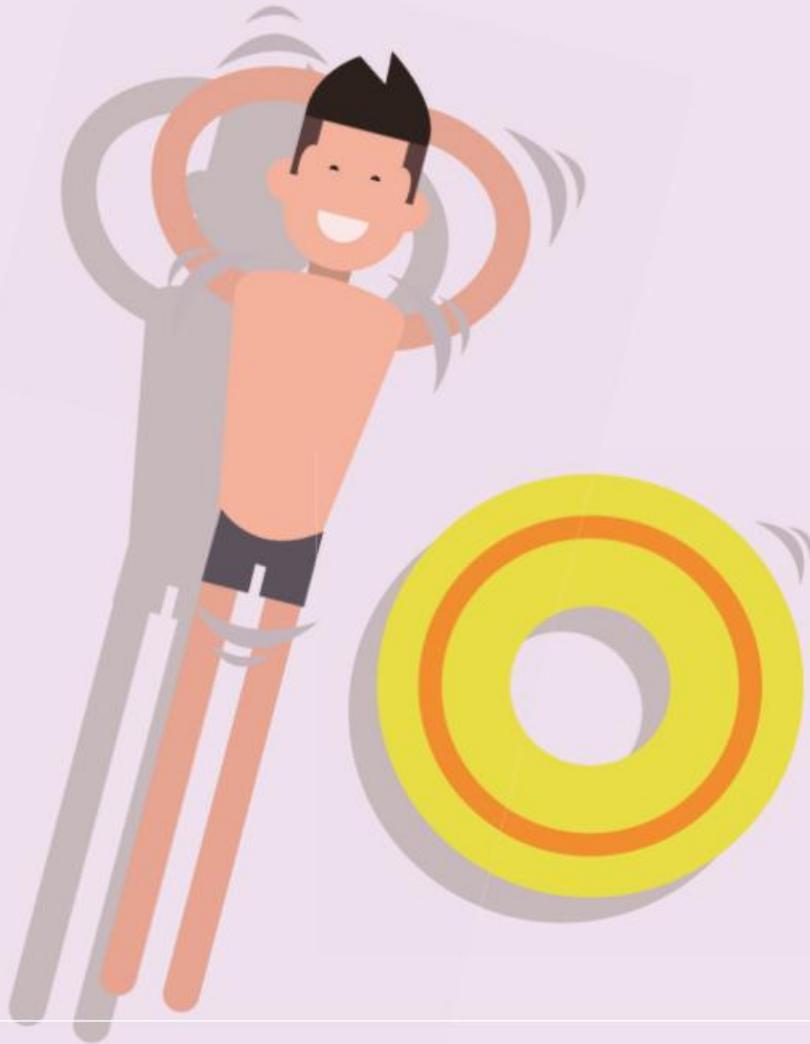
### **Estressores psicossociais:**

Relacionados com aspectos como inseguranças no trabalho; medo de perder o emprego; conflitos entre outros

**Estados crônicos de estresse** no trabalho podem acarretar em síndrome de esgotamento profissional, também denominada Síndrome de Burnout, caracterizada como uma deterioração cognitiva que consiste na perda de motivação e baixa realização pessoal no trabalho, exaustão emocional e física. A Síndrome de Burnout, já é considerada um problema de saúde pública, podendo, inclusive, acarretar surgimento de atitudes e condutas negativas frente aos idosos sob cuidado, frieza, distanciamento e indiferença (Gil-Monte, Carlotto e Camara, 2010).

Todos os agentes podem estar presentes ao mesmo tempo na vida do cuidador, por isso, fique atento as dicas para se manter em equilíbrio frente as adversidades.

# Praticando o autocuidado



Você cuidador, esteja atento aos sinais do seu corpo. Realize exames frequentemente. Vá a profissionais capacitados para atender suas necessidades.

**Preserve sua saúde!**

## Dicas



**Dedique-se a atividades** que lhe tragam prazer: passear, ouvir música, conviver bem com amigos e familiares, ir ao cinema, viajar, praticar atividade física regularmente.



**Faça um planejamento** de acordo com sua carga horária de trabalho para desempenhar estas atividades com regularidade e sempre que possível. Não desista.



**Não despreze ajuda** de colegas de trabalho, do familiar ou de amigos do idoso



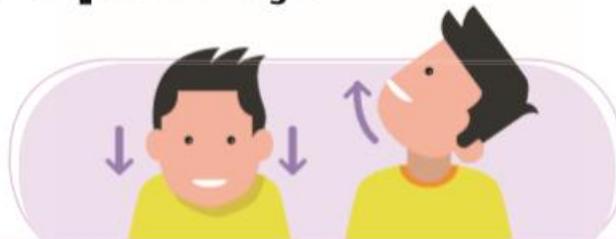
**Mantenha** suas relações sociais.

**Procure apoio** em grupos de ajuda, com colegas ou com os gestores

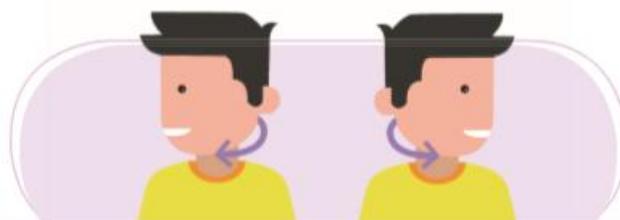
# Exercícios Relaxantes



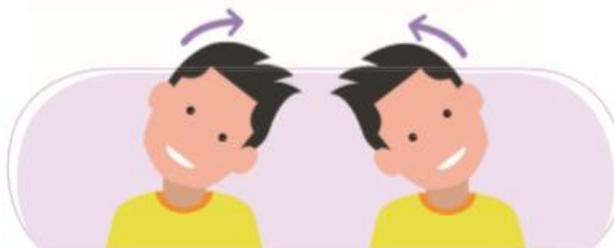
## Para o pescoço



Flexione a cabeça até encostar queixo no peito, depois estenda a cabeça para trás como se estivesse olhando o céu.

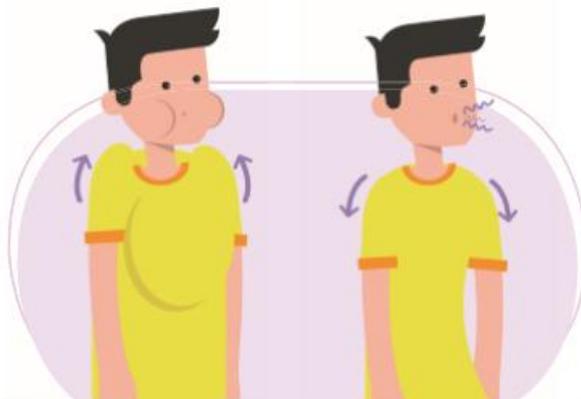


Gire a cabeça primeiro para um lado e depois para o outro.



Incline a cabeça lateralmente, para um lado e para outro, como se fosse tocar a orelha no ombro.

## Para o ombro



Encha os pulmões de ar, levante os ombros para próximo das orelhas, solte o ar deixando os ombros cairém rapidamente.



Depois, fazendo movimentos circulares, gire os ombros para frente e para trás.

## Para os braços



Gire os braços esticados para frente e para trás, fazendo círculos.

## Para o tronco



Em pé, apoie uma das mãos no encosto de uma cadeira ou na própria cintura, levante o outro braço passando por cima da cabeça, incline a lateral do corpo. Faça o mesmo movimento com o outro lado.

## Para as pernas



Deitado de barriga para cima, apoie os pés na cama com os joelhos dobrados. Mantendo uma das pernas nessa posição, segure com as mãos a outra perna e traga o joelho para próximo do peito. Fique nesta posição por alguns segundos e volte para a posição inicial. Repita com a outra perna.

## Para a respiração



Sentado, puxe fundo a respiração pelo nariz como se estivesse cheirando uma flor e solte o ar pela boca como se estivesse assoprando uma vela. Repita várias vezes.

# Declaração dos Direitos do cuidador



- 1** Tenho o direito a cuidar de mim também e procurar ajuda;
- 2** Tenho o direito de receber ajuda e participação dos familiares, nos cuidados do idoso dependente;
- 3** Tenho o direito de ficar aborrecido, deprimido e triste;
- 4** Tenho o direito de não deixar que os familiares ou meus chefes tentem manipular-me com sentimentos de incapacidade e desqualificação;
- 5** Tenho o direito a receber consideração, afeição, perdão e aceitação de meus colegas e superiores e/ou da comunidade.
- 6** Tenho o direito de orgulhar-me do que faço.
- 7** Tenho o direito de proteger a minha individualidade, e minhas próprias necessidades.
- 8** Tenho o direito de receber treinamento para cuidar melhor do idoso dependente.

FONTE: adaptado do Manual do cuidador da pessoa idosa, Tomiko Born (org.). pág.106

# Teste o seu estresse

0	Nunca
1	Raramente
2	Às vezes
3	Frequentemente
4	Sempre

## Neste último mês, com que frequência?

Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
Você tem se sentido nervoso e estressado?	0	1	2	3	4
Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças que vem ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
Você tem se sentido confiante com a habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
Você tem sentido que as coisas tem ocorrido de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4

Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
Você tem conseguido controlar a maneira como gasta o tempo?	0	1	2	3	4
Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4



**0-14  
pontos**

Muito Bem! Você tem conseguido administrar sua vida sem se estressar. Parabéns! Continue assim!



**15-27  
pontos**

Opá! Algo está começando a fugir do seu controle. Mantenha a calma. Pratique os exercícios citados e não deixe se agravar!



**28-41  
pontos**

Você pode estar se sentindo cansado, exausto e sobrecarregado. Seja firme, pratique o autocuidado e siga em frente.



**42-56  
pontos**

Você atingiu o máximo de estresse! Precisa retomar o controle da situação, para isso, procure ajuda de um profissional capacitado.

## Referências

- Born, T. (2008). Secretaria Especial dos Direitos Humanos Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde (2008). Guia Prático do Cuidador. Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2006). Portaria no 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego (2002). Classificação Brasileira de Ocupações - CBO. Portaria Ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002.
- Caldas, C.P. (2008). Cartilha do Cuidador: o cuidador também precisa de cuidados. Universidade Aberta da Terceira Idade — UnAT. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Camarana, A. A.; Kanso, S. (2009). Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: Ipea.
- Camarano, A. A.; Kanso, S. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, Rio de Janeiro. 27, (1). 233-235.

- Gil-monte, Pedro R; Carlotto, Mary Sandra; Camara, Sheila G. (2010). Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1.
- Giehl, V. M., Rohde, J., Areosa, S. V. C. & Bulla, L C. (2015). Quando se fala em doença de alzheimer: o papel do familiar cuidador de idosos. *Revista Jovens Pesquisadores*, Santa Cruz do Sul, 5 (3),77-89.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2013). *Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000/2060*. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão.
- Ministério do Trabalho e Emprego (2002). *Classificação Brasileira de Ocupações - CBO*. Portaria Ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002.
- Siqueira R.L, Botelho M.I.V, Coelho F.M.G. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Revista Ciencia Saude Coletiva*,7(4), 899-906. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400021>.