



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA**

**AMANDA VANÚBIA RUFINO GUERRA**

**SAÚDE MENTAL E CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:  
narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de  
doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO  
2025**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE INTERIORIZAÇÃO DE  
ATENÇÃO À SAÚDE**

**AMANDA VANÚBIA RUFINO GUERRA**

**SAÚDE MENTAL E CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:  
narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de  
doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas**

Trabalho de Conclusão de Residência,  
apresentado ao Programa de Residência  
Multiprofissional de Interiorização de  
Atenção à Saúde da Universidade Federal  
de Pernambuco, Centro Acadêmico da  
Vitória.

**Orientador(a):** Prof. Dr. José Marcos da Silva

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2025**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Guerra, Amanda Vanúbia Rufino .

Saúde Mental e Cuidado na Atenção Básica em Saúde: narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas / Amanda Vanúbia Rufino Guerra. - Vitória de Santo Antão, 2025.

69p. : il., tab.

Orientador(a): Dr. José Marcos da Silva

Trabalho de Conclusão de Residência - TCR (Especialização) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde, 2025.

10.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. saúde coletiva. 2. saúde mental. 3. cuidado. 4. gênero. 5. trabalho. I. Silva, Dr. José Marcos da. (Orientação). II. Título.

150 CDD (22.ed.)

AMANDA VANÚBIA RUFINO GUERRA

**SAÚDE MENTAL E CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:  
narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de  
doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas**

Trabalho de Conclusão de Residência,  
apresentado ao Programa de Residência  
Multiprofissional de Interiorização de  
Atenção à Saúde da Universidade Federal  
de Pernambuco, Centro Acadêmico da  
Vitória.

Aprovado em: 20/03/2024.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. José Marcos da Silva (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. MsC Cristiana Beatrice Lykoroupoulos (Examinadora Externa)  
Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Dedico este trabalho ao meu filho Apolo, vida da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de iniciar agradecendo à minha família, meus pais Núbia e Valmir, aos meus irmãos Antônio e Gabriel, meu filho Apolo, à minha ex sogra Ednilza e ao pai do meu filho, Vinícius, pela rede de apoio que me sustentou (e sustenta) ao longo desses 2 anos de residência. Sem essa fonte de incentivo não teria sido possível.

Meus queridos amigos e colegas de trabalho, o Nasf Alto José leal e Belavisters, pelo aprendizado, pelo companheirismo, pelas risadas, pelos abraços... Vocês foram essenciais nesse período, obrigada por tudo e por tanto.

À minhas Yoonguinas, que mesmo distribuídas em cada Estado do Brasil, se fazem tão presentes, apoiando, escutando, acalentando sofrimentos e comemorando vitórias, amo vocês, obrigada.

Ao meu orientador, José Marcos, pelas orientações, ensinamentos e paciência ao longo da construção desse artigo.

À coordenação do Programa Multiprofissional de Interiorização à Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco, ao Centro Acadêmico da Vitória e à instituição executora, minha gratidão pela oportunidade de vivenciar essa experiência enriquecedora.

À comissão examinadora, pelas reflexões e contribuições para o aprimoramento do meu trabalho.

Por fim, e não menos importante, Deus, Iansã e Iemanjá, minhas mães, que me sustentam ao longo dessa minha jornada na terra, até mesmo quando minha fé falha.

“Toda pessoa é sempre as marcas de outras tantas pessoas. E é tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá. É tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho por mais que pense que está.”

**Gonzaguinha**

## RESUMO

O aumento da expectativa de vida e a melhoria na qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e degenerativas no Brasil têm levado a uma maior demanda por cuidadores. Este cuidado pode ser realizado tanto por profissionais contratados quanto por membros da família, especialmente no contexto de uma rede de suporte informal composta por familiares, amigos e vizinhos. O trabalho de cuidado, historicamente atribuído às mulheres, é frequentemente invisível, não remunerado e gera sobrecarga, perpetuando desigualdades de gênero. Apesar das conquistas feministas, como o acesso ao mercado de trabalho e a educação, a divisão sexual do trabalho continua a ser um desafio, especialmente no cuidado de familiares, em que as mulheres continuam a assumir a maior parte das responsabilidades. Este cenário resulta em condições precárias para as mulheres, que, muitas vezes, sacrificam sua saúde física e emocional para atender às demandas de cuidado, o que pode levar ao aumento de distúrbios psicológicos, privação de sono e dificuldades financeiras. Este artigo analisa as experiências de mulheres que cuidam de pessoas com DCNT e degenerativas, buscando entender os efeitos desse trabalho no sofrimento psíquico dessas cuidadoras e a importância de políticas públicas voltadas para a saúde mental e a igualdade de gênero.

**Palavras-chave:** saúde coletiva; saúde mental; cuidado; gênero; trabalho.

## ABSTRACT

The increase in life expectancy and improvement in the quality of life of people with chronic non-communicable diseases (CNCDs) and degenerative diseases in Brazil has led to a greater demand for caregivers. This care can be carried out by both hired professionals and family members, especially in the context of an informal support network made up of family members, friends and neighbors. Care work, historically attributed to women, is often invisible, unpaid and generates overload, perpetuating gender inequalities. Despite feminist achievements, such as access to the job market and education, the sexual division of labor continues to be a challenge, especially in caring for family members, where women continue to assume most of the responsibilities. This scenario results in precarious conditions for women, who often sacrifice their physical and emotional health to meet the demands of caring, which can lead to an increase in psychological disorders, sleep deprivation and financial difficulties. This article analyzes the experiences of women who care for people with NCDs and degenerative diseases, seeking to understand the effects of this work on the psychological suffering of these caregivers and the importance of public policies aimed at mental health and gender equality.

**Keywords:** collective health; mental health; care; gender; work.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 1** – Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas, sobre a infância, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025. p. 28;

**Quadro 2** – Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas, sobre o lugar do cuidado, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025. p. 23;

**Quadro 3** – Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas, o que você deixou de fazer por si, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025. p. 33;

**Quadro 4** – Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas, sobre o cuidado de si, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025. p. 34;

**Quadro 5** – Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas, sobre como é o dia-a-dia do cuidado de si, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025. p. 36;

**Quadro 6** – Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas, sobre como se sentem, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025. p. 39.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico de mulheres que cuidam de pessoas com doenças crônicas e degenerativas, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025. p. 27

## LISTA DE ABREVIATÖES

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
OXFAM Fome)	Oxford Committe for Famine Relief (Comitê de Oxford para Alívio da
PTS	Projeto Terapêutico Singular
VD	Visitas domiciliares

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Sofrimento psíquico e o cuidado de pessoas com adoecimento grave.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 O cuidado: uma questão de gênero.....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>22</b>
<b>4 ARTIGO.....</b>	<b>23</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>23</b>
<b>Método.....</b>	<b>25</b>
<b>Resultados e discussão.....</b>	<b>27</b>
<b>Considerações finais.....</b>	<b>40</b>
<b>Referências .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO A – REGRAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA CIÊNCIA &amp; SAÚDE COLETIVA .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/UFPE .....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA APLICADA PARA FAVORECER AS NARRATIVAS.....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida dos brasileiros, ao nascer, aumentou 2 meses e 26 dias de 2020 para 2021, chegando assim aos 77 anos, dados divulgados no Diário Oficial da União, em 24 de novembro de 2022. Desta forma conseguimos visualizar que a população está ficando cada vez mais envelhecida e conseqüentemente demandando mais cuidado e de alguém que cumpra essa função de cuidador (a) em sua rotina, porém quando se fala em lugar de cuidado, o grande questionamento que fica é justamente o de quem irá ocupar essa função?

O cuidador é a pessoa que assume a responsabilidade dos cuidados básicos de maneira contínua e/ou regular, que pode ser ou não um familiar. Além disso, assume todos os ou a maior parte dos cuidados. Estudos demonstram que, na maioria das vezes, os familiares que assumem os cuidados, são pessoas sem formação específica e que não recebem remuneração. Essa nova realidade pode acarretar em sobrecarga, pois o cuidador não possui uma profissão, há falta de tempo para lazer e para o seu autocuidado, afetando diretamente sua qualidade de vida e o cuidado prestado ao idoso(a) (Kobayasi;et al, 2019).

O cuidado, de modo geral e dos doentes, é considerado um lugar da mulher. Isso implica uma discussão sobre gênero e desigualdade. Segundo Ângelo (2009) “o cuidado está presente nas raízes históricas da mulher” (p.86), e quando paramos para observar nossa realidade, grande maioria das casas brasileiras têm uma mulher exercendo a função de cuidadora, seja de crianças, de seus esposos, um (a) familiar com algum tipo de deficiência, bem como de idosos, estejam eles (as) adoecidos (as) ou não.

Cuidar de pessoas doentes representa uma carga de sofrimento que deve ser considerada nos projetos terapêuticos singulares, porque a função de cuidador (a) sobrepõe outras responsabilidades para a mulher que o exerce, sobretudo devido à falta de reconhecimento da carga de trabalho investida, a falta de remuneração, do efeito sobre o projeto de vida da mulher que para exercer esse papel, muitas vezes, abdica de seu emprego, ficando sem nenhuma renda, dependendo de terceiros para manutenção de sua rotina diária, tendo a sua autonomia enfraquecida.

Quando o olhar se volta para o cuidado, é possível perceber que ele está na

construção social dos papéis de gênero que foi sendo desenvolvido ao longo dos séculos onde “[...] se espera do homem o sustento da sobrevivência material e da autoridade moral, e, da mulher, a organização da vida familiar, o cuidado de idosos e tudo que se relacione à casa.” (Camargo, 2010. p. 235). Vale salientar que, mesmo que essas mulheres exerçam algum tipo de trabalho remunerado fora de casa, o cuidado do lar ainda estará sob sua responsabilidade.

Ao carregar o fardo de um trabalho intenso e invisível, exercido, muitas vezes, somente por ela, acaba que lhe sobra menos tempo para o cuidado de si, e sabendo que a saúde mental, de maneira geral, sempre é negligenciada em seus primeiros sintomas, muitas acabam por entrar em processos de depressão e ansiedade. É importante destacar que grande parte dessas mulheres ainda exercem a função sem nenhum tipo de preparo ou treinamento, fazendo assim com que seja ainda mais difícil de conduzir todo o processo de adoecimento tanto da pessoa que ela cuida, quanto dela mesma.

Muito embora ainda existam cuidadoras que conseguem separar um tempo na rotina para cuidar de si, esse cuidado se encontra mais na esfera física do que mental, como bem fala Cardoso (2010), em sua pesquisa entre cuidadoras formais e informais, observa-se que o olhar para si foi interpretado pelas mesmas mais no sentido fisiológico do que psicológico, deixando questões emocionais de lado e priorizando o corpo, pois o cuidado prioritário é o que lhes dê condições físicas necessárias para continuar a atender ao idoso, ao invés de pensar em seu bem-estar.

Sendo assim, o presente estudo tem como foco principal entender como se caracteriza a saúde mental de mulheres que cuidam de pessoas em situações de adoecimento, percorrendo suas histórias, renunciando nesse lugar invisível do cuidado. Como bem coloca Kobayasi (et al, 2019), o cuidador muitas vezes não tem com quem compartilhar momentos de relaxamento e desenvolver atividades agradáveis devido às exigências advindas do cuidado, tornando-as propensas a isolamento social, interferindo negativamente na saúde e nos cuidados prestados (p.145).

Estudos já existentes sobre a temática, destacam que há mais efeitos negativos que positivos na ocupação do papel de cuidadora, podendo destacar como efeitos doenças psiquiátricas, utilização maior que o usual de drogas psicótropas, mais doenças somáticas, por saúde percebida, isolamento social, estresse pessoal e familiar, e sentimentos de ter que cumprir uma obrigação exageradamente pesada e causadora de tensão (Neri, 2002).

Para além do sofrimento pela sobrecarga de trabalho, alguns desses estudos apontam também como um dos gatilhos do adoecimento mental, o fato de que por fazerem parte da mesma família, a gradativa piora de sua situação de saúde e dependência é um motivo de preocupação e sofrimento para essa cuidadora, que está acompanhando de perto o findar da vida daquela pessoa querida.

O interesse pela temática surgiu a partir da minha vivência como psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde- UFPE/CAV, onde pude perceber ao realizar atendimentos e visitas domiciliares, a privação de algumas dessas mulheres que abdicaram de seus próprios sonhos para cuidar dos pais, irmãos/irmãs, sogros/sogra, filhos (as) que apresentam algum tipo de comorbidade em que se faz necessária cuidado permanente. Observei ao longo do primeiro ano de residência que não há nenhum projeto ativo ou em construção, que seja direcionado ao público de cuidadoras.

Diante disso, faz necessário a produção de conhecimento científico sobre a saúde mental de mulheres que cuidam de pessoas em adoecimento no contexto da atenção básica em saúde, com vistas a promoção da equidade de gênero, saúde da mulher e proteção de vínculos familiares, bem como para que os próprios profissionais de saúde identifiquem as necessidades dessa cuidadora também enquanto sujeito de necessidades.

Desde já se assinala que a presente pesquisa não pretende esgotar o tema em estudo, devido a sua complexidade e amplitude, esse é um tema que sempre necessitará uma atualização, inclusive o projeto se justifica justamente pela escassez de estudos atuais e pela relevância de pesquisas sobre o processo de adoecimento de mulheres que cuidam de pessoas em situação de adoecimento, com vistas à promoção da saúde, prevenção de doenças e produção de cuidado às cuidadoras e seus familiares.

Isto posto, a presente pesquisa partirá da seguinte pergunta condutora: como se caracteriza a saúde mental de mulheres que cuidam de pessoas em situações de adoecimento, na cidade da Vitória de Santo Antão, no ano de 2024?.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

### 2.1 Sofrimento psíquico e o cuidado de pessoas com adoecimento grave

No campo da saúde mental, tanto psiquiatras, quanto psicólogos, ou outros (as) profissionais que atuam na área da saúde mental, baseiam-se no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) quando estão para realizar algum diagnóstico, tendo em vista que a uniformização das informações é necessária para que haja uma compreensão do caso clínico por outros (as) profissionais que entrarão em contato com aquele(a) paciente.

Desta forma, seguindo o protocolo, de acordo com o DSM-5 (em sua mais nova versão), podemos classificar os transtornos mentais como: “[...] uma Síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental.” E prossegue “[...] Transtornos Mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes” (American Psychiatric Association, 2013, p. 20) .

Porém, como bem coloca o manual, o diagnóstico é útil para determinar o prognóstico e o tratamento, sendo que nem todos os diagnósticos irão demandar o mesmo tratamento, ou sequer um tratamento,

[...] A necessidade de tratamento é uma decisão clínica complexa que leva em consideração a gravidade dos sintomas, a importância dos sintomas (p. ex., presença de ideação suicida), o sofrimento do paciente (dor mental) associado ao(s) sintoma(s), deficiência ou incapacidade relacionada aos sintomas do paciente, riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis e outros fatores (p. ex., sintomas psiquiátricos complicadores de outras doenças) (APA, 2014, p. 10).

Para além do que deve ser observado no campo da saúde, o (a) profissional quando está diante da pessoa a ser analisada, deve considerar todo o contexto social, história familiar e o território em que essa pessoa está inserida, pois essa parte da vida está intrinsecamente relacionada com as causas e sintomas do diagnóstico em questão “É no território que habita a identidade do sujeito e vice-versa. A atenção à pessoa em sofrimento mental, quando se dá no território, opera a partir das necessidades de saúde do sujeito, no que ele tem de comum à comunidade e

singularnà sua vida.” (Dias et al.2020. p. 3).

Com o surgimento dos psicofármacos, em meados da década de 40 (Silva, 2017), conseguimos acompanhar uma corrida frenética pela “cura” de todo e qualquer sofrimento, seja ele de origem patológica, seja de origem existencial, que está posto para nós, que somos seres humanos e essencialmente seres de falta,

a dor física indica sempre um desequilíbrio, alguma coisa que não vai bem; é muito indicado tomar medidas para combatê-la, para eliminar sua causa. O sofrimento não é absolutamente sinal de desequilíbrio, não há nada de anormal nele. Ele faz “normalmente” parte de nossa existência (Minkowski, 1999, p. 159).

Como bem coloca Minkowski (1999), o sofrimento é uma parte integrante da existência humana. Mais que uma parte, ela a marca, a posiciona (p.156), não há vida sem sofrimento, este, caminha lado a lado com o que somos. O que podemos observar, tanto nos consultórios médicos e de psicologia, quanto em qualquer conversa entre amigos é o sofrer estando cada vez mais associado a um mal que deve ser eliminado a todo custo, cada vez mais as pessoas estão se tornando avessas ao sofrimento e com isso há uma corrida incessante para a sua eliminação, não importam os meios.

Assistimos assim, a desvalorização do sofrimento humano, a categorização dos sintomas, a culpabilização do homem pelas vicissitudes da vida e, em última instância, a medicalização de todo e qualquer mal-estar que destitua o humano da sua busca diária de contentamento. Trata-se então, de uma possível psiquiatrização da vida tal como ela se apresenta –difusa, intensa, errante e inesperada (Silva, 2017. p. 83).

Isto posto, antes de firmar um diagnóstico e/ou um tratamento, se faz necessário uma gama de interpretações que fogem, muitas vezes do controle daquele(a) profissional que está no papel do cuidado, é importante também observar a forma como esse sofrimento mental está apresentado para o sujeito, bem como o seu entendimento sobre os processos que implicam o seu diagnóstico e principalmente a ideia de ‘cura’ pois, “[...] ele é crônico em sua maioria, grave em alguns casos e se alinha com a capacidade de o sujeito viver independentemente do diagnóstico ou das limitações impostas pela sua condição psíquica” (Dias *et al.*, 2020. p. 3).

Entre as comorbidades mais acometidas na velhice, podemos destacar as demências, alzheimer, parkinson, dentre outras que são comuns no período da senilidade, que podem aparecer por volta dos 60 anos e/ou mais. No que se refere às demências, os danos progressivos e irreversíveis no sistema nervoso central afetam

as habilidades de julgamento, memória e pensamento abstrato, bem como o controle motor, causando uma grande demanda de ajuda de terceiros (Elias *et al.*, 2019. p. 19). A Doença e Alzheimer (DA) é um distúrbio neurodegenerativo crônico, com degeneração progressiva das funções colinérgicas pré-sinápticas, principalmente no hipocampo e no córtex frontal, afetando as funções cognitivas com o desenvolvimento de afasia, apraxia e agnosia (Ribeiro *et al.* 2020 p. 29038)

A doença de Parkinson é uma condição crônica degenerativa, provocada pela morte de células produtoras de dopamina e pela disfunção dos gânglios da base. (Gomes *et al.* 2021. p. 2). Ainda segundo Gomes (2021), se configura na segunda patologia neurodegenerativa mais prevalente, entre seus sintomas destaca-se tremor em repouso, rigidez, déficits no equilíbrio e marcha, bradicinesia e redução da amplitude de movimentos.

Utilizando essas três comorbidades acima como exemplo de acontecimentos na senilidade e sabendo que os(as) idoso(as) acometidos das mesmas demandam cuidado para realizar atividades diárias do seu dia a dia, destacamos a experiência dessas cuidadoras nesse papel de cuidado, onde o cansaço físico e mental se faz presente e que por muitas vezes sendo realizado de maneira solo, traz diversas consequências para o bom funcionamento da saúde mental devido à solidão, falta de cuidado de si, diminuição das atividades de lazer e do dia a dia, bem como na impossibilidade de uma vida profissional, gerando impacto em sua autonomia.

## **2.2 O cuidado: uma questão de gênero**

Ser “homem” ou “mulher” são os primeiros significantes que nos designam assim que chegamos ao mundo, antes de qualquer possibilidade de escolha, antes que o infans se constitua em sujeito do desejo” (Kehl, 2016. p. 11). Essa identidade que nos é dada vem carregada de significados dos papéis que os gêneros deverão interpretar ao longo de sua existência, e o comportamento de gênero irá responder de formas diferentes de acordo com a cultura em que esse indivíduo está inserido.

A partir da identificação do papel a ser interpretado por cada gênero, temos a adaptação de cada um ao seu lugar na família, o homem com o seu papel de provedor do lar, responsável pela segurança dos membros de sua família, e o líder a quem todos devem respeito. Já a mulher, resta-lhe o papel doméstico, o cuidado, seja das

crianças, do esposo, do lar enquanto estrutura física, a principal responsável pela harmonia da sua família.

Ao longo da construção cultural do papel da mulher na sociedade, podemos observá-las sendo empurradas para a função materna, dentro do seio familiar com o discurso de que os “conjuntos de atributos, funções, predicados e restrições dominado feminilidade” (Kehl, 2016, p. 40) e que essa era a natureza feminina e ela deveria ser domada pela sociedade para que conseguisse ocupar o lugar para o qual estava predestinada.

Apesar de conseguirmos identificar um avanço significativo no movimento de saída de mulheres do ambiente exclusivamente familiar e adentrando no ambiente de trabalho formal, ainda é grande a disparidade no que se refere a oportunidades e salários. Ainda mais quando, mesmo trabalhando fora de casa, essa mulher ainda detém a maioria das responsabilidades no cuidado com o lar e com os filhos, então é comum encontrar mulheres que exercem função em jornadas triplas de trabalho.

O fato da mulher, mesmo com seu trabalho formal, ainda ser considerada a principal referência quando nos referimos ao papel de cuidado, se dá pelo fato de que o homem ainda não consegue se identificar nesse papel, mesmo tendo ciência de que não é mais o único responsável pelo papel de provedor familiar. “Atualmente a mulher desempenha múltiplos papéis imposto pelo meio social que, muitas vezes, impede-lhe de optar por aqueles que melhor se adaptem a sua realidade [...]” (Wegner; Pedro, 2010, p. 336) e, por não se tratar de um papel exercido com uma escolha de forma consciente, essa mulher se vê presa em uma atividade que não tem um período de tempo estabelecido.

Segundo o dicionário da língua portuguesa, cuidado vem do verbo cuidar, que significa: demonstração de atenção; em que há cautela, prudência; aplicação e capricho ao realizar algo; zelo, esmero; atenção maior em relação a; preocupação. O cuidar carrega consigo uma gama de significados e significantes e pode ser utilizado em diversas situações como: o cuidar de si, cuidar de uma pessoa, estando ela enferma ou não, cuidar de algo.

O ato de cuidar é inerente ao ser humano, faz parte da construção das relações sociais e é fundamental para manutenção da vida. “O cuidado pertence à essência do humano e detudo o que existe e vive” (Boff, 1990. p. 1) Mesmo que identificado o ser humano como este próprio o pronto para o cuidado, é identificado somente à mulher como a provedora principal desse papel.

Importante destacar também a invisibilidade que permeia o papel do cuidar. A partir do momento em que a pessoa que cuida está submersa no cuidado, ela vai aos poucos se tornando invisível, pois o redor está em calmaria a partir do momento em que aquele objeto do cuidado não está interferindo no ir e vir do outro que não cuida. É a partir dessa invisibilidade que o (a) cuidador (a) inicia o seu processo de adoecimento.

Segundo Baggi (2009, p. 628),

em qualquer contexto em que o cuidado se processe, o cuidador deve exercitar, sobretudo, antes de prestar o cuidado ao outro, o cuidado de si mesmo, na sua sistemicidade/totalidade, buscando a integração da dimensão física, mental e espiritual para alcançar uma harmonia relativa entre o cuidado de si e o cuidado do outro, cuidando e sentindo-se cuidado por si e pelo outro.

A saúde mental está relacionada ao autocuidado, e para que estejamos dispostos para realizar o papel de cuidado, devemos estar cientes de que devemos também praticar o cuidado conosco. Sendo que, para conseguir exercer esse papel de autocuidado, o indivíduo deve estar ciente de si, de suas necessidades, suas emoções e principalmente, de seus limites.

Boff (2012) considera que um dos maiores desafios existenciais da atualidade consiste em cuidar de si mesmo, o ter está cada vez mais ganhando espaço para o ser, e essa falta de preocupação com o que se passa em seu interior está cada vez mais levando pessoas ao adoecimento mental, tendo em vista ainda mais o preconceito que circunda esse cuidado, bem como a desvalorização dos sentimentos e emoções, fazendo com que cada vez mais pessoas busquem os vícios, em suas mais diversas versões, como uma forma de escapar de sua realidade.

Mesmo conscientes da importância do cuidar de si, esbarra-se na problemática que se é apresentada na infância como sendo o cuidado um lugar exclusivo para as mulheres. Fica a questão de como cuidar de si, se as mulheres foram ensinadas apenas a cuidar de outros? Desde muito novas, as crianças têm as suas emoções podadas, por adultos que também foram podados em sua infância, então esse comportamento aprendido é passado por gerações sem que haja um movimento de ruptura, muito embora possamos perceber mesmo que de forma ainda

tímida, um movimento contrário a esse comportamento castrador das emoções.

Desta forma, se faz necessário que crianças sejam estimuladas a falar sobre suas emoções e que estas emoções sejam validadas e acolhidas, para que assim elas consigam realizar o movimento de cuidado de si. A partir do momento em que o

indivíduo consegue fazer esse movimento de olhar para si, ele consegue perceber suas emoções, fazendo com que seja mais “fácil” o movimento de autocuidado.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Caracterizar as formas de adoecimento mental em mulheres que exercem o papel de cuidadora de pessoas em situação de adoecimento e as implicações para o cuidado de si.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) Descrever o perfil sociodemográficos de mulheres que cuidam de pessoas em situação de adoecimento;
- b) Caracterizar a saúde mental autorreferida de mulheres que cuidam de pessoas em situação de adoecimento;
- c) Identificar narrativas de vida relacionadas ao processo papel de cuidadora e o cuidado de si;
- d) Compreender as implicações do processo de cuidado de pessoas em situação de adoecimento para a vulnerabilidade da cuidadora.

## 4 ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA **REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM NO ANEXO A.

### Introdução

O aumento na expectativa de vida da população brasileira e a consequente melhora na qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e degenerativas, acarreta o aumento de demanda por cuidadores, pela necessidade de cuidados básicos, em maior ou menor grau, realizados por alguém que auxilie no provimento de necessidades de vida diárias<sup>1</sup>.

Para Ribeiro<sup>2</sup>, o termo cuidado é polissêmico e multidimensional que gera uma transversalidade no campo das Ciências, demandando um tratamento interdisciplinar, e sendo abordado em áreas como Saúde, Psicologia, Filosofia e, mais recentemente, nas Ciências Sociais e Econômicas.

No que diz respeito às pessoas responsáveis pelo cuidado com DCNT e degenerativas, implica em condições financeiras para contratação de um cuidador profissional, ou a família assume o cuidado em tempo integral. Conforme Mendes e col<sup>3</sup>., “A família é atribuída à responsabilidade da assistência aos seus membros que envelhecem. Os cuidadores familiares fazem parte da rede de suporte informal, constituída por membros da família, amigos, conhecidos e vizinhos, que atuam sem remuneração” possuindo a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) um papel fundamental.

Nesse contexto, as mulheres foram historicamente condicionadas a assumir papéis sociais na responsabilidade pelos afazeres domésticos e de cuidado com as crianças e idosos, papel esse desempenhado de forma invisível e muitas vezes sem remuneração e de forma regular. “Um trabalho realizado sempre por mulheres, no qual a obrigação de cuidar estava associada ao status dessas na família, exprimindo as desigualdades nas relações sociais de sexo, cristalizadas enquanto divisão sexual do trabalho”<sup>4</sup>.

Segundo Emídio, Santos e Okamoto<sup>5</sup>, conquistas feministas ao longo dos

anos, como uso e divulgação de métodos contraceptivos, a entrada e manutenção no mercado de trabalho, o acesso à educação, ao voto e ao divórcio, foram fundamentais para mudanças nos papéis sociais atribuídos às mulheres na sociedade. Porém, tais conquistas ainda não foram capazes de produzir equidade de gênero no cuidado do lar e da família, gerando sobrecarga sobre as mulheres .

De acordo com Guimarães e Vieira<sup>4</sup>, é evidente a diversidade de formas e relações nas quais o trabalho de cuidado se manifesta. Em sociedades caracterizadas por grandes desigualdades sociais, essa diversidade é muito mais abrangente do que a observada nos estudos contemporâneos sobre as chamadas “profissões do cuidado.”

Para Sorj<sup>6</sup> “a questão do trabalho doméstico, e dos cuidados com a família, vem ocupando um lugar cada vez mais importante na agenda social e política de muitos países desenvolvidos, sobretudo como um meio para combater as desigualdades de gênero no mercado de trabalho e nas relações familiares”, porém, percebe-se que esse mesmo debate não ocorre no Brasil, ao passo que:

“prevalece a concepção de que as responsabilidades familiares são um assunto a ser resolvido privadamente pelas famílias, na medida em que as políticas públicas e as instituições voltadas, entre outras, à provisão de cuidados das crianças, idosos, doentes e portadores de necessidades especiais são precárias e insuficientemente desenvolvidas” (p.77).

Nesse cenário, importa compreender que quanto maior a carga de trabalho das mulheres, menos tempo para o cuidado de si elas terão; isso implica em maiores chances de distúrbios de ansiedade e depressão, privação de sono, uso de medicação controlada sem acompanhamento médico, de substâncias como álcool e cigarro e dificuldades financeiras por estarem afastadas do mercado de trabalho. Essas condições impostas, resultam em mal-estar físico e emocional e contribui para o apagamento de sua identidade.

Nesse artigo são apresentados os resultados de uma pesquisa que teve como objetivo analisar a compreensão de mulheres que cuidam de pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas sobre os efeitos do trabalho de cuidado e sofrimento psíquico, na Atenção Básica em Saúde, em um município do nordeste do Brasil, considerando o perfil sociodemográfico das participantes e as narrativas de vida como mulher cuidadora e o cuidado de si, com a perspectiva de contribuir com o debate sobre desigualdade de gênero, políticas públicas e saúde mental das mulheres.

## Método

A pesquisa foi realizada em Vitória de Santo Antão, um município do estado de Pernambuco, com mulheres frequentadoras da Unidade de Saúde da Família (USF) e recrutadas a partir do contato com Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, por este buscar entender o lugar que o fenômeno ocupa na vida das pessoas, posto que, “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”<sup>7</sup>.

Como Critério de inclusão foram consideradas mulheres que realizam a função de cuidadora de um familiar, por no mínimo 1 ano, ser frequentadora de USF, não receber nenhum tipo de remuneração para o exercício da função, maior de 18 anos independente de estado civil.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, sob o parecer de n.º 6.927.987, respeitando-se as recomendações e os princípios de ética em pesquisa com seres humanos.

Os dados foram coletados por meio de questionário sociodemográfico, considerando as variáveis: idade, estado civil, escolaridade, renda e participação em programas sociais (bolsa família, benefício de prestação continuada (BPC), auxílio gás, luz para todos, entre outros).

O sofrimento autorreferido foi abordado a partir de entrevistas semiestruturadas, que conforme Gil<sup>8</sup>, é uma técnica especialmente útil para investigar o comportamento e a subjetividade humana. Por meio da entrevista foi possível coletar dados a respeito do cotidiano, as experiências e emoções para se compreender as circunstâncias sob as quais sentem o que sentem.

As perguntas elaboradas para a entrevista continham questões que, além dos dados sociodemográficos, versavam sobre história da vida da entrevistada, sua infância, adolescência, vida adulta, como ela se tornou cuidadora, de qual forma o papel ocupado interfere em suas relações, se ela conhecia sobre a condição e se recebeu alguma orientação por parte da USF, se se sentia preparada para ocupar o papel que ocupa atualmente, por fim, para que falasse livremente sobre seu estado emocional atual; as sessões de entrevistas duraram em média 2h, realizadas em ambiente domiciliar com consentimento prévio das participantes ou em uma sala com setting protegido na USF, totalizando 8 entrevistas.

O roteiro da entrevista para a favorecer a narrativas constou das seguintes

perguntas disparadoras

1. Vamos fazer um retrospectiva da sua vida, me fale um pouco sobre sua infância, adolescência, vida adulta.
2. Qual critério foi utilizado para a escolha da cuidadora?
3. De que forma o papel que a senhora ocupa agora interfere na relação com a pessoa que cuida?
4. A senhora sabe identificar a doença/condição da pessoa que cuida?
5. Recebeu alguma orientação/ treinamento por parte da USF sobre o cuidado a ser realizado?
6. Se sente preparada para realizar esse papel? E como foi para senhora no início?

Como técnica de análise dos resultados, adotou-se a análise de narrativa. Conforme Moutinho e De Conti<sup>9</sup>, essa técnica desponta como importante ferramenta de pesquisa porque:

“Narramos hoje e narramos sempre. Narramos sobre um dia de trabalho, acontecimentos na família. Narramos sobre nós mesmos, o que nos é importante, pessoas com as quais lidamos. Esse falar de nós, de forma narrativa, que fazemos de maneira tão costumaz, possivelmente contribui para que sejam as narrativas a forma discursiva privilegiada para estudo da construção de sentidos de identidade”(p.1).

Nesse sentido, assumiu-se a perspectiva de que as pessoas contam sua própria história, na tentativa de transcrever sua emoção, ao tempo que o pesquisador transcreve e anota aspectos que se repetem e manifestam o conteúdo mais relevante- conteúdos manifestos (explícitos conscientes) e latentes (implícitos inconscientes)- do sujeito participante da pesquisa<sup>10</sup>.

Para proteger o sigilo e a privacidade, os nomes das participantes foram substituídos por pseudônimos, utilizando nomes de flores como referências. As entrevistas foram gravadas por meio de aplicativo de gravação de áudio, transcritas literalmente para o meio físico para o aplicativo Microsoft Word e arquivadas em um HD externo com acesso exclusivo pelos pesquisadores. Os resultados são apresentados em tabelas e quadros elaborados a partir das análises das narrativas, aplicando-se a saturação de sentidos como proposto por Minayo<sup>11</sup>.

Emergiram das narrativas, como núcleos de sentido, as seguintes categorias:

- a) a relação do cuidado e a infância; b) o lugar do cuidado: a determinação do

lugar de cuidadora; c) sobre cuidar de si; d) sobre o desenvolvimento de competências para o cuidado; e) o cotidiano do cuidado; f) sofrimento autorreferido. Os resultados são apresentados por meio de tabelas e quadros sínteses.

## Resultados e discussão

Na tabela 1 estão descritos os resultados das respostas ao questionário sociodemográficos. Evidencia-se que as mulheres participantes não possuem renda própria, em sua maioria não são beneficiárias de programas de proteção social, na faixa etária de 40 a 70 anos, com ensino fundamental e estado civil de casadas. Ressalta-se que três das participantes também são pessoas idosas (tabela 1).

Muito embora existam iniciativas que reivindicam formalização do trabalho do cuidado como atividade profissional e os direitos trabalhistas, superando-se a perspectiva de sacerdócio ou de “ajuda”.

Conforme em Guimarães e Vieira<sup>4</sup>

“Nesse circuito, conquanto as atividades sejam auto e hetero-reconhecidas como “de cuidado”, a essas não se dá o caráter de “um trabalho”, mas o de cumprimento de uma “obrigação”. Por serem assim compreendidas, tais atividades tampouco são retribuídas pela via da circulação monetária” (p.10).

Para Mendes e Col.<sup>3</sup>, a maior sobrecarga aos cuidadores se dá nos casos em que há grau de parentesco com acúmulo de papéis, os cônjuges são os casos de maior demanda, pois o casamento traz uma relação de obrigação para o cuidar, seguindo os votos de casamento “na saúde e na doença”. Destaca-se a relação de mães que cuidam de seus filhos com alguma comorbidade, além da sobrecarga do cuidado e a preocupação constante com o futuro e a saúde do filho, há o sofrimento pelas incertezas do comprometimento do processo de desenvolvimento humano adequado e a socialização.

**Tabela 1:** perfil sociodemográfico de mulheres que cuidam de pessoas com doenças crônicas e degenerativas, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2025.

Pseudônimo	Idade Anos	Estado Civil	Escolaridade	Renda própria	Beneficiária de Programa Social
Dália	72	Casada	Fundamental completo		não
Amarilis	66	Casada	Ensino Médio completo		não
Íris	60	Solteira	Fundamental completo	Não	não

Jasmim	56	Casada	Fundamental completo	Bolsa família
Flora	51	Casada	Ensino Médio completo	não
Rosa	45	Solteira	Superior incompleto	não
Margarida	26	Casada	Ensino Médio completo	Bolsa família

**Fonte:** elaborada pela própria autora, 2025.

Em relação ao sofrimento autorreferido, verificam-se, nas narrativas das participantes, memórias e sofrimento no cuidado, relacionados à infância, família e trabalho.

No quadro 1 estão os resultados das narrativas conforme participante. Quando questionadas sobre “como foi sua infância?” Observa-se que todas as participantes referem que exercem o cuidado desde criança, cuidaram dos irmãos, de primos, sobrinhos, dos pais, dos filhos de vizinhos, mas não experienciaram o cuidado, tendo em vista que seus cuidadores não estiveram presentes em suas infâncias, ou após a morte da mãe, como no caso de Dália e Amarilis, que tiveram a infância totalmente modificada a partir desse acontecimento. Percebe-se que as mesmas não vivenciaram a infância a medida que precisaram desenvolver maturidade para cuidar de outras pessoas, não houveram menções sobre o brincar, sobre afeto, sobre serem cuidadas.

**Quadro 1:** Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não- transmissíveis e degenerativas, sobre a infância, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025.

Participante	Corpus textual
	Núcleo de sentido: a relação do cuidado e a infância.
Margarida	“Não, eu cuidava das minhas duas irmãs que a minha mãe trabalhava.” [...] eu e elas ia para a escola que a escola também no bairro. (pesquisadora) vocês estudavam no mesmo horário, ajeitava elas e ia todo mundo para escola, depois voltava ficava esperando a tua mãe? (entrevistada) isso.”
Iris	“Não foi tão ruim, também não foi tão bom porque minha mãe tinha problema com álcool, aí eu já vim tomar a conta das coisas, tomava conta dela” “via muitas coisas também, às vezes discussão dela com o papai, não gostava, eu não gostava quando ela bebia, quando ela não bebia era tranquila, quando não bebia era bom para a gente, mas quando ela bebia ficava agressiva. Aí eu não gostava ela ficava descontrolada aí nisso, tudo mexendo é isso”.
Camélia	“ó, desde novinha que eu participei com ela (a mãe), entendeu? Minha mãe trabalhava e a mais velha sou eu, tomei conta dos meus irmãos, tudinho de irmão, de sobrinho de tudo, é sobrinha e sobrinho, minha participação foi essa dentro de casa: estudava, mas eu tinha minhas obrigações de casa,”

Dália	<i>“Mas Deus sabe tudo né, assim ajudava muito a cuidar dos filhos dos outros sabe, é muito sobrinho, viu? Criei, mas nenhum ficou comigo, queria eu tivesse tomado conta de um. [...] minha vida de pequena até grande foi cuidando de sobrinho, daquele meu irmão, quando eu morava lá tomava conta de sobrinho”.</i>
Jasmim	<i>“Trabalhando na roça. tive a vida sofredora, né a pessoa pobre, né? [...] Porque hoje graças a Deus a gente tem uma vida melhor, né? E antigamente a vida era muito sofrida trabalhava na roça para comer coisa pouca fraca”.</i>
Flora	<i>“(suspira) Não foi fácil, acho que ninguém tem vida fácil de verdade, né, mais foi muito difícil até por uma questão de situação de relação do meu pai com minha mãe, minha mãe já era a segunda dele, já por aí você tem uma noção que não é nada fácil a gente ser a segunda na vida de alguém, segunda família, segundo tudo era em segundo plano, já começou difícil por aí. Muito cheio de regras, muitos problemas e a gente encarava tudo de frente e foi vivendo assim até todo mundo virar adulto, e se criou um monte de adulto cheio de problema mais tentando matar um leão todo dia para viver, e é assim continua sendo até hoje de certa forma, por que a gente cresce e traz muito da nossa origem né, não deixa de faltar problema, por mais que não exista, entre aspas, na visão dos outros, sempre tem. (pesquisadora) a infância ela não fica lá né, a infância vem com a gente a vida todinha. (entrevistada) a minha infância eu nem lembro direito, a adolescência foi muito difícil, por eu ser a filha única da minha mãe, era muito cheio de regras e foi muito complicado para mim, muito mesmo”.</i>
Dália	<i>“Como foi a minha filha? Foi boa? Foi boa não minha filha, fiquei sem mãe com 2 anos meu pai foi se embora daqui de Vitória para morar em Recife, foi 6 anos me carregando daqui para lá fiquei na casa de tio de tia, bolando na casa de cunhada, veio melhorar depois que eu casei”. E segue: “(pesquisadora) como era o tratamento das pessoas com a senhora? (entrevistada) minha filha, não é coisa boa não. E casa dos outros é boa? Pode ser família, o que for, era irmão (do pai), mas comigo sofri muito, oxe.”</i>
Amarilis	<i>“Eu perdi minha mãe, ela faleceu eu tinha sete anos de idade. Eu morava em Recife então, a minha família de Chã de alegria e daqui de Vitória, então a família de Chã de alegria, eu não fiquei lá meu pai trouxe de imediato para cá (Vitória), eu e meu irmão eu com sete anos meu irmão com um ano, então quando foi 6 anos depois meu irmão faleceu também”.</i> <i>Passei alguns contratempos, né? Porque eu morava nos fundos da casa da minha família, as vagas que tinha para mim só era no quintal [...]”</i>

**Fonte:** elaborada pela própria autora, 2025.

A família se configura como o primeiro círculo social do ser humano, é a partir dela que a criança irá absorver aspectos referentes a cultura e sociedade, o pai e a mãe, ou o cuidador principal, são responsáveis por essa função e a medida que a criança cresce e passa a participar de outros círculos sociais ela revisita os ensinamentos adquiridos no contexto familiar para orientar o que será incorporado e

influenciará na construção da sua personalidade<sup>12</sup>.

Esses círculos “cada vez mais amplos” apenas repetem, em outro patamar, o primeiro deles; eles fazem sentido, para cada indivíduo, quando retêm aspectos do círculo original. É isso que Winnicott quer significar quando diz que, ao ir para a frente, a criança sempre faz uma viagem de volta” (p.147).

Sendo assim, quando a família não é capaz de dar suporte emocional para a criança, poderá ocorrer impacto no seu desenvolvimento emocional, questões com relação a baixa autoestima e insegurança, relacionamentos conflituosos, questões comportamentais, dificuldade em lidar com estresse e frustração, dificuldades emocionais e transtornos mentais.

Para Winnicott<sup>13</sup> o ambiente ao redor é o que possibilita o desenvolvimento de cada criança; sem uma base mínima de confiança ambiental, o crescimento pessoal da criança não pode ocorrer ou ocorre de forma distorcida. Por isso, não há necessidade de aplicação mecânica de nenhuma teoria, simplesmente o cuidador deveria estar disposto a adaptar-se às necessidades de cada criança, estar presente e ser coerente consigo mesmo para conseguir prover “uma estabilidade que não é rígida, mas viva e humana, com a qual o bebê já pode sentir-se seguro”<sup>13</sup>.

Há similaridade entre as narrativas das mulheres, no que se refere às dificuldades enfrentadas durante a infância, em maior ou menor grau, todas experienciaram lares instáveis, com dificuldades financeiras, de vínculo e luto. Dália e Amarílis vivenciaram em suas infâncias a morte da mãe, e a partir desse acontecimento, vários eventos estressantes se apresentaram, além do luto pela morte da mãe, o luto pelo fim da família, tendo em vista que os genitores as deixaram para serem criadas por parentes que não ofereceram um lar e sim um ambiente sem afeto, onde as mesmas passaram pelo processo sem alguém que as apoiassem e oferecessem um espaço seguro para processar a perda e conseguir desenvolver a infância de maneira equilibrada.

Para Bowlby<sup>14</sup> o luto infantil na criança se dá num processo, que ao contrário do adulto, que entende que conseguirá seguir em frente sem a presença do ente querido, a criança não tem a noção de que será capaz de viver sem a pessoa falecida. Por isso, ela precisa se sentir amparada e segura. Enquanto o adulto tem todas as informações necessárias ao seu alcance, a criança, muitas vezes, é privada delas.

A referência ao processo de cuidado mantém relação de interdependência com a família, os papéis sociais atribuídos às mulheres. Isso se dá a partir do contexto de

vida das mulheres na infância. Infere-se, a partir de Risk e Santos<sup>15</sup>, que no ambiente para o amadurecimento da criança há funções da definidas pela cultura, sendo a família o primeiro sistema social que marca o processo de desenvolvimento e interação social. É, portanto, o primeiro núcleo humano que propicia, além do desenvolvimento proteção e sustentação, atribui papéis de gênero e pode impor situações de sofrimento mental.

A partir das narrativas é possível perceber que essas mulheres não tiveram pais (cuidadores) que as sustentassem ao longo do seu desenvolvimento infantil, tendo em vista a condição em que cuidaram de irmãos, dos próprios pais, trabalhando para ajudar no sustento, bem como a própria ausência dos mesmos por motivos de morte e/ou abandono parental, essas famílias não foram capazes de oferecer um ambiente seguro, onde elas pudessem se sustentar e guiar o desenvolvimento saudável.

Percebe-se como se faz presente ainda na vida adulta, pois muito desse sofrimento e sentimento de desamparo pode ser carregado consigo ao longo da vida. Como em seus estudos, Bowlby<sup>14</sup> chega a conclusão que a falta do apego seguro nos anos iniciais da infância pode ser o agente patogênico futuro na condição subjetiva do sujeito.

No que se refere ao lugar de cuidado do outro, pode-se apreender a imposição do papel de cuidadora atribuídos às mulheres. O início do processo de cuidado para as mulheres se deu de maneira determinado socialmente em conformidade com as expectativas atribuídas ao papel feminino. Destaca-se a submissão ao serviço sem questionamentos acerca da responsabilidade imposta, com implicações para as os planos, sonhos e desejos pessoais (quadro 2).

**Quadro 2:** Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não- transmissíveis e degenerativas, sobre o lugar do cuidado, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025.

Participante	Corpus textual
	Núcleo de sentido: o lugar do cuidado: a determinação do lugar de cuidadora
Flora	<i>“Só por Deus, minha filha, porque meu marido não tem outro irmão, ele teve uma irmã, mas morreu a muito tempo atrás, e ele por ser uma pessoa muito boa, eu sou muito grata a ele, e não, como é que eu ia agradecer a ele? Cuidando da mãe dele.” E continua: “Ela abriu as portas pra eu entrar na casa dela quando ela me conheceu, então tudo isso eu tenho essa consciência dessa realidade e sou muito agradecida por tudo que eu tenho hoje, aí a minha forma de agradecer é cuidando dela [...]”.</i>

Rosa	<i>“Eu tive uma escolha porque não ia dá certo não (deixar a mãe idosa cuidar da irmã com autismo nível três). [...] às vezes eu fico assim, eu digo que vou me embora, eu digo que vou embora e vou deixar tudinho aqui, mas depois eu volto atrás porque elas são idosas, né?”</i>
Margarida	<i>“[...] de repente ligaram para mim que ele tinha tido o AVC e nesse tempo meu filho tinha um ano de três meses, e nisso eu minha tia ficou com ele no hospital, só que depois eu tive de deixar meu filho com a minha mãe e ia ficar com ele. Aí eu deixava o meu filho em Escada com a minha mãe, que a cidade que ela morava, e ia para Recife e nesse tempo eu fiquei com ele aí minha tia ficava, outra semana era eu, no caso ela passava três dias eu passava três dias e daí quando ele saiu do hospital, eu fiquei com ele (na casa dela) porque lá no sítio era mais difícil. [...] (pesquisadora) e aí essa escolha de ele vir morar na tua casa, como? (entrevistada) foi porque lá, para mim, não iam saber cuidar dele porque minha vó já é idosa que ele morava com ela e minha tia já cuida de outro filho que é doente também, tipo não é muito difícil, mas é mental, doente mental. E aí eu achei melhor trazer ele porque eu sempre ia ter de ir para lá para o sítio cuidar dele aí ia ser mais difícil ainda”.</i>
Iris	<i>“Foi por mim mesmo, nunca tinha pensado, disse “meu Deus”. Eu nunca pensei como é que eu vou fazer, mamãe levou essa queda, passou tanta coisa na minha cabeça [...] Aí pronto, mas assim para dizer que sabia cuidar dele, nunca pensei que fosse assim não, que ia acontecer essas coisas com ela e com ele, fosse ficar assim não”</i>
Camélia	<i>“desde sempre, mas eu só não, todas né? Todas se dedicava a ela, mas quem cuidou foi eu. (pesquisadora) aí todo mundo foi ganhando seu rumo? (entrevistada) Eu me casei, fui morar com o falecido bendito, voltei pra dentro de casa e até hoje aqui”.</i>

**Fonte:** elaborado pela própria autora, 2025.

Segundo Gomes e col.17, esse processo de produção de subjetividade costuma acontecer, nas famílias; uma mulher é escolhida como cuidadora pela pessoa de quem cuida, ou é autoescolhida, ou ainda, exerce sua função por falta de outra opção. Mulheres que anulam suas vidas, se afastam dos convívios sociais e afetivos, ficam fora do mercado de trabalho, mesmo quando seu trabalho é banhado de amor e reconhecimento, ela se empobrece do ponto de vista econômico e social e passa a ter, desde então, uma existência restrita e confinada, unicamente dedicada ao familiar em situação de dependência.

O quadro 3 apresenta relatos sobre o processo de apagamento de suas próprias vidas, em como elas deixaram de olhar para si próprias, essa dinâmica demarca como é possível observar familiares que se anulam para cuidar do outro e abandonam seus próprios projetos de vida<sup>5</sup>. Como no caso da Rosa, que deixou o trabalho e a faculdade para cuidar da mãe e da irmã e agora ela se vê sem

perspectiva, vivendo do que poderia ter sido, Margarida que sente medo do julgamento por estar praticando uma atividade física, Camélia que se vê presa em uma rotina estando o lazer totalmente negligenciado e Íris que se sente inútil por não possuir um emprego.

**Quadro 3:** Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não- transmissíveis e degenerativas, o que você deixou de fazer por si, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025.

Participante	Corpus textual
	Núcleo de sentido: sobre cuidar de si.
Rosa	<i>“Eu estava meu Deus, eu agora eu estou congregando na Batista, e estava com um dia de domingo na pregação e tem uma menina que passou no concurso e mexeu muito comigo. Meu Deus, eu nem, eu nem estudando porque eu podia me esforçar para estudar para passar, não, não tô me esforçando para nada. Não, estou nem ligando para mim mesmo aí isso aí mexeu, mexe, ficou mexendo comigo, mexe. Aí eu acho que eu, eu tenho que pensar um pouco em mim nessa questão aí né? Também olha um pouquinho mais para mim”.</i>
Margarida	<i>“Como eu cuido do meu pai (tem medo) de eu ir para academia e as pessoas ficar falando, né? mas tem gente que vai para academia como uma maneira de se aliviar e ninguém sabe o que você tá passando”</i>
Camélia	<i>é uma realidade diferente, mudou tudo, eu tenho minha casa, mas lá tá abandonado vivo mais aqui agora”.</i>
Íris	<i>“Eu toda vida e gostei de trabalhar fazer qualquer coisinha, Doutora, nunca gostei (de ficar sem trabalhar), não tem coisa pior que é você sem sentir útil, né?”.</i>

**Fonte:** elaborado pela própria autora, 2025.

No que tange ao preparo para o papel de cuidadora, todas as oito mulheres informaram que não tinham conhecimento prévio sobre a comorbidade do familiar que cuidam, que o dia-a-dia foi moldando a forma de cuidado, que apesar de terem recebido apoio da Unidade de Saúde do bairro, nada as prepararam para o papel. Em Melo<sup>1</sup> os autores trazem sobre o fardo do cuidador informal quando dizem “O cuidador leigo, frequentemente não dispõem de preparo técnico e psicológico para assumir sem auxílio e suporte todas as responsabilidades que lhes são impostas, podendo se deparar com situações inesperadas que requerem orientação” (p. 2)

A sobrecarga psicológica, resultante do acúmulo de tarefas diárias, que segundo Souza e col<sup>18</sup>, “deve ser vista como um conceito multidimensional, o qual abrange a esfera biopsicossocial[...]” (p. 141), que vem junto com o ato de cuidar, não é somente referente à sobrecarga que o trabalho em si carrega, mas a tensão de não saber o que está fazendo, o medo de fazer algo que posso vir a agravar a situação da

pessoa que cuida e acompanhar o seu ente querido no processo de piora.

O quadro 4 demonstra o conhecimento prévio das mulheres acerca da comorbidade do familiar a quem iria prestar o cuidado. Ao perguntar sobre se estavam preparadas para exercerem o papel de cuidadora, as respostas transitaram pelo mesmo caminho.

**Quadro 4:** Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não- transmissíveis e degenerativas, sobre o cuidado de si, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025.

Participante	Corpus textual
	Núcleo de sentido: sobre o desenvolvimento de competências para o cuidado
Dália	<i>“não minha filha, fui fazendo né? Tive que aprender, né? Quem é que espera um negócio desse”</i>
Flora	<i>“Não, tudo novo pra mim, eu tô aprendendo com ela e com a ajuda de Betânia (ACS), dela que já trabalhou e me passa informação (cuidadora paga que ajuda vez em quando), eu tô aprendendo com a vida, com o dia a dia. Eu nunca fiz um curso, ou nunca ninguém me chamou e disse “olha, tu fazes assim, assim e assado” não, eu converso com você e você me dá uma dica, eu converso alí e assim a gente vai se ajeitando e dando o melhor para ela”.</i>
Camélia	<i>“Não, nem eu, nem minhas outras irmãs, nem minha filha, ninguém estava preparado para nada. Deus que preparou a gente. Preparou a gente então do jeito que a gente tá cuidando tá vivendo. [...] foi assim a vida que foi ensinado foi a vida quem ensinou a vida ensinou a gente tudinho dentro de casa. Não procurou pesquisa, não procurou o médico, não procurou nada, foi a gente mesmo com a cara e a coragem é. Eu nunca sabia botar uma fralda agora tô sabendo, que eu nunca fiz curativo, todo mundo aprendeu, né? A gente aprendeu assim”.</i>
Rosa	<i>“Foi no dia a dia mesmo, que é dar banho, dar medicação, aí eu dava alimentação demais para Rosemere e ela ficava muito gorda, aí leva pro nutricionista, é até eu me ajustar a elas, né, conseguir se organizar direitinho, para saber como é que tem que fazer, né? É isso mesmo”</i>
Margarida	<i>“Lá no hospital elas ensinou”[...] “(pesquisadora) tu tem algum apoio do posto com relação a cuidar dele? (entrevistada) não do posto por conta que ele é do programa que é o melhor em casa, que tem médico, psicólogo eles vão lá, a equipe”.</i>

**Fonte:** elaborado pela própria autora, 2025.

No manejo do cuidado, a Unidade de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são potencializadores desse processo, por meio de visitas domiciliares (VD), pois essas experiências, segundo Resende<sup>19</sup>, “mostram ser possível criar um novo ambiente de cuidado, configurando novos modos de produção

de projetos terapêuticos [...]”(p. 2), que são de extrema importância no processo de saúde do acamado e conseqüentemente de seu cuidador, que por estar comprometido no cuidado, sem tempo para o cuidado e muitas vezes não possui outra pessoa para dividir as tarefas, deixa sua saúde em segundo plano, desta forma os profissionais em realização de VDs, conseguem dispor de um olhar também para aquela pessoa que está passando por um processo de adoecimento em consequência da rotina exaustiva do cuidado.

Para além do que deve ser observado no campo da saúde, o (a) profissional quando está diante da pessoa a ser analisada, deve considerar todo o contexto social, história familiar e o território em que essa pessoa está inserida, pois essa parte da vida está intrinsecamente relacionada com as causas e sintomas do diagnóstico em questão “É no território que habita a identidade do sujeito e vice-versa. A atenção à pessoa em sofrimento mental, quando se dá no território, opera a partir das necessidades de saúde do sujeito, no que ele tem de comum à comunidade e singular à sua vida”<sup>20</sup> (p. 3).

O quadro 5 sintetiza a rotina diária dessas mulheres com os afazeres domésticos e o cuidado com seu familiar. Essa seção do artigo refere-se à sobrecarga feminina e as implicações no cuidado de si, resultando em adoecimento psicológico, sendo ansiedade e depressão os mais comuns entre as mulheres no Brasil.

Segundo fontes da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>21</sup> em 2023, 328 milhões de pessoas no mundo, 4% da população mundial, possuem transtorno de ansiedade. No Brasil, segundo dados da pesquisa Covitel<sup>22</sup> em 2023, 56 milhões de brasileiros, 26,8% da população, sofrem com o transtorno de ansiedade, mulheres e jovens entre 18 a 24 anos estão na listas dos mais afetados, mesmo em 2019 a OMS já apontava que o Brasil é o país mais afetado pela crise de ansiedade.

Informações extraídas do relatório Esgotadas: empobrecimento, a sobrecarga de cuidado e o sofrimento psíquico das mulheres, desenvolvido pela Organização não governamental - ONG Think Olga<sup>23</sup>, aponta que em pesquisa realizada com 1.078 mulheres, de 18 a 65 anos em todos os estados do Brasil, 45% das entrevistadas possuem algum tipo de diagnóstico de transtorno mental. Sobrecarga de trabalho e a situação financeira estão entre os fatores que mais impactam na saúde mental das mulheres.

Ao abordar sobre a sobrecarga causada pelo trabalho de cuidadora, se faz necessário trazer para a luz as políticas públicas e questões trabalhistas que ainda

não incluem as cuidadoras informais como beneficiárias dos direitos já existentes e nem se propõe a dialogar para uma melhor maneira de incluir essas mulheres em programas de renda e aposentadorias.

De acordo com Guimarães e Vieira<sup>4</sup>, nessa configuração, as atividades desempenhadas não costumam ser significadas como “trabalho”, “ocupação regular” ou “profissão”; bem assim, quem as exerce também pouco se identifica como cumprindo uma “obrigação de cuidar”. Muitas se veem no papel de ajuda, apoio, ou até mesmo por consequência da vida, quando se trata do esposo doente, um pai ou mãe, um filho com necessidades especiais, não há a ligação do cuidado como profissão.

É nesse processo que as mulheres adoecem, sem momentos de lazer, sem folga, sem férias, sem hora de chegar e de largar, muitos dos familiares cuidados residem na mesma casa que essas mulheres, tornando assim o trabalho ainda mais intenso, pois estão sempre em estado de alerta, na iminência de alguma necessidade que possa ser solicitada.

**Quadro 5:** Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não- transmissíveis e degenerativas, sobre como é o dia-a-dia do cuidado de si, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025

Participante	Corpus textual
	Núcleo de sentido: o cotidiano do cuidado.
Margarida	<p><i>“eu acordo levo o meu filho na creche, e tá na creche. Aí levo ele e volto aí coloco a comida do meu pai, medicação, depois eu vou fazer vou fazer de casa, e de tarde eu levo minha filha na escola volto. E aí fico lá vou fazer outras coisas eu vou cuidar dele e depois vou buscar meu filho na creche, volto aí vou cuidar dele de novo lá olhar comida, medicação, e basicamente é isso. Às vezes eu vou para igreja alguém ficar lá para eu ir”.</i></p> <p><i>“eu dou banho nele, troco, ele não usa roupa, não fica de roupa ele mais de fralda mesmo. É corto o cabelo quando tá precisando, faço a barba, corto a unha, tudo mesmo”.</i></p> <p><i>“ele também tem que ficar contido, porque senão ela arranca a sonda, sempre e arranca o dispositivo que eu coloco para urina, é como se fosse uma sonda, só que não é, aí ele arrancar também. Aí ele sempre tá contido, a mão a mão que é boa. Aí eu quando tira tem que ficar lá com ele, senão ele arranca tudo. (pesquisadora) além de tudo tem que ficar vigiando para ele não arrancar, né? (entrevistada) Quando eu boto ele na cadeira de roda assim, tem que ficar lá perto dele não pode descuidar”.</i></p>

Íris	<p><i>“Eu com febre, sem febre, gripada ou não, nunca nunca deixei de cuidar deles, nunca”.</i></p> <p><i>“[...] né estressada, porque enquanto, pronto enquanto mamãe tava viva, era primeiro era ela para depois ser eu, muitas vezes passava do horário de almoço, do café, de remédio, de tudo”.</i></p>
Dália	<p><i>“quando eu tava no hospital, no Otávio de Freitas (quando quebrou a perna) o povo ligando aqui, perguntando qual é o remédio que ele toma? Ele não sabe nem o remédio que toma, se deixar ele toma dois três igual aí eu ficava dizendo do hospital dizendo para minha sobrinha que tava aqui para poder medicar ele porque ele não sabe nem o que toma.”</i></p> <p><i>“um dia desse eu peguei uma folha, eu ia sair de casa deixar uma folha ai na geladeira, deixei. Ele para ignorância, puxou a folha rasgou tudo pra atenção, (pesquisadora) é uma forma de fazer a senhora ficar em casa, né? (entrevistada) não posso nem sair de casa minha filha, nem para igreja eu fui mais, o medo deixar essa criatura.”</i></p>
Jasmin	<p><i>“ Eu trabalho demais dentro de casa, viu? Trabalho tanto aqui que você nem imagina, essa casa sozinha, sozinha essa semana eu inventei de cimentar o tanque lá atrás argamassa com cola, né? Eu fiz serviço que nem homem faz porque ele não faz nada não é só eu, trabalho que nem bicho”.</i></p>
Flora	<p><i>” por enquanto ela dorme sozinha, por que como ela toma medicações, ela apaga a noite toda, ai a gente colocou grade na cama, por proteção dela, ela vive na fralda, ela vive toda protegida, cuidados necessários do corpo mesmo sabe, enquanto ela tiver dormindo direitinho, a gente instalou câmara na casa todinha, já pra tomar conta direitinho, nem toda hora eu tô 100% aqui do lado dela, porque ai não saia janta, não sairia almoço porque tudo sou eu, a assistência a um filho, a assistência a um marido, seja o que for é ajuda das câmeras e durante a noite eu tenho a babá, aquelas babá de bebê, eu boto assim do meu lado porque eu tenho o sono mais leve, o meu marido tem o sono mais pesado eu tenho sono mais leve, até isso o meu sono ói, não sei mais o que é uma dormida de verdade, ai boto a babá e qualquer coisinha, de vez em quando ela tem uns gritos noturno apavorante, até eu me acordo com o coração já saindo pela boca, agora eu já me acostumei com os gritos ai virou um hábito na vida da gente, ter esses gritos”.</i></p>

**Fonte:** elaborado pela própria autora, 2025.

No estudo publicado pela ONG Think Olga23 sobre sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores de pessoas acamadas em domicílio, realizado em um município de médio porte o Nordeste brasileiro, foi identificado que umas das variáveis de sobrecarga se constituem na sensação de saúde afetada e na perda de controle da vida após o início dos cuidados com a pessoa acamada e que o nível de dependência pode afetar diretamente a sua saúde.

Essa realidade também atinge as mulheres cuidadoras que foram entrevistadas para esse estudo, lembrando algumas falas, é possível perceber como a sobrecarga e a solidão causada pela condição a qual se encontram.

O relatório da OXFAM Brasil<sup>24</sup>, Tempo de Cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade, publicado em janeiro de 2020, ressalta que as mulheres são maioria na base da pirâmide econômica, com maior probabilidade em assumir empregos mal remunerados e precários, além de assumirem a maior parte do trabalho doméstico não remunerado. As mulheres participantes da pesquisa, por exemplo, não conseguiram estar no mercado de trabalho, pois no auge das suas idades ativas as mesmas estavam na invisibilidade dos seus lares, realizando uma atividade que as impossibilitavam de exercerem funções remuneradas, mesmo as que estiveram em um emprego formal, como no caso de Rosa, precisaram sair devido a impossibilidade de conciliar com as atividades em casa.

O trabalho do cuidado é primordial para o funcionamento da sociedade e para a economia, tendo a mulher como principal responsável por essa função, acarreta dificuldade em acesso ao mercado de trabalho, a participação política, trazendo prejuízo para a busca da equidade de gênero na sociedade, além de dificultar a ascensão financeira da mulher. Todas as mulheres participantes da pesquisa, por exemplo, são dependentes financeiramente de algum membro da família.

Borsa<sup>23</sup> considera que

“As mulheres chegaram sobrecarregadas em 2020 e as mulheres continuam sobrecarregadas em 2023. A sobrecarga é uma das principais razões, se não a maior, do adoecimento das mulheres e da busca por ajuda e por cuidado em termos de saúde mental”(p. 29)

O quadro 6 estão os resultados das narrativas sobre a saúde e o sofrimento mental autorreferido. Nota-se que o cansaço, a falta de tempo para si, para o lazer, são recorrentes nas falas. Das oito entrevistadas, somente duas praticam atividade física, alegando ser por problemas de saúde, para continuar dando conta do cuidado, sendo esse o único momento para si, as demais afirmam não ter tempo para prática de atividade física, para passeios, momentos sozinhas, para uma viagem, um banho mais demorado, pois não dispõem de uma pessoa que as apoiem nos momentos de ausência. Mesmo para as entrevistas, algumas precisaram ser na própria casa das participantes, pois as participantes não teriam disponibilidade para se ausentar de casa.

**Quadro 6** : Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas não- transmissíveis e degenerativas, sobre como se sentem, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2025.

Participante	Corpus Textual
	<b>Núcleo de sentido:</b> sofrimento autorreferido.
Margarida	<p><i>“Eu? é mais difícil. Geralmente eu vou, tô tomando banho, às vezes às vezes que eu demoro mais é quando eu vou lavar o cabelo essas coisas, mas, a não ser, é bem rápido. (pesquisadora) E aí né? Como é que fica esse processo do da Saúde Mental (entrevistada) Teve muitas vezes que eu do nada ficar chorando de repente assim, às vezes eu ainda fico um pouco (chorando)”</i></p>
Flora	<p><i>“Que palavra eu vou usar? (pesquisadora) fale o que vem na cabeça. (entrevistada) desculpa ai minha filha, uma bosta, eu já não tô aguentando mais nada tô ficando velha, me sentindo acabada, desestruturada, tudo tira meu emocional do equilíbrio, fragilizada, pronto acho que é a palavra perfeita, é a palavra que generaliza tudo, não aguento mais nada, problema não deixa de faltar, ai as vezes a gente tem que dar uma de doida, engolir o choro e encarar porque não tem outra alternativa, eu não tenho ninguém mais pra fazer por mim né”.</i></p>
Dália	<p><i>“Tá bem não, minha filha, qualquer coisa eu choro tá bom nada, nervosa direto, direto direto. Tem de estar apegado a uma coisa, entendeu? Né os nervos? É os nervos, é bomba”.</i></p>
Amarilis	<p><i>“Abalado, abalado, abaladíssimo, que eu não posso nem falar que ele disse que eu falo alto, é eu também falo alto, abaladíssimo. Por que dia de amanhã, só Deus pertence, mas todos os dias eu fico sabe, assim me preocupo com as coisas, todas as coisas para pagar, tem um almoço para fazer, responsabilidade, aí a responsabilidade faz a gente ficar, e devido aos sofrimentos a gente teve responsabilidade de seguir em frente com a ajuda de Deus tá entendendo?”</i></p>
Íris	<p><i>“É assim para ter alegria para se uma pessoa alegre, eu nunca fui não. Sou toda vida assim, foi assim meia retardada. Acho que por causa da for como fui criada, sempre meia tristonha”.</i></p> <p><i>“a minha menina diz “não chora mãe, não fica assim não” dá vontade de abrir a grade e sair assim sem destino, eu choro muito, as vezes eu me sinto muito só, tem meus filhos, às vezes me sinto muito sozinha [...] chega lá em casa nas carreiras, não dá atenção para nada (o irmão dela). Não tem tempo para dar atenção, nem, nem o papai quanto mais sua irmã, né? Eu fico sozinha né, demais mesmo”.</i></p> <p><i>“e é o que mais me interte, é as coisinha e o meu netinho também me interte, porque senão doutora, eu não sei não”.</i></p>
Rosa	<p><i>“Aí eu acho que eu, eu tenho que pensar um pouco em mim nessa questão aí né? Também olha um pouquinho mais para mim, né para elas porque assim se eu deixar elas vão ser ruim para mim. Porque sem antes porque você vai ficar sem andar essas coisas fica muito pesado para mim porque eu já fiquei com meu Pai sem andar sete anos eu e mãe e foi muito sacrifício, aí eu não queria que tudo tudo mesmo tudo de novo. Eu não aguento”</i></p>

**Fonte:** elaborado pela própria autora, 2025.

As mulheres reconhecem que negligenciam de alguma forma a saúde, esses relatos mostram como o cuidado de si, mesmo na doença, é negligenciado, que “nada mais é que a não priorização do seu cuidado por direito”<sup>25</sup>. Diante de tudo que foi exposto, das entrevistas e das literaturas analisadas observa-se que a sobrecarga do trabalho feminino reflete no seu dia a dia, o cansaço físico e mental que gera adoecimento afetando sua vida íntima e o manejo da sua dinâmica familiar e o desempenho do seu autocuidado.

O adoecimento e o sofrimento mental das mulheres não podem ser mais negligenciados<sup>19</sup>, se faz necessário uma política pública que abarque mulheres cuidadoras e esse olhar precisa ir além dos cuidados em saúde, refletindo sobre as 8 entrevistadas para esse projeto, todas elas não possuem renda própria, o dinheiro que administram vêm da aposentadoria do familiar que cuida, nenhuma delas possuem autonomia financeira para dispor de algo que seja para si e isso reflete muito em seu autocuidado, pois as demandas diárias de aluguel, comida, remédios, fraldas, exames e médicos acabam por comprometer a renda, fazendo assim com que se tornem cada vez mais invisíveis.

### **Considerações finais**

O cuidado é um tema que está longe de ser esgotado, considero que sequer seja, pois como já foi apontado na introdução, o aumento na expectativa de vida da população brasileira e conseqüentemente a melhora na qualidade de vida das pessoas que convivem com DCNT e degenerativas, gera conseqüentemente um aumento na demanda por cuidadores, sendo eles profissionais ou não.

Os estudos feministas e de gênero já avançaram significativamente no que se refere ao tema relação de trabalho, pondo à luz a pauta do trabalho doméstico e suas implicações na vida da mulher. Conseqüentemente, os estudos passaram a distinguir o trabalho doméstico do cuidado “porque o cuidado vem sendo destacado como principal fator responsável pelo limitado volume e baixa qualidade da participação feminina no mercado de trabalho remunerado”<sup>24</sup>.

A presente pesquisa buscou caracterizar as formas de adoecimento mental em mulheres que exercem o papel de cuidadora de pessoas em situação de adoecimento e as implicações para o cuidado de si, porém durante a coleta dos dados, houveram alguns contratempos ao que se refere às entrevistas, pelo fato de que as cuidadoras

não podiam ir á USF devido a falta de uma rede de apoio para estar com os familiares adoecidos durante suas ausências e nem todos os ACS possuíam disponibilidade para acompanhar as entrevistas, tendo em vista que as visitas domiciliares não podem ser realizadas sem a companhia dos mesmos, ou de uma enfermeira da unidade, o que ocasionou na diminuição da amostra pensada inicialmente para a pesquisa, que seria de até quinze mulheres, ficando a amostra final com oito participantes, além do grupo terapêutico que foi pensado inicialmente e precisou ser cancelado pelo mesmo motivo.

Após a análise das narrativas trazidas pelas entrevistadas, entende-se como decorrências do processo de cuidado, o vínculo familiar enfraquecido, tendo em vista que algumas precisaram cuidar de seus irmãos para que os pais trabalhassem, outras cuidavam dos próprios pais adoecidos, conseqüentemente esses cuidadores primários não foram capazes de ser o suporte para um pleno desenvolvimento da infância dessas mulheres.

O início do processo de cuidado para essas mulheres se deu de acordo com o determinado no que se refere ao lugar socialmente esperado para as mulheres, principalmente as de baixa renda, nas narrativas observa-se que nenhum lugar de cuidado foi escolhido de forma espontânea, principalmente às mulheres cuidadoras de seus cônjuges, que assim estão por determinação matrimonial.

Ao exercer de forma integral a função cuidadora, elas acabam por abandonar a si mesmas, deixando sonhos e até a própria saúde de lado. Como quando questionadas sobre o que deixaram de fazer por si, os relatos permeiam entre abandono de estudos, de empregos, de planos para uma viagem, um lazer ou até mesmo práticas de atividades físicas e o principal, a saúde que é deixada de lado devido às altas demandas do cuidado.

Cuidado esse que é exercido sem um mínimo de preparo, considerando que as mesmas não se imaginavam nesse papel, tendo aqui as figuras das USF e dos ACS como potencializadoras desse processo de aprendizagem o dia a dia do seu parente adoecido. Muitos estudos, como os citados ao longo do artigo, já apontam para a carga psicológica desenvolvidas por essas mulheres devido ao fato de se sentirem despreparadas diante da situação de doença apresentada.

A situação financeira é uma questão que perpassa durante as falas, como apresentado no quando 1, no que se refere aos dados socioeconômicos das entrevistadas, é possível identificar que nenhuma delas possuem renda própria e

somente duas recebem auxílio governamental, diante disso a autonomia dessas mulheres fica comprometida posto que dependem de alguém para suprir suas necessidades financeiras básicas. Os estudos apresentados já mostram a mulher com base na pirâmide econômica, sendo elas as que mais exercem funções mal remuneradas e precárias, além da maioria das atividades domésticas não remuneradas.

A última pergunta acaba sendo o ponto de partida do plano de pesquisa. Após realizar toda uma investigação sobre a vida dessas mulheres, o questionamento sobre sua saúde mental, onde as mesmas entendem que se negligenciam, que a rotina e as demandas diárias as fazem se deixar de lado, todas as entrevistadas admitem estar adoecida psicologicamente e sem tempo para exercerem esse autocuidado, apesar de ser tão importante para o processo diário.

A partir do que foi exposto ao longo do presente trabalho, identifica-se a necessidade de políticas públicas que assegurem autonomia financeira para essas mulheres cuidadoras informais e planos de cuidado para sua saúde, onde as mesmas sejam vistas de forma integral, como sujeitos de direito.

A nível municipal, identifica-se a importância de implementação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) abrangendo a família extensa, onde seja possível criar uma rede de apoio para essas mulheres, a fim de que as mesmas consigam exercer o autocuidado necessário para a manutenção da sua saúde física e emocional.

A economia feminista e a igualdade de gênero são fundamentais para uma economia humana, e um elemento essencial dessa nova economia mais justa é abordar integralmente o papel do trabalho de cuidado não remunerado e mal pago. A construção de um mundo mais igualitário só será possível com mudanças fundamentais na maneira como esse trabalho é realizado e valorizado<sup>25</sup>.

## Referências

1. Melo MS, Coura AS, França IS, Feijão AR, Freitas CC, Aragão JS. Sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores de pessoas acamadas em domicílio. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE02087 DOI 10.37689/acta-ape/2022AO02087
2. Ribeiro, TS. É sempre assim, tudo sou eu! Cuidado, Gênero e Famílias. *O Social em Questão*, v. 21, n. 43, p. 43-66, 2019.
3. Mendes PN, Figueiredo ML, Santos AM, Fernandes MA, Fonseca RS. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(1):87-94.
4. Guimrães NA, Vieira PPF. As “ajudas”: o cuidado que não diz seu nome. *Trabalho, gênero e cuidado • Estud. av.* 34 (98) • Jan-Apr 2020: 7-23.
5. Emidio TS, Okamoto MK, Santos MA. Solidão e Sobrecarga Materna em Tempos de Pandemia de COVID-19 à Luz da Escuta Psicanalítica dos Vínculos. *Psico-USF.* 2023 Sep 1;28(3):505–20.
6. Sorj, Bila. (2008). O trabalho doméstico e de cuidados: novos desafios para igualdade de gênero no Brasil. In: Silveira, Maria Lucia da & Tito, Neuza (orgs.). *Trabalho doméstico e de cuidados: por outro paradigma de sustentabilidade.*
7. Minayo, MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2009.
8. Gil, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 6. ed. São Paulo ed. [S.I.]: Atlas, 2008.
9. Moutinho K, De Conti L. Análise Narrativa, Construção de Sentidos e Identidades. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Abr-Jun 2016, Vol. 32 n. 2, pp. 1-

10. Oliveira, VM, Satriano, CR, Silva, EL. Análise Narrativa Dialógica Emancipatória em diálogo com Análise Narrativa, de Conteúdo e de Dsicurso. Revista Valore, Volta Redonda, 5 (Edição Especial): 5-21, 2019. Disponível em:

<https://4docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/viewFile/398/02>.

11. Minayo MC de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev. Pesq. Qual. [Internet]. 1º de abril de 2017 [citado 14º de fevereiro de 2025];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>

12. Dias, EO. Família e amadurecimento: do colo à democracia. Revista Natureza Humana, São Paulo, v. 19, n. 2, pp. 144-162, jul./dez. 2017

13. Winnicott, DW. [1896–1971] Família e desenvolvimento individual/Donald W. Winnicott; Título original: The Family and Individual Development traduzido por Marcelo Brandão Cipolla/ Conselho técnico: Ana Lila Lejarraga, Christian Dunker, Gilberto Safra, Leopoldo Fulgencio, Tales Ab’Sáber/São Paulo: Ubu Editora; wmf Martins Fontes, 2023. 272 pp.

14. Bowlby J. Perda: tristeza e depressão, volume 03 da Trilogia Apego e Perda. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

15. Risk, EN, Santos, MA. (2023). Clínica Ampliada, Cuidado à Infância e à Família no Contexto da Rede de Atenção Psicossocial: Contribuições de Winnicott. Revista Subjetividades,22 (3),e13443. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i3.e13443>

16. Souza, EO. Infâncias solitárias: refletindo sobre o desenvolvimento de crianças negligenciadas afetivamente na infância a partir da teoria do apego em Bolwby. Universidade do Rio Grande do Norte. Trabalho de

Conclusão de Curso.. Natal, RN. 2024. Disponível em: <http://repositorio.unirn.edu.br/jspui/handle/123456789/947>.

17. Gomes AM, Thofehrn MB, Siqueira DF, Jacondino MB, Porto AR, Dal Pai D, *et al.* Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021;26(1):111-120. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30402020>.

18. Souza, LR, Hanus, JS, Dela Libera, LB, Silva, VM., Mangilli, EM, Simões, PW, Ceretta, LB, Tuon, L. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Colet*. 2015;23(2):140-149. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/44RVyk93hQNqy6GY4MmhHNP/?lang=pt>

19. Rezende, AC, Trujilo, C, Amorim, EL, Uchida, KK, Trizote, LGO, Silva, RFG, Gemignani, EYMY, Alcantara Sousa, LV. (2023). A EFICÁCIA DA VISITA DOMICILIAR NO CUIDADO AOS PACIENTES ACAMADOS: THE EFFECTIVENESS OF HOME VISITS IN THE CARE OF BEDRIDDEN PATIENTS. *Revista De Epidemiologia E Saúde Pública - RESP*, 1(2). <https://doi.org/10.59788/resp.v1i2.16>

20. Dias, ES, Moura, HFS, Tannus, CDA, Pacheco, MP, Lemos, GVL, Soares, MIS, Cerqueira, BAV, Júnior, AFS, Ribeiro, LRT. Conflitos emocionais em cuidadores de pacientes com doença de alzheimer / Emotional conflicts in caregivers of patients with alzheimer's disease. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 6, n. 5, p. 29036–29050, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n5-378. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/10285>.

21. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008

22. Poder360. Apresentação Covitel 2. [Internet]. 2023. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2023/06/apresentacao-covitel2.pdf>

23. Think Olga. Esgotadas: o empobrecimento, a sobrecarga de cuidado e o sofrimento psíquico das mulheres. São Paulo: Think Olga; 2023.

24. OXFAM Brasil. Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não

remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade. São Paulo. OXFAM Brasil, 2020.

25. Brito C, Radis J, Gabrielli J, Paiter M, Kurossaki V. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e os impactos na saúde mental. Repositório Digital Univag [Internet]. 2024 Dec 12 [cited 2025 Feb 12]; Available from: <https://repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/1959>

## **ANEXO A – REGRAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**

### **INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES**

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares, de acordo com as diretrizes internacionais para a área da ciência.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler em download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em preprints de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um preprint e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O preprint disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de preprints (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

Você pode submeter agora seu artigo ao servidor SciELO preprints (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um DOI que garante sua divulgação internacional imediata.

Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.

Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório preprint não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Para pagamento da taxa de submissão, acesse o site da Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. Não é cobrada taxa de publicação. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer Minor Revision (Pequena revisão) ou Major Revision (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Notas sobre a Política Editorial A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bemvindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.

Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.

As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.

O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.

Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.

As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista, todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, Vancouver, da Comissão

Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. Consultem os exemplos no final das Normas.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os artigos temáticos são selecionados da seguinte forma: por chamada pública, convite ou por coletânea de artigos já aprovados.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista em fluxo contínuo. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (running head) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta

definição da capa do livro em formato jpeg. Não é necessário resumo, abstract e resumen.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Não é necessário resumo, abstract e resumen. Observação: Em artigos temáticos, temas livres, revisão e opinião, o limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract/resumen com no máximo 1400 caracteres com espaço cada (incluindo a palavra – “resumo”/”abstract”/”resumen”até a última “palavrachave”/”keyword”/”palabra clave”). O total de ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são até cinco por artigo e são contabilizados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os artigos obrigatoriamente deverão ter título e resumo em português, inglês e espanhol. Os textos em português devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em inglês e em espanhol. Os textos em espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. Os textos em inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em espanhol. Os textos em francês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .docx) e encaminhados apenas pelo
3. endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
4. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
5. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos

simultaneamente para outros periódicos.

6. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
7. 1989, 1996 e 2000).
8. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
9. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
10. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os Título, Resumo, Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem conter numeração progressiva e sim recursos gráficos como caixa alta, recuo na margem ou outros.
11. O título deve ter curto: 120 caracteres com espaço. O resumo/abstract/resumen, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave) e precisa explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica, os resultados e as conclusões. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords/palabrasclave. É fundamental ter clareza e objetividade na redação do resumo, pois assim o fazendo, o autor contribuirá para o interesse do leitor. Já clareza dos descritores contribuirá para a múltipla indexação do artigo. As palavras-chave em português, inglês e espanhol devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).
12. É obrigatória a inclusão do Open Researcher and Contributor ID (ORCID) no momento de submissão do artigo. Para criar um ID ORCID

acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é válido que apenas um autor tenha o registro no ORCID. Mas quando o artigo for aprovado para publicação no SciELO, todos os autores devem ter o registro no ORCID. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne (plataforma de submissão), acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize seu cadastro.

13. Em caso de usar inteligência artificial nos seus manuscritos, o autor deve mencionar esse fato, obrigatoriamente, dizendo ao final do campo dedicado à metodologia, em que etapa do artigo ela foi empregada.

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Para artigos com mais autores que fazem parte de um grupo de pesquisa ou em outros casos excepcionais, é necessária autorização dos editores.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito, exceto no arquivo "Title page" (Página de título).

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

## **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Nas edições da revista que forem impressas, todo esse material será na cor preta e cores cinza para diferenciações.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm

de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição. Financiamento RC&SC atende à Portaria N0 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos

científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

### Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*  
Exemplo: Minayo et al.3
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38). ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”  
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação

## ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/UFPE

CENTRO ACADÊMICO DE  
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
CAV/UFPE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O LUGAR INVISÍVEL DO CUIDADO: INVESTIGAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE MULHERES QUE CUIDAM DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ADOECIMENTO

**Pesquisador:** amanda vanubia rufino guerra

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 79293324.6.0000.9430

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.927.987

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2328842.pdf de 30/05/24) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto\_de\_TCR\_2.docx de 30/05/24): Resumo, Metodologia, Critérios de inclusão e exclusão.

Trata-se de um Projeto de pesquisa para o Trabalho de conclusão de residência do Programa de Residência Multiprofissional em Interiorização da Atenção à Saúde da Universidade Federal de Pernambuco da residente AMANDA VANÚBIA RUFINO GUERRA, sob orientação do professor Dr. José Marcos da Silva.

#### Resumo:

Sabe-se que o cuidado é um ato inerente ao ser humano, porém por que ainda é uma ocupação realizada majoritariamente por mulheres? E por que as mulheres que exercem esse papel estão cada vez mais adoecendo mentalmente? Pensando nessas questões, essa pesquisa visa investigar o adoecimento mental de mulheres que cuidam de pessoas em situação de adoecimento, suas renúncias, o lugar invisível dessa ocupação e todas as implicações que

**Endereço:** Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista  
**Bairro:** Matriz **CEP:** 55 612-440  
**UF:** PE **Município:** VITORIA DE SANTO ANTAO  
**Telefone:** (81)3114-4152 **E-mail:** cep.cav@ufpe.br

CENTRO ACADÊMICO DE  
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
CAV/UFPE



Continuação do Parecer: 6.927.987

perpassam suas histórias de vida.

**Metodologia proposta**

**Desenho:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que será realizada por meio de uma pesquisa-ação, com um grupo de mulheres.

No que se refere à coleta de dados, serão utilizados: questionário, entrevistas, observação sistemática e artigos selecionados de maneira prévia que discorrem sobre a temática da pesquisa, com o método de estudo de casos, onde se pretende analisar o comportamento das mulheres participantes do grupo que será montado para a pesquisa.

**Critério de Inclusão:**

Mulheres que não se adequem ao item de inclusão; que não tenham disponibilidade para a participação dos grupos e atividades propostas; que não cumpram com as regras de confidencialidade necessárias para o bom funcionamento do grupo terapêutico.

**Critério de Exclusão:**

mulheres que tenham o cuidado como fonte de renda; que cuidem de pessoas que não fazem parte de sua família; que não seja residente do bairro Bela Vista e frequentadora da Unidade de Saúde da Família local; menores de 18 anos; que não tenham disponibilidade para a participação dos grupos e atividades propostas.

**Metodologia de Análise de Dados:** Análise de Narrativa.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo geral:** Caracterizar as formas de adoecimento mental em mulheres que exercem o papel de cuidadora de pessoas em situação de adoecimento e as implicações para o cuidado de si.

**Objetivos específicos:**

- a) Descrever o perfil sociodemográficos de mulheres que cuidam de pessoas em situação de adoecimento;
- b) Caracterizar a saúde mental autorreferida de mulheres que cuidam de pessoas em situação de adoecimento;

**Endereço:** Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista  
**Bairro:** Matriz **CEP:** 55.612-440  
**UF:** PE **Município:** VITORIA DE SANTO ANTAO  
**Telefone:** (81)3114-4152 **E-mail:** cep.cav@ufpe.br

**CENTRO ACADÊMICO DE  
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 6.927.987

- c) Identificar narrativas de vida relacionadas ao processo papel de cuidadora e o cuidado de si;  
d) Compreender as implicações do processo de cuidado de pessoas em situação de adoecimento para a vulnerabilidade da cuidadora;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Caso alguma participante do grupo apresente algum sofrimento devido ao tema que esteja sendo trabalhado, a pesquisadora se responsabilizará em atendê-la em particular, e se necessário, encaminhá-la ao pronto-socorro mais próximo da USF, via SAMU, e no caso de haver necessidade de acompanhamento psicoterápico posterior ao evento, a mesma arcará com as despesas do atendimento pelo tempo que for necessário.

**Benefícios:**

No que se refere aos benefícios para as cuidadoras, haverá realização de grupos terapêuticos intitulados: oficinas de saúde mental e cuidado de si, sendo orientadas sobre estratégias para o autocuidado e bem-estar. A pesquisa em si foi planejada com propósito de realizar um acompanhamento terapêutico para essas cuidadoras que não conseguem dispor de tempo e espaço acolhedor o suficiente para entender suas demandas e sofrimentos, desta forma, os grupos foram pensados como uma maneira de preencher essa lacuna deixada pela falta de assistência psicológica das unidades de saúde do bairro. Como benefícios deixados pela pesquisa para a comunidade, espera-se que se crie uma consciência, por parte dos profissionais lotados nas USF, de cuidado também da pessoa que está exercendo o papel de cuidadora daquela pessoa enferma e que passem a vê-la como uma pessoa que também demanda cuidados não só físicos, mas que a saúde mental dessas pessoas estão sob grande demanda e que se faz necessário pensar estratégias de cuidado para sua saúde mental. Como benefício social, a divulgação deste projeto em forma de artigo em bancos de dados para pesquisadores, servirá como estudo que poderá ser utilizado em outras pesquisas e/ou como base para construção de outros procedimentos ligados à temática do cuidado em grupos terapêuticos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa visa investigar o adoecimento mental de mulheres que cuidam de pessoas em situação de adoecimento, suas renúncias, o lugar invisível dessa ocupação e todas as

**Endereço:** Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista  
**Bairro:** Matriz **CEP:** 55.612-440  
**UF:** PE **Município:** VITORIA DE SANTO ANTAO  
**Telefone:** (81)3114-4152 **E-mail:** cep.cav@ufpe.br

**CENTRO ACADÊMICO DE  
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 6.927.987

implicações que perpassam suas histórias de vida.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente no.6.827.641 emitido pelo CEP em 15/05/2024:

**PENDÊNCIA 1:** Foi solicitado acrescentar no item Procedimentos Metodológicos em que momento será apresentado o TCLE para que as participantes tenham acesso às informações sobre a pesquisa e a sua participação na mesma.(Resolução 516 de 2016 Capítulo III, artigo 5, §1º e § 2º)

**RESPOSTA:** Foi acrescentado o seguinte texto: "No momento da entrevista, será apresentado a participante o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), que apresenta informações sobre a pesquisa em questão, de modo que a mesma possa decidir pela participação, ou não, de maneira espontânea, sabendo que poderá desistir a qualquer momento. Cada entrevista terá duração de 2 horas, tempo hábil para apresentação do termo de consentimento e realização da entrevista".

**SITUAÇÃO:** ATENDIDA.

**PENDÊNCIA 2:** Os critérios de exclusão não devem ser opostos aos critérios de inclusão. Eles devem ser apresentados de acordo com as exigências da metodologia a ser utilizada (Norma Operacional CNS nº 001, de 2013, item 3.4.1.11).

**RESPOSTA:** Mulheres que não se adequem ao item de inclusão; que não tenham disponibilidade para a participação dos grupos e atividades propostas; que não cumpram com as regras de confidencialidade necessárias para o bom funcionamento do grupo terapêutico.

**SITUAÇÃO:** ATENDIDA.

**Endereço:** Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista  
**Bairro:** Matriz **CEP:** 55.612-440  
**UF:** PE **Município:** VITORIA DE SANTO ANTAO  
**Telefone:** (81)3114-4152 **E-mail:** cep.cav@ufpe.br

**CENTRO ACADÊMICO DE  
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 6.927.987

**PENDÊNCIA 3:** Quanto ao projeto detalhado, item Considerações éticas, lê-se na pág 17: "Em casos que se fizerem necessários, serão realizados os encaminhamentos para a consulta médica ou psicológica com os profissionais da equipe Multiprofissional da USF Bela Vista ou ambulatório de saúde mental". É necessário esclarecer como serão realizados esses encaminhamentos, e quem serão os profissionais que estarão dispostos a realizar tais consultas, com os respectivos números de registro no conselho de classe.

**RESPOSTA:** "Por se tratar de uma atividade que pode trazer a tona processos traumáticos, caso alguma participante do grupo apresente algum sofrimento devido ao tema que esteja sendo trabalhado, a pesquisadora se responsabilizará em atendê-la em particular, e se necessário, encaminhá-la ao pronto-socorro mais próximo da USF, via SAMU, e no caso de haver necessidade de acompanhamento psicoterápico posterior ao evento, a mesma arcará com as despesas do atendimento pelo tempo que for necessário".

**SITUAÇÃO:** ATENDIDA.

**PENDÊNCIA 4:** No item Considerações Éticas (Pág 17) no projeto detalhado, solicita-se informar, com clareza, quais serão os benefícios, diretamente relacionados à pesquisa, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade. (Resolução CNSn.º 466, de 2012, item II.4).

**RESPOSTA:** "Como benefícios deixados pela pesquisa para a comunidade, espera-se que se crie uma consciência, por parte dos profissionais lotados nas USF, de cuidado também da pessoa que está exercendo o papel de cuidadora daquela pessoa enferma e que passem a vê-la como uma pessoa que também demanda cuidados não só físicos, mas que a saúde mental dessas pessoas estão sob grande demanda e que se faz necessário pensar estratégias de cuidado para sua saúde mental. Como benefício social, a divulgação deste projeto em forma de artigo em bancos de dados para pesquisadores, servirá como estudo que poderá ser utilizado em outras pesquisas e/ou como base para construção de outros procedimentos ligados à temática do cuidado em grupos terapêuticos".

**SITUAÇÃO:** ATENDIDA.

<b>Endereço:</b> Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista	<b>CEP:</b> 55 612-440
<b>Bairro:</b> Matriz	<b>Município:</b> VITORIA DE SANTO ANTAO
<b>UF:</b> PE	<b>E-mail:</b> cep.cav@ufpe.br
<b>Telefone:</b> (81)3114-4152	

**CENTRO ACADÊMICO DE  
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 6.927.987

**PENDÊNCIA 5:** Solicita-se inserir, no projeto detalhado (Item Considerações éticas), a garantia do pesquisador de que os resultados do estudo serão divulgados para os participantes da pesquisa e para as instituições onde os dados foram obtidos (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.4.1.14).

**RESPOSTA:** "Após a finalização da escrita do artigo e sua respectiva aprovação pela banca avaliadora, será encaminhado uma cópia para as participantes da pesquisa e para as Unidades de saúde onde a mesma foi realizada, com fins de que o resultado seja de conhecimento de todos e todas que participaram do estudo, de maneira direta ou indireta, tendo em vista que a divulgação dos resultados é importante para a comunidade como um todo, pois poderá servir como base para o cuidado de outras pessoas que estão passando por esses processo de adoecimento".

**SITUAÇÃO:** ATENDIDA.

**PENDÊNCIA 6.1:** O Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido é o meio pelo qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante ou de seu responsável legal, sob forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às características da pesquisa e dos convidados a participar dela, devendo conter informações em LINGUAGEM CLARA E DE FÁCIL ENTENDIMENTO para o suficiente esclarecimento sobre a pesquisa. Solicita-se adequação para melhor esclarecimento dos potenciais participantes. Neste mesmo documento deverá constar o número de perguntas do questionário e tempo estimado para responde-las.

**RESPOSTA:** "A pesquisa tem como objetivo estender como se caracteriza a saúde mental de mulheres cuidadoras de pessoas em situação de adoecimento e as dificuldades para realizar o cuidado de si. Como objetivos específicos: descrever o perfil sociodemográfico das mulheres que exercem o papel de cuidado; caracterizar a saúde mental autorreferida dessas mulheres; identificar as narrativas de vida relacionadas ao processo do papel de cuidadora e o cuidado de si e compreender as implicações do processo de cuidado de pessoas em situação de adoecimento para a vulnerabilidade da cuidadora. Para coleta de dados, será realizada uma entrevista inicial para aplicação de um questionário, para conhecer um pouco da história de

**Endereço:** Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista  
**Bairro:** Matriz **CEP:** 55 612-440  
**UF:** PE **Município:** VITORIA DE SANTO ANTAO  
**Telefone:** (81)3114-4152 **E-mail:** cep.cav@ufpe.br

**CENTRO ACADÊMICO DE  
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 6.927.987

vida da pessoa entrevistada. Após essa etapa será realizado grupos terapêuticos, que servirão de base para coleta de mais informações e para acompanhamento psicoterápico das participantes. Todas as etapas de coleta deverão ter seus áudios gravados, com autorização prévia das participantes".

SITUAÇÃO: ATENDIDA.

PENDÊNCIA 6.2: Solicita-se que seja incluída, no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, a garantia de acesso aos resultados da pesquisa pelos participantes e o compromisso do/a pesquisador/a em divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou à população que foi pesquisada.(Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.4.1.14).

RESPOSTA: "Após a finalização do artigo e sua respectiva aprovação pela banca examinadora, todas as participantes terão acesso à uma cópia com os resultados apresentados pela pesquisa na qual participaram".

SITUAÇÃO: ATENDIDA.

PENDÊNCIA 6.3: De forma a garantir sua integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas, recomendando-se, ainda, que essa seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2, 2 de 2. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: O documento anexado na plataforma apresenta a numeração.

SITUAÇÃO: ATENDIDA.

PENDÊNCIA 7: Solicita-se a adequação e padronização de todas as etapas do estudo no cronograma do Projeto Detalhado e do arquivo PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO.

RESPOSTA: Apresentado cronograma adequado e padronizado.

SITUAÇÃO: ATENDIDA.

**Endereço:** Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista  
**Bairro:** Matriz **CEP:** 55 612-440  
**UF:** PE **Município:** VITORIA DE SANTO ANTAO  
**Telefone:** (81)3114-4152 **E-mail:** cep.cav@ufpe.br

**CENTRO ACADÊMICO DE  
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 6.927.987

**PENDÊNCIA 8:** Anexar o termo de autorização de uso de imagem e depoimento, visto que as falas dos grupos serão gravadas.

**RESPOSTA:** O DOCUMENTO FOI ANEXADO AO PROJETO DETALHADO.

**SITUAÇÃO:** ATENDIDA.

**PENDÊNCIA 9:** No proj.detalhado, item 4.2 Plano de coleta de dados e para a coleta de dados, serão utilizados: questionário, entrevistas, observação sistemática e análise de documentos. Explicar quais os documentos serão analisados, se prontuários anexar autorização do uso de dados.

**RESPOSTA:** e No que se refere à coleta de dados, serão utilizados: questionário, entrevistas, observação sistemática e artigos selecionados de maneira prévia que discorrem sobre a temática da pesquisa, com o método de estudo de casos, onde se pretende analisar o comportamento das mulheres participantes do grupo que será montado para a pesquisa. e

**SITUAÇÃO:** ATENDIDA.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa e CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 510, de 2016, na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

É obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatório parcial ou final das atividades desenvolvidas no período de seis meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a

**Endereço:** Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista  
**Bairro:** Matriz **CEP:** 55.612-440  
**UF:** PE **Município:** VITORIA DE SANTO ANTAO  
**Telefone:** (81)3114-4152 **E-mail:** cep.cav@ufpe.br

**CENTRO ACADÊMICO DE  
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 6.927.987

assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2328842.pdf	30/05/2024 15:42:04		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIA_S.docx	30/05/2024 15:40:57	amanda vanubia rufino guerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	30/05/2024 15:39:47	amanda vanubia rufino guerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_TCR_2.docx	30/05/2024 15:39:06	amanda vanubia rufino guerra	Aceito
Outros	CRONOGRAMA.jpg	30/05/2024 15:35:20	amanda vanubia rufino guerra	Aceito
Outros	CurricLattesMarcos.pdf	24/04/2024 09:21:23	amanda vanubia rufino guerra	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto2.pdf	24/04/2024 09:16:43	amanda vanubia rufino guerra	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	23/04/2024 14:07:00	amanda vanubia rufino guerra	Aceito
Outros	Entrevista.docx	23/04/2024 12:57:13	amanda vanubia rufino guerra	Aceito
Folha de Rosto	documento.pdf	23/04/2024 12:53:31	amanda vanubia rufino guerra	Aceito
Outros	declaracao.pdf	20/04/2024 22:28:35	amanda vanubia rufino guerra	Aceito
Outros	curriculo.pdf	20/04/2024 21:54:12	amanda vanubia rufino guerra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	20/04/2024 21:51:03	amanda vanubia rufino guerra	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista  
**Bairro:** Matriz **CEP:** 55 612-440  
**UF:** PE **Município:** VITORIA DE SANTO ANTAO  
**Telefone:** (81)3114-4152 **E-mail:** cep.cav@ufpe.br

CENTRO ACADÊMICO DE  
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
CAV/UFPE



Continuação do Parecer: 6.927.987

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA DE SANTO ANTAO, 03 de Julho de 2024

---

**Assinado por:**  
**ERIKA MARIA SILVA FREITAS**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista  
**Bairro:** Matriz **CEP:** 55.612-440  
**UF:** PE **Município:** VITORIA DE SANTO ANTAO  
**Telefone:** (81)3114-4152 **E-mail:** cep.cav@ufpe.br

**APÊNDICE A – ROTEIRO QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO****Identificação/ Dados Sócio Econômicos:**

1. Nome Completo:
2. Data de nascimento:      Idade:
3. Estado Civil:
4. Endereço:
5. Unidade de Saúde da Família:
6. Escolaridade:
7. Ocupação:
8. Renda familiar ( ) até 1/2 salário ( ) 1 salário ( ) 2 salários ( ) 3 ou mais
9. Possui alguma renda própria?
10. Participa de algum Programa Social?

**APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA  
APLICADA PARA FAVORECER AS NARRATIVAS**

1. Vamos fazer um retrospectiva da sua vida, me fale um pouco sobre sua infância, adolescência, vida adulta.
2. Qual critério foi utilizado para a escolha da cuidadora?
3. De que forma o papel que a senhora ocupa agora interfere na relação com a pessoa que cuida?
4. A senhora sabe identificar a doença/condição da pessoa que cuida?
5. Recebeu alguma orientação/ treinamento por parte da USF sobre o cuidado a ser realizado?
6. Se sente preparada para realizar esse papel? E como foi para senhora no início?