



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**SÍNDROME DE BURNOUT EM CUIDADORES DOS IDOSOS COM DOENÇA DE
ALZHEIMER: um estudo dos fatores associados**

ANA LÚCIA DE FRANÇA MEDEIROS

**SANTOS - SP
2015**



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**SÍNDROME DE BURNOUT EM CUIDADORES DOS IDOSOS COM DOENÇA DE
ALZHEIMER: um estudo dos fatores associados**

ANA LUCIA DE FRANÇA MEDEIROS

Texto apresentado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ambiente e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins

**SANTOS - SP
2015**

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

M488s Medeiros, Ana Lucia de França.
Síndrome de Burnout em cuidadores dos idosos com doença de Alzheimer: um estudo dos fatores associados.- / Ana Lucia de França Medeiros; orientadora Dra. Lourdes Conceição Martins. -- 2015.
123 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Dissertação. 2. Cuidador. 3. Síndrome de Burnout. 4. Sobrecarga. I. Martins, Lourdes conceição. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 - 614(043.3)

ANA LÚCIA DE FRANÇA MEDEIROS

**SÍNDROME DE BURNOUT EM CUIDADORES DOS IDOSOS COM DOENÇA DE
ALZHEIMER: um estudo dos fatores associados**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Lourdes Conceição Martins
Presidente da Banca – UNISANTOS

Prof.^o Dr. Alféio Luís Ferreira Braga
1º Membro - UNISANTOS

Prof.^a Dra Sheylla Nadjane Batista Lacerda
2º Membro – FSM

SANTOS - SP
2015

*Dedico este trabalho
à minha mãe Lúcia de França Medeiros
e ao meu pai Benedito Osório de Medeiros (in memoriam)
que de maneira especial e singela cuidaram
de mim com toda plenitude,
me dando o exemplo da essência
do cuidado humano.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Um Mestre de verdade não é aquele que enumera títulos e acumula conhecimentos, mas, sim, o que pode até ter uma imensidão de títulos e de conhecimentos, mas não se omite, aplica-os em sua prática docente, incentivando o pensamento crítico, expondo os fatos de maneira verdadeira, é o que respeita as diferenças e que não reprime seus alunos pelo erro, ao contrário os incentiva ao acerto com amor, respeito e verdade”. (Regina Puchra – Andréa Vidal)

à minha orientadora, **professora Dra. Lourdes da Conceição Martins,**

pela forma acolhedora como me recebeu com humildade, humanização e competência, que tanto admiro;

pela infinita disponibilidade, inúmeras partilhas, valiosos ensinamentos e incentivo à cada encontro;

pela sensibilidade em me escutar, me compreender e me conduzir na busca e alcance dos meus objetivos;

pela confiança e oportunidade de trabalhar ao seu lado e por ser a minha maior incentivadora na superação dos meus limites;

pelo aprendizado e amadurecimento e por despertar em mim o interesse e o gosto pelo estudo da bioestatística;

pela impecável condução deste meu trabalho.

“Tenho o privilégio de tê-la como exemplo e ser um fruto do seu incansável trabalho”

Minha Sublime e Eterna Gratidão!

AGRADECIMENTOS

*“... e aprendi que se depende sempre de tanta, muita diferente gente.
Toda pessoa é a marca das lições diárias de outras tantas pessoas.
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 a gente pense estar”
(Caminhos do Coração – Gonzaguinha)*

Ao **DEUS** de bondade, onisciente, onipresente e onipotente que me cobre de bênçãos, todos os dias da minha vida;

de maneira muito especial aos sujeitos da pesquisa, os **Cuidadores dos Idosos com DA** entrevistados, pela adesão à pesquisa, e pela grandiosa participação, rumo à construção de um conhecimento novo;

aos **Agentes Comunitários de Saúde – ACS** dos municípios da 6ª GRS, pelo esforço e empenho na identificação dos sujeitos da pesquisa auxiliando na coleta dos dados;

ao **Prof. Dr. Alfésio Luís Ferreira Braga** pelos ensinamentos e valiosa contribuição à minha dissertação, bem como, por se colocar à disposição para fazer parte desta banca examinadora;

à **Profª. Dra. Sheylla Nadjane Batista Lacerda**, que sempre acreditou em mim e sempre me apoiou no meu desenvolvimento pessoal e profissional e não mediu esforços para se fazer presente neste momento especial, oferecendo as suas contribuições e aceitando o convite para compor esta banca examinadora;

a todos os **docentes da UNISANTOS** de modo especial, aos professores Dra. Amélia Cohn, Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto, Dr. Marcos Caseiro e Dra. Aylene Bousquat, por todos os ensinamentos, sabedoria, humildade e amizade, compartilhados;

aos **amigos e amigas**, meus **colegas de turma**, pelo companheirismo, amizade solidificada à cada encontro e troca de saberes vivenciados no dia à dia de sala de aula;

à minha filha, **Josiane Carla Medeiros de Sousa** que comungou deste sonho, junto comigo, me incentivando e me fortalecendo no decorrer desta trajetória;

ao meu **filho José Romildo de Sousa Júnior** que alimentou este tão sonhado desejo e não mediu esforços para contribuir com a sua realização;

à minha filha **Juliane Carla Medeiros de Sousa Sampaio**, colega do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva – UNISANTOS, companheira de estudos, presente diuturnamente na superação das dificuldades encontradas, me acompanhando por toda esta trajetória, meu porto seguro;

ao meu esposo **Romildo** pela compreensão nas minhas ausências e apoio constante;

à minha irmã, **Lucinha**, que envidou todos os esforços para que este sonho se concretizasse e que fez do meu sonho o sonho dela;

aos amigos e colegas, **docentes da UERN** – campus Caicó - RN e ao colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem, que reconheceram a importância da minha liberação das atividades docentes no período da minha qualificação profissional;

aos amigos e amigas, **colegas da Faculdade Santa Maria** – FSM - Cajazeiras – PB, pelo incentivo permanente;

aos **discentes da FSM/UERN**, pelo apoio, incentivo e carinho dispensados, e por acreditarem em mim;

à minha colega **Marivalda Xavier**, por me auxiliar no levantamento de dados do CIDMEX e pelo cuidado sempre dispensado à minha pessoa;

à minha amiga **Alcélia**, ex colega de trabalho, que se empenhou na localização dos cuidadores, sujeitos da pesquisa nas microáreas descobertas, contribuindo com a coleta de dados;

aos **Secretários de Saúde** dos municípios da 6ª Gerência Regional de Saúde – Patos – PB, pelo apoio incondicional, favorecendo o acesso aos municípios;

aos **Enfermeiros** da Estratégia Saúde da Família dos municípios da 6ª Gerência Regional de Saúde, sediada em Patos-PB, pelo apoio e acolhimento nos municípios visitados;

"Todo o futuro da nossa espécie, todo o governo das sociedades, toda a prosperidade moral e material das nações dependem da ciência, como a vida do homem depende do ar. Ora, a ciência é toda observação, toda exatidão, toda verificação experimental. Perceber os fenômenos, discernir as relações, comparar as analogias e as dessemelhanças, classificar as realidades, e induzir as leis, eis a ciência; eis, portanto, o alvo que a educação deve ter em mira. Espertar na inteligência nascente as faculdades cujo concurso se requer nesses processos de descobrir e assimilar a verdade".

Rui Barbosa.

MEDEIROS, A. L. F. SÍNDROME DE BURNOUT EM CUIDADORES DOS IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: um estudo dos fatores associados. [Dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2015

RESUMO

INTRODUÇÃO: O trabalho humano é considerado um elemento potencial que media a integração social, destacando-se na vida das pessoas e influenciando o modo de viver, adoecer e morrer. Fatores ambientais relacionados com a atividade laboral poderá desencadear sobrecarga favorecendo o desenvolvimento da SB.

OBJETIVO: Investigar os fatores ambientais associados aos três componentes da síndrome em cuidadores dos idosos com doença de alzheimer.

MÉTODOS: Estudo do tipo transversal, analítico, com abordagem quantitativa, realizado em vinte e quatro municípios pertencentes a 6ª GRS – Patos/PB. A amostra compreendeu 162 cuidadores. Para a coleta de dados aplicou-se um questionário estruturado em três partes: a primeira constou dos dados demográficos do cuidador, a segunda avaliou-se a sobrecarga de trabalho através da versão brasileira da Escala *Zarit Burden Interview* – EZBI e a terceira contemplou o Maslach Burnout Inventory (MBI). A coleta de dados foi realizada com a participação dos agentes comunitários de saúde que localizaram os cuidadores colaborando com a sua realização. Foram utilizados os procedimentos estatísticos para a análise descritiva das variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos, as quantitativas em termos de tendência central e dispersão. A associação entre as variáveis qualitativas foi verificada através do teste Qui – Quadrado. Para avaliar os fatores de risco para os domínios de MBI utilizou-se o modelo de regressão logística univariado e múltiplo. O nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS: A maioria dos cuidadores era do sexo feminino (84%), com renda de até um salário mínimo (45%), casados (63%), sem remuneração por ser cuidador (87%) e desenvolvendo outro tipo de ocupação (67%), os não assalariados corresponderam a 64%, apresentaram algum grau de parentesco com o idoso (90%), representados principalmente pelos filhos (52,4%). Quanto aos idosos 64,2% moravam com o cuidador e eram do sexo feminino, encontravam-se faixa etária de 70-80anos (39,5%) e na fase intermediária da DA (43,2%). Verificou-se a existência dos domínios da SB distribuída em todos os níveis, com risco médio em 85,2%. Houve associação entre as variáveis do estudo e os domínios da SB, prevalecendo o nível médio ($p < 0,05$). A chance de desenvolver SB está evidente nos resultados. O cuidador com qualquer nível de sobrecarga apresenta chances de desenvolver os domínios da SB.

CONCLUSÃO: É importante reconhecer as contribuições deste estudo, na medida em que buscou conhecer e discutir sobre as questões inerentes à saúde física e mental do cuidador, o conhecimento sobre a SB e a identificação de fatores que predispõem ao processo de adoecimento como, a sobrecarga de trabalho.

Descritores: Cuidador. Síndrome de Burnout. Sobrecarga.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Human labor is considered a potential media element to social integration, especially in people's lives and influencing the way of live, sicken and die. Environmental factors related to labour activity can trigger overload favoring the development of SB.

OBJECTIVE: Investigate the environmental factors associated with the three components of the Burnout syndrome in caregivers of the elderly with alzheimer's disease.

METHODS: This was a cross-sectional study, analytical, quantitative approach, carried out in twenty-four municipalities belonging to 6th GRS-Patos/PB. The sample comprised 162 caregivers. For data collection applied a questionnaire structured in three parts: the first consisted of demographic data of the caregiver, the second assessed the workload through the Brazilian version of the scale Zarit Burden Interview – EZBI and the third Maslach Burnout Inventory (MBI). Data collection was carried out with the participation of the Community Health Agent to locate caregivers collaborating with its realization. Statistical procedures were used for the descriptive analysis of the variables of the study. The qualitative variables were presented in terms of their absolute and relative values, the quantity in terms of central tendency and dispersion. The association between qualitative variables was verified by Qui-Square test. To evaluate the risk factors for the MBI domains using univariate and multiple logistic regression models. The significance level was 5%.

RESULTS: Most caregivers were female (84%), with income of up to one minimum wage (45%), married (63%), without remuneration for being caregiver (87%) and developing another type of occupation (67%), the self-employed persons corresponded to 64%, showed some degree of kinship with the elderly (90%), represented primarily by their son (52.4%). In relation to Alzheimer disease elderly 64.2% of them were female, aged 70-80years (39.5%) and alzheimer's intermediate phase disease (43.2%). It was verified the existence of burnout syndrome (BS) domains distributed at all levels, with average risk of 85.2%. There was association between variables of the study and the BS domains, with average level ($p < 0.05$). The chance for the development of BS was evident in the results. With any level of caregiver overload presents chances of developing the BS domains.

CONCLUSION: It is important to recognize these study contributions, insofar as they sought to meet and discuss the issues inherent in the physical and mental health of the caregiver, the knowledge about the SB and the identification of factors that predispose to the illness as process, work overload.

Key-words: Caregiver. Burnout Syndrome. Overload.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Aspectos básicos que caracterizam a Síndrome de Burnout.....	27
Figura 2-	Mapa Geográfico do Estado da Paraíba.....	48
Figura 3-	Fluxograma correspondente a distribuição amostral.....	58
Figura 4-	Distribuição dos sujeitos da pesquisa nos 24 municípios que compõem a6 Gerência Regional de Saúde (GRS) –Patos-PB, 2014....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de frequência absoluta e relativa dos dados demográficos dos cuidadores dos idosos com DA cadastrados no CEDMEX DA 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos –PB - 2014.....	60
Tabela 2- Distribuição dos cuidadores dos idosos com DA cadastrados no CEDMEX DA 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos –PB - 2014.....	61
Tabela 3- Caracterização dos dados referente aos idosos com DA residentes nos municípios cadastrados no CEDMEX DA 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos –PB - 2014.....	62
Tabela 4- Análise descritiva por sexo das variáveis idade do cuidador, tempo de ocupação e idade dos idosos com DA cadastrados no CEDMEX DA 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos –PB - 2014.....	63
Tabela 5- Análise bidimensional do sexo em relação a faixa etária, renda, estado civil, remuneração como cuidador, desenvolvimento de outras atividades e tipo de ocupação dos cuidadores dos idosos cadastrados no CEDMEX DA 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos –PB - 2014.....	64
Tabela 6- Análise bidimensional do sexo em relação ao grau de parentesco, tipo de parentesco, mora com a pessoa idosa, sexo do idoso, faixa etária e fase da doença dos idosos com DA cadastrados no CEDMEX DA 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos –PB - 2014.....	65
Tabela 7- Análise bidimensional da variável tipo de ocupação com o sexo, faixa etária, renda, estado civil recebe remuneração, desenvolve outro tipo de trabalho, tempo de ocupação dos cuidadores dos idosos cadastrados no CEDMEX DA 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos –PB - 2014.....	67
Tabela 8- Análise bidimensional da variável tipo de ocupação de acordo com o grau de parentesco, tipo de parentesco, mora com o idoso, sexo do idoso, faixa etária do idoso, e fase da doença do idoso com DA cadastrados no CEDMEX DA 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos –PB - 2014.....	68
Tabela 9- Análise bidimensional da associação entre as variáveis cuidador com grau de parentesco em associação com o sexo, faixa etária, renda, estado civil, recebe remuneração por ser cuidador(a) e tempo de ocupação dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	69
Tabela 10- Análise bidimensional do grau de parentesco do cuidador se mora com o cuidador; sexo, faixa etária e fase da doença na qual encontram-se os idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	71
Tabela 11- Análise bidimensional do grau de parentesco e sexo, renda, faixa etária, estado civil, recebe remuneração por ser cuidador(a) e tempo de ocupação dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de	

Saúde (GRS) - Patos - PB - 2014.....	72
Tabela 12- Análise bidimensional da associação entre variáveis grau de parentesco com o idoso e associação com o tipo de parentesco, se mora com o idoso, sexo do idoso, faixa etária do idoso e fase da doença. Patos – PB - 2014.....	74
Tabela 13- Análise bidimensional entre as variáveis mora com o idoso e o sexo, faixa etária, renda, ocupação, estado civil recebe remuneração e tempo de ocupação dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	75
Tabela 14- Análise bidimensional entre as variáveis mora com o idoso, grau e tipo de parentesco, sexo, faixa etária e fase da doença dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	76
Tabela 15- Análise bidimensional entre a faixa etária do cuidador com o sexo, renda, estado civil, recebe remuneração por ser cuidador(a), desenvolve outro tipo de trabalho, tipo de ocupação e tempo de ocupação dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	78
Tabela 16- Análise bidimensional entre as variáveis faixa etária dos cuidadores e outro tipo de trabalho, grau e tipo de parentesco, mora com o idoso; sexo, faixa etária e fase da doença dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	79
Tabela 17- Distribuição de frequência absoluta e relativa dos domínios e níveis do MBI dos cuidadores dos idosos com DA cadastrados no CEDMEX da 6ª Gerência Regional de Saúde – (GRS) - Patos – PB - 2014.....	81
Tabela 18- Análise estratificada por sexo para os domínios do MBI e Sobrecarga do Trabalho dos Cuidadores dos Idosos com DA cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	82
Tabela 19- Análise bidimensional dos domínios e níveis do Burnout de acordo com o sexo dos cuidadores dos idosos cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	83
Tabela 20- Análise bidimensional da variável tipo de ocupação quanto ao desenvolvimento dos domínios e níveis de Burnout em cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	84
Tabela 21- Análise bidimensional das variáveis cuidador com grau de parentesco em associação com os domínios e níveis de Burnout dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	85
Tabela 22- Análise bidimensional da variável tipo de ocupação de acordo com o sexo, renda, faixa etária, estado civil, recebe remuneração por ser cuidador(a) e tempo de	

ocupação dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	86
Tabela 23- Análise bidimensional da variável mora com os idosos e os domínios e níveis de Burnout dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	88
Tabela 24- Análise bidimensional da associação entre as variáveis faixa etária do cuidador e domínios e níveis de Burnot dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	89
Tabela 25- Distribuição de frequência absoluta e relativa dos níveis de sobrecarga de trabalho apresentados pelos cuidadores dos idosos com DA cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	90
Tabela 26- Análise bidimensional do sexo dos cuidadores com a sobrecarga de trabalho dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	90
Tabela 27- Análise bidimensional da associação entre as variáveis faixa etária do cuidador e sobrecarga de trabalho dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	91
Tabela 28- Análise bidimensional das variáveis tipo de ocupação dos cuidadores em relação ao desenvolvimento de sobrecarga de trabalho em cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	91
Tabela 29- Análise bidimensional da variável tipo de cuidador em associação com a sobrecarga de trabalho dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	92
Tabela 30- Análise bidimensional da associação entre as variáveis Grau de Parentesco com o idoso e Sobrecarga de Trabalho do Cuidador de Idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	92
Tabela 31- Análise bidimensional da associação entre as variáveis mora com o idoso e sobrecarga dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	93
Tabela 32- Razões de chance e respectivo intervalo de confiança (IC95%) para o Esgotamento emocional dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	94
Tabela 33- Razões de chance e respectivo intervalo de confiança (IC95%) para a Despersonalização dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	95

Tabela 34- Razões de chance e respectivo intervalo de confiança (IC95%) para a Realização Profissional dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	96
Tabela 35- Razões de chance e respectivo intervalo de confiança (IC95%) para a Sobrecarga de Trabalho do Cuidador de Idosos com DA cadastrados no CIDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS– Agente Comunitário de Saúde

CEDMEX– Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais

CIB– Comissão Intergestores Bipartite

CNS– Conselho Nacional de Saúde

CBO– Código Brasileiro de Ocupações

DA– Doença de Alzheimer

DP– Despersonalização

EE– Exatão Emocional

EZBI– Zarit Burden Interview

FSM– Faculdade Santa Maria

GRS– Gerência Regional de Saúde

INSS– Instituto Nacional de Seguridade Social

MBI– Maslach Burnout Inventory

MS– Ministério da Saúde

PNI– Política Nacional do Idoso

RP– Realização Profissional

SPSS– Package for the Social Science

SB– Síndrome de Burnout

TCLE– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Trabalho e saúde mental.....	24
1.2 Síndrome de Burnout.....	27
1.3 Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer.....	33
1.4 Sobrecarga de trabalho do cuidador de idosos.....	38
2 JUSTIFICATIVA.....	41
3 OBJETIVOS.....	44
3.1 Objetivo geral.....	45
3.2 Objetivos específicos.....	45
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	46
4.1 Tipo de estudo.....	47
4.2 Local de estudo.....	47
4.3 População e amostra.....	48
4.4 Instrumento de coleta de dados.....	49
4.5 Procedimento de coleta de dados.....	52
4.6 Análise dos dados.....	54
4.7 Posicionamento ético da pesquisadora.....	55
5 RESULTADOS.....	57
5.1 Análise descritiva dos dados demográficos da amostra estudada.....	60
5.2 Análise descritiva dos dados relacionados à Síndrome de Burnout.....	80
5.3 Análise descritiva dos dados relacionados à sobrecarga dos cuidadores....	89
5.4 Análise de regressão logística.....	93
6 DISCUSSÃO.....	98
6.1 Características demográficas dos cuidadores dos idosos com DA.....	100

6.2 Caracterização dos idosos com DA.....	101
6.3 Dados relacionados à SB.....	103
6.4 Dados relacionados à sobrecarga dos cuidadores dos idosos com DA.....	107
6.5 Discussão dos dados referente à regressão logística.....	108
7 CONCLUSÃO.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116
APÊNDICES.....	130
ANEXOS.....	135

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O trabalho humano pode ser considerado um elemento potencial que media a integração social, considerando os valores econômicos que estão relacionados à subsistência, bem como aos aspectos culturais ou simbólicos, constituindo a subjetividade, ocupando um lugar de destaque na vida das pessoas e influenciando no modo de viver, de adoecer e de morrer.

A falta de trabalho ou a ameaça de perdê-lo também poderá interferir na saúde do trabalhador, influenciando na sua subsistência, abalando o valor subjetivo o qual a pessoa se atribui, gerando sentimentos de menos valia como angústia, insegurança, desespero, desânimo, caracterizando quadros de ansiedade e depressão (BRASIL, 2001).

Considerando o trabalho como um fator de afetividade na vida dos trabalhadores, as condições favoráveis para que os mesmos desenvolvam as suas habilidades são geradoras de satisfação, prazer, bem-estar e saúde, deixando de provocar doenças.

No entanto, quando o trabalho é desprovido de significação, sobrecarga, sem suporte social, não reconhecido ou que possa constituir-se de fonte de ameaça à integridade física e ou psíquica poderá desencadear adoecimento psíquico (MERLO, 2003).

Os fatores relacionados ao ambiente do trabalho são considerados preditores de distúrbios mentais. Quando os ambientes laborais dificultam ou impossibilitam a comunicação espontânea, resultando em tensões e insatisfações, manifestam não apenas doença, mas, conflitos interpessoais e extratrabalho (COSTA, 2014).

Aqueles que dizem respeito ao tempo, ao ritmo de trabalho, como jornadas longas, com poucas pausas destinadas ao descanso, refeições de curta duração, turnos de trabalhos noturnos, ritmos monótonos são importantes na determinação de sofrimento psíquico.

A saúde mental dos trabalhadores decorrente do estresse ocupacional passou a ser foco de interesse e preocupação por parte de estudiosos e pesquisadores do mundo inteiro, face ao desenvolvimento dos riscos à saúde, do adoecimento, absenteísmo, aposentadorias precoces,

entre outras causas e que estão associadas às atividades profissionais. (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

A dinâmica interacional entre as condições gerais de vida, sua relação com o trabalho, no que se refere ao processo e ao ambiente de trabalho, denota a complexidade existente no processo saúde doença do trabalhador, levando-se em consideração a forma como este utiliza as estratégias de enfrentamento para exercer o controle sobre as suas condições de vida e trabalho (GLINA, 2010).

Reconhecida como um importante problema no campo da saúde do trabalhador, a Síndrome de Burnout (SB) resulta do estresse crônico, característico do cotidiano do trabalho, principalmente quando este é submetido à excessiva pressão, presença de conflitos e diminuição de recompensas emocionais e reconhecimento (CAMPOS, 2005).

A descrição da doença está caracterizada por uma “*sensação de está acabado*” uma síndrome de esgotamento profissional, é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Resulta da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas e da representação que a pessoa tem de si e dos outros. (METZKER, 2011).

Segundo Maslach (2005) a síndrome do esgotamento profissional ou SB é composta por três elementos centrais: exaustão emocional, despersonalização e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho.

A SB faz o trabalhador perder o sentido de sua relação com o trabalho, além do interesse e qualquer esforço lhe parece inútil. O trabalhador que antes era comprometido com as suas atividades laborais e do ponto de vista afetivo com seus clientes, desgasta-se, sente-se estafado chegando a desenvolver condutas negativas frente aos usuários, clientes e à organização do trabalho, trazendo prejuízos práticos e emocionais para todos.

A referida doença pode ocorrer com profissionais, cuja função é cuidar de outras pessoas, como médicos, enfermeiros, cuidadores, bem como, professores, agentes penitenciários, bancários, entre outros, é decorrente da tensão crônica do contato direto e excessivo com os indivíduos durante o trabalho (COLETA, 2007).

O cuidador é uma pessoa envolvida no processo de “cuidar do outro”. Baseado em Giacomini *et al* (2005), cuidador é a pessoa que oferece cuidados para suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva.

Os cuidadores de idosos são pessoas que se dedicam à tarefa de cuidar de um idoso, sejam eles membros da família que, voluntariamente ou não, assumem esta atividade, ou pessoas contratadas pela família para este fim.

Os cuidadores de idosos têm assumido um perfil próprio de tarefas específicas e complexas, que necessitam ser desenvolvidas por pessoas qualificadas e treinadas para o desempenho da assistência que o idoso precisa para manter o seu bem-estar (SALIBA *et al*, 2007).

O ato de cuidar de um idoso pode ser permeado de sentimentos tais como medo, raiva, culpa, choro, tristeza, irritação e nervosismo e que poderão ser compreendidos fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa idosa cuidada. (BRASIL, 2008).

O acúmulo de atividades desenvolvidas pelo cuidador que em muitos casos estão associados às outras atividades como varrer, lavar, cozinhar, poderá sobrecarregá-lo, na maioria das vezes ficam impossibilitados de participar de atividades sociais podendo apresentar mais problemas no trabalho e uma maior frequência de conflitos familiares e de saúde como depressão.

É na família que se encontram os principais cuidadores de idosos com **DOENÇA DE ALZHEIMER (DA)**, são eles quem reconhecem os primeiros sinais da doença e são eles que realizam o primeiro cuidado. A evolução da DA no idoso familiar desencadeia, também,

modificações na dinâmica familiar, podendo gerar estresse e crise em toda família. Os cuidadores familiares mais jovens e com maior tempo de estudo são os que sofrem maior impacto em suas vidas (LOPES; MARCON, 2009).

A Doença de Alzheimer é uma enfermidade que acomete de forma paralela os familiares e seus cuidadores com uma grande intensidade, ou seja, se estende ao contexto familiar, em que os cuidadores são acometidos por ela da mesma forma que o portador, no entanto, sob enfoques diferentes (VILELA; CARAMELLI, 2006).

Almeida, Leite e Hidelbrant (2009) afirmam que o cuidador realiza um cuidado solitário e anônimo diante do diagnóstico de DA de seu familiar. Ao receber a notícia, vai para casa, na maioria das vezes, aprende sozinho a lidar com esta nova condição de vida. A falta de preparo para o cuidado poderá resultar em impactos negativos na vida e na saúde do cuidador.

Os cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer (DA) enfrentam uma demanda de atividades exaustivas. De acordo com Luzardo, Gorini e Silva (2006) devido a necessidade de cuidados ininterruptos, em decorrência da evolução das manifestações psiquiátricas e comportamentais, associadas às vivências dos laços emocionais, tanto positivos como negativos experienciados pelo convívio anterior à instalação da doença, produz desgaste físico, mental e emocional.

Considerando os efeitos psicossociais da doença, surge o interesse das investigações científicas acerca da Doença de Alzheimer e da conseqüente sobrecarga vivenciada pelo cuidador, em face das atividades potencialmente geradoras de estresse.

As pesquisas voltadas para o tema do cuidador são mais frequentes em âmbito internacional, desde a década de 40, evoluindo em âmbito nacional na área das Ciências Humanas e da Saúde (GAIOLI, 2010).

Compreende-se que as conseqüências do aumento do número de casos de DA em todo o mundo, demandam custos econômicos e sociais elevados, resultando em preocupações para

os governantes e a sociedade em geral, o que implica na realização de estudos que possibilitem a efetivação de políticas e ações voltadas para a atenção á saúde do doente com DA, dos familiares e dos cuidadores.

Portanto é muito importante o profissional de saúde avaliar a presença de estresse ocasionado pelo trabalho destas pessoas e que poderá desencadear outros problemas de saúde a exemplo da Síndrome de Burnout.

O interesse pela realização do estudo diz respeito ao conhecimento da realidade e da experiência com cuidadores de idosos com DA, devido aos riscos iminentes que esta atividade oferece à saúde dos cuidadores e a qualidade do trabalho desenvolvido junto aos idosos com Alzheimer.

A relevância social do estudo está relacionada à possibilidade de a partir dos seus resultados ser realizado um trabalho de promoção e prevenção de doenças nesta área, otimizando o cuidado com o cuidador.

Espera-se ainda que este estudo venha agregar o conhecimento produzido à experiência dos profissionais de saúde, contribuindo para visualização de estratégias que possibilitem minimizar a sobrecarga dos cuidadores, a redução de possíveis doenças ocupacionais instaladas a exemplo da SB, através do manejo da situação do cuidado.

Deste modo a questão norteadora do estudo diz respeito a sobrecarga física e emocional do cuidador de idosos com Doença de Alzheimer e a existência ou não da associação das características ocupacionais com os componentes da SB nos cuidadores de idosos com DA, o qual tem como objetivo geral: investigar os fatores ocupacionais associados aos três componentes da Síndrome de Burnout em cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. Como objetivos específicos: caracterizar o perfil demográfico dos cuidadores de idosos com DA; identificar a sobrecarga de trabalho dos cuidadores de idosos com DA; caracterizar os fatores ambientais (sociais, psicológicos e culturais) que contribuem para o desenvolvimento

da SB; verificar a presença dos níveis da SB entre os cuidadores de idosos com DA e analisar a correlação entre sobrecarga de trabalho e estresse ocupacional.

O estudo está organizado em quatro capítulos assim distribuídos: no primeiro capítulo, intitulado, **Trabalho e Saúde Mental** descreve a importância do trabalho para o homem e o seu papel na sociedade, considerado, um “*organizador da vida social*”; bem como destaca a relação existente entre trabalho, saúde e doença. No segundo capítulo está descrito sobre a **Síndrome de Burnout**, enfatizando desde os aspectos históricos, conceituais, clínicos e epidemiológicos da síndrome. No terceiro capítulo discorreu-se sobre o **Cuidador dos idosos com Doença de Alzheimer** com ênfase para os aspectos gerais relacionados ao cuidado humano, com referência aos tipos, características e desafios enfrentados pelos cuidadores dos idosos com Doença de Alzheimer. E no quarto capítulo relacionado a **Sobrecarga de trabalho do cuidador de idosos**, abordou as demandas relacionadas ao cuidado e que resultam em sobrecarga de trabalho para o cuidador dos idosos.

1.1 Trabalho e saúde mental

O trabalho sempre fez parte da experiência humana, deve gerar satisfação e bem estar para todos os envolvidos, sendo, portanto, garantia de subsistência e posição social e é através dele que o homem produz a si mesmo.

O trabalho é uma atividade humana desenvolvida individual e coletivamente, que poderá resultar em compensações materiais, econômicas, sociais e psicológicas, desde que as suas necessidades sejam satisfeitas, tanto no campo biológico, de segurança, de realização social, de autoestima e autorrealização.

O trabalho tem um papel importante na determinação do ser humano, enquanto ser social, sendo considerado, um dos componentes da felicidade humana, resultante da satisfação

de necessidades psicossociais, do sentimento de prazer e do sentido contribuição no exercício da atividade profissional (SATO; BERNARDO, 2005).

No entanto o nível de satisfação no trabalho pode ser considerado um fenômeno complexo, Resende e Dias afirmam:

Relacionar-se com o estado de subjetividade do ser humano, o qual pode variar de acordo com as expectativas, valores e desejos de forma individualizada e em diferentes momentos e circunstâncias ambientais que os envolvem, podendo afetar a sua saúde física e mental, interferindo em seu comportamento profissional e/ou social. (RESENDE; DIAS, 2008).

A falta de trabalho ou a ameaça de perdê-lo poderá desencadear sofrimento psíquico, pois ameaça a subsistência e a vida material do trabalhador, da sua família, com sentimentos de menos valia, resultando no desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão.

Segundo o conceito de trabalhador presente na Política Nacional de Saúde do Trabalhador, além dos indivíduos remunerados, inseridos no setor formal ou informal de trabalho, também são considerados trabalhadores aqueles indivíduos que realizam funções não remuneradas que fazem parte das atividades econômicas do lar (BRASIL, 2005).

Pode-se constatar na literatura a relação existente entre o trabalho e a saúde dos indivíduos a qual vem sendo analisada pelo campo da Saúde do Trabalhador. Considerando os pressupostos da teoria da "determinação social das doenças" no processo de saúde-adoecimento das populações, o trabalho passa a ter papel central nesse processo, uma vez entendido como organizador da vida social (MENDES, 2005).

A relação entre saúde-doença exprime uma afinidade que perpassa o corpo individual e social, confrontando as turbulências do ser humano enquanto ser total. Fatores como excesso de trabalho, falta de controle, falta de recompensa, falta de união, falta de equidade e conflito de valores no ambiente de trabalho, são apenas alguns dos acontecimentos que vem afetando o bem estar físico e mental dos trabalhadores, (FILGUEIRAS; HIPPERT, 2002).

Echternacht (2004) defende que saúde e doença são realidades construídas a partir de uma complexa interação entre as concretudes da condição humana e a atribuição de significados. Neste sentido a compreensão do processo saúde e doença ultrapassa a experiência biológica e objetiva.

Os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho são determinados não apenas pelos aspectos laborais, mas, torna-se imprescindível considerar o contexto social, onde o indivíduo encontra-se inserido, bem como com a sua história de vida (SATO; BERNARDO, 2005).

Pesquisa recente, acerca de ocorrência de afastamentos de trabalhadores do INSS, por causas comportamentais apontaram alguns fatores como: a alta demanda de trabalho. “As pessoas têm baixo controle sob o seu ritmo de trabalho; elas são solicitadas a várias e complexas tarefas”, disse o pesquisador. O outro aspecto são os relacionamentos interpessoais ruins, tanto verticais (com os chefes), quanto horizontais (entre os próprios colegas) e o desequilíbrio entre esforço e recompensa. “Você se dedica ao trabalho, mas não tem uma recompensa adequada à dedicação”. O último aspecto citado pelo pesquisador é a dedicação excessiva ao trabalho, que também pode afetar a saúde mental. (MATSUDA, 2004).

As questões inerentes à relação trabalho saúde e doença mental tem despertado interesse entre pesquisadores e estudiosos, resultando elaboração de diversas abordagens teórico-metodológicas acerca da temática.

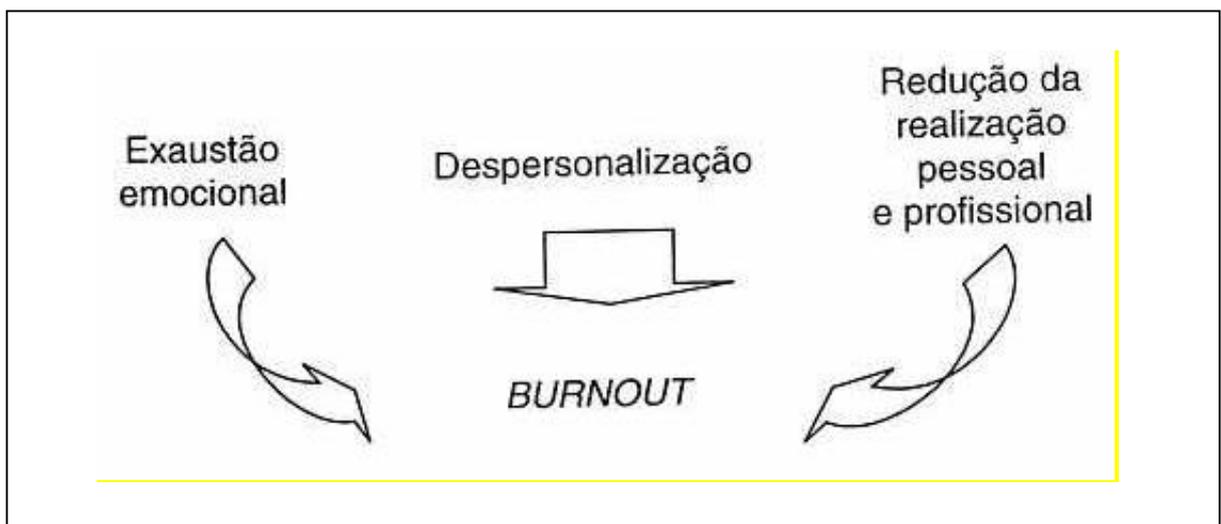
A psicopatologia do trabalho fundada na França e renomeada por Cristhope Dejours como Psicodinâmica do trabalho, tem como foco de investigação os conflitos entre o sujeito, portador de uma história singular e uma situação de trabalho, cujas características nem sempre coincidem com a sua vontade (CARREIRO, 2010). Neste contexto o sofrimento no trabalho, significa um estado de luta entre o sujeito e as forças produzidas pela organização do trabalho que o empurram em direção a doença mental (DEJOURS; ABDUCHELI; JAYET;1994).

1.2 Síndrome de Burnout

A chamada síndrome de “*Burnout*” refere-se ao esgotamento profissional, mais conhecido no Brasil como “*estafa*”; é definida por alguns autores como uma das consequências mais marcantes do estresse profissional, e se caracteriza por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação à quase tudo e todos, inclusive como defesa emocional (BENEVIDES – PEREIRA, 2010)

França e Rodrigues (1999) representam os estágios da Síndrome de Burnout:

Figura 1- Aspectos básicos que caracterizam a Síndrome de Burnout



Fonte: FRANÇA; RODRIGUES, 1999.

O termo “*Burnout*” é uma composição de *burn*=queima e *out*=exterior, sugerindo assim que a pessoa com esse tipo de estresse consome-se física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo e irritadiço. Este conceito foi desenvolvido na década de 1970 por Cristina Maslach, psicóloga e Herbert J. Freudenberger, psicanalista.

Considera-se o “*Burnout*” como uma síndrome resultante do meio laboral em função de um processo de resposta à cronificação do estresse ocupacional, trazendo consigo consequências negativas tanto em nível individual, como profissional, familiar e social.

Conforme, Herrero, Gonzalez e Martín (2001); a referência à síndrome, por vezes, ocorre através de outras denominações como: *estresse laboral*, ou *estresse profissional*, para assinalar a associação necessária ao mundo do trabalho.

Carlotto e Palazzo (2006) evidenciam a maior incidência entre aqueles que se ocupam em cuidar de pessoas, independentemente do caráter profissional ou trabalhista, daí os termos *estresse assistencial*, *estresse ocupacional assistencial* ou simplesmente *estresse ocupacional*.

Na literatura também foi localizada a expressão *síndrome de queimar-se pelo trabalho* (GIL-MONTE; PEIRÓ, 1997) ou *desgaste profissional* em alguns estudos espanhóis (MORENO-JIMÉNEZ *et al*, 2002).

No Brasil foi encontrada a referência à *neurose profissional* ou *neurose de excelência* (STELLA, 2001), ou *síndrome do esgotamento profissional* (MORAES, 2001) o que confunde e muitas vezes dificulta um levantamento de pesquisas na área.

Apesar de ser atribuído a Freudennberger (1974), o primeiro artigo versando sobre “*Burnout*”, segundo Schaufeli e Ezmman (1998), em 1969, Bradley já havia publicado um artigo em que se utilizava da expressão “*staff burnout*”, referindo-se ao desgaste de profissionais e propondo medidas organizacionais de enfrentamento. Desta forma verifica-se que, apesar da primeira publicação datar do final da década de 60, passando a se consolidar na década seguinte, em nosso país, mesmo sendo prevista como doença do trabalho, ainda é desconhecida entre boa parte dos profissionais. No Brasil, a primeira publicação data de 1987, em que França (1987), na Revista Brasileira de Medicina, discorre sobre *A síndrome de “Burnout”*.

Na década de 90 as primeiras teses e outras publicações começam a aparecer, alertando alguns profissionais sobre este tema a ponto de em 6 de maio de 1996, quando da Regulamentação da Previdência Social, a síndrome de “*Burnout*” foi incluída no Anexo II, Grupo III, CID 10, no que se refere aos *Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais* (BRASIL, 2009).

Entretanto, esta, ainda é desconhecida da maior parte dos profissionais, mesmo daqueles que devido à sua ocupação, deveriam conhecê-la o suficiente para poder orientar, diagnosticar ou encaminhar para uma intervenção. Por vezes, em função do despreparo destes, a pessoa em “*Burnout*” é tratada como em estresse ou depressão, o que não a beneficia.

Trata-se de um conceito multidimensional que envolve três componentes, podem aparecer associados, no entanto são independentes: *a) exaustão emocional; b) despersonalização; e c) falta de envolvimento no trabalho*, os quais são descritos por (MALASH, 2007).

A *Exaustão Emocional* é caracterizada por falta ou carência de energia acompanhada de um sentimento de esgotamento profissional. A pessoa sente que não pode mais dar nada de si mesma, seguida de sentimentos e atitudes muito negativas.

Na *despersonalização* ocorre um endurecimento afetivo ou insensibilidade emocional, por parte do trabalhador, prevalecendo o cinismo e a dissimulação afetiva. Nessa dimensão, são manifestações comuns, a ansiedade, o aumento da irritabilidade, a perda de motivação, a redução de metas de trabalho e comprometimento com os resultados, além da redução do idealismo, alienação e a conduta voltada para si. Pode ser evidenciada pela indiferença, desinteresse e sensação de fracasso pessoal e profissional, fazendo-os, muitas vezes perder a saúde pela qual são encarregados de cuidar. Soma-se a isso uma dificuldade nos relacionamentos sociais favorecendo o afastamento e fragilizando a relação com os amigos e colegas.

A *falta de envolvimento pessoal no trabalho* é uma dimensão na qual existe um sentimento de inadequação pessoal e profissional. Há uma tendência de o trabalhador se auto-avaliar de forma negativa, que acaba afetando a habilidade para a realização do trabalho, o atendimento, o contato com as pessoas usuárias do trabalho, bem como com a organização.

Os sintomas da síndrome são divididos em quatro categorias: sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos, como descreve Benevides- Pereira (2012). **Sintomas Físicos:** fadiga constante e progressiva, dores musculares ou osteomusculares, distúrbios do sono, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres. **Sintomas Psíquicos:** falta de atenção e de concentração, alterações da memória, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação e de solidão, impaciência, sentimento de impotência, baixa autoestima, desconfiança, paranoia e desânimo. **Sintomas Comportamentais:** negligência ou escrúpulo excessivo, irritabilidade, agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de bebidas alcoólicas ou mesmo de “cafezinho”, tranquilizantes, substâncias lícitas ou até mesmo ilícitas. **Sintomas Defensivos:** tendência ao isolamento, perda de interesse pelo trabalho ou lazer, absenteísmo (as faltas passam a ser uma trégua ou uma possibilidade de alívio), ímpetos de abandonar o trabalho, ironia e cinismo tanto com colegas quanto com as pessoas a quem presta serviços.

Essa síndrome se refere a um tipo de estresse ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta atividade é considerada de ajuda tais como médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, professores, cuidadores, entre outros (PEREIRA; MIRANDA; PASSOS, 2009).

Vasquez-Menezes e Sorrato confirmam, descrevendo que:

O profissional com a síndrome do "*burnout*" tende a não respeitar os prazos estipulados, reduz suas atividades de lazer, leva uma vida sedentária, perde a confiança em si mesmo, questiona seus valores e seu valor pessoal e sofre de desequilíbrios alimentares, que o levam a comer demais ou não se alimentar. (VASQUEZ-MENEZES; SORRATO, 2010).

Entende-se que "*Burnout*" também pode ser originária de características individuais, decorrente de expectativas elevadas, para resolver problemas fora da sua alçada e quando se deseja reconhecimento, resultando em falta de realização pessoal no trabalho, afetando sobremaneira a eficiência e habilidade para realização de tarefas e adequação aos processos de trabalho.

As definições sobre *Burnout* foram agrupadas em quatro perspectivas: *clínica*, *sociopsicológica*, *organizacional* e *sociohistórica*, de acordo com Carlotto, Nakamura e Câmara (2006).

Na *perspectiva clínica*, proposta por Freudenberger (1974), o *Burnout* representa um estado de exaustão resultante do trabalho em que até as próprias necessidades são deixadas de lado.

Na *abordagem sociopsicológica* da síndrome, Maslach, Jackson e Leiter (1996) o caracterizam como estresse laboral e o cliente é levado ao tratamento mecânico. *Burnout* aparece como uma reação à tensão emocional crônica gerada pelo contato direto e excessivo com outros seres humanos, uma vez que cuidar exige tensão emocional constante, e grandes responsabilidades profissionais a cada gesto no trabalho. Resumindo, o envolvimento afetivo que o "trabalhador desenvolve com seus clientes, desgasta-se, desiste e entra em *Burnout*".

Da *perspectiva organizacional*, os sintomas da síndrome resultariam das respostas possíveis para um trabalho estressante ou frustrante ou monótono. A diferença entre *Burnout* e alienação seria que a alienação diminui a liberdade do sujeito para concluir sua tarefa; no caso do *Burnout* a situação é inversa, o sujeito tem liberdade para agir, mas torna-se uma tarefa impossível de realizar.

Na *perspectiva sociohistórica*, pondera-se que, pelo fato de as condições sociais não canalizarem os interesses de uma pessoa para ajudar outra, torna-se difícil manter o comprometimento de servir aos demais no trabalho.

Ainda que não exista uma definição única sobre *Burnout*, já há um consenso de que se trata de uma resposta ao estresse laboral crônico, contudo não deve ser confundido com estresse e nem tampouco tratá-lo como sinônimo (DELGADO; OLIVEIRA, 2009).

Quando se trata de *Burnout* estão envolvidas atitudes e condutas negativas relacionadas aos usuários, clientes, organização e trabalho (PINES; KEINAN, 2005). É um processo que se desenvolve gradualmente, fruto de uma experiência subjetiva, envolve atitudes e sentimentos que desencadeiam problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador e conseqüentemente à organização.

Ocorre quando o lado humano do trabalho não é considerado. Já no estresse não estão envolvidos tais atitudes e condutas, pois se trata de um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho (FILGUEIRAS; HIPPERT, 2002).

Por vezes, em função do despreparo destes, a pessoa em “*Burnout*” é tratada como em estresse ou depressão, o que não a beneficia, uma vez que a causa principal do problema não é atacada, além da sobrecarga de se atribuir toda a dificuldade a componentes pessoais.

Vários instrumentos foram desenvolvidos para medir burnout. Neste sentido Yawen Cheng *et al*, afirmam que:

Entre todos os instrumentos desenvolvidos para medir os níveis de Burnout, o Maslach Burnout Inventory (MBI) foi o mais amplamente utilizado. O MBI define "burnout" como um distúrbio psicológico em conseqüência do estresse prolongado decorrente do trabalho. Conforme o MBI, o burnout é medido por uma soma ponderada de três componentes, “exaustão emocional”, “despersonalização” e “reduzida realização pessoal”. Da mesma forma, o Burnout Inventory Oldenburg (OLBI) define e avalia "burnout" pelos níveis de “exaustão” e “desligamento”. Em contraste, algumas medidas, por exemplo, o Questionário de Burnout SchiromMelamed mede o esgotamento pessoal e a escala do Copenhagen Burnout Inventory (CBI) o foco é no grau de exaustão física e psicológica geralmente experimentado pela pessoa, independentemente da sua relação com o trabalho. (YAWEN *et al*, 2013).

Embora, o termo *Burnout* ainda não esteja tão disseminado e popularizado, verifica-se a necessidade de ser considerado como um problema universal, não sendo um privilégio de uma específica realidade sociocultural e educacional, mas uma consequência das transformações no mundo do trabalho que implicaram em mudanças nas relações sociais e de trabalho, afetando o bem-estar físico e mental dos trabalhadores e dos grupos sociais dos quais eles fazem parte (OLIVEIRA, 2001).

Finalmente a SB constitui-se em um dos grandes problemas psicossociais da atualidade despertando preocupação e interesse por parte da comunidade científica internacional, de entidades governamentais, empresariais e sindicais devido à gravidade de suas consequências, em âmbito individual, coletivo e organizacional (; PALAZZO; CARLOTTO; AERTS, 2012).

1.3 Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer

O ato de cuidar é uma atividade que apresenta várias dimensões, sejam elas: ética, social e demográfica, que proporciona um aspecto clínico, técnico e comunitário podendo causar um risco substancial de doenças para o cuidador, tanto físicas como mentais, já que ele tem muitas responsabilidades, sem, no entanto dispor de um apoio social que contribua para o enfrentamento das suas necessidades e demandas inerentes a sua jornada de trabalho.

O ato de cuidar é complexo. Segundo Valente, Barros e Teixeira (2008), cuidar é uma ação, direcionada às necessidades do outro. Para cuidar, é necessário estar aberto, receptivo, sendo capaz de sensibilizar-se com os problemas e situações do outro, sejam elas passíveis de resolução ou não. Mas que, certamente, sempre poderão ser escutadas.

Cuidar é também perceber a outra pessoa na sua singularidade, considerando a pessoa como ela é, através de seus gestos e falas, suas dores, sofrimento e limitações. A partir daí o cuidador deve oferecer um o cuidado de forma individualizada, com base em suas ideias,

conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada.

Para tanto, esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada, além de considerar todas as potencialidades existentes no indivíduo, estimulando o autocuidado, de forma co-participativa.

O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades, ajudando o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo (FERNANDES, 2009).

Para a Política Nacional de Saúde do Idoso Brasil, a definição de “cuidador de idoso”

É a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das atividades da vida diária, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços que requeiram no cotidiano, excluindo as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem. (BRASIL, 2007).

Na literatura gerontológica encontram-se os termos formal e informal na designação do tipo de apoio oferecido aos idosos dependentes. Entende-se que o cuidador formal, possui educação formal, com certificado de instituição de ensino reconhecida por organismos oficiais e que presta assistência profissional ao idoso e/ou família e à comunidade.

Enquanto o cuidador informal familiar é a pessoa com algum grau de parentesco com o idoso dependente, sem a necessária formação específica e que desenvolve as demandas de cuidados ao idoso, o cuidador informal voluntário é a pessoa leiga que desenvolve o cuidado

ao idoso dependente sob a responsabilidade e supervisão da família, supondo-se que esta aceita o cuidador por depositar confiança no cuidado prestado.

Para Yuaso (2007) os cuidadores podem ser classificados em primários e secundários, de acordo com o grau de envolvimento de cada um nos cuidados prestados ao idoso dependente. O cuidador primário ou principal é aquele que tem total responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso, enquanto o cuidador secundário presta as atividades complementares.

Brasil (2008), afirma que a ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162 definindo o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”.

No Brasil existe uma tradição de que o cuidado de um familiar doente ou com limitações, como é o caso da maioria dos idosos na velhice, deva ser desenvolvido pela própria família, especialmente se a pessoa dependente do cuidado for o cônjuge, os filhos, os pais ou os avós idosos, ou seja, há uma naturalização da ideia de família cuidadora (SENA; GONÇALVES, 2008).

A Constituição da República Federativa do Brasil, no artigo 229, dispõe que “os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” em parceria com o Estado e a sociedade (FERNANDES, 2009).

Berzins e Borges (2012), afirmam que através da Lei N° 8.842 de 1994, regulamentada em 1996, que institui a Política Nacional para o Idoso (PNI) nas suas diretrizes, estabelece que os idosos sejam atendidos, prioritariamente, pela própria família em detrimento da atenção asilar, exceto aqueles que não possam garantir sua sobrevivência.

Assumir a função de cuidador de um familiar idoso com limitações das capacidades funcionais, especialmente nas situações de maior dependência, a

exemplo da demência do tipo *Alzheimer*, constitui uma experiência que produz enorme impacto no processo de viver do cuidador, envolve alterações em sua saúde física, emocional e social, pois, geralmente o cuidado é contínuo, envolve várias ações, surge como algo inesperado, exige conhecimento específico e habilidades, somam-se a outras atividades cotidianas do cuidador, sobrecarregando-o com uma intensa jornada de trabalho, sem contar a possível incompatibilidade na relação do cuidador com a pessoa de quem cuida, ou o fato de acompanhar a progressiva degeneração funcional de um ente querido. Enfim, o cuidado resultaria em uma situação dolorosa e de sofrimento. (SENA; GONÇALVES, 2008, p. 509).

Os cuidadores geralmente são de meia idade ou idosos porque existe uma norma social implícita segundo a qual cabe aos filhos e aos cônjuges cuidar dos mesmos. Quando o idoso é o cônjuge entram em jogo as normas de solidariedade devido a membros da mesma geração, a pessoa que participou do projeto pessoal e familiar do cuidador (FREITAS, 2008).

Para os casais, principalmente os idosos, cuidar de seu companheiro (a) é uma etapa normal e esperada no processo de envelhecer (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Quando o pai ou a mãe entra em cena o dever moral da responsabilidade filial, está alicerçada em três princípios éticos: reverência, débito de gratidão ou reciprocidade, amizade e amor (FREITAS, 2008).

Yuaso (2007) em sua descrição sobre o perfil do cuidador enfatiza:

- a) *habilidades técnicas*: conhecimento e prática adquiridos por orientação de profissionais especializados. Confere a preparação necessária para que ele possa prestar os serviços de atenção e cuidado ao idoso;
- b) *qualidades éticas e morais*: ser digno de confiança, e capaz de assumir responsabilidades e ter iniciativa. Se não for da família deve ter a capacidade de adaptar-se aos hábitos familiares e a organização familiar, evitando interferências, respeitando as crenças religiosas e políticas do idoso e seus familiares;

- c) *qualidades emocionais*: bom equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreensão dos momentos difíceis vividos pelo idoso, adaptação às mudanças sofridas por eles e pela família, mediante situações de frustração pessoal;
- d) *qualidades físicas e intelectuais*: boa saúde física, incluindo força e energia, necessárias nas situações em que é preciso carregar o idoso ou dar apoio para vesti-lo e cuidar de sua higiene pessoal. Deve ter domínio de leitura e escrita, ser capaz de avaliar e administrar situações que envolvem intervenção e tomada de decisão;
- e) *motivação*: gostar de idosos e valorizá-los como grupo social, considerando que o cuidado deve ser um compromisso prioritário, pessoal e também na sociedade.

A tarefa de cuidar envolve pessoas com diferentes necessidades e em graus variados e dependentes, como é o caso das pessoas com Doença de Alzheimer (DA). No caso de cuidador do idoso, seja no domicílio, seja em instituição, deve ter um preparo para este cuidado, tendo em vista a lei Nº 10.741 do Estatuto do Idoso que dispõe em seu artigo 3º inciso IV, capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de Geriatria e Gerontologia, e na prestação de serviços ao idoso (BRASIL, 2003).

A categoria do cuidador informal é o que mais ocorre no tipo de cuidador do portador de DA. A ligação entre o cuidador e seu familiar com DA acontece em um movimento ininterrupto entre o sensível e o objetivo, o impessoal e o pessoal, a intuição e a linguagem, enfim, o mundo perceptivo e o mundo cultural humano (SENA; GONÇALVES, 2008).

Sendo assim, o familiar cuidador está orientado por um sentimento de preservação e continuidade da vida, o qual traz para o presente um passado e, simultaneamente, projeta-se em direção ao futuro.

Na experiência do cuidado de alguém com DA, o familiar cuidador vive essa ambiguidade: de um lado, um apelo à impessoalidade (sentimento), uma vivência se impõe a

ele espontaneamente, como um fenômeno, algo aparece em perfil à percepção, mas arrasta consigo outros perfis, à semelhança de uma paisagem em que, não obstante se esteja focado em uma figura, se pode contar com a coexistência das demais (SENA; GONÇALVES, 2008).

No contexto familiar o cuidador de idosos com DA assume uma demanda de cuidados que poderá afetar suas dimensões física, mental e social (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006) visto que em muitas situações o cuidador familiar assume totalmente os cuidados dessas pessoas.

Estudos evidenciam que o cuidador de idosos com DA, manifesta frequentemente seu desconforto, sentimentos de solidão, quando não recebem o apoio familiar. Esta situação poderá representar um elemento potencial no desenvolvimento de estresse contribuindo fortemente para o esgotamento do indivíduo devido à sobrecarga resultante dos efeitos psicossociais da doença (KARSCH, 2003).

A carga financeira da doença de Alzheimer também poderá representar um fator estressante nas atividades desse cuidador, considerando que o mesmo assume a administração das questões financeiras do idoso, juntamente com as suas, inclusive, contabilizando a sua renda em conjunto com a renda do idoso, para facilitar o manejo dos recursos disponíveis.

Desse modo faz-se necessário o cuidado com o cuidador, a partir do autocuidado, e ainda do olhar dos profissionais de saúde sobre esta pessoa, que tem como base do seu trabalho o amor terapêutico, manifestado no dia a dia do trabalho realizado.

1.4 Sobrecarga de trabalho do cuidador de idosos

Encontra-se na literatura sobre cuidadores de idosos dependentes, comentada por Souza e Vaz (2007) as demandas do cuidado, afirmando que elas atravessam os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico.

Observa-se que a falta de organização familiar e individual do idoso dependente poderá trazer consequências negativas para o cuidado, sendo gerador de situações de estresse e de sobrecarga para o cuidador.

A sobrecarga do cuidador é definida como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados, isto é, *“uma situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades e pedidos do utente”*. (ALVARENA; ALVARADO, 2010).

Vários estudos têm evidenciado os fatores preditivos para sobrecarregar o cuidador nas suas atividades, com ênfase para a intensidade do contínuo de cuidados realizados, o ônus físico, psicológico, social e financeiro que recai sobre o cuidador, fatores subjetivos relacionados a função exercida pelos cuidadores.

A sobrecarga do cuidador informal resulta da demanda de atividades do cuidador do idoso dependente, física e com incapacidade cognitiva, alvo da atenção e dos cuidados, considerando que o cuidado é contínuo e quase sempre irreversível.

Neste contexto Bandeira, Calzavara e Castro (2008), apresenta cinco situações de crise que poderá gerar estresse e sobrecarga para os cuidadores: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações de tempo, relação afetiva entre cuidador e sujeito alvo dos cuidados e a falta de alternativas de escolha.

A doença prolongada de um familiar representa uma situação de crise geradora de estresse, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social.

Diante dessas situações adversas e na ausência de mecanismos de resolução de problemas imediatos, o cuidador informal fica sujeito a uma situação problemática, que pode conduzir a um estado de desorganização psicossocial, frequentemente acompanhado de sentimentos negativos, como medo, culpa e ansiedade.

Quando este estado de mal-estar e tensão não é tolerado durante um longo período, o indivíduo tende a adotar novos modos de resposta para superar a crise, que poderão conduzir a um ajustamento não saudável com repercussões emocionais negativas, gerando a sobrecarga.

Zarit, Reever e Bach – Peterson ([20--?] *Apud* YUASO, 2007) foram pioneiros nos estudos relacionados à sobrecarga do trabalho dos cuidadores familiares de idosos.

“The Zarit Burden Interview” tem como objetivo identificar os fatores que levam à exaustão do cuidador para, posteriormente, se poder proporcionar respostas adequadas às suas necessidades. Esta escala encontra-se validada em diversos países, em diferentes tipologias de doentes, em internamento ou domicílio.

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

O aumento do número de idosos no Brasil deixa de ser um fenômeno e passa a ser uma realidade. O Brasil tem vivenciado uma situação de franca escalada da população idosa, caracterizada pelo aumento crescente da população dos muito idosos, representada por aqueles com idade acima de oitenta anos (FERREIRA *et al*, 2012).

Dados estatísticos sobre as mudanças na pirâmide populacional brasileira confirmam que o número de idosos passou de três milhões em 1960 para sete milhões em 1975 e vinte milhões em 2008; o que representa um aumento de aproximadamente 700% nos últimos cinquenta anos (VERAS, 2012).

Este fenômeno tem provocado alterações no perfil epidemiológico com o predomínio de doenças não transmissíveis, resultando em mudanças no sistema de cuidados, que exige aumento de leitos hospitalares, mas acima de tudo, estímulo ao cuidado domiciliário, através de políticas setoriais de desospitalização e humanização da saúde (BRASIL, 2008; RATES, 2007).

No entanto acompanhando o aumento da longevidade verifica-se o aumento do número de casos de doenças associadas à velhice. Entre elas destaca-se à Doença de Alzheimer (DA). Entre as doenças crônicas degenerativas que vem avançando contra a população na medida em que esta envelhece, a DA provoca um grande impacto social, emocional e financeiro sobre os familiares desses doentes (LAPOLA; CAXAMBU; CAMPOS, 2008).

Estudos realizados em 2010 apontam que existem cerca de 35 milhões de casos no mundo, e sua prevalência vem aumentando de forma significativa. Estima-se que em 2050 106 milhões de pessoas serão atingidas pela DA. Sena e Gonçalves (2008) relatam que a DA vem se configurando como importante problema de saúde pública, especialmente pelo impacto que gera no domínio da família, nos serviços públicos de saúde e na sociedade como um todo.

Diante da evolução da doença verifica-se que o grau de dependência é quase total, devido às complicações associadas à mesma. Neste contexto surge a necessidade de cuidados, seja por parte de familiares ou outra modalidade de cuidador.

A pessoa com a doença necessita de longos períodos de tratamento o qual contribui para sua fragilização, acarretando uma necessidade de assistência que compreenda a família no planejamento das ações do cuidado, resultando numa melhor valorização de cuidado informal em saúde (FREITAS *et al*, 2008).

Assumir a função de cuidar de um idoso com Doença de Alzheimer em função da evolução do quadro clínico, do nível de dependência que ela provoca pela redução e perda da capacidade funcional constitui uma experiência que produz um impacto significativo na vida do cuidador, podendo ocasionar alterações na sua saúde, resultando numa situação dolorosa e de muito sofrimento.

O cuidado é contínuo, envolve várias ações, surge como algo inesperado, exige conhecimento específico e habilidades, somam-se a outras atividades cotidianas do cuidador, sobrecarregando-o com uma intensa jornada de trabalho, de acordo com Sena e Gonçalves (2008), ainda poderá contar a possível incompatibilidade na relação do cuidador com a pessoa de quem cuida, ou o fato de acompanhar a progressiva degeneração funcional de um ente querido.

Considerando estes pressupostos e reconhecendo o valor informacional, o significado do ponto de vista cultural, social e histórico da pesquisa, justifica-se, pela necessidade de identificação dos problemas existentes e da possibilidade de reconhecer os fatores estressores característicos da profissão.

Entende-se que o resultado desta investigação empírica poderá contribuir para tomada de decisão entre os próprios cuidadores e profissionais de saúde no que se refere ao cuidado com o cuidador, podendo suscitar novos estudos nesta área.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar os fatores ocupacionais associados aos três componentes da Síndrome de Burnout em cuidadores dos idosos com Doença de Alzheimer.

3.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil demográfico dos cuidadores de idosos com DA;
- b) Identificar a sobrecarga de trabalho dos cuidadores de idosos com DA;
- c) Caracterizar os fatores ambientais (sociais, psicológicos e culturais) que contribuem para o desenvolvimento da SB;
- d) Verificar o desenvolvimento dos domínios e níveis da SB entre os cuidadores dos idosos com DA;
- e) Analisar a correlação entre sobrecarga de trabalho e estresse ocupacional.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

O estudo está caracterizado do tipo transversal, analítico, com abordagem quantitativa. Este tipo de estudo auxilia na determinação de prevalência dos fatores de risco e frequência de casos de uma determinada doença. Segundo Bonita *et al* (2010), os estudos transversais são úteis para avaliar as necessidades em saúde de uma população. A abordagem quantitativa na opinião de Richardson (2010) é caracterizada pelo emprego de quantificação na modalidade de coleta de informações. Prestes (2007) afirma que tem como finalidade observar, registrar, analisar e interpretar os fatos proporcionando uma visão geral acerca de determinado assunto.

4.2 Local de estudo

O estudo realizou-se em vinte e quatro municípios pertencentes a 6ª Gerência Regional de Saúde, com sede na cidade de Patos, Estado da Paraíba; composta por: Areia de Baraúnas, Cacimba de Areia, Cacimbas, Catingueira, Condado, Desterro, Emas, Junco do Seridó, Mãe D'água, Malta, Matureia, Passagem, Patos, Quixaba, Salgadinho, Santa Luzia, Santa Terezinha, S. José de Espinharas, S. José do Bonfim, São José do Sabugi, São Mamede, Teixeira, Várzea e Vista Serrana.

Figura 2- Mapa da 6ª Gerência Regional de Saúde



Fonte: Adaptado de SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA, 2014.

4.3 População e amostra

Para calcular a população do estudo, foram encontradas algumas dificuldades, devido à inexistência de um banco de dados contendo as informações sobre os cuidadores. A partir do levantamento do número de idosos com Doença de Alzheimer, considerou-se a existência de um cuidador primário para cada idoso doente.

Para ter acesso a esta informação, realizou-se um levantamento de todos os idosos com DA cadastrados no CEDMEX – Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais – 6ª Gerência Regional de Saúde/ Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba – Ministério da Saúde. Obteve-se um total de 336 idosos cadastrados no referido centro.

Neste sentido foi considerada como população do estudo 100% dos cuidadores dos idosos com DA, o que corresponde a 336. A amostra foi calculada considerando a probabilidade dos cuidadores primários dos idosos com DA apresentarem a SB em 50%, para um nível de significância de 5%, um poder de 80%, e acrescentando-se 20% ao valor da amostra devido a perdas, conclui-se, que serão necessários 180 cuidadores.

Realizou-se a seleção da amostra de modo aleatório através da tabela de números aleatórios e levando-se em consideração os dois últimos dígitos do número do cartão do SUS, do cuidador do idoso.

Como critérios de inclusão foram considerados os cuidadores dos idosos com Doença de Alzheimer que estão em atividade laboral há pelo menos 12 meses consecutivos, cuidadores que sabiam ler e escrever, considerando que o instrumento de coleta foi autoaplicável, e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Foram excluídos do estudo os cuidadores que se encontravam de férias no momento da coleta dos dados, bem como aqueles cujos idosos haviam falecido recentemente, considerando que os mesmos não mais se encontravam desenvolvendo a ocupação de cuidadores dos idosos com DA.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados utilizou-se um questionário autoaplicável, estruturado em três partes:

A primeira referente aos dados de identificação do cuidador, quanto aos aspectos demográficos (gênero, idade, renda etc.), bem como dados inerentes ao idoso (sexo, idade, nível de evolução da DA: inicial, intermediário, final, terminal) (APÊNDICE B).

Na segunda parte foi avaliada a sobrecarga de trabalho dos cuidadores primários através da utilização da versão brasileira da Escala *Zarit Burden Interview* – EZBI (ANEXO A). Este instrumento foi criado com a finalidade de avaliar o nível de sobrecarga do cuidador principal, também conhecido como cuidador primário. Avalia a saúde, o bem-estar psicológico e socioeconômico e sua relação com o doente (BRASIL, 2006).

Trata-se de um questionário composto por 22 itens, cada item consiste em uma afirmação pontuada de acordo com a frequência com que elas ocorrem, recebendo a seguinte pontuação: 0 (nunca); 1 (raramente); 2 (Algumas vezes); 3 (frequentemente) e 4 (sempre). O escore final é calculado pela soma de todos os itens, que pode variar de 0 a 88, compreendendo que quanto maior o valor, maior a sobrecarga. Para descrever a sobrecarga do cuidador principal, utilizou-se a determinação do *score/sobrecarga* estabelecido por Zarit (1987); a partir da seguinte classificação: < 21: Ausência de Sobrecarga; 21-40: Sobrecarga moderada; 41-60: Sobrecarga moderada a severa; > 61: Sobrecarga Severa.

A terceira parte do questionário refere-se a um instrumento publicado e validado internacionalmente para medir as três dimensões do *Burnout*. O Maslach Burnout Inventory (MBI), criado por Maslach, Jackson e Leiter (1996), como um instrumento de medida aceito pela comunidade científica (ANEXO B). É constituído por 22 itens, divididos em três domínios fundamentais, entendidos da seguinte forma, de acordo com Carlotto, Nakamura e Câmara (2006):

- a) exaustão emocional (EE): constitui-se em uma situação em que os profissionais sentem que, afetivamente, já não podem dar mais de si mesmos; percebem que ocorreu uma queda da energia e emocionalmente encontram-se esgotados. Quando esses sentimentos de impotência se tornam crônicos, os profissionais julgam-se incapazes de uma doação integral aos usuários do serviço. As questões da subescala exaustão emocional são avaliadas por nove itens: 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14, 16 e 20;
- b) despersonalização (DP): ocorre quando os profissionais não mais apresentam sentimentos positivos a respeito de seus clientes e desenvolvem cinismo, sentimentos e atitudes negativas. Os profissionais apresentam neste nível, uma falta de sensibilidade e dureza ao

responder aos usuários do serviço. As questões que se referem à subescala despersonalização contemplam cinco itens: 05, 10, 11, 15 e 22;

- c) realização pessoal no trabalho (RP): refere-se a uma diminuição dos sentimentos de competência em relação aos ganhos obtidos nos trabalhos com pessoas. Trata-se de um sentimento de baixa realização pessoal do trabalho. As questões que envolvem a subescala baixa realização profissional são em número de oito: 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 e 21.

O MBI é avaliado através de duas maneiras:

- a) quantitativamente: onde obtemos um valor médio por domínio;
- b) qualitativamente: onde estratificamos o valor obtido em cada domínio levando em consideração o valor do quartil, ou seja:
- o valor do 1º quartil (correspondente ao percentil 25): indica baixo nível da síndrome;
 - o valor interquartil (correspondente ao percentil 25 a 75): indica nível médio da síndrome;
 - acima do 3º quartil (corresponde ao percentil 75): indica alto nível da síndrome.

Após a estratificação consideramos como apresentando alto risco de *Burnout* o indivíduo com:

- a) alto nível de EE;
- b) alto nível de DP;
- c) baixo nível de RP.

E apresentando baixo risco de *Burnout* o indivíduo com:

- a) baixo nível de EE;
- b) baixo nível de DP;
- c) alto nível de RP.

Os demais indivíduos foram considerados como risco médio de *Burnout*.

Desta forma, quando tem-se altas pontuações em EE e DP associados a baixos valores em RP, conclui-se que o indivíduo apresenta a Síndrome de *Burnout*.

4.5 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados primários iniciou-se após apreciação e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSM através do parecer N° 530.607 – Cajazeiras – PB 10.02.2014; e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE A) por todos os sujeitos da pesquisa, conforme determina a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Esta etapa foi precedida de reuniões loco regionais entre os secretários municipais de saúde dos municípios da 6ª GRS e entre os integrantes das ESF, bem como oficinas com os ACS, organizadas de acordo com os seguintes momentos:

- a) reunião da CIR (Comissão Intergestora Regional) na 6ª Gerência Regional de Saúde, na cidade de Patos – PB para socialização do Projeto de Pesquisa e sensibilização dos Secretários Municipais de Saúde acerca da temática a ser estudada; oportunidade em que

obteve-se apoio dos mesmos, momento em que ficou pactuado através da elaboração de cronograma a visitação aos municípios;

- b) visita aos 24 municípios para Socialização do Projeto de Pesquisa e sensibilização da Equipe Saúde da Família acerca da temática, através de reuniões previamente agendadas;
- c) oficina com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com informações relevantes sobre a Síndrome de Burnout, e orientações a respeito do instrumento de coleta e os devidos procedimentos a serem adotados pelos mesmos, instrumentalizando-os para que pudessem auxiliar na entrega do questionário ao cuidador, quando da coleta dos dados. Destaca-se a participação de 100% dos ACS das localidades, através de registro de frequência dos mesmos.

Os ACS se dispuseram a localizar os sujeitos da pesquisa realizando a entrega do questionário auto aplicável aos cuidadores dos idosos com DA. Após ser formalizado o pedido de autorização junto ao cuidador(a) foram esclarecidos os objetivos e as orientações necessárias ao preenchimento do questionário. Ressaltou-se a importância da colaboração dos cuidadores na pesquisa e os riscos do seu envolvimento, bem como a garantia de fidedignidade e anonimato de sua identidade e informações cedidas.

Os dados foram coletados entre os meses de junho e setembro de 2014. Sofreu solução de continuidade devido a existência de microáreas descobertas, dificultando a localização dos sujeitos da pesquisa, o período da copa do mundo e as festas juninas, a extensão territorial e as dificuldades de acessibilidade de alguns locais de coleta, com domicílios de cuidadores em zona rural de alguns municípios, contribuíram para a extensão do período de coleta de dados.

Cabe ressaltar a relevância do apoio oferecido pelos gestores municipais no sentido de superar as dificuldades existentes, apoiando as estratégias de enfrentamento utilizadas para

identificação das microáreas descobertas, favorecendo o acesso aos cuidadores residentes em áreas territoriais distantes, otimizando a logística da pesquisa.

Após a realização da coleta e recolhimento dos questionários respondidos, processados e analisados, foram guardados em pastas arquivos, acompanhados dos demais impressos, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora.

4.6 Análise dos dados

Para subsidiar a análise dos dados, elaborou-se um banco de dados com utilização do programa EXCEL, contendo a codificação acompanhado de um dicionário com todas as variáveis. A alimentação dos dados foi realizada utilizando-se a técnica de validação por dupla entrada (digitação). Quando da ocorrência de inconsistências nas informações, buscou-se localizar o questionário efetuando-se as correções. Após a digitação e a verificação da consistência dos dados, estes foram importados para o aplicativo SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) for Windows 15.0 para análise.

Os procedimentos estatísticos foram realizados através da análise descritiva de todas as variáveis do estudo.

As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos; e as variáveis quantitativas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Foi verificada a associação entre as variáveis qualitativas através do teste de Qui-quadrado (SIEGEL, 1982).

Foi utilizado o modelo de regressão logística univariado e múltiplo para se avaliar fatores de risco (razão de chance) para cada um dos domínios do MBI. (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

O Nível de significância em todas as análises foi de 5%.

4.7 Posicionamento ético da pesquisadora

A pesquisa levou em consideração os procedimentos éticos, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual incorpora as referências básicas da bioética, bem como os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, sendo definida como individual ou coletiva e envolve o ser humano, em sua totalidade ou em partes inclui informações e o manejo de materiais (BRASIL, 2012).

Levou-se em consideração a privacidade e os direitos dos sujeitos de participar por livre e espontânea vontade, podendo desistir em qualquer momento ou ter acesso a todo o conteúdo deste trabalho. Desta forma, o projeto de pesquisa submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria – PB, foi aprovado, através da emissão de um protocolo e certidão expedida pelo referido Comitê.

Salienta-se ainda, que todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre a temática da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A metodologia adotada para a coleta dos dados não contemplou procedimentos invasivos. O desenvolvimento do estudo não ofereceu nenhum risco de ordem psicológica para os sujeitos, decorrentes de possível constrangimento moral e/ou recusa de responder algum questionamento, podendo estar relacionado a sentimentos de insegurança em resposta a preservação do seu anonimato, havendo um índice de adesão significativo em torno de 90% dos cuidadores, com apenas 1,7% de recusa; representado por aqueles que não assinaram o termo de consentimento, por se sentirem impossibilitados de responder o questionário, oportunidade em que a participação nesta pesquisa foi descartada.

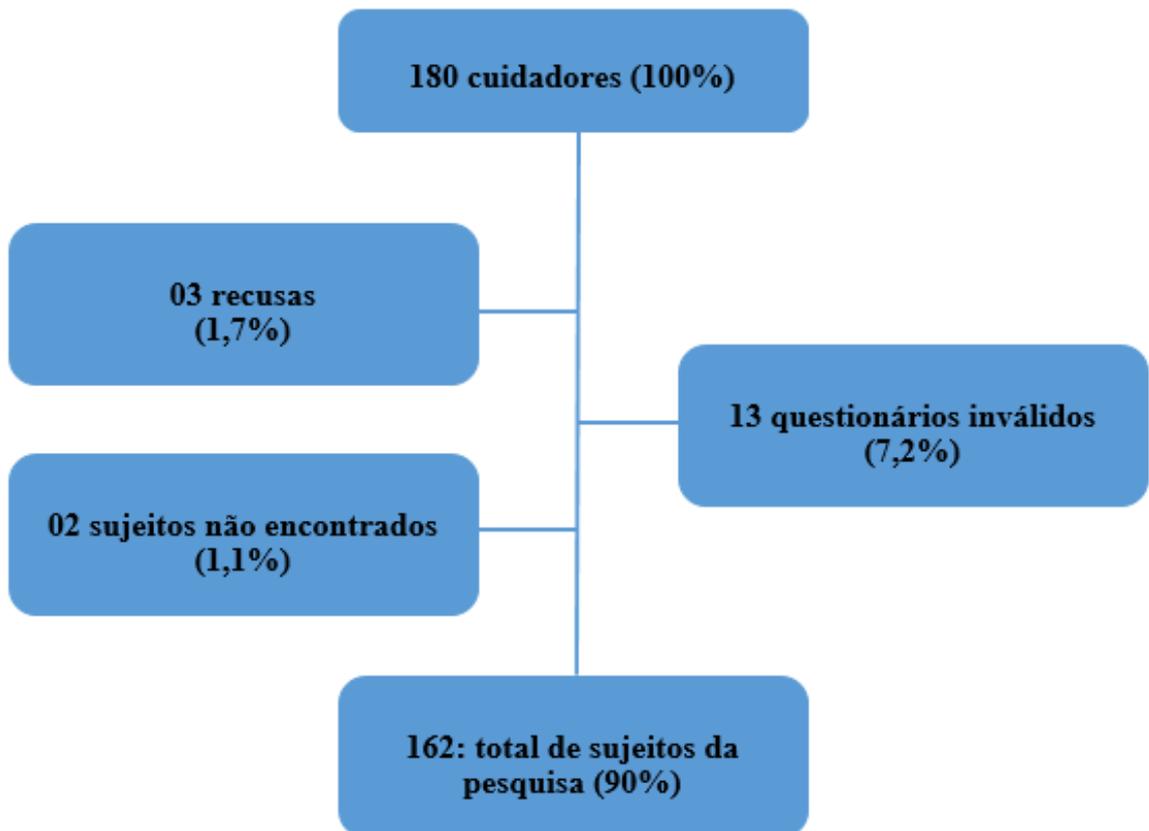
Estes riscos foram minimizados com o respeito a sua subjetividade e privacidade, garantindo o direito e a liberdade de se ausentar da pesquisa em qualquer momento em que se julgasse necessário.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Ao término da coleta de dados, dos 180 cuidadores calculados para fazer parte do estudo, verificou-se que 3 (1,7%) recusaram-se em participar; 9 deixaram de responder o questionário completo e 4 foram desistentes sendo classificados como inválidos (13 questionários – 7,2%); 2 (1,1%) não foram encontrados. Destes, 162 (90%) atenderam a solicitação e responderam o questionário autoaplicável. Dessa forma considera-se muito significativa a adesão dos cuidadores para participar do estudo (figura 3).

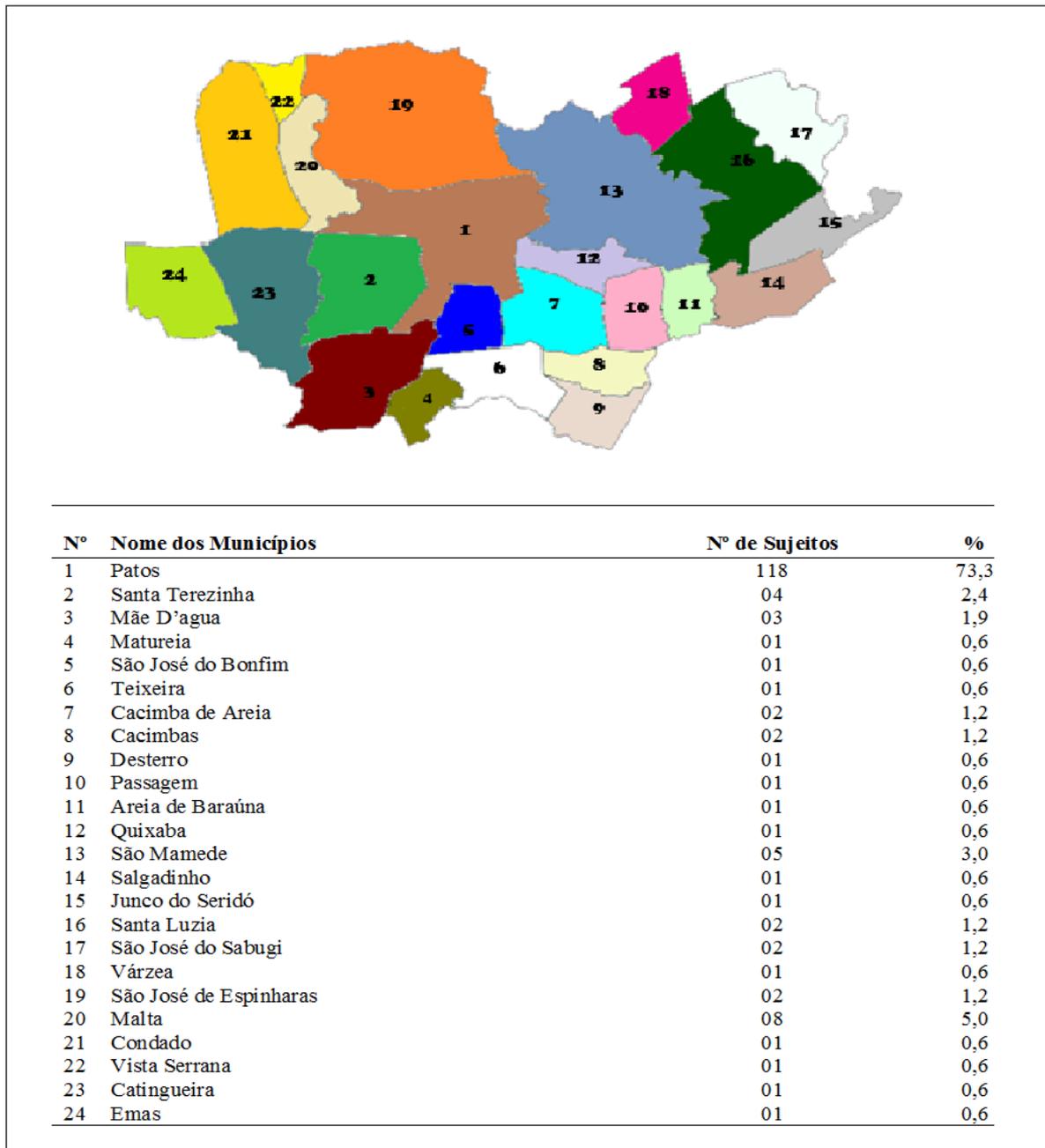
Figura 3- Fluxograma correspondente a distribuição amostral



Fonte: MEDEIROS, 2015.

A figura 4 apresenta a distribuição dos sujeitos da pesquisa nos 24 municípios que compõem a 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos – PB.

Figura 4- Distribuição dos sujeitos da pesquisa nos 24 municípios que compõem a 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos – PB. 2014



Fonte: Adaptado de CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA, 2014.

5.1 Análise descritiva dos dados demográficos da amostra estudada

A partir das informações apresentadas na tabela 1 observa-se que em relação ao sexo dos cuidadores dos idosos com Doença de Alzheimer (DA) houve prevalência do sexo feminino. A renda predominante entre eles foi equivalente a até 1 salário mínimo vigente no país no ano de 2014 (um Salário mínimo = R\$724,000); a maioria é casada. Quando questionados acerca do recebimento de remuneração por ser cuidador dos idosos com DA observou-se que mais de 80% afirmaram não receber remuneração por este tipo de ocupação, caracterizados como cuidadores informais, representados por aqueles que apresentam algum tipo de parentesco com os idosos.

Tabela 1- Distribuição de frequência absoluta e relativa dos dados demográficos dos cuidadores dos idosos com DA cadastrados no CEDMEX da 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos – PB – 2014

	Nº	%
Sexo		
Feminino	136	84,0
Masculino	26	16,0
Renda		
Até 1 salário	73	45,0
Até 2 salários	55	34,0
3 ou mais salários	34	21,0
Estado Civil		
Solteiro (a)	50	30,9
Casado (a)	102	63,0
Divorciado (a)	6	3,7
Viúvo (a)	4	2,5
Recebe remuneração por ser cuidador?		
Sim	21	13,0
Não	141	87,0

Fonte: MEDEIROS, 2015.

A tabela 2 sintetiza a análise dos aspectos referentes à ocupação dos cuidadores. A maioria realiza outro tipo de trabalho para complementação da renda, sendo mais de um terço deles assalariados, destacando-se as ocupações de professores, comerciário, secretária, estudante, do lar e profissionais de saúde. Quando questionados acerca do grau de parentesco com o idoso(a) com DA prevaleceu o sim, representados em grande parte pelos filhos(as). Verifica-se a existência de cuidadores que não apresentam grau de parentesco com os idosos em menos de 10% dos participantes da amostra estudada.

Tabela 2- Distribuição dos cuidadores dos idosos com DA cadastrados no CEDMEX da 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) – Patos –PB, quanto aos aspectos relacionados a ocupação e grau de parentesco com o idoso(a) - 2014

	Nº	%
Desenvolve outro tipo de trabalho?		
Sim	110	67,9
Não	52	32,1
Ocupação		
Assalariado	57	35,2
Não Assalariado	105	64,8
Grau de Parentesco		
Sim	147	90,7
Não	15	9,3
Tipo de Parentesco		
Esposo (a)	27	16,6
Filho (a)	85	52,4
Sobrinho, neto, irmão (a)	29	18,0
Nora/genro	6	3,8
Sem parentesco	15	9,2

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Na tabela 3 está descrita a caracterização dos dados referentes aos idosos com DA. Os resultados da pesquisa demonstram que mais de 60% dos idosos residem com os cuidadores,

sendo idosos predominantemente do sexo feminino, faixa etária entre 70 – 80 anos e quanto a fase da doença de Alzheimer na qual encontram-se as pessoas idosas. A fase intermediária foi a mais citada.

Tabela 3- Caracterização dos dados referentes aos Idosos com DA, residentes nos municípios cadastrados no CEDEMEX da 6ª Gerência Regional de Saúde – Patos PB - 2014

	Nº	%
Mora com o cuidador?		
Sim	104	64,2
Não	58	35,8
Sexo		
Feminino	104	64,2
Masculino	58	35,8
Faixa Etária		
Até 70 anos	46	2,4
De 70 a 80 anos	64	39,5
Maior ou igual a 80 anos	52	32,1
Fase da Doença		
Inicial	32	19,8
Intermediária	70	43,2
Final	50	30,9
Terminal	10	6,2

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Na tabela 4 quando analisadas as variáveis idade dos cuidadores dos idosos com DA, o tempo de ocupação em anos e a idade dos idosos com DA em relação ao sexo dos cuidadores, verifica-se que as cuidadoras apresentam uma idade média em torno de 44 anos de idade; desenvolvem esta atividade, em média, há mais de 04 anos; verifica-se ainda que a média de idade das pessoas idosas está em torno de 76 anos de idade; denotando um acompanhamento por parte dos cuidadores da evolutiva da doença destas pessoas.

Tabela 4- Análise descritiva por sexo das variáveis idade do cuidador, tempo de ocupação e idade dos idosos com DA cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Idade do cuidador (anos)	Tempo de Ocupação (anos)	Idade do idoso (anos)	
FEMININO				
$\mu \pm dp$	44,1 \pm 14,0	4,2 \pm 4,1	76,1 \pm 7,7	
Mediana	42,5	3,0	75,0	
Mínimo-Máximo	17,0 - 81,0	0,0 - 25,0	61,0 - 96,0	
Percentil				
	25	34,0	2,0	69,0
	50	42,5	3,0	75,0
	75	53,0	5,0	80,8
MASCULINO				
$\mu \pm dp$	40,8 \pm 16,3	2,6 \pm 1,1	72,9 \pm 6,7	
Mediana	39,0	2,5	71,0	
Mínimo-Máximo	13,0 - 79,0	1,0 - 5,0	63,0 - 87,0	
Percentil				
	25	28,8	2,0	67,8
	50	39,0	2,5	71,0
	75	47,8	3,0	78,5

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Na tabela 5 os resultados apresentados apontam para uma associação, teste de Qui-quadrado, entre o sexo dos cuidadores e as demais variáveis apresentadas na referida tabela. Em relação ao sexo observou-se associação entre o sexo feminino e a renda de até um salário mínimo, tipo de ocupação de não assalariados e tempo de ocupação de 12 a 24 meses ($p < 0,05$).

Tabela 5- Análise bidimensional do sexo em relação à faixa etária, renda, estado civil, remuneração como cuidador, desenvolvimento de outras atividades e tipo de ocupação dos cuidadores dos idosos cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Feminino		Masculino		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Faixa Etária (anos)					
Até 30	22	16,0	9	35	0,090
De 30 a 50	73	54,0	11	42	
Maior ou igual a 50	41	30,0	6	23	
Renda					
Até 1 salário	68	50	5	19	0,007
Até 2 salários	40	29	15	58	
3 ou mais salários	28	21	6	23	
Estado Civil					
Solteiro (a)	41	30	9	35	0,555
Casado (a)	85	63	17	65	
Divorciado (a)	6	4	0	0	
Viúvo (a)	4	3	0	0	
Recebe Remuneração?					
Sim	16	12	5	19	0,299
Não	120	88	21	81	
Desenvolve outro tipo de trabalho?					
Sim	90	66	20	77	0,282
Não	46	34	6	23	
Tipo de Ocupação					
Assalariado	38	28	19	73	< 0,001
Não Assalariado	98	72	7	27	
Tempo de Ocupação (meses)					
12 a 24	48	35	12	46	0,017
24 a 36	30	22	11	42	
36 a 60	16	12	00	00	

Continuação da Tabela 5

	Feminino		Masculino		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Tempo de Ocupação (meses)					
Maior que 60	42	31	03	12	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Verifica-se que na tabela 6 estão apresentados os resultados da análise bidimensional da variável sexo em associação com grau e tipo de parentesco, se mora com a pessoa idosa, o sexo, faixa etária e a fase da doença na qual a pessoa idosa com DA se encontra. Desta forma, houve uma associação entre o sexo feminino dos cuidadores e o sexo feminino da pessoa idosa com DA, ou seja, as mulheres cuidadoras cuidam mais das mulheres idosas com DA.

Tabela 6- Análise bidimensional do sexo do cuidador em relação ao grau de parentesco, tipo de parentesco, mora como idoso, sexo do idoso, faixa etária do idoso, fase da doença dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Feminino		Masculino		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Grau de Parentesco					
Sim	126	93	21	81	
Não	10	7	5	19	0,055
Tipo de Parentesco					
Esposo (a)	23	17	4	15	
Filho (a)	72	53	13	50	
Sobrinho, neto, irmão (a)	26	19	3	12	0,393
Nora/genro	5	4	1	4	
Remunerado	10	7	5	19	
Mora com idoso?					
Sim	91	67	13	50	
Não	45	33 ^a	13	50	0,099

Continuação da Tabela 6

	Feminino		Masculino		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Sexo do Idoso					
Sexo do Idoso					
Feminino	97	71	7	27	
Masculino	39	29	19	73	< 0,001
Faixa Etária do Idoso					
Até 70 anos	35	26	11	42	
De 70 a 80 anos	55	40	9	35	0,213
Maior ou igual a 80 anos	46	34	6	23	
Fase da Doença					
Inicial	27	20	5	19	
Intermediária	55	40	15	58	
Final	46	34	4	15	0,258
Terminal	8	6	2	8	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Os resultados apresentados na tabela 7 acerca da análise bidimensional da variável tipo de ocupação de acordo com o sexo, faixa etária, renda, estado civil, recebe remuneração por ser cuidador(a) e tempo de ocupação, demonstra uma associação, teste de Qui-quadrado, de não assalariados com cuidadores do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 50 anos, com renda de até um salário mínimo, não recebendo remuneração e com tempo de ocupação acima de 24 meses. Houve associação dos assalariados em relação aos cuidadores que desenvolvem outro tipo de trabalho ($p < 0,05$).

Tabela 7- Análise bidimensional da variável tipo de ocupação de acordo com o sexo, faixa etária, renda, estado civil, recebe remuneração por ser cuidador(a) e tempo de ocupação dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Assalariado		Não Assalariado		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Sexo					
Feminino	38	67	98	93	<0,001
Masculino	19	33	07	07	
Faixa Etária					
Até 30	16	28	15	14	0,002
De 30 a 50	34	60	50	48	
Maior ou igual a 50	07	12	40	38	
Renda					
Até 1 salário	17	30	56	53	0,004
Até 2 salários	21	37	34	33	
3 ou mais salários	19	33	15	14	
Estado Civil					
Solteiro (a)	20	35	30	28	0,583
Casado (a)	34	60	68	65	
Divorciado (a)	1	02	5	05	
Viúvo (a)	2	03	2	02	
Recebe Remuneração?					
Sim	12	21	9	9	0,024
Não	45	79	96	91	
Desenvolve outro tipo de trabalho?					
Sim	57	100	53	50	< 0,001
Não	00	00	52	50	
Tempo de Ocupação (meses)					
12 a 24	02	04	25	25	0,002
Acima de 24	45	96	75	75	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

A tabela 8 apresenta os resultados inerentes à análise bidimensional da variável tipo de ocupação em relação ao grau e tipo de parentesco, mora com o idoso, sexo, faixa etária e fase da doença do idoso com DA. Verifica-se que houve uma associação, teste de Qui-quadrado, entre os cuidadores não assalariados que apresentam algum grau de parentesco, com destaque para os filhos e cuidadores que residem com os idosos ($p < 0,05$).

Tabela 8- Análise bidimensional da variável tipo de ocupação de acordo com o grau de parentesco, tipo de parentesco, mora com o idoso, sexo e faixa etária do idoso e fase da doença na qual os idosos se encontram. Patos – PB - 2014

	Assalariado		Não Assalariado		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Grau de Parentesco					
Sim	47	82	100	95	0,007
Não	10	18	05	05	
Tipo de Parentesco					
Esposo (a)	02	04	25	24	0,003
Filho (a)	31	54	54	51	
Sobrinho, neto, irmão (a)	12	21	17	16	
Nora/genro	02	04	04	04	
Remunerado	10	17	05	05	
Mora com idoso?					
Sim	29	51	75	71	0,009
Não	28	49	30	29	
Sexo do Idoso					
Feminino	33	58	71	71	0,217
Masculino	24	42	34	32	
Faixa Etária do Idoso					
Até 70 anos	16	28	30	29	0,109
De 70 a 80 anos	28	49	36	34	
Maior ou igual a 80 anos	13	23	39	37	
Fase da Doença					
Inicial	08	14	24	23	0,230

Continuação da Tabela 8

	Assalariado		Não Assalariado		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Fase da Doença					
Intermediária	30	53	40	38	
Final	17	30	33	31	
Terminal	2	03	08	08	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

As tabelas 9 e 10 demonstram a análise bidimensional da associação entre as variáveis do estudo; tendo como variável de interesse o tipo de cuidador, sendo categorizado apenas aqueles com grau de parentesco, especificados em esposa (o) e demais familiares; representando um total de 147 sujeitos, visto que foram excluídos aqueles que não possuem grau de parentesco com os idosos (n=15).

Os resultados da análise bidimensional da associação entre o tipo de cuidador e as variáveis descritas na tabela 9 demonstram a existência de associação, teste de Qui-quadrado, entre os outros cuidadores familiares dos idosos com DA, em relação à faixa etária de 30 – 50 anos, renda de até 1 salário mínimo, casados e não assalariados ($p < 0,05$).

Tabela 9- Análise bidimensional da associação entre as variáveis cuidador com grau de parentesco em associação com o sexo, faixa etária, renda, estado civil, recebe remuneração por ser cuidador(a) e tempo de ocupação dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Cuidador Esposa(o)		Cuidador (Outros)		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
	Sexo				
Feminino	23	85	103	86	0,931
Masculino	04	15	17	14	

Continuação da Tabela 9

	Cuidador Esposa(o)		Cuidador (Outros)		Nível de Significância^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Faixa Etária					
Até 30	00	00	23	19	
De 30 a 50	00	00	77	64	<0,001
Maior ou igual a 50	27	100	20	17	
Renda					
Até 1 salário	07	26	58	48	
Até 2 salários	10	37	41	34	0,038
3 ou mais salários	10	37	21	18	
Estado Civil					
Solteiro (a)	00	00	43	36	
Casado (a)	27	100	95	57	<0,001
Divorciado (a)	00	00	05	04	
Viúvo (a)	00	00	04	03	
Recebe Remuneração?					
Sim	00	00	06	05	0,235
Não	27	100	114	95	
Desenvolve outro tipo de trabalho?					
Sim	14	52	85	71	0,057
Não	13	48	35	29	
Tipo de Ocupação					
Assalariado	02	07	45	38	0,002
Não Assalariado	25	93	75	63	
Tempo de Ocupação (meses)					
12 a 24	13	48	37	31	0,086
Acima de 24	14	52	83	69	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Os resultados da análise bidimensional (tabela 10) acerca das variáveis tipo de cuidador com as condições apresentadas pelos idosos com DA, revela, pelo teste de Qui-quadrado, uma associação entre os demais cuidadores familiares com todas as variáveis da tabela, seja, os idosos do sexo feminino que residem com seus familiares, que se encontram na faixa etária entre 70 – 80 anos e na fase intermediária da doença de Alzheimer ($p < 0,05$). Considerando que o início da doença ocorre entre pessoas que se encontram com idade a partir de 65 anos, os resultados apontam para a progressão da doença ao longo da vida. Visto que os idosos de 70 a 80 anos se encontram na segunda fase da DA caracterizada como intermediária (teste de qui-quadrado, $p < 0,05$).

Tabela 10- Análise bidimensional do grau de parentesco do cuidador e morar com o cuidador, sexo, faixa etária e fase da doença na qual encontram-se os idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB- 2014

	Cuidador (Esposa(o))		Cuidador (Outros)		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Mora com o cuidador					
Sim	27	100	76	63	<0,001
Não	00	00	44	37	
Sexo do Idoso					
Feminino	05	19	91	76	<0,001
Masculino	22	81	29	24	
Faixa Etária do Idoso					
Até 70 anos	17	63	24	20	<0,001
De 70 a 80 anos	06	22	51	43	
Maior ou igual a 80 anos	04	15	45	38	

Continuação da Tabela 10

Fase da Doença	Cuidador (Esposa(o))		Cuidador (Outros)		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
	Inicial	10	37	17	
Intermediária	11	41	53	44	
Final	06	22	42	35	
Terminal	00	00	08	07	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

A Tabela 11 apresenta a análise bidimensional do grau de parentesco com os idosos e o sexo, faixa etária, renda, estado civil, recebe remuneração, desenvolve outro tipo de trabalho, tipo e tempo de ocupação. Observou-se, pelo teste de Qui-quadrado, que houve associação de cuidadores que apresentam algum grau de parentesco e a faixa etária entre 30 – 50 anos de idade, sem remuneração, não assalariados e que desenvolvem a atividade de cuidador dos idosos com DA há mais de dois anos ($p < 0,05$).

Tabela 11- Análise bidimensional do grau de parentesco e sexo, renda, faixa etária, estado civil, recebe remuneração por ser cuidador(a) e tempo de ocupação dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Grau de Parentesco com idoso?				Nível de Significância ^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Sexo					
Feminino	126	86	10	67	0,055
Masculino	21	14	05	33	
Faixa Etária					
Até 30	23	16	08	53	<0,001
De 30 a 50	77	52	07	47	
Maior ou igual a 50	47	32	00	00	

Continuação da tabela 11

	Grau de Parentesco com idoso?				Nível de Significância^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Renda					
Até 1 salário	65	44	8	53	0,772
Até 2 salários	51	35	4	27	
3 ou mais salários	31	21	3	20	
Estado Civil					
Solteiro (a)	43	29	07	47	0,418
Casado (a)	95	65	07	47	
Divorciado (a)	05	03	01	07	
Viúvo (a)	04	03	00	00	
Recebe Remuneração?					
Sim	06	04	15	100	< 0,001
Não	141	96	00	00	
Desenvolve outro tipo de trabalho?					
Sim	99	67	11	73	0,636
Não	48	33	04	27	
Tipo de Ocupação					
Assalariado	47	32	10	67	0,007
Não Assalariado	100	68	05	33	
Tempo de Ocupação (meses)					
12 a 24	50	34	10	67	0,013
Acima de 24	97	66	05	33	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Os resultados da análise bidimensional, teste de qui-quadrado, da associação entre as variáveis apresentados na tabela 12 confirmam uma associação entre os cuidadores com grau de parentesco com o idoso e achados significantes para filhos e condição de residir com o idoso ($p < 0,05$).

Tabela 12- Análise bidimensional da associação entre variáveis grau de parentesco com o idoso e associação com o tipo de parentesco, se mora com o idoso, sexo do idoso, faixa etária do idoso e fase da doença. Patos – PB - 2014

	Grau de Parentesco com idoso?				Nível de Significância ^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Tipo de Parentesco					
Esposo (a)	27	18	00	00	
Filho (a)	85	58	00	00	
Sobrinho, neto, irmão (a)	29	20	00	00	< 0,001
Nora/genro	06	04	00	00	
Remunerado	00	00	15	100	
Mora com idoso?					
Sim	103	70	01	07	
Não	44	30	14	93	< 0,001
Sexo do Idoso					
Feminino	96	65	08	53	
Masculino	51	35	07	47	0,357
Faixa Etária do Idoso					
Até 70 anos	41	28	05	33	
De 70 a 80 anos	57	39	07	47	0,574
Maior ou igual a 80 anos	49	33	03	20	
Fase da Doença					
Inicial	27	18	05	34	
Intermediária	64	44	06	40	
Final	48	33	02	13	0,203
Terminal	08	05	02	13	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Observa-se, pelo teste de Qui-quadrado (Tabela 13), que houve associação entre os cuidadores que residem com os idosos e que se encontram na faixa etária de 30 – 50 anos de idade, que não recebem remuneração na função, não assalariados e que desenvolvem outro tipo de trabalho ($p < 0,05$).

Tabela 13- Análise bidimensional entre as variáveis mora com o idoso e o sexo, faixa etária, renda, ocupação, estado civil recebe remuneração e tempo de ocupação dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Mora com o idoso?				Nível de Significância^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Sexo					
Feminino	91	88	45	78	0,099
Masculino	13	12	13	12	
Faixa Etária					
Até 30	15	14	16	28	0,003
De 30 a 50	50	48	34	59	
Maior ou igual a 50	39	38	08	14	
Renda					
Até 1 salário	48	46	25	43	0,898
Até 2 salários	34	33	21	36	
3 ou mais salários	22	21	12	21	
Estado Civil					
Solteiro (a)	33	32	17	29	0,944
Casado (a)	64	61	38	66	
Divorciado (a)	04	04	02	03	
Viúvo (a)	03	03	01	02	
Recebe Remuneração?					
Sim	03	03	18	31	< 0,001
Não	101	97	40	69	
Desenvolve outro tipo de trabalho?					
Sim	64	62	46	79	0,020
Não	40	38	12	21	
Tipo de Ocupação					
Assalariado	29	28	28	48	0,009
Não Assalariado	75	72	30	52	

Continuação da tabela 13

	Mora com o idoso?				Nível de Significância^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Tempo de Ocupação (meses)					
12 a 24	36	35	24	41	0,393
Acima de 24	68	65	34	59	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

A tabela 14 apresenta a análise bidimensional entre morar com o idoso e grau de parentesco, tipo de parentesco, sexo e faixa etária do idoso, e fase da doença. Observou-se, teste de qui-quadrado, uma associação entre os cuidadores que residem com os idosos com DA que apresentam grau de parentesco, com ênfase nos filhos ($p < 0,05$).

Tabela 14- Análise bidimensional entre as variáveis mora com o idoso, grau e tipo de parentesco, sexo, faixa etária e fase da doença dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Mora com o idoso?				Nível de Significância^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Grau de Parentesco					
Sim	103	99	44	76	< 0,001
Não	01	01	14	24	
Tipo de Parentesco					
Esposo (a)	27	26	00	00	< 0,001
Filho (a)	58	56	27	47	
Sobrinho, neto, irmão (a)	13	12	16	28	
Nora/genro	05	05	01	02	
Remunerado	01	01	14	24	
Sexo do Idoso					
Feminino	65	63	39	67	0,546

Continuação da tabela 14

	Mora com o idoso?				Nível de Significância^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Sexo do Idoso					
Masculino	38	37	19	33	
Faixa Etária do Idoso					
Até 70 anos	32	31	14	24	
De 70 a 80 anos	39	37	25	43	0,642
Maior ou igual a 80 anos	33	32	19	33	
Fase da Doença					
Inicial	21	20	11	19	
Intermediária	41	39	29	50	0,599
Final	35	34	15	26	
Terminal	07	07	03	05	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Os resultados da análise bidimensional da associação entre as variáveis apresentados na Tabela 15 demonstram a existência de associação, teste de qui-quadrado, entre os cuidadores que se encontram na faixa etária de 30 a 50 anos de idade, com a condição de casados, sem remuneração, não assalariados e que desenvolvem a atividade de cuidador de idosos com DA há mais de dois anos ($p < 0,05$).

Tabela 15- Análise bidimensional entre a faixa etária do cuidador com o sexo, renda, estado civil, recebe remuneração por ser cuidador(a), desenvolve outro tipo de trabalho, tipo de ocupação e tempo de ocupação dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Faixa Etária do cuidador (anos)						Nível de Significância ^{&}
	Até 30		De 30 a 50		Maior ou igual a 50		
	Nº	%	Nº	%	N	%	
Sexo							
Feminino	22	71	73	87	41	87	0,091
Masculino	09	29	11	13	06	13	
Renda							
Até 1 salário	17	55	40	48	16	34	0,420
Até 2 salários	08	26	28	33	19	40	
3 ou mais salários	06	19	16	19	12	26	
Estado Civil							
Solteiro (a)	23	74	23	27	04	09	< 0,001
Casado (a)	08	26	54	64	40	85	
Divorciado (a)	00	00	04	05	02	04	
Viúvo (a)	00	00	03	04	01	02	
Recebe Remuneração?							
Sim	08	26	13	15	00	00	0,002
Não	23	74	71	85	47	100	
Desenvolve outro tipo de trabalho?							
Sim	25	81	57	68	28	60	0,149
Não	06	19	27	32	19	40	
Tipo de Ocupação							
Assalariado	16	52	34	40	07	15	0,001
Não Assalariado	15	48	50	60	40	85	
Tempo de Ocupação (meses)							
12 a 24	18	58	26	31	16	34	0,025
Acima de 24	13	42	58	69	31	66	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Verifica-se nos resultados da análise bidimensional da associação entre as variáveis apresentadas na Tabela 16 a existência de associação (teste de qui-quadrado) entre a faixa etária de 30 a 50 anos, com cuidadores que possuem grau de parentesco como idoso, com ênfase para o(a)s filho(a)s que residem com os idosos com DA, destacando os idosos do sexo feminino, que se encontram com idade a partir de setenta anos ($p < 0,05$).

Tabela 16- Análise bidimensional entre as variáveis faixa etária dos cuidadores e outro tipo de trabalho, grau e tipo de parentesco, mora com o idoso; sexo, faixa etária e fase da doença dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Faixa Etária do cuidador (anos)						Nível de Significância ^{&}
	Até 30		De 30 a 50		Maior ou igual a 50		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grau de Parentesco							
Sim	23	74	77	92	47	100	<0,001
Não	08	26	07	08	00	00	
Tipo de Parentesco							
Esposo (a)	00	00	00	00	27	57	< 0,001
Filho (a)	10	32	60	71	15	32	
Sobrinho, neto, irmão (a)	12	39	14	17	03	06	
Nora/genro	01	03	03	04	02	05	
Remunerado	08	26	07	08	00	00	
Mora com idoso?							
Sim	15	48	50	60	39	83	0,003
Não	16	52	34	40	08	17	
Sexo do Idoso							
Feminino	21	68	62	74	21	45	0,003
Masculino	10	32	22	26	26	55	
Faixa Etária do Idoso							
Até 70 anos	12	39	14	16	20	42	0,002
De 70 a 80 anos	15	48	35	42	14	30	
Maior ou igual a 80 anos	04	13	35	42	13	28	

Continuação da tabela 16

Fase da Doença	Faixa Etária do cuidador (anos)						Nível de Significância ^{&}
	Até 30		De 30 a 50		Maior ou igual a 50		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Inicial	07	23	13	15	12	26	0,343
Intermediária	15	48	34	40	21	45	
Final	07	23	33	39	10	21	
Terminal	02	06	04	05	04	09	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

5.2 Análise descritiva dos dados relacionados à Síndrome de Burnout

Ao analisar os resultados apresentados na tabela 17, verifica-se a existência dos domínios de Burnout entre os cuidadores que participaram do estudo, distribuídos entre os diferentes níveis. No domínio ou dimensão Exaustão Emocional - EE - prevalece o nível médio, enquanto os níveis baixo e alto encontram-se distribuídos de forma homogênea. No domínio despersonalização – DE - sobressaiu o nível baixo, enquanto o domínio Realização Profissional – RP apresentou maior prevalência no nível médio, equiparando-se os níveis baixo e alto. Quando analisado o risco destes cuidadores desenvolverem a SB, a maior parte deles apresentaram risco médio. Ressalta-se que o indivíduo só é considerado com *Burnout* quando encontra-se altos escores de Exaustão Emocional e Despersonalização e baixos escores de Realização Profissional.

Tabela 17- Distribuição de frequência absoluta e relativa dos domínios e níveis do MBI dos cuidadores dos idosos com DA cadastrados no CEDMEX da 6ª Gerência Regional de Saúde – (GRS) - Patos – PB - 2014

Exaustão Emocional (EE)	Nº	%
Baixo	41	25,3
Médio	82	50,6
Alto	39	24,1
Despersonalização (DE)		
Baixo	67	41,4
Médio	60	37,0
Alto	35	21,6
Realização Profissional (RP)		
Baixo	41	25,3
Médio	83	51,2
Alto	38	23,5
Risco do Burnout		
Baixo	6	3,7
Médio	138	85,2
Alto	18	11,1

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Cabe destacar, que ao serem questionados no decorrer da aplicação do Maslach Burnout Inventory (MBI), a maioria dos sujeitos da pesquisa declararam que **algumas vezes por semana** “*sentem-se cansados ao final da jornada de trabalho; quando levantam-se pela manhã e vão enfrentar outra jornada de trabalho sentem-se cansados; e meu trabalho deixa-me exausto*”, compatíveis com o domínio EE. Também referiram que “*se preocupam pelo fato de que este trabalho esteja endurecendo-os emocionalmente e sente que as pessoas os culpam de algum modo pelos seus problemas*” relacionados ao quesito DP, por fim também foi citado pela maioria dos cuidadores que **algumas vezes por mês** sentem que “*sabem tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho*”, sugestivo de RP

Na **tabela 18**, na análise estratificada dos domínios de *Burnout* e sobrecarga de trabalho dos cuidadores dos idosos com DA de acordo com o sexo dos cuidadores; observa-se que houve uma aproximação dos resultados. No entanto no sexo feminino prevaleceram a dimensão Exaustão Emocional – EE – a média apresentada foi de 23,2 e desvio padrão igual à 12,7; e a Realização Profissional – RP – a média correspondeu à 32,7 com desvio padrão de 8,8. No sexo masculino sobressaiu a Despersonalização – DP com uma média de 4,5 e desvio padrão igual a 5,2, bem como a Sobrecarga de Trabalho a qual teve uma média representada por 38,7% e desvio padrão de 14,0.

Tabela 18- Análise estratificada por sexo para os domínios do MBI e Sobrecarga do Trabalho dos Cuidadores dos Idosos com DA cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	DOMÍNIOS DO BURNOUT			SOBRECARGA DE TRABALHO
	EE	DP	RP	
FEMININO				
$\mu \pm dp$	23,2 ± 12,7	4,2 ± 5,1	32,7 ± 8,8	37,4 ± 14,3
Mediana	21,5	2,0	32,0	37,0
Mínimo-Máximo	0,0 - 48,0	0,0 - 22,0	0,0 - 48,0	5,0 - 78,0
Percentil				
25	13,3	0,0	28,0	28,0
50	21,5	2,0	32,0	37,0
75	34,0	8,0	39,0	47,0
MASCULINO				
$\mu \pm dp$	20,5 ± 11,2	4,5 ± 5,2	29,8 ± 9,9	38,7 ± 14,0
Mediana	20,5	2,0	28,0	37,0
Mínimo-Máximo	0,0 - 48,0	0,0 - 19,0	10,0 - 48,0	12,0 - 66,0
Percentil				

Continuação da tabela 18

	DOMÍNIOS DO BURNOUT			SOBRECARGA DE TRABALHO
	EE	DP	RP	
MASCULINO				
25	12,8	0,0	21,8	26,5
50	20,5	2,0	28,0	37,0
75	26,3	9,5	38,5	50,0

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Na tabela 19 estão apresentados os resultados da análise bidimensional dos domínios e níveis de Burnout de acordo com o sexo dos cuidadores. Verifica-se que houve uma associação entre cuidadores do sexo feminino com o nível médio da dimensão **Realização Profissional – RP**.

Tabela 19- Análise bidimensional dos domínios e níveis do Burnout de acordo com o sexo dos cuidadores dos idosos cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Feminino		Masculino		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Domínios do Burnout					
Exaustão Emocional					
Baixo	34	25	7	27	0,248
Médio	66	49	16	62	
Alto	36	26	3	12	
Despersonalização					
Baixo	58	43	9	35	0,682
Médio	50	37	10	38	
Alto	28	21	7	27	

Continuação da tabela 19

	Feminino		Masculino		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Domínios do Burnout					
Realização Profissional					
Baixo	29	21	12	46	0,019
Médio	75	55	8	31	
Alto	32	24	6	23	
Risco do Burnout					
Baixo	5	4	1	4	0,996
Médio	116	85	22	85	
Alto	15	11	3	11	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Verifica-se na Tabela 20 os resultados da análise bidimensional acerca da associação entre as variáveis assalariados e não assalariados com os domínios e níveis de Burnout. Houve uma associação, teste de qui-quadrado, entre os não assalariados e o nível médio do domínio Realização Profissional – RP ($p < 0,05$).

Tabela 20- Análise bidimensional da variável tipo de ocupação quanto ao desenvolvimento dos domínios e níveis de Burnout em cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Assalariado		Não Assalariado		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Domínios do Burnout					
Exaustão Emocional					
Baixo	14	24	27	26	0,928
Médio	30	53	52	49	
Alto	13	23	26	25	
Despersonalização					
Baixo	20	35	47	45	0,376

Continuação da tabela 20

	Assalariado		Não Assalariado		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Despersonalização					
Médio	25	44	35	33	
Alto	12	21	23	22	
Realização Profissional					
Baixo	14	25	27	26	
Médio	23	40	60	57	0,028
Alto	20	35	18	17	
Risco do Burnout					
Baixo	02	04	04	04	
Médio	47	82	91	87	0,683
Alto	08	14	10	10	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Nos resultados apresentados na tabela 21 está evidenciada a associação entre os demais cuidadores com grau de parentesco com os idosos com DA e o domínio Despersonalização – DP classificado no nível médio.

Tabela 21-Análise bidimensional das variáveis cuidador com grau de parentesco em associação com os domínios e níveis de Burnout dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Cuidador (Esposa)		Cuidador (outros)		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Domínios do Burnout					
Exaustão Emocional					
Baixo	05	18	31	26	
Médio	14	52	58	48	0,720
Alto	08	30	31	26	

Continuação da tabela 21

	Cuidador (Esposa)		Cuidador (outros)		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Despersonalização					
Baixo	17	63	43	36	0,022
Médio	08	30	47	39	
Alto	02	07	30	25	
Realização Profissional					
Baixo	04	15	35	29	0,272
Médio	15	56	60	50	
Alto	08	30	25	21	
Risco do Burnout					
Baixo	00	00	06	05	0,493
Médio	24	89	102	85	
Alto	03	11	12	10	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Os resultados da análise bidimensional das variáveis demonstradas na Tabela 22, no que se refere à associação entre o grau de parentesco dos cuidadores e os domínios e níveis de Burnout, não apresentou nível de significância satisfatório.

Tabela 22- Análise bidimensional da variável tipo de ocupação de acordo com o sexo, renda, faixa etária, estado civil, recebe remuneração por ser cuidador(a) e tempo de ocupação dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

Domínios do Burnout	Grau de Parentesco com idoso?				Nível de Significância ^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Exaustão Emocional					
Baixo	36	24	05	33	0,073
Médio	72	49	10	67	

Continuação da tabela 22

Domínios do Burnout	Grau de Parentesco com idoso?				Nível de Significância ^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Exaustão Emocional					
Alto	39	37	00	00	
Despersonalização					
Baixo	60	41	07	47	
Médio	55	37	05	33	0,908
Alto	32	22	03	20	
Realização Profissional					
Baixo	39	27	02	13	
Médio	75	51	08	54	0,441
Alto	33	22	05	33	
Risco do Burnout					
Baixo	06	04	00	00	
Médio	126	86	12	80	0,398
Alto	15	10	03	20	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Verifica-se entre os resultados apresentados na **Tabela 23** que não houve associação entre a variável mora com o idoso e os domínios e níveis de Burnout. No entanto observa-se a existência de risco médio de Burnout entre os cuidadores que residem com os idosos com DA.

Tabela 23- Análise bidimensional da variável mora com os idosos e os domínios e níveis de Burnout dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

Domínios do Burnout	Mora com o idoso?				Nível de Significância ^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Exaustão Emocional					
Baixo	22	21	19	33	
Médio	53	51	29	50	0,154
Alto	29	28	10	17	
Despersonalização					
Baixo	44	42	23	40	
Médio	39	38	21	36	0,840
Alto	21	20	14	24	
Realização Profissional					
Baixo	24	23	17	29	
Médio	58	56	25	43	0,302
Alto	22	21	16	28	
Risco do Burnout					
Baixo	03	03	03	05	
Médio	94	90	44	76	0,039
Alto	07	07	11	19	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Observa-se na Tabela 24 que os resultados da análise bidimensional entre as variáveis apresentaram associação entre os cuidadores na faixa etária de 30 – 50 anos com o domínio Despersonalização – DP, nível médio. Não foi caracterizado nenhum risco previsível para a SB.

Tabela 24- Análise bidimensional da associação entre as variáveis faixa etária do cuidador e domínios e níveis de Burnot dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

Domínios do Burnout	Faixa Etária do cuidador						Nível de Significância ^{&}
	Até 30		De 30 a 50		Maior ou igual a 50		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Exaustão Emocional							
Baixo	09	29	25	30	07	15	0,433
Médio	25	48	40	47	27	57	
Alto	07	23	19	23	13	28	
Despersonalização							
Baixo	14	45	26	31	27	57	0,032
Médio	09	29	36	43	15	32	
Alto	08	26	22	26	05	11	
Realização Profissional							
Baixo	05	16	23	27	13	28	0,767
Médio	18	58	41	49	24	51	
Alto	08	26	20	24	10	21	
Risco do Burnout							
Baixo	01	03	05	06	00	00	0,171
Médio	24	78	70	83	44	94	
Alto	06	19	09	11	03	06	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

5.3 Análise descritiva dos dados relacionados à sobrecarga dos cuidadores

Na tabela 25 estão apresentados os resultados da avaliação dos níveis de sobrecarga de trabalho dos cuidadores dos idosos com DA. Verifica-se que a maioria dos cuidadores avaliados, apresentaram algum nível de sobrecarga. O nível mais representativo é do tipo *sobrecarga moderada*. Uma pequena parcela de cuidadores demonstrou ausência de sobrecarga de trabalho.

Tabela 25- Distribuição de frequência absoluta e relativa dos níveis de sobrecarga de trabalho apresentados pelos cuidadores dos idosos com DA cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

Sobrecarga	Nº	%
Ausência	18	11,1
Moderada	77	47,5
Moderada a Severa	55	34,0
Severa	12	7,4
TOTAL	162	100,0

Fonte: MEDEIROS, 2015.

No que se refere aos questionamentos realizados pelos cuidadores quando da aplicação da escala de Zarit a maioria enfatizou que “**sempre**” “*sente-se estressado(a) quando tenta conciliar os cuidados com o idoso e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho e que de uma maneira geral sentem-se muito sobrecarregados por cuidar dos idosos com DA*”.

Observa-se na Tabela 26, que os resultados da análise bidimensional do sexo dos cuidadores com a sobrecarga de trabalho dos cuidadores dos idosos com DA não apresentou nenhuma associação entre as variáveis estudadas.

Tabela 26- Análise bidimensional do sexo dos cuidadores com a sobrecarga de trabalho dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

ZARIT	Feminino		Masculino		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Ausência	16	12	2	8	
Moderada	65	48	12	46	0,912
Moderada a Severa	45	33	10	38	
Severa	10	7	2	8	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Os resultados demonstrados na Tabela 27, acerca da análise bidimensional das variáveis estudadas não apresentaram associação entre elas.

Tabela 27- Análise bidimensional da associação entre as variáveis faixa etária do cuidador e sobrecarga de trabalho dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

Sobrecarga de trabalho	Faixa Etária do cuidador						Nível de Significância ^{&}
	Até 30		De 30 a 50		Maior ou igual a 50		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Ausência	06	19	07	08	05	11	0,164
Moderada	12	39	44	52	21	45	
Moderada a Severa	08	26	30	36	17	36	
Severa	05	16	03	04	04	08	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Nos resultados da análise bidimensional acerca da associação entre as variáveis apresentadas na tabela 28, observa-se que não houve nenhuma associação entre as variáveis estudadas.

Tabela 28- Análise bidimensional das variáveis tipo de ocupação dos cuidadores em relação ao desenvolvimento de sobrecarga de trabalho em cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

Zarit	Assalariado		Não Assalariado		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Ausência	06	11	12	11	0,508
Moderada	30	53	47	45	
Moderada a Severa	19	33	36	34	
Severa	02	03	10	10	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Verifica-se nos resultados apresentados na tabela 29 acerca da associação entre o tipo de cuidador com a sobrecarga de trabalho entre eles, que não houve nível de significância entre as variáveis.

Tabela 29- Análise bidimensional da variável tipo de cuidador em associação com a sobrecarga de trabalho dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

Sobrecarga de trabalho	Cuidador		Cuidador		Nível de Significância ^{&}
	(Esposa (o))		(Outros)		
	Nº	%	Nº	%	
Ausência	03	11	10	08	0,894
Moderada	11	41	58	48	
Moderada a Severa	11	41	43	36	
Severa	02	07	09	08	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Os resultados da Tabela 30 sobre a análise bidimensional da associação entre às variáveis Grau de Parentesco com o idoso com DA e sobrecarga de trabalho dos cuidadores, verifica-se que entre aqueles com algum grau de parentesco existe presença de sobrecarga moderada.

Tabela 30- Análise bidimensional da associação entre as variáveis Grau de Parentesco com o idoso e Sobrecarga de Trabalho do Cuidador de Idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

Sobrecarga de trabalho	Grau de Parentesco com idoso?				Nível de Significância ^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Ausência	13	09	05	33	0,011
Moderada	69	47	08	53	
Moderada a Severa	54	37	01	07	
Severa	11	07	01	07	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Na Tabela 31, verifica-se que nos resultados apresentados não houve associação da variável mora com o idoso e a existência de sobrecarga de trabalho dos cuidadores dos idosos com DA.

Tabela 31- Análise bidimensional da associação entre as variáveis mora com o idoso e sobrecarga dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

Sobrecarga de trabalho	Mora com o idoso?				Nível de Significância ^{&}
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Ausência	11	11	07	12	0,227
Moderada	44	42	33	57	
Moderada a Severa	41	39	14	24	
Severa	08	08	04	07	

Legenda: (&): **Teste de Qui-quadrado.**

Fonte: MEDEIROS, 2015.

5.4 Análise de Regressão Logística

Na tabela 32, em relação às razões de chance para o desenvolvimento do domínio Esgotamento Emocional (EE), o cuidador que apresenta sobrecarga, seja essa *moderada*, *moderada a severa* ou *severa*, apresenta 10 vezes mais chances de desenvolver EE que o cuidador com ausência de sobrecarga. Assim, o cuidador de idoso com Doença de Alzheimer que possui Despersonalização (DP), em níveis médios e altos, terão a probabilidade 04 vezes maior de apresentar Esgotamento Emocional.

Tabela 32- Razões de chance e respectivo intervalo de confiança (IC95%) para o Esgotamento emocional dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

Descrição		Modelo Univariado		Modelo Múltiplo	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Sobrecarga	Ausente	1,00	-	1,00	-
	Demais Categorias	10,77	3,55 – 32,71	11,45	3,47 -37,76
DP	Baixo	1,00	-	-	-
	Demais (outras categorias)	4,53	2,12 – 9,69	4,75	2,07 – 10,89

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Os resultados apresentados na tabela 33, quanto à razão de chance e intervalo de confiança para a Despersonalização (DP), verifica-se que os cuidadores que apresentam algum nível de Exaustão Emocional (EE) possuem 4 vezes mais chance de desenvolverem DP. A Realização Profissional revela-se um fator de proteção para o surgimento de Despersonalização (DP), enquanto os demais cuidadores familiares que não sejam representados pelo cônjuge possuem 3 vezes mais chance de desenvolvimento da DP.

Tabela 33- Razões de chance e respectivo intervalo de confiança (IC95%) para a Despersonalização dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Descrição	Modelo Univariado		Modelo Múltiplo	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Sobrecarga	Ausente	1,00	-		
	Demais Categorias	1,91	0,71 – 5,12		
EE	Baixo	1,00	-	1,00	
	Demais	4,53	2,12 – 9,69	4,20	1,79 – 9,85
RP (fator de proteção)	Baixo	1,00	-	1,00	
	Demais	0,17	0,07 – 0,43	0,23	0,08 – 0,60
Tipo de Cuidador	Esposa	1,00	-	1,00	
	Outros	3,04	1,28 – 7,24	3,31	1,30 – 8,40

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Na tabela 34, estão apresentadas as razões de chance e respectivos intervalos de confiança para o desenvolvimento de baixa Realização Profissional (RP). Diante dos resultados apresentados, infere-se que os cuidadores com EE e DP em níveis médios e altos, apresentam respectivamente, três e cinco vezes mais chances de baixa RP.

Tabela 34- Razões de chance e respectivo intervalo de confiança (IC95%) para a Baixa Realização Profissional dos cuidadores dos idosos com DA, cadastrados no CEDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Descrição	Modelo Univariado		Modelo Múltiplo	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Sobrecarga	Ausente	1,00	-		
	Demais Categorias	1,79	0,49 – 6,54		
EE	Baixo	1,00	-	1,00	
	Demais	3,05	1,11 – 8,40	1,87	0,64 – 5,50
DP	Baixo	1,00	-	1,00	
	Demais	5,93	2,33 – 15,13	5,13	1,96 – 13,41

Fonte: MEDEIROS, 2015.

Na tabela 35 quanto a razão de chance e intervalo de confiança para o risco de desenvolvimento de sobrecarga de trabalho, verifica-se que os cuidadores com Exaustão Emocional têm 10 vezes mais chance de desenvolver sobrecarga; assim como os que apresentam Despersonalização possuem a chance duas vezes maior de desenvolver esta condição de sobrecarga. Possuir algum grau de parentesco e outro tipo de trabalho também constituem fatores de risco, onde a probabilidade de desenvolvimento da sobrecarga são, respectivamente, de 5 e 2 vezes maior entre os cuidadores que possuem estas características.

A remuneração foi um fator de proteção, embora não significativo, em relação a sobrecarga, ou seja, sugere-se que o cuidador remunerado tem menos chance de desenvolver sobrecarga, em contraponto ao não remunerado.

Tabela 35- Razões de chance e respectivo intervalo de confiança (IC95%) para a Sobrecarga de Trabalho do Cuidador de Idosos com DA cadastrados no CIDMEX - 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) - Patos – PB - 2014

	Descrição	Modelo Univariado		Modelo Múltiplo	
		OR	IC95%	OR	IC95%
EE	Baixo	1,00	-	1,00	
	Demais	10,77	3,55 – 32,71	11,43	3,58 – 36,52
DP	Baixo	1,00	-		
	Demais	1,91	0,71 – 5,12		
Parentesco	Não	1,00	-	1,00	
	Sim	5,15	1,53 – 17,37	5,94	1,43 – 24,70
Outro tipo de trabalho	Não	1,00	-		
	Sim	2,35	0,87 – 6,32		
Remuneração	Não	1,00			
	Sim	0,33	0,10 – 1,00		

Fonte: MEDEIROS, 2015.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A necessidade de compreensão das relações existentes entre trabalho, saúde e doença tem despertado o interesse por parte dos estudiosos e pesquisadores. São muitos e crescentes os estudos científicos existentes e disponíveis nesta área, no entanto estes estudos comportam uma gama de informações que necessitam ser transformadas em um conhecimento claro, organizado e sintetizado (SILVA, 2008).

Neste cenário, surgiu o desafio de buscar, analisar e sintetizar as evidências científicas sobre a relação entre o trabalho e saúde mental do trabalhador, aqui representado pelos cuidadores dos idosos com DA, justificando-se pela importância que esta relação parece ter no contexto da Promoção da Saúde e do cuidado com o cuidador, visto que este é o primeiro estudo que apresenta os fatores associados à SB em cuidadores dos idosos com DA em decorrência da sobrecarga de trabalho, constatado após uma vasta pesquisa na literatura pertinente à temática estudada.

Este estudo foi realizado com base na utilização de dados primários, seguindo-se um protocolo que poderá ser replicado pelas autoridades públicas que manifestarem interesse.

A predisposição destes trabalhadores para o desenvolvimento de sofrimento psíquico decorrente dos problemas advindos do trabalho tem aumentado, resultando em prejuízos tanto para o trabalhador, família e toda sociedade (CARREIRO, 2010).

Os cuidadores dos idosos com DA estão entre as categorias profissionais mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas relacionados à sua saúde, devido aos efeitos negativos decorrentes da prestação de cuidados, com repercussão sobre a saúde mental e física.

Segundo Backes,

os cuidados prestados à uma pessoa com DA podem desencadear um maior número de doenças psiquiátricas, utilização de drogas

psicotrópicas, transtornos somáticos, percepção negativa da saúde, estresse pessoal e familiar, isolamento social, sentimento de que as obrigações a cumprir com os pacientes são pesadas e geradoras de tensão. Relatam também a existência de sintomas depressivos e ansiedade, em especial pelas mulheres cuidadoras. (BACKES, 2009).

Diversos estudos destacam as demandas decorrentes das atividades laborais entre os cuidadores dos idosos, (FLORES; RIVAS; SEGUEL, 2012; ARGYRIOU; KARANASIOS, 2011). Estudos relacionados ressaltam a predisposição destes cuidadores para o desenvolvimento de doenças consideradas ocupacionais, à exemplo da Síndrome de Burnout (CRUZ; HAMDAN, 2008; GRATÃO VENDRÚSCOLO, TALMELLI, 2012).

O presente estudo investigou os fatores ocupacionais associados aos três componentes da Síndrome de Burnout em cuidadores dos idosos com Doença de Alzheimer. Neste tópico apresenta-se a discussão referente aos resultados do estudo relacionados à caracterização dos dados demográficos dos cuidadores dos idosos com DA; caracterização dos dados referentes aos idosos com DA; análise descritiva dos dados relacionados à SB; análise descritiva dos dados relacionados à sobrecarga dos cuidadores e análise de regressão logística.

6.1 Características demográficas dos cuidadores dos idosos com DA

Os sujeitos da pesquisa foram representados na maioria por mulheres, com estado civil de casadas, uma característica natural na sociedade, visto que o ato de cuidar está associado culturalmente à figura feminina, desde a responsabilidade com os cuidados do lar, dos filhos e companheiros, bem como do familiar enfermo; mesmo na atualidade, diante do processo emancipatório experimentado pelas mulheres. Estudos como os de (FAVERO, 2013; RONDINI *et al*, 2011) corroboram com os resultados encontrados.

A renda de até um salário mínimo (R\$ 724,00) foi predominante, é decorrente de um outro tipo de ocupação desenvolvida pelo cuidador (a), ressaltando-se que a maioria não recebe

nenhuma remuneração pelo trabalho realizado na prestação dos cuidados, resultante do fato de representarem a categoria de cuidadores informais, e por pertencerem à própria família, com destaque para os filhos, seguidos de sobrinhos, netos, irmãos e esposa(o). A informalidade no processo de cuidar confere à situação de não assalariados e é decorrente de todo um processo e dinâmica social e histórica, configurando o cuidado como um ato que deve ser desenvolvido por algum membro da família. (ARAVENA; ALVARADO, 2010; ALVAREZ et al, 2011).

De acordo com Queiroz, Lemos e Ramos

a designação de um cuidador no âmbito familiar, embora seja um processo informal e decorrente de uma dinâmica própria parece levar em conta alguns fatores: parentesco com prioridade para o cônjuge e filhos, gênero com predominância para as mulheres, proximidade física de quem vive com o idoso e proximidade afetiva. QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010).

As cuidadoras que participaram do estudo são na maioria de meia idade e o tempo de ocupação como cuidadores dos idosos com DA é de mais ou menos quatro anos, denotando o acompanhamento da evolutiva da doença. Estudos como o de Loureiro (2011) estão em consonância com os achados desta pesquisa, justificando está relacionado ao elevado número de filhos que exercem esta função ou de cônjuges do sexo feminino que tendem a ser mais jovens do que os seus companheiros. Outros estudos evidenciam estes resultados (MARTINS et al, 2011; GRATÃO, 2010).

6.2 Caracterização dos idosos com DA

Os idosos com DA geralmente necessitam de cuidados intermitentes e contínuos, na medida em que a doença progride. Nesta situação torna-se comum os idosos com DA passarem a residir com seus familiares, passando a receber os cuidados prestados pelo cuidador primário,

como verificado nestes resultados. Observou-se a prevalência do sexo feminino entre as pessoas idosas com DA, caracterizando a feminilização da velhice, encontrando-se na faixa etária entre 70-80 anos de idade, e na fase intermediária da doença

A família contemporânea enfrenta diferentes desafios para assumir da melhor forma e mais econômica possível o cuidado dos seus idosos fragilizados e com dependência funcional, como no caso dos doentes de Alzheimer. No Brasil atualmente, 70% a 80% das pessoas demenciadas residem com seus familiares, confirmados por vários estudos como os de (D' ALENCAR; SANTOS; PINTO, 2010).

A literatura gerontológica aponta que as mulheres vivem mais do que os homens, resultante de fatores tanto biológicos, como psicológicos e sociais (SILVA, 2014, PIOVESAN, A.; PIVETTA; PEIXOTO, 2011). No Brasil a expectativa de vida dos idosos vem se tornando ascendente nos últimos anos, resultando no aumento da longevidade, no entanto esta vem sendo acompanhada de pluripatologias, com desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como a DA geralmente desenvolvida em idosos com idade a partir de 65 anos, afetando 3% a 5% das pessoas acima de sessenta e cinco anos, chegando a atingir 40% após os 85 anos de idade, com predominância nas mulheres (COSTA, 2014).

De acordo com World Alzheimer Report:

A cada sete segundos surge um novo caso de demência no mundo. Em 2010, estima-se que 35,6 milhões de pessoas estarão vivendo com demência de Alzheimer. Este número pode ser estimado em quase o dobro a cada 20 anos, chegando a 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050. (WORLD..., 2009).

Os estágios da Doença de Alzheimer compreendem o estágio inicial, o intermediário e o final. Vários estudos como os de Pereira (2009) e Filizola (2008) acerca da doença também enfatizam a fase intermediária. Compreende-se que ela é caracterizada pela redução de todas as funções intelectuais de forma continuada, afasia com erros parafrásicos (substituição incorreta

ou sem sentido), baixa compreensão, memória recente/remota reduzida, capacidade de cálculo e cópia prejudicados, existência de sintomas depressivos. As funções motora e sensorial se mantêm intactas, podendo haver agitação e perambulação.

Verifica-se que neste estágio os cuidados prestados pelo cuidador se intensificam e podem gerar estresse e sobrecarga de trabalho, principalmente quando além do cuidado ao idoso familiar, advém outro tipo de ocupação, somadas às outras responsabilidades no campo da vida pessoal do cuidador, como verificado neste estudo. Aliado a isto, soma-se a pouca informação e falta de apoio dos profissionais de saúde, bem como, inexistência de um suporte social por parte do Estado e sociedade (LIMA, 2010).

Considerando que a DA provoca um grande impacto tanto na família quanto na sociedade, evoluindo para uma epidemia no mundo inteiro, considera-se muito importante chamar a atenção para os subdiagnósticos, o estigma da doença e principalmente os problemas significativos tanto para os doentes de Alzheimer, suas famílias e em potencial para o cuidador primário, pela susceptibilidade de desencadear problemas de saúde a exemplo da SB.

6.3 Dados relacionados à SB

As atividades inerentes ao atendimento das necessidades do idoso com DA, através do cuidado desenvolvido pelo cuidador, quando associado às outras demandas da vida pessoal, familiar e profissional, poderá desencadear processos patológicos quando estes não conseguem administrar os desafios enfrentados no cotidiano de suas vidas.

Desta forma, fica evidente no estudo a existência de diversos fatores que favorecem o desencadeamento de processos patológicos entre os cuidadores dos idosos, tais como: o fato das filhas cuidadoras acompanharem a evolução da doença de suas mães, com característica degenerativa, o que pode gerar sentimento de perda e impotência dada à irreversibilidade da

doença, os poucos recursos devido a baixa renda apresentada e o auto custo que a doença requer, o desenvolvimento de outra atividade ocupacional, provocando dificuldades de conciliação e sobreposição de tarefas desenvolvidas.

Neste contexto compreende-se que o convívio com pessoas idosas demenciadas pode requerer dos cuidadores familiares uma alteração bastante significativa em sua dinâmica cotidiana, pois o cuidar pode constituir-se numa tarefa desgastante, principalmente por se estender na maioria das vezes por um longo período.

Neumann e Dias (2013) nos falam também que às vezes o cuidador experimenta o sentimento de impaciência decorrente do estresse e a dificuldade para lidar com alguém que tem as suas funções cognitivas afetadas.

Diversos estudos têm evidenciado o acometimento de doenças decorrentes de problemas relacionados à falta de interação entre vida pessoal, familiar e profissional dos cuidadores, com ênfase para o desenvolvimento de problemas de saúde de ordem psicológica e ou mental como a Síndrome de Burnout (VALENTI *et al*, 2013).

Verificou-se a presença dos domínios de Burnout nos seus diferentes níveis. No domínio EE prevaleceu o nível médio, o domínio DP apresentou nível baixo, enquanto no nível RP o risco foi médio. O risco dos cuidadores dos idosos com DA apresentarem a SB também resultou em nível médio, em 85% dos cuidadores. Diante destes resultados infere-se que não foi desencadeada a SB entre os sujeitos da pesquisa. Considera-se com a SB os indivíduos que apresentam níveis altos de EE e DP e nível baixo de RP.

Dias, Queirós, Carlotto (2010); em seu estudo sobre Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal também evidenciaram riscos para Burnout, tais quais os encontrados neste estudo.

Embora não sejam identificados riscos físicos para o desenvolvimento da SB, tais como, biomecânicos, radiológicos e químicos; como enfatiza Freitas (2008), a existência de fatores psicossociais poderá influenciar o desencadeamento da síndrome.

O estudo demonstra alguns fatores sociais que podem ser considerados preditivos para a SB, no que se refere aos aspectos demográficos: o grau de parentesco dos cuidadores que poderá favorecer o desgaste emocional e psicológico diante da progressão da doença. A faixa etária do cuidador, sendo representado em maioria de meia idade, e tendo que associar outro tipo de ocupação, poderá ser desgastante e gerar sobrecarga de trabalho, pelo fato de ter que associar duas atividades e ainda aquelas relacionadas ao lar, visto, que a maioria são mulheres casadas. A renda de 1 salário mínimo, compromete o orçamento doméstico para atender os custos com o tratamento do idoso com DA.

Na análise estratificada dos domínios de Burnout de acordo com o sexo dos cuidadores, prevaleceu a EE e a RP entre as mulheres. Estudos realizados no Brasil demonstram a existência de um perfil de risco constituído por mulheres (MOREIRA *et al*, 2009), as quais consideram sua ocupação como estressante, associada a outras fontes de estresse, como a carga horária, o horário de trabalho, o tipo de utente atendido, as condições de trabalho e a dificuldade em conciliar trabalho e família (SILVA; CARLOTTO, 2008), assim, como as que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos e de Urgência (MOREIRA *et al*, 2009).

No sexo masculino sobressaíram a DP, corroborando com um estudo realizado com os profissionais de saúde portugueses em que aqueles do sexo masculino apresentaram maiores níveis de despersonalização, bem como, nos estudos nacionais (SILVA; GOMES, 2009); verificou-se um maior índice de atitudes de distanciamento entre os homens.

Na análise bidimensional acerca da associação entre as variáveis do estudo: sexo dos cuidadores, tipo de ocupação, com os domínios e níveis da SB, observa-se que houve uma

associação entre o sexo feminino e a RP apresentando nível médio, o mesmo ocorrendo com os não assalariados.

Observa-se no presente estudo que a maioria das cuidadoras são mulheres de meia idade. Nesta fase da vida muitas delas já concluíram sua fase reprodutiva, criaram os filhos, e cuidar do familiar idoso, embora dependente, seja pai, mãe, esposo, resulta em satisfação e possibilidade de cumprir com a sua responsabilidade, e mesmo diante de muitos desafios e dificuldades enfrentadas poderão desenvolver um sentimento de realização pelo dever cumprido.

Rondini *et al*, (2011); Wagner e Pedro (2010), também confirmam em seus estudos os achados desta pesquisa, destacando que as mulheres pela satisfação de cuidar do ente querido, desenvolvem estratégias de enfrentamento, com possibilidades de provocar realização profissional.

No que se refere aos cuidadores com grau de parentesco que não seja esposo (a), bem como aqueles na faixa etária de 30-50 anos e os domínios e níveis de Burnout houve associação com o domínio DP no nível médio.

A família constitui a principal fonte de apoio social, funcional, econômico e afetivo ao idoso e ao cuidador. A intensidade da relação entre o idoso dependente e o seu cuidador familiar sofre variações, decorrente do vínculo, da responsabilização e do compromisso desencadeados no decorrer do processo cuidativo o qual poderá influenciar na qualidade do cuidado prestado e nas condições de saúde do cuidador. Simonetti e Ferreira (2008) confirmam em seus estudos, que a forma como essa relação de dependência parcial ou total é construída, poderá gerar distanciamento entre quem cuida e quem é cuidado, característico da DP.

Embora não tenha havido associação entre os cuidadores que moram com o idoso com DA e os domínios e níveis de Burnout, os mesmos apresentaram risco médio para o desenvolvimento da Síndrome.

Considerando os estudos de Tamayo e Tróccoli, (2002); Maslach, Leiter e Schaufeli, (2001); Codo e Menezes, (2000) acerca das variáveis desencadeadoras do Burnout, há de considerar a possibilidade do fato do cuidador residir com o idoso ser favorável ao desenvolvimento de algum nível de risco para a SB, como o que foi apresentado neste estudo, quando considerados os aspectos sociais e organizacionais.

6.4 Dados relacionados à sobrecarga dos cuidadores dos idosos com DA

A existência de sobrecarga de trabalho nos diferentes níveis atingiu 88,9% dos cuidadores estudados, sobressaindo a sobrecarga moderada seguida de sobrecarga moderada à severa, embora tenha sido constatada ausência de sobrecarga entre os mesmos.

Considera-se que o trabalho de caráter ininterrupto, com pouco descanso e decorrente de atividades relacionadas aos cuidados corporais, de alimentação, eliminações, ambiente, controle de saúde, poderá levar o cuidador a vivenciar situações de sobrecarga como demonstram os estudos desenvolvidos por Flores, Rivas e Seguel (2012).

Quando analisada a associação entre os dados demográficos dos cuidadores com a sobrecarga de trabalho existente, somente foi verificada associação com a sobrecarga moderada, entre aqueles que apresentavam algum grau de parentesco com o idoso com DA.

As características pessoais apresentadas pelos cuidadores dos idosos com DA nesta pesquisa representada pelo grau de parentesco, o fato de residir com os idosos e a renda de um salário mínimo, exige do cuidador arranjos sócio econômicos que poderão favorecer o desenvolvimento de sobrecarga de trabalho do cuidador, decorrente do acúmulo de tarefas e das dificuldades enfrentadas no dia à dia da sua vida e do seu trabalho, confirmados pelos achados de Bandeira, Calvazara e Castro (2008).

6.5 Discussão dos dados referente à regressão logística

Foram observados os riscos ou razão de chance e intervalo de confiança dos cuidadores desenvolverem os domínios e níveis da SB. Verificou-se que os cuidadores que apresentaram níveis de sobrecarga moderada e moderada à severa, têm dez vezes mais chances de desenvolver **EE**, diante daqueles com ausência de sobrecarga. Naqueles que possuem DP em níveis médios e altos, a probabilidade de apresentar **EE** é quatro vezes maior.

O cuidador familiar, de modo especial os cuidadores dos idosos com DA, geralmente trabalham sobrecarregados, não recebem orientações necessárias ao bom desempenho por parte dos profissionais de saúde e por não existir uma estrutura de suporte social, estão despreparados e sobrecarregados diante das responsabilidades assumidas.

Observa-se que em algumas situações os cuidadores encontram-se na posição de prestar cuidados especiais ao idoso dependente, acarretando sobrecargas pessoais, alterações no modo de viver, nas rotinas e no tempo despendido para o autocuidado, se expondo a alterações psicossociais e de ordem física.

Estudos realizados por Maslach, Leiter e Schaufeli (2001), Pereira *et al* (2013), e Tironi (2005) entre outros, destaca dentre alguns aspectos do processo de trabalho a sobrecarga de trabalho, considerando que existe uma forte associação com a ocorrência do Burnout, a qual tem sido apontada como uma das variáveis mais predisponentes à Síndrome (notadamente no fator EE). Quanto mais altas as cargas de trabalho, maior a ocorrência de SB.

No entanto, a razão de chance e intervalo de confiança para o desenvolvimento de **DP** se fez presente entre os que apresentaram algum nível de EE, possuindo quatro vezes mais chances para o desenvolvimento deste domínio. Cuidadores com algum grau de parentesco que não seja esposo (a), apresentam três vezes mais chances de adquirir **DP**. A presença de RP entre

os cônjuges dos idosos com DA foi considerada um fator de proteção para o surgimento do domínio em questão.

Para compreender os resultados apresentados, levou-se em consideração o modelo explicativo de Leiter descrito em 1993, acerca da evolução da SB, entende-se que o início do desenvolvimento da síndrome se dá com o aparecimento da EE, desencadeada pelas demandas interpessoais e pelas cargas de trabalho. Para lidar com esta exaustão, o trabalhador desenvolve atitudes de defesa, como o isolamento e indiferença, resultando em DP. A falta de recursos pessoais e/ou institucionais poderá levar tanto à despersonalização quanto à baixa RP.

Verificou-se que a relação de parentesco apresenta uma influência no aparecimento de DP, a suscetibilidade para o desenvolvimento deste domínio está presente entre os cuidadores familiares que não sejam representados pelo cônjuge, a exemplo de filhos, sobrinhos, irmãos, entre outros.

O sentimento de fracasso poderá ser experienciado por alguns cuidadores familiares, dada a incapacidade de conter a evolução do quadro da doença, entre outros aspectos. No modelo explicativo da SB, defendido por Golembiewski, Munzerinder e Cartier (1983), destaca o mal estar experimentado pelas pessoas que assistem, resultando em distanciamento da situação estressante.

Para o autor supracitado, o distanciamento poderá ser construtivo, caracterizado pelo não envolvimento com o problema, mesmo mantendo empatia no ato de cuidar, mas também poderá ser contraproducente, ou seja, quando a indiferença faz parte do ato cuidativo, chegando ao extremo do cinismo e rigidez.

No entanto, destaca-se que a existência de **DP** e **EE**, em níveis médios e altos favorece a chance entre 3 a 5 vezes, respectivamente, dos cuidadores desencadearem uma **baixa RP**.

Quanto a razão de chance e intervalo de confiança para o desenvolvimento de sobrecarga de trabalho o estudo revelou que os cuidadores com **EE** tem dez vezes mais chances

de desenvolver sobrecarga e aqueles que apresentam **DP** possuem duas vezes mais chances de desencadear a sobrecarga de trabalho. O grau de parentesco e o desenvolvimento de outro tipo de ocupação também apresentaram probabilidade de cinco e duas vezes mais chance de possuem **Sobrecarga de Trabalho**.

A inter - relação existente entre a sobrecarga de trabalho decorrente das demandas diárias dos cuidadores, possivelmente, são geradoras de **EE**, visto que os cuidadores sentem-se estafados, aumentando a suscetibilidade de evoluir para um quadro de **DP**, na medida em que a progressão da DA se manifesta na pessoa idosa

Considerando os três domínios da SB, existe uma tendência de que o fator **EE** apresente um escore maior em relação aos outros domínios. A literatura especializada considera a exaustão emocional como o fator central para a manifestação mais óbvia da síndrome e o que é mais facilmente relatado pelas pessoas (MASLACH, 1998; MALASCH, SCHAUFELI; LEITER, 2001; PEREIRA *et al* 2013; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002).

A sistematização do estudo levou em consideração os objetivos da pesquisa, suas limitações e necessidades de outros estudos e ainda algumas recomendações consideradas pertinentes a todos os interessados, de modo especial, os cuidadores dos idosos, familiares, profissionais de saúde e gestores.

Dentre as limitações do estudo merecem ser destacadas: o fato da inexistência de um banco de dados dos cuidadores, o que dificultou a identificação dos mesmos, tendo-se que recorrer aos dados dos idosos com DA no CEDMEX, o que possivelmente poderá ter contribuído para que alguns cuidadores dos idosos não cadastrados no referido sistema, tenham deixado de ser contemplados, influenciando nos critérios de elegibilidade. Considera-se que o estudo transversal também favoreceu a limitação do mesmo, tendo em vista revelar apenas um recorte de uma população em um dado período de tempo. O estudo poderia ter contemplado

outras variáveis como a investigação de sinais e sintomas relacionados à SB entre os sujeitos da pesquisa.

Ratificando os motivos que deram origem a realização deste estudo, partiu-se da experiência do pesquisador, com a realidade dos cuidadores dos idosos com DA e da necessidade de compreender e explicar o fenômeno de Burnout, associado ao desconhecimento de muitos profissionais acerca do problema na nossa região e diante da prevalência de idosos com DA.

Para os profissionais de saúde e gestores o estudo aponta para a necessidade de um olhar aprofundado sobre o cuidador, sua saúde física e mental, e que o cuidado do idoso com DA é indissociável do cuidado com o cuidador. Também reflete a importância do autocuidado por parte dos mesmos. Quanto aos gestores, diante da situação apresentada na pesquisa devem favorecer um suporte social nos municípios e região que potencialize o cuidado prestado por este grupo de profissionais que tanto cresce no país.

A sociedade necessita reconhecer o papel do cuidador familiar, visto que este sujeito é essencial na execução das diretrizes propostas pelas políticas públicas direcionadas às pessoas idosas, devendo ser considerado um capital humano e intelectual ímpar para toda sociedade.

A responsabilidade social da pesquisadora no cenário de estudo, corresponde ao desenvolvimento de algumas ações que merecem ser registradas neste espaço, e que foram realizadas no ano de 2014/2015: Participação da Semana de Idoso no município de São Mamede – PB, como palestrante; realização de Oficina para Cuidadores de Idosos sobre os riscos de contrair a SB e medidas de prevenção, utilizando a terapia comunitária e a Educação Popular em Saúde como estratégia pedagógica; palestra para profissionais de saúde e estudantes sobre as possibilidades do desenvolvimento da SB entre os cuidadores familiares dos idosos, baseado nos resultados apresentados nesta pesquisa; palestra na Câmara de Vereadores de Patos – PB acerca do cuidador de idosos como capital humano de relevância na sociedade e protagonista

na execução das Políticas relacionadas à Pessoa Idosa, justificando o pedido de criação do “*Dia Municipal do Cuidador da Pessoa Idosa*”, no município, sendo aceito por unanimidade e oficializado como sendo o dia 07 de novembro.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Neste capítulo final, buscou-se sistematizar os principais resultados da pesquisa, discutidos nos capítulos anteriores, considerando os objetivos do estudo.

Em relação ao primeiro objetivo, *caracterizar o perfil demográfico dos cuidadores dos idosos com DA*; foram identificadas nas análises dos resultados as médias relativas aos aspectos demográficos com as devidas associações entre elas, e que devem ser consideradas muito importantes na organização dos processos de trabalho do cuidador diante de situações similares. Também entre os profissionais de saúde que acompanham os doentes de Alzheimer e que necessitam compreender as relações existentes entre o cuidador e o ser cuidado, no ambiente onde este ocorre.

No que se refere ao segundo objetivo: *identificar a sobrecarga de trabalho dos cuidadores dos idosos com DA*; a média de cuidadores com sobrecarga de trabalho oriundo das demandas interpessoais foi considerada muito significativa, atingindo o patamar de quase 90% dos cuidadores, o que favorece a chance do desenvolvimento dos domínios e níveis da SB, podendo desencadear os efeitos deletérios da síndrome, comprometendo a qualidade do cuidado prestado e a saúde física e mental dos cuidadores.

Quanto ao terceiro objetivo: *caracterizar os fatores ambientais (sociais, psicológicos e culturais) que contribuem para o desenvolvimento da SB*; entre os fatores preditivos para a SB, os sociais e psicológicos, bem como os relacionados ao ambiente onde ocorre o cuidado foram levados em consideração: o grau de parentesco, a faixa etária do cuidador, a baixa renda, as dificuldades de conciliação entre a família e o cuidador e outro tipo de ocupação, que vivenciados em cadeia são geradores de sobrecarga e conseqüente estresse ocupacional, com efeitos deletérios na saúde física e mental dos cuidadores.

O quarto objetivo teve o propósito de *verificar o desenvolvimento dos domínios e níveis da SB entre os cuidadores dos idosos com DA*; embora os resultados do estudo não tenham demonstrado a existência da Síndrome de Burnout entre os cuidadores, ficou evidente a presença de alguns domínios, prevalecendo o nível médio, entre EE e RP e nível baixo de DP. No entanto há de se reconhecer e considerar como relevante a existência de risco médio dos mesmos desenvolver a SB em mais de 85% dos cuidadores dos idosos, sugerindo medidas de prevenção através de estratégias de enfrentamento e de orientações por parte dos profissionais de saúde e rede de apoio que necessitarão ser organizadas para este fim.

O último objetivo buscou *analisar a correlação entre a sobrecarga de trabalho e o estresse ocupacional*. O estudo demonstrou a correlação existente entre a sobrecarga e os domínios da SB, prevalecendo os domínios EE e DP, entre aqueles que possuem grau de parentesco e desenvolvem outra carga de trabalho.

Conclui-se reconhecendo as contribuições que o estudo favoreceu, na medida em que buscou conhecer e discutir sobre as questões inerentes à saúde física e mental do cuidador, o conhecimento sobre a SB e a identificação de fatores que predispõe ao processo de adoecimento como a sobrecarga de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, K. S.; LEITE, M. T.; HILDELBRANT, L. M. Cuidados familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão de literatura. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v.11, n. 2, 2009. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a23htm>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

ALVAREZ, E. et al. Impacto de intervención temprana a cuidadores de pacientes secueledos de un accidente cerebro vascular. Estudio piloto. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago, v.11, n.2, p. 23-33, 2011.

AMENDOLA F.; OLIVEIRA M. A. C.; ALVARENGA M. R. M.; Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, [S.l.], 2008; v.17, n.2, p.266-72, 2008.

ARAVENA, V. J.; ALVARADO, O. S. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. **Ciencia y Enfermería**, Concepcion, v.16, n.2, p. 111-120, 2010.

ARGYRIOU, A. A.; KARANASIOS, P. Quality of life and emotional burden of primary caregivers: a case-control study of multiple sclerosis patients in Greece. **Quality of Life Research**, v. 20, n. 10, p. 1663-68, dez. 2011.

BACKES. A. J. Vivências de cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 264-275, mai./ago. 2009.

BANDEIRA, D. R.; GONÇALVES, T. R.; PAWLOWS, S. K. J. Envelhecimento e dependência :impacto sobre os familiares e cuidadores de portadores de doenças demenciais. In: Parente, M.A.M.P., et al. **Cognição e envelhecimento**. 275 – 84. Porto Alegre: Artmed, [S.d.].

BANDEIRA, M.; CALVAZARA, M. G. P; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.57, n.2, p.98 – 104, 2008.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa. Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 62, n. 137, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mai. 2014.

_____. O adoecer dos que se dedicam à cura das doenças: o Burnout em grupo de médicos. In: **Benevides Pereira**: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010.

BERZINS. M.; BORGES. M. C. **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001, p.161-194.

_____. Decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 set. 2009. Disponível em:< <http://www2.dataprev.gov.br/fap/Dec6957.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006. Disponível em<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013. (Caderno de Atenção Básica n. 19. Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da saúde. **Estatuto do Idoso**. 1.ed. 2ª reimpressão Brasília: MS, 2003, 61p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Portaria Interministerial MPS/ MS/ TEM nº 800, de 3 de maio de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 mai. 2005. Disponível em:< http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105449-562.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília**, DF, 13 jun. 2013. Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2013.

BONITA. R. et al. **Epidemiologia Básica**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2010.

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: Princípios e Aplicações**. Porto Alegre: Ed. ARTMED, 2003.

CANGULHEM, M. B. Saúde Mental e Trabalho: a necessidade da “escuta” e olhar atentos. **Forense Universitária Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, jan.-abr. 2009. (CD-ROM).

CAMPOS, R. G. **Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica**. Ribeirão Preto, SP: USP, 2005. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, 2005.

CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CÂMARA, S. G. Síndrome de burnout em estudantes universitários da área de saúde. **Revista de Psicologia**, Porto Alegre, RS, v.37, n.1, p. 57-62, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/14.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de Burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v.22, n.5, p.1017-1026, 2006.

CARREIRO, G. S. P. **O impacto do trabalho na saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família**. João Pessoa, PB: UFPB, 2004. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado, Programa de pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2010.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O Cuidar do idoso doente na voz de cuidadores domiciliares. **Revista Eletrônica Enfermagem**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 254-71, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 04 abr. 2014.

CODO W. E V.; MENEZES I. **Burnout**. São Paulo, SP: KINGRAF; 2000.

COLETA, Alessandra dos Santos Menezes Dela. **Estresse e suporte social em profissionais do setor de segurança pessoal e patrimonial**. Uberlândia, MG: UFU, 2007. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/1447/1/EstresseSuporteSocial.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA. Comissões Intergestores Regionais. **Mapa dinâmico das regiões**. Disponível em: <<http://cosemspb.org/>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

COSTA, Suéilia Alves da. **Desafios de cuidadores frente aos portadores da Doença de Alzheimer**. Caicó, RN: UERN, 2014. Originalmente apresentado como monografia de graduação, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, 2014.

CRUZ, M. N.; HAMDAN, A. C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 223-29, abr./jun. 2008.

D'ALENCAR, RS; SANTOS, E.M.P.; PINTO, J.B.T.; **Conhecendo a Doença de Alzheimer: uma contribuição para familiares e cuidadores**. Ilhéus: Editus, 2010.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DELGADO L., OLIVEIRA B.R. Perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Nursing** [online], [S.l.; S.n.; S.v.], 2009. Disponível em: <<http://www.nursing.com.br/paper.php?p=248>>. Acesso em: 22 set. 2013.

DIAS. S.; QUEIRÓS. C.; CARLOTTO M. S. Síndrome de *burnout* e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. **Aletheia**, Canoas-RS, n. 32, [S.v.], .ago 2010.

ECHTERNACHT, E. H. O. Alguns elementos para reflexão sobre as relações de entre saúde e trabalho no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina o Trabalho**, Belo Horizonte, v.2, [S.n.], p.85-89, Abr – junho, 2004.

FAVERO, L. Cuidado com a mãe/mulher cuidadora. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Orgs.). **Quem cuida de quem cuida?: As teias de possibilidades de quem cuida**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, p.57-69, 2013.

FERNANDA, F. M. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por pessoas de idosos dependentes. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1509 – 1518, 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br.php> >Acesso em: 07 ago. 2013.

FERNANDES, J. J. B. R. **Cuidar no domicílio**. Lisboa, Universidade de Lisboa, 2009. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, 2009.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.

FILGUEIRAS J. C.; HIPPERT M. I. Estresse. In: JACQUES M. G.; CODO W. (Orgs). **Saúde mental & trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.

FILIZOLA, CLA; BARHAM, EJ. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v.10, n.3, p. 580-590, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a04.htm>>. Acesso: 30 mar. 2015.

FLORES, E.; RIVAS, E.; SEGUEL, F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 29-41, 2012.

FRANÇA, A. C. Limongi; RODRIGUES, A. Luiz. **Stress e Trabalho, uma abordagem psicossomática**. 2.ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999. p.48.

FREITAS, I. C. C. et al. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, Brasília/Teresina, v. 61, n. 4, p. 508-513, jul./ago. 2008.

FREUDENBERGER, H. J. **Staff Burnout Journal of Social Issues**, [S.l.], v. 30, [S.n.], p. 159- 165, 1974.

GAIOLI, C. C. L. O. **Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: variáveis sociodemográficas e da saúde associadas à resiliência**. Ribeirão Preto, SP: USP, 2010. Originalmente apresentado como tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendida em um serviço psicogeriatrico. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 835-41, 2004.

GIACOMIN, K. C. et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 80-91, jan.-fev. 2005.

GIL-MONTE, P.; PEIRÓ, J. M. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse**. Madri: Síntesis. 1997.

GLINA, D. M. R. Modelos teóricos de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Orgs.). **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010, p. 3- 30.

GOLEMBIEWSKI, R. T.; MUNZERINDER, R.; CARTER, D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and práxis. **Journal od Applied Behavior Science**, [S.l.], v. 19, [S.n.], p. 462-481, 1983.

GRATÃO, A.C.M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade**. Ribeirão Preto, SP: USP, 2010. Originalmente apresentado como tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GRATÃO, A. C. M.; VENDRÚSCOLO, T. R. P.; TALMELLI, L. F. S. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.2, p.304-12, abr./jun. 2012.

HERRERO, L. H.; GONZÁLEZ, J. L. R.; MARTÍN, M. J. R. R. (2001). Estrés laboral y variables biomédicas. In: CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, 2, 2001, [S.l.]. **Anais eletrônicos...** [S.l.; S.n.], 2001. Disponível em:<www.psiquiatria.com/congreso>. Acesso em: 07 ago. 2013.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861–866, mai–jun. 2003.

KONSEN, et al. (Orgs.). **Cuidando de quem cuida**. Rio Grande do Sul: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2007.

LAPOLA, N.; CAXAMBU.V. E. F.; CAMPUS, O. de. Perfil de Cuidadores de portadores de Doença de Alzheimer de uma Unidade de referência. **Boletim de Enfermagem**, São Paulo, v. 1. n. 2, p. 28 – 40. 2008.

LIMA, Ângela Maria Machado de; SANGALETI, Carine Teles. **Cuidar do idoso em casa: limites e possibilidades**. São Paulo: Editora UNESP, 2010

LUDERMIR A.B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associados a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**; São Paulo, v.36, n.2, 213-221, jan. 2002.

LOPES, M. C. L., MARCON, S. S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 343-50, 2009.

LOUREIRO, L. S. N. **Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com vivência comunitária**. João Pessoa, PB: UFPB, 2011. Originalmente apresentado como

dissertação de mestrado, Programa de pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2011.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. **Atenção ao familiar cuidador do idoso com Doença de Alzheimer**. [S.l.]: Acta Scientiarum. Health Sciences. 2004.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v.15, n.4, p.587-94. Out-Dez 2006.

MARTINS, L. F. Estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais da Atenção Primária em Saúde. Juiz de Fora, MG: UFJF, 2011. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.

MASLACH, C. Entendendo o Burnout. In: ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L.; **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas; 2005, p.41-55.

_____. In: ROSSI, A. M; PERREWÉ, P. L; SAUTER, S. L. (Orgs). **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2007, p.41-55.

MALASCH, C. S. E.; JACKSON; LEITER, M. P. The Maslach Burnout inventory. 3. ed. Testmanual: Palo Alto, 1996.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. Annual Review Psychology, **Palo Alto**, [S.l.], v 52, [S.n.], p.397 – 422, 2001.

MASLACH, Christina. A multidimensional theory of burnout. In COOPER, Cary. **Theories of organizacional stress**. Manchester: Oxford University Press: [S.n.], 1998.

MATSUDA, C. M. C. B. **Sobrecarga e saúde mental em cuidadores de idosos com demência ou depressão**. São Paulo, SP: USP, 2004. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004.

MENDES, P. B. M. T. Quem É O Cuidador. In: DIAS, L. F.; WANDERLEY, J. S.; MENDES, R. T. **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. 2. ed. São Paulo: Unicamp, 2005. p. 19-33.

MERLO, A.R.C. Psicodinâmica do trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho: leituras**. 2. ed. Petrópolis: Vozes. 2003, pp. 130-142.

METZKER, Carlos Alexandre Batista. **O Fisioterapeuta e o Estresse no Trabalho**: estudo de caso em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte - MG. Pedro Leopoldo, MG: Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo. 2011. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, 2011. Disponível em:<
http://www.fpl.edu.br/2013/media/pdfs/mestrado/dissertacoes_2011/dissertacao_carlos_alexandre_batista_metzker_2011.pdf>. Acesso em: 15 mai. de 2013.

MORAES, C. V. Tratando de quem trata: atendimento aos servidores em saúde. In: CONGRESSO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 2001, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2001.

MORENO-JIMÉNEZ, B. et al. A avaliação do burnout em professores: comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. **Psicologia em Estudo**, [S.l.], v.7, [S.n.], p. 11-19, 2002.

MOREIRA, D. S. et al. Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009.

NEUMANN, S. M. F.; DIAS, C. M. de S. B. Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador?. **Revista Psicologia e Saúde**, Recife, v. 5, n. 1, jan./jun, p. 10-17, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n1/v5n1a03.pdf>>. Acesso em 26 set. 2014.

OLIVEIRA J.R. **A Síndrome de Burnout nos cirurgiões-dentistas de Porto Alegre –RS**. Porto Alegre, RS: UFRS, 2001. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal Do Rio Grande do Sul; 2001.

PALAZZO, L.S.; CARLOTTO, M. S; AERTS, D. R. G. Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v.46, n.6, p. 1066 -73, 2012.

PEREIRA, Caroline de Aquino; MIRANDA, Livia Ceschia dos Santos; PASSOS, Joanir Pereira. O Estresse Ocupacional da Equipe de Enfermagem do Setor Fechado. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.; S.n.; S.v.], 2009. Disponível em:<
www.biblioteca.universia.net/.../estresse-ocupacional> Acesso em: 21 out. 2013.

PEREIRA, R. A. SANTOS, E. B., FHON, J. R. S., MARQUES, S., RODRIGUES, R. A. P.; Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral, **Revista escola de**

enfermagem da USP, São Paulo, v.47, n.1, p.185-92, 2013. Disponível em: <www.eeusp.br/reeusp>. Acesso em: 10 mai. 2014.

PEREIRA, M.F.C. **Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia**. Porto, Portugal: Universidade do Porto, 2009. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto, 2009.

PEREIRA, Ruama Alencar Santos. **Estresse ocupacional em cuidadores de idosos institucionalizados**. Cajazeiras, PB: FSM, 2014. Originalmente apresentado como trabalho de conclusão de curso Bacharelado em Enfermagem, Faculdade Santa Maria, 2014.

PINES, A. M.; KEINAN, G. Stress and burnout: the significant difference. **Personal and individual differences**, [S.l.], v.39, n.3, p.625 – 635, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000200009>.

PIOVESAN, A.C; PIVETTA, H. M. F.; PEIXOTO, J. M. B. Fatores que predisõem as quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, vol.14, n 1, p:75-83, 2011.

PRESTES, A. P. **Avaliação quantitativa**. São Paulo: Atlas, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA. **6ª Gerência regional de saúde**. 1 fotografia, color. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/sedem.html>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

Silva, Bárbara Pâmela Maia. **Sobrecarga de trabalho dos cuidadores de idosos**. Cajazeiras, PB: FSM, 2014. Originalmente apresentado como monografia, Faculdade Santa Maria, 2014.

QUEIROZ, Z.P.V. O impacto do cuidado na vida do cuidador de idosos: fator de risco de negligência em idosos dependentes. In: BERZINS, M.V;MALAGUTTI,W. **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010.p;295 – 307.

Queiroz ZPV, Lemos NFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciênc Saúde Coletiva**, [S.l.], v.15, n.6, p. 2815-24, set. 2010 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 21 fev. 2014.

RATES, H. F. **Cuidado de saúde do idoso no domicílio**: implicações para as

cuidadoras no Distrito-Ressaca – município de Contagem/MG. Belo Horizonte, MG: UFMG, 2007. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

RESENDE, Márcia. C. F.; DIAS, Elizabeth C. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 02 dez. 2014

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

RONDINI, C. A. et al. Análise das relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadoras de idosos de Assis, SP. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 796-820, 2011.

SALIBA, N. A. et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. **Interface**, Botucatu. v.11, n 21; 39-50, jan - abr 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 05 ago. 2013.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental trabalho: os problemas que persistem. **Revista Ciência &Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.869-878, 2005.

SCHAUFELI, W. B.; ENZAMANN, D. **The Burnout companion to study and practice: critical analysis**. London: Taylor and Francis, 1998.

SENA, Edite Lago da Silva; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de *Alzheimer* - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto contexto - enferm.**, [S.l.], v.17, n.2, p.232-240, Abr.- Jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/03.pdf>>. Acesso em: 01 Out. 2013.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982.

SILVA, T. D. D. A, CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. **Revista da SBPH**, v.11, n.1, p.113-130, 2008.

SILVA, M. da C. de M., GOMES, A. R. da. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. **Estudos de Psicologia**, [S.l.], v.14, n.3, p.239-248, 2009.

SILVA, Vanessa Valério. **A relação entre satisfação no trabalho e saúde mental do trabalhador**: uma revisão integrativa. Franca, SP: UNIFRAN, 2008. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado, Universidade de Franca, 2008.

SIMONETTI, Janete Pessuto; FERREIRA, Joice Cristina. Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista Esc. Enfermagem USP**. São Paulo, v.42, n.1, p. 19-25, 2008. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 04 dez. 2014.

SOUZA, L. F. F.; VAZ, M. S. C. Cuidar da 3ª idade: um desafio no cotidiano hospitalar. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 30-36, 2007.

STELLA, M.I.J. As exigências do trabalho do novo milênio, como fator desencadeante das neuroses profissionais. In: CONGRESSO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 2001, São Paulo. **Anais...**São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001.

SILVA, M. P. **Qual o tempo do cuidado?** Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola, 2004.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Síndrome de Burnout. In: MENDES, Ana Magnólia; BORGES, Livia de Oliveira; FERREIRA, Mário César (Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

TIRONI, M. O. F. **A Síndrome de Burnout em médicos pediatras**: um estudo em duas organizações hospitalares. Bahia: UFBA, 2005. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, 2005.

TITTONI, J., NARDI, HC. Saúde mental e trabalho: reflexões a partir de estudos com trabalhadores afastados do trabalho por adoecimento profissional. In JACQUES, M. G. C., et al (Orgs.). **Relações sociais e ética**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 70-80. ISBN: 978-85-99662-89-2. Disponível em:<<http://books.scielo.org>>. Acesso: 12 nov. 2013.

VALENTE, H. S; BARBOS, A. S; TEXEIRA. M. B. O cuidado domiciliário do idoso: a atualização da teoria do déficit do auto cuidado no programa saúde da família. **Revista Nursing**, São Paulo, [S.v.], n.121, julho 2008.

VALENTI M. et al. Burnout among therapists working with persons with autism after the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy: a longitudinal comparative study Adaptive response of children and adolescents with autism to the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v.42, [S.n.], p.954–960, 2013.

VASQUES – MENEZES, Ione; SORRATO, Lúcia. Burnout entre os funcionários das agências públicas de emprego. In: TODESCHINI, Remígio; VASQUEZ-MENEZES, Ione; SORRATO, Lúcia. (Org). **Desafios do Sistema Público de emprego, trabalho e renda**. 1 ed. São Paulo:LTR, 2010, p 111 – 119. (v.1).

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 231-38, 2012.

VIEIRA, C. P. B.; FIALHO, A. V. M.; FREITAS, C. H. A. F. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 570-9, mai./jun. 2011.

VERÍSSIMO, C, MOREIRA, I. Os Cuidadores familiares/informais: cuidar do doente idoso dependente em domicílio. **Pensar Enfermagem**, [S.l.], v.8, n.1, p.60-65, 2004.

VILELA LP, CARAMELLI P.A.A. Doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Rev. Ass. Med. Bras.**, [S.l.], v. 52, n.3, p.148-52, 2006. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2a23.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis:Vozes, 2006. 190p.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 335-42, 2010.

WORLD alzheimer report Executive summary. **Alzheimer"s disease international**. 2009.

YAWEN C, I. S. C. et al. The influence of age on the distribution of self-rated health, burnout and their associations with psychosocial work condition. **Hasselhorn c. Journal of Psychosomatic Research**, [S.l.; S.v.; S.n.], 2013.

YUASO.D.R. Treinamento de cuidadores de idosos. In: NERI, A. L. (Org). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. [S.l.]: Alínea; 2007.

ZARIT, S.; ZARIT J. **Instructions for the Burden Interview**. University Park: Pennsylvania State University;1987.

APÊNDICE A**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DEMOGRÁFICOS**

1- Sexo: () Feminino () Masculino

2- Idade: _____ anos

3 - Estado Civil: _____

4- Tempo de trabalho como cuidador: _____

5- Qual é a sua carga horária semanal de trabalho? _____ horas

6- Mora com o idoso? () sim () não

7- Desenvolve outro tipo de trabalho? () sim () não Qual? _____

DADOS COMPLEMENTARES SOBRE O IDOSO COM DA.

8. Sexo: () masculino () feminino

9. Idade; _____ anos

10. Fase evolutiva da doença: () inicial () intermediária () final () terminal

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Lourdes Conceição Martins oriento e coordeno o projeto de pesquisa intitulado “**SÍNDROME DE BURNOUT EM CUIDADORES DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER**: um estudo dos fatores associados”, da aluna de mestrado **Ana Lucia de França Medeiros**. O objetivo deste projeto é investigar os fatores ocupacionais associados aos três componentes da Síndrome de Burnout em cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. Cidade de Patos- PB, bem como identificar a sobrecarga de trabalho dos cuidadores de idosos com DA; caracterizar os fatores ambientais (sociais, psicológicos e culturais) que contribuem para o desenvolvimento da SB; avaliar a presença dos níveis da SB entre os cuidadores de idosos com DA e analisar a correlação entre sobrecarga de trabalho e estresse ocupacional. Serão aplicados dois questionários, o primeiro diz respeito a Escala de *Zarit Burden Interview* – EZBI para investigar a sobrecarga de trabalho dos cuidadores e o Maslach Burnout Inventory (MBI) para verificar a presença do estresse ocupacional ou Síndrome de *Burnout*.

A temática é de grande relevância social e científica, com o propósito de mostrar a importância entre trabalho/ocupação como causa de doença. Esta pesquisa almeja trazer contribuições para os cuidadores, os idosos, gestores do SUS e todos os profissionais que se relacionam com o trabalho com idosos, através desta investigação e somar novos conhecimentos aos que já existem, na perspectiva de contribuir para os profissionais da saúde na forma de prevenir, promover, curar e reabilitar as doenças ocupacionais, como por exemplo, a Síndrome de *Burnout*. Também trará benefícios aos cuidadores, buscando chamar atenção dos mesmos para uma vida mais saudável e satisfatória dentro do ambiente laboral, com ao autocuidado, e melhorias nos relacionamentos com o idoso, familiares e profissionais de saúde. Dessa forma, este trabalho propõe-se a contribuir para as estratégias relacionadas à melhoria da qualidade de vida e de trabalho do cuidador.

Os participantes não serão submetidos a nenhum procedimento que gere dor, desconforto ou constrangimento. A participação é voluntária e os pesquisadores comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução 466/2012. Os questionários são auto-aplicados, portanto respondidos sem a necessidade da presença de um entrevistador.

Se, durante qualquer etapa do estudo houver alguma dúvida sobre as informações coletadas dos participantes, os pesquisadores responsáveis poderão ser contatados com Ana Lucia de França Medeiros (0XX83-87094540); Lourdes Conceição Martins (0XX1199680552); Luiz Alberto Amador Pereira (0XX1192791699); Alfésio Luís Ferreira Braga (0XX1183975812); poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da **FACULDADE SANTA MARIA** no telefone 83-35311365. **É garantida a liberdade da retirada do termo de consentimento de participação em qualquer etapa do estudo**, e com isso as suas informações serão excluídas e destruídas e, portanto, não analisadas. Os coordenadores do projeto serão responsáveis por contatar os participantes diretamente, caso algum resultado da pesquisa seja de interesse imediato para o participante.

O presente termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma em poder do participante e a outra em poder dos pesquisadores responsáveis.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Lourdes Conceição Martins
(Pesquisador Responsável)
UNISANTOS

APÊNDICE C

Termo de Responsabilidade do Pesquisador Responsável

Santos, 21 de novembro de 2013

Ilmo. Sr(a).

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

Eu, Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins, encaminho o projeto de pesquisa intitulado: **“SÍNDROME DE BURNOUT EM CUIDADORES DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: um estudo dos fatores associados”**; da aluna **Ana Lucia de França Medeiros**, que está sob minha orientação.

Informo que o objetivo deste estudo é Investigar os fatores ocupacionais associados aos três componentes da Síndrome de Burnout em cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. Seguiremos todos os procedimentos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

Desde já agradeço a atenção

Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins

APÊNDICE D

Termo de Responsabilidade do Pesquisador Participante

Eu, **Ana Lúcia de França Medeiros**, aluna do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva - UNISANTOS, responsabilizo-me, junto com a minha orientadora **Profa. Lourdes da Conceição Martins**, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**SÍNDROME DE BURNOUT EM CUIDADORES DOS IDOSOS COM DA**: um estudo dos fatores associados”, a ser realizado com cuidadores dos idosos residentes nos municípios que pertencem a 6ª Gerência Regional de Saúde – Patos – PB. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Patos – PB, 13 de novembro de 2013.

Nome do Pesquisador Responsável

ANEXO A

ESCALA DE ZARIT: AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR

Ao responder este instrumento o Sr(a) você utilizará a legenda abaixo:

- Nunca = 0
- Raramente = 1
- Algumas vezes = 2
- Frequentemente = 3
- Sempre = 4

ITENS	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente mente	Sempre
1. Sente que (nome do idoso) lhe pede mais ajuda do que ele que necessita?					
2. Sente que devido ao tempo que passa com (nome do idoso), não dispõe de tempo suficiente para si mesmo/a?					
3. Sente-se estressado (a), quando tenta conciliar os cuidados com (nome do idoso) e suas outras responsabilidades com a família e trabalhos?					
4. Sente-se envergonhado(a) com o comportamento de (nome do idoso)?					
5. Sente-se irritado quando (nome do idoso) está por perto?					
6. Sente que (nome do idoso) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou com amigos?					
7. Sente receio pelo futuro de (nome do idoso)?					
8. Sente que (nome do idoso) depende do Sr(a)?					
9. Sente-se tenso quando (nome do idoso) está por perto?					
10. Sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com (nome do idoso)?					
11. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa de (nome do idoso)?					

12. Sente que a sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de (nome do idoso)?					
13.Sente-se pouco à vontade para receber visitas em casa por causa de (nome do idoso)?					
14. Sente que (nome do idoso)espera que o Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?					
15.Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar (nome do idoso), somando-se às suas outras despesas?					
16.Sente que será incapaz de cuidar do (nome do idoso) por muito mais tempo?					
17.Sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de (nome do idoso)?					
18. Gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de (nome do idoso)?					
19. Sente-se em dúvida sobre o que fazer por (nome do idoso)?					
20.Sente que deveria estar fazendo mais por (nome do idoso) ?					
21.Sente que poderia cuidar melhor de (nome do idoso)?					
22. De uma maneira geral sente-se muito sobrecarregado por cuidar de (nome do idoso) ?					

ANEXO B

MASLACH BURNOUT INVENTORY – MBI

Ao responder este instrumento o Sr(a) você utilizará a legenda abaixo:

- Nunca = 0
- Uma vez por ano = 1
- Uma vez por mês = 2
- Algumas vezes por mês = 3
- Uma vez por semana = 4
- Algumas vezes por semana = 5
- Todos os dias = 6

Leia atentamente as seguintes afirmações pontuando, o mais sinceramente possível, conforme a intensidade descrita:	Nunca	Uma Vez Por ano	Uma Vez Por mês	Algumas Vezes Por mês	Uma Vez Por Semana	Algumas Vezes Por Semana	Todos Os dias
1.Sinto-me esgotado(a) emocionalmente devido ao meu trabalho							
2.Sinto-me cansado(a) ao final da jornada de trabalho							
3.Quando levanto-me pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado(a)							
4. Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas							
5. Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos impessoais							
6.Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço							
7.Lido eficazmente com os problemas das pessoas							
8.Meu trabalho deixa-me exausto(a)							
9.Sinto que através do meu trabalho influencio							

positivamente a vida de outros							
10. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho							
11. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente							
12. Sinto-me com muita vitalidade							
13. Sinto-me frustrado(a) em meu trabalho							
14. Creio que estou trabalhando em demasia							
15. Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo							
16. Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse							
17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas							
18. Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com as pessoas							
19. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão							
20. Sinto-me no limite de minhas possibilidades							
21. Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho							
22. Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas							