

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

VITÓRIA ELISA FERREIRA BARBOSA

SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS COM LESÕES DE
PELE

POUSO ALEGRE, MG

2025

VITÓRIA ELISA FERREIRA BARBOSA

**SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS COM LESÕES DE
PELE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para aprovação no Curso de Graduação em
Enfermagem, da Faculdade de Ciências da
Saúde Dr. José Antônio Garcia Coutinho -
Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS);
orientado pelo Prof. Ms. Geovani Cleyson dos
Santos.

POUSO ALEGRE – MG

2025

BARBOSA, VITORIA ELISA FERREIRA

Saúde Mental dos Cuidadores Informais de Pessoas
com Lesões de Pele. Vitoria Elisa Ferreira Barbosa -
Pouso Alegre: Univás, 2025. 49f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) –
Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Sapucaí,
Pouso Alegre, 2025.

Orientador: Prof. Geovani Clyeson dos Santos

1. Idoso. 2.Diabetes Mellitus. 3.Educação em Saúde 4.Atividades
Cotidianas. 5.Autonomia Pessoal.

VITÓRIA ELISA FERREIRA BARBOSA

SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS COM LESÕES DE
PELE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para aprovação no Curso de Graduação em
Enfermagem, da Faculdade de Ciências da
Saúde Dr. José Antônio Garcia Coutinho, da
Universidade do Vale do Sapucaí; orientado
pelo Prof. Ms. Geovani Cleyson dos Santos.

APROVADO EM 29/10/2025

Banca Examinadora

Orientador: Ms. Geovani Cleyson dos Santos
Universidade do Vale do Sapucaí

Examinador: Ms. Daniela dos Santos Morais Sene
Universidade do Vale do Sapucaí

Examinador: Ms. Ana Lucia de Lima Vieira Pinto
Universidade do Vale do Sapucaí

Dedico este trabalho a Deus, por ser a base de tudo em minha vida, pela força nos dias de cansaço, pela esperança nos momentos de dúvida e pela graça que me sustentou até aqui. Dedico à minha família, que sempre acreditou em mim e esteve ao meu lado em cada desafio, oferecendo amor, paciência, incentivo e compreensão diante das ausências e renúncias necessárias para que este sonho se realizasse. Dedico também a cada paciente que cruzou o meu caminho ao longo desta jornada acadêmica. Em cada olhar de confiança, em cada gesto de gratidão e até mesmo em cada silêncio de dor, encontrei a verdadeira essência da Enfermagem: o cuidado humano, integral e compassivo. Por fim, dedico este trabalho a todos que acreditam no poder transformador do cuidar, pois é nesse propósito que encontro a razão da minha caminhada profissional.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que sempre foi meu sustento e minha fortaleza. Sem a sua presença, nada disso teria sido possível. Nos momentos de fraqueza, encontrei Nele o consolo e a coragem para seguir adiante.

À minha família, expresso minha eterna gratidão. Vocês foram meu alicerce em todos os instantes desta trajetória. Aos meus pais, que me ensinaram o valor da honestidade, do esforço e da dedicação, e que, com tanto carinho, me mostraram que o conhecimento é um caminho que ninguém pode me tirar. Ao meu irmão e demais familiares, que torceram, apoiaram e vibraram a cada conquista, meu muito obrigada.

Aos meus professores e preceptores, que não se limitaram a ensinar conteúdos técnicos, mas também transmitiram valores, ética e humanidade, aspectos que fazem da Enfermagem uma profissão tão nobre.

Aos colegas de curso, que dividiram comigo noites de estudo, dias de estágio, desafios e conquistas. Sem a parceria, a amizade e as trocas, essa caminhada teria sido muito mais difícil.

Aos pacientes e suas famílias, que foram, ao mesmo tempo, mestres e inspiração. Cada cuidado prestado, cada história ouvida e cada experiência vivida reforçaram em mim a certeza de que escolhi a profissão certa, uma profissão que não apenas cuida da saúde, mas toca vidas.

“A Enfermagem me ensinou que, mesmo quando não há cura, sempre haverá cuidado e é nele que se encontra o verdadeiro poder de transformar vidas.”

(Florence Nightingale)

RESUMO

Introdução: O cuidado informal, geralmente realizado por familiares, é cada vez mais comum devido ao envelhecimento populacional e às doenças crônicas. No caso de pessoas com lesões de pele os desafios são intensificados, afetando a saúde mental dos cuidadores.

Objetivo: Analisar a saúde mental de cuidadores informais de pessoas com lesões de pele.

Método: Por meio de uma abordagem quanti-qualitativa, utilizou o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e a aplicação da escala DASS-21, envolvendo 30 participantes do sul de Minas Gerais.

Resultados: Evidenciaram predominância feminina entre os cuidadores e média geral da DASS-21 classificada como “extremamente grave”, indicando alto nível de sofrimento emocional. Apesar disso, as falas revelaram sentimentos de amor, gratidão, espiritualidade e transformação pessoal, coexistindo com exaustão e sobrecarga. A ambivalência entre o fardo e o amor emerge como marca central da experiência do cuidar, sustentada por valores afetivos e espirituais que funcionam como estratégias de enfrentamento.

Conclusão: O cuidado informal requer atenção ampliada das políticas públicas e suporte psicosocial contínuo aos cuidadores, reconhecendo-os como sujeitos de cuidado e agentes essenciais na rede de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Cuidadores; Ferimentos e Lesões; Saúde Mental; Sobrecarga do cuidador.

ABSTRACT

Introduction: Informal care, usually provided by family members, is increasingly common due to population aging and the growing prevalence of chronic diseases. In the case of individuals with skin lesions, the challenges become even more intense, affecting the caregivers' mental health. **Objective:** To analyze the mental health of informal caregivers of people with skin lesions. **Method:** Through a quantitative-qualitative approach, the study employed the Collective Subject Discourse, method and the DASS-21 scale, involving 30 participants from southern Minas Gerais, Brazil. **Results:** The findings revealed a predominance of female caregivers and a general DASS-21 score classified as "extremely severe," indicating a high level of emotional distress. Nevertheless, the participants' statements expressed feelings of love, gratitude, spirituality, and personal transformation, coexisting with exhaustion and overload. The ambivalence between burden and love emerges as a central feature of the caregiving experience, supported by affective and spiritual values that function as coping strategies. **Conclusion:** Informal care requires greater attention from public policies and continuous psychosocial support for caregivers, recognizing them as subjects of care and essential agents within the healthcare network.

Keywords: Caregivers; Wounds and Injuries; Mental Health; Caregiver Burden.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos fatores pessoais dos participantes. Senador José Bento, MG, 2025 (n=30).....	19
Tabela 2. Caracterização dos fatores familiares dos participantes. Senador José Bento, MG, 2025 (n=30).....	20
Tabela 3. Caracterização dos fatores de saúde dos participantes. Senador José Bento, MG, 2025 (n=30).....	21
Tabela 4. Avaliação da escala DASS 21 nos participantes, Senador José Bento, MG (n=30).....	21
Tabela 5. Avaliação dos sintomas de Depressão conforme a escala DASS 21 nos participantes, Senador José Bento, MG (n=30).....	22
Tabela 6. Avaliação dos sintomas de Ansiedade conforme a escala DASS 21 nos participantes, Senador José Bento, MG (n=30).....	22
Tabela 7. Avaliação dos sintomas de Estresse conforme a escala DASS 21 nos participantes, Senador José Bento, MG (n=30).....	23

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sentimentos do Cuidar de Cuidadores Informais de Pessoas com Lesão de Pele.....25

LISTA DE QUADRO

Quadro 1. Frequência do pessoas que citaram a ideia central. Senador José Bento, MG (n=30).....23

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	MÉTODO.....	14
2.1.	Delineamento do estudo.....	14
2.2.	Local de estudo e Amostra.....	15
2.2.1.	<i>Critérios de elegibilidade:</i>	15
2.3.	Instrumentos e Procedimentos	15
2.4.	Análise dos dados	17
2.5.	Pré-teste.....	18
2.6.	Aspectos éticos.....	18
3.	RESULTADOS.....	19
4.	DISCUSSÃO.....	26
5.	LIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	28
6.	CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM	28
7.	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXO A - ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS SCALE) (DASS – 21) – VERSÃO PORTUGUÊS BRASILEIRO.....	32
	ANEXO B - Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1)	35
	ANEXO C - Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2)	36
	APÊNDICE 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS PESSOAIS, FAMILIARES E DE SAÚDE.....	37
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .	40
	APÊNDICE 3 – AVALIAÇÃO DO DISCURSO SUJEITO COLETIVO	42
	PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	49

1. INTRODUÇÃO

O cuidado de pessoas com transtornos mentais ou com condições que demandam assistência contínua representa um dos desafios mais complexos e multifacetados da saúde pública. Nesse contexto, o papel do cuidador informal, exercido por familiares ou pessoas próximas que assumem a responsabilidade pelo cuidado de indivíduos em situação de dependência, tem se tornado cada vez mais relevante, sobretudo diante do envelhecimento populacional, do aumento de doenças crônicas e da fragilização das redes formais de cuidado.

Dentre os diversos cenários de atenção, destaca-se o cuidado de pessoas com lesões de pele, como lesão por pressão, feridas crônicas e queimaduras, que exigem dedicação contínua e cuidados específicos. Muitas vezes, essa função é assumida por indivíduos sem formação técnica, o que acarreta sobrecarga física, emocional e psicológica. Quando o quadro clínico envolve, ainda, comorbidades mentais, os desafios se intensificam e afetam significativamente o cotidiano dos cuidadores (GIACOMINI, et al., 2022; BARBOSA, BARBOSA E ANTUNES, 2022).

Estudos revelam que o envolvimento da família no cuidado de pessoas com doenças mentais impacta não apenas na qualidade de vida do paciente, mas também na estrutura emocional, física e financeira do núcleo familiar (GIACOMINI et al., 2022; SILVA et al., 2023). Ao assumir a função de cuidado, esses sujeitos enfrentam mudanças profundas em suas rotinas, vínculos e no próprio bem-estar. Sintomas como estresse, ansiedade, depressão e exaustão são frequentemente relatados, como consequência da sobrecarga e da ausência de suporte adequado (SANTOS et al., 2021; ALVES et al., 2019).

No caso específico do cuidado a pessoas com sofrimento psíquico, a sobrecarga é ainda maior. Os transtornos mentais impõem uma reorganização profunda na vida familiar, exigindo adaptações nos hábitos cotidianos e afetando a estabilidade emocional dos envolvidos. A falta de capacitação e o envolvimento afetivo, aliado à escassez de apoio institucional, contribuem para o adoecimento desses cuidadores, que muitas vezes assumem essa função como imposição ou missão moral, sem o preparo necessário (SOUSA et al., 2021; OLIVEIRA, 2021).

No entanto, é possível mitigar esses desafios com políticas públicas mais inclusivas e integradas, que valorizem a participação ativa da família no processo de cuidado. A reestruturação dos serviços, especialmente em países da América Latina, é urgente. É

fundamental que os serviços de saúde sejam mais acessíveis, acolhedores e que também estejam atentos ao bem-estar dos cuidadores. Iniciativas como campanhas de sensibilização podem contribuir para o reconhecimento do trabalho dos cuidadores informais e para a ampliação da consciência pública sobre a importância do cuidado (GUEVARA, IRIARTE E ROMERO, 2024).

Nesse sentido, o cuidado de pessoas com lesões de pele, que muitas vezes se associam a comorbidades físicas e mentais, exige mais do que conhecimento técnico: requer suporte psicológico e social contínuo ao cuidador. As Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e os demais dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) devem atuar de forma intersetorial e integrada, reconhecendo os cuidadores como parte fundamental do processo terapêutico (BARBOSA et al., 2022; DIAS, 2022).

Compreender a saúde mental dos cuidadores informais à luz das experiências vividas no cuidado de pessoas com lesões de pele e sofrimento psíquico é essencial para a formulação de estratégias de intervenção mais eficazes e humanizadas. Trata-se de um campo que exige aprofundamento teórico e prático, voltado à valorização do cuidador como sujeito de direitos e à construção de uma rede de cuidado mais equitativa, solidária e comprometida com a promoção da saúde coletiva.

Neste estudo objetiva analisar a saúde mental dos cuidadores informais que estão no cuidado de pessoas com Lesões de Pele.

2. MÉTODO

2.1. Delineamento do estudo

O presente estudo foi de abordagem quanti-qualitativa, descritivo-exploratório e transversal.

Na abordagem qualitativa foi utilizado o método do sujeito coletivo que permite uma aproximação mais profunda com o fenômeno investigado, revelando a forma como os sujeitos constroem e compartilham sentidos socialmente elaborados.

Nesse contexto, o DSC, conforme proposto por Lefèvre e Lefèvre (2000, 2003), consiste na construção de discursos-síntese que expressam o pensamento coletivo de um grupo social homogêneo. Trata-se de um recurso metodológico que organiza dados verbais, como entrevistas, transformando falas individuais em um discurso coletivo na primeira pessoa do singular coletiva. Essa estratégia permite escapar tanto da impessoalidade estatística quanto da individualização dos relatos, revelando o imaginário social que atravessa os discursos.

A elaboração do DSC baseia-se em quatro figuras metodológicas principais:

- Expressões-Chave (ECH): trechos significativos extraídos das falas dos participantes que revelam a essência do discurso;
- Ideias Centrais (IC): sínteses concisas que descrevem com fidelidade o conteúdo das ECH, sem interpretá-las;
- Ancoragens (AC): manifestações de crenças ou teorias subjacentes que fundamentam o discurso;
- Discurso do Sujeito Coletivo: texto final que reúne falas semelhantes, revelando o pensamento comum de um grupo sobre determinado tema.

Essa metodologia, ancorada em pressupostos socioantropológicos, considera que o pensamento coletivo funciona como uma “segunda língua”, partilhada pelos membros de uma cultura e fundamental para a comunicação e a vida social. O DSC, portanto, oferece uma forma concreta de dar voz à coletividade, evidenciando as representações sociais que orientam as práticas e percepções dos indivíduos (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2003).

Na abordagem quantitativa significa quantificar opiniões e dados, nas formas de coletas e informações, assim como o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as

mais simples até o uso de testes mais complexos. O método quantitativo é utilizado no desenvolvimento de pesquisas descritivas, nas quais se procura descobrir e classificar a relação entre as variáveis (PEREIRA, 2008).

2.2. Local de estudo e Amostra

Os participantes do estudo foram pessoas de ambos os gêneros, que são cuidadores informais de pessoas com lesão de pele, localizada na região do sul de minas, estado de Minas Gerais. A amostra foi de 30 participantes e amostragem era não probabilísticas, por conveniência, intencional ou racional e “bola de neve”.

2.2.1. Critérios de elegibilidade:

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Cuidadores informais acima de 18 anos,
- Residir no mesmo domicílio
- Aceita participar do estudo

E os critérios de exclusão era:

- Não responder todos os questionários.

2.3. Instrumentos e Procedimentos

Foi utilizado na abordagem qualitativa o roteiro de entrevista semi-estruturado, formado por uma pergunta: Se um amigo(a) lhe perguntasse, como você sente em cuidar do seu familiar, o que diria a ele(a)? Foi realizada em um local tranquilo, livre de ruídos e de interrupções para que se grave a entrevista. O pesquisador tomou o cuidado de deixar o entrevistado descontraído em relação ao gravador. Foram tomado todos os cuidados para que a pergunta seja respondida de forma completa e abrangente, assim como de acordo, com o seu teor.

Na abordagem quantitativa foram utilizados dois instrumentos, a caracterização pessoal, familiar e de saúde da pessoa (APENDICE 1) sendo um instrumento com questões

predominantemente fechadas relacionadas com idade, escolaridade, estado civil, religião, percepções do estado de saúde e outras e a escala de Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 (DASS-21) (ANEXO A), que foi um instrumento autoaplicável, traduzido e validado no Brasil.

Esta escala foi composta por três subescalas com o objetivo de avaliar sintomas da última semana através de vinte uma perguntas, com quatro respostas para cada questão (0 = não se aplicou de maneira alguma; 1 = aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo; 2 = aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo; 3 = aplicou-se muito, ou na maioria do tempo). O somatório de cada subescala multiplicado por dois fornece o escore final do DASS-21.

Por meio da escala, o nível de ansiedade, depressão e estresse foi classificado como normal, baixo(a), moderado(a), severo(a) e extremamente severo(a). Os pontos de corte para depressão são: 0-9 (normal); 10-13 (baixo); 14-20 (moderado); 15-19 (severo); e ≥ 20 (extremamente severo). A ansiedade pode ser classificada como normal (0-7); baixa (8-9); moderada (10-14); severa (15-19); e extremamente severa (≥ 20). O estresse é considerado normal entre zero e 14, baixo entre 15 e 18, moderado entre 19 e 25, severo entre 26 e 33 e extremamente severo a partir de 33 pontos (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Os procedimentos de coleta de dados, adotados no presente trabalho, foram os seguintes:

- Localização do cuidador informal;
- Estabelecimento de vínculo com ela;
- Informações sobre o trabalho, tais como: objetivo, metodologia, instrumento a ser utilizada, forma de coleta de dados, entrevista gravada, entrevista estruturada direta e outros aspectos;
- Efetuar o convite para participação do estudo;
- Obter anuênci a do participante;
- Agendamento do dia, horário e local das entrevistas;
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE 2). Se o participante não souber assinar, deve-se apor sua impressão digital do polegar direito no local da assinatura com a almofada de carimbo, na presença de duas pessoas.

2.4. Análise dos dados

Para a caracterização dos aspectos pessoais, familiares e de saúde dos participantes e a escala Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 recorrerá à estatística descritiva. As variáveis categóricas serão analisadas por meio de frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis contínuas serão descritas com base em medidas de tendência central, como média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, além da amplitude. Previamente à análise, será elaborado um banco de dados utilizando o software Excel, versão 20.0, no qual os dados foram organizados e sistematizados.

Em relação à análise qualitativa, foi adotado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), com base em três figuras metodológicas centrais: Expressões-Chave (ECH), Ideia Central (IC) e o próprio Discurso do Sujeito Coletivo. A seguir, foram seguidas rigorosamente as etapas propostas pela metodologia:

1^a etapa: Antes de iniciar a transcrição dos dados, todas as respostas escritas foram lidas repetidamente, com o objetivo de obter uma visão geral do conteúdo e aprofundar a compreensão dos discursos. Em seguida, os relatos foram transcritos de forma literal.

2^a etapa: Realizou uma leitura aprofundada do material transscrito em dois momentos distintos: inicialmente, cada conjunto de respostas foi lido na íntegra, respeitando a totalidade de cada participante; posteriormente, as respostas foram agrupadas por pergunta, possibilitando a leitura coletiva de cada questão respondida.

3^a etapa: As respostas referentes à primeira pergunta foram copiadas integralmente para o Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1), destacando-se as ECH em itálico (ANEXO B). A partir das expressões-chave, identificaram as ideias centrais, assegurando que estas fossem descrições fiéis das ECH, e não interpretações. O mesmo processo foi realizado com as respostas da segunda pergunta. Posteriormente, as ideias centrais semelhantes, equivalentes ou complementares foram agrupadas, sendo identificadas por letras (A, B, C, etc.).

4^a etapa: Cada agrupamento de ideias centrais receberam uma denominação com base em uma ideia-síntese que melhor representasse o conteúdo compartilhado pelas ECH reunidas. Em alguns casos, diferentes ideias centrais receberam a mesma identificação.

5^a etapa: Foi desenvolvido o Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2), que organiza separadamente cada ideia central com suas respectivas ECH associadas ou complementares (ANEXO A).

6^a etapa: Para cada pergunta da entrevista, identificaram o tema principal, ao qual foram relacionadas as ideias centrais correspondentes, juntamente com a identificação dos participantes (por número) e as frequências das IC, organizadas em quadros. Por fim, os Discursos do Sujeito Coletivo foram elaborados para cada ideia central, com base nas ECH correspondentes.

A apresentação dos resultados foi feita por meio de figuras e quadros, utilizados como suporte visual para a abordagem qualitativa.

2.5. Pré-teste

Com a finalidade de verificar o entendimento das perguntas da entrevista gravada, assim foi entrevistados três cuidadores informais, que não farão parte da amostra, mas estiveram de acordo com os critérios de elegibilidade. Não houve mudança e alteração em relação à pergunta de pesquisa e em relação às duas escalas. O pré-teste teve três finalidades muitos importantes. São elas:

- Verificaram o total entendimento das perguntas e do instrumento pelos entrevistados;
- Estabeleceram o tempo a ser utilizado na coleta definitiva e,
- Consistiram em um preparo do pesquisador para a realização da coleta definitiva.

2.6. Aspectos éticos

Para realização desse estudo foram respeitados os valores sociais, culturais e pessoais das pessoas imigrantes, assim como a sua autonomia, no sentido de aceitar ou não a participação do estudo. Os dados foram colhidos após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre – MG, com parecer de nº7.660.477 e CAAE: 87510425.0.0000.5102. As entrevistas ocorrerão em local privado no qual a pessoa se sinta tranquila e à vontade, preservando assim a sua privacidade; as pessoas poderão deixar de participar do estudo se assim o desejarem e quando desejarem, independentemente da etapa da pesquisa se encontrem.

A realização deste estudo não lhe trará consequências físicas ou psicológicas, podendo apenas lhe trazer, não necessariamente, algum desconforto mediante a entrevista, porém foram tomados todos os cuidados para que isso não ocorra. Para aliviar o desconforto dos participantes na pesquisa, garantirmos confidencialidade, o consentimento informado, criando um ambiente confortável, uma linguagem clara e simples, permitindo flexibilidade, a opção de recusa, disponibilizando suporte emocional.

3. RESULTADOS

Os resultados desse estudo estão divididos em parte quantitativa e qualitativa, primeiramente estão apresentadas as características pessoais, familiares e de saúde de todos participantes que são cuidadores informais e a avaliação da escala DASS 21 aplicada, posteriormente o resultado do discurso do sujeito coletivo dos 30 entrevistados.

Tabela 1. Caracterização dos fatores pessoais dos participantes. Senador José Bento, MG, 2025 (n=30)

	FA	FR (%)
Gênero		
Feminino	20	67
Masculino	10	33
Religião		
Católico	14	47
Evangélico	5	17
Não informaram/Não responderam	11	38
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	7	23
Ensino Fundamental Completo	5	17
Ensino Médio Incompleto	2	7
Ensino Médio Completo	2	7
Ensino Superior Completo	4	13
Ensino Superior Incompleto	10	33

Fonte: Instrumento de pesquisa

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos fatores pessoais dos 30 participantes do estudo realizado em Senador José Bento, MG. Observa-se predomínio do sexo feminino (67%), evidenciando a maior participação das mulheres nas ações de saúde e pesquisas comunitárias. Em relação à religião, a maioria se declarou católica (47%), seguida por evangélicos (17%) e uma parcela significativa (38%) não informou ou preferiu não responder. Quanto à escolaridade, prevaleceu o ensino superior incompleto (33%), seguido do ensino fundamental incompleto (23%). Esses dados sugerem um perfil de participantes com nível educacional heterogêneo, refletindo a diversidade sociocultural do território estudado.

Tabela 2. Caracterização dos fatores familiares dos participantes. Senador José Bento, MG, 2025 (n=30)

	FA	FR (%)
Situação Conjugal		
Solteiro(a)	12	40
Casado(a)	9	30
Divorciado(a)	3	10
Viúvo(a)	2	7
Morando junto	4	13
Filhos		
Sim	14	47
Não	16	53

Fonte: Instrumento de pesquisa

Conforme apresentado na Tabela 2, 40% dos participantes declararam-se solteiros, 30% casados, 13% vivendo em união estável, 10% divorciados e 7% viúvos, indicando pluralidade de arranjos familiares no grupo. Em relação à presença de filhos, a maioria (53%) relatou não ter filhos, enquanto 47% afirmaram possuir. Esses achados demonstram que o contexto familiar dos participantes é variado e pode influenciar aspectos relacionados ao suporte social e ao bem-estar emocional.

Tabela 3. Caracterização dos fatores de saúde dos participantes. Senador José Bento, MG, 2025 (n=30)

	FA	FR (%)
Avaliação da saúde		
Regular	1	4
Boa	16	53
Muito boa	4	13
Ótima	9	30
Em comparação ao último ano		
Melhor	7	24
Mesma Coisa	6	20
Muito Melhor	17	56
Portador de doença Crônica		
Sim	12	40
Não	17	56
Não sabe/ Não informa	1	4

Fonte: Instrumento de pesquisa

A Tabela 3 evidencia a percepção de saúde entre os participantes. A maioria avaliou sua saúde como boa (53%), seguida de ótima (30%) e muito boa (13%), enquanto apenas 4% classificaram como regular. Em relação à comparação com o ano anterior, mais da metade (56%) considerou que sua saúde estava “muito melhor”, sugerindo uma percepção positiva de autocuidado e evolução do estado de saúde. Quanto à presença de doenças crônicas, 40% relataram conviver com alguma condição crônica, 56% negaram e 4% não souberam informar. Esses resultados apontam para uma população predominantemente saudável, mas com uma proporção considerável de indivíduos em acompanhamento contínuo.

Tabela 4. Avaliação da escala DASS 21 nos participantes, Senador José Bento, MG (n=30)

Média	Classificação	Desvio Padrão	Moda	Mínimo	Máximo	Amplitude
31	Extremamente grave	18,86	12	8	80	72

Fonte: Instrumento da pesquisa

A Tabela 4 mostra o escore global obtido na Escala DASS-21, utilizada para mensurar sintomas combinados de depressão, ansiedade e estresse. A média geral foi de 31 pontos, com classificação “extremamente grave”, desvio padrão de 18,86 e amplitude de 72. O valor máximo alcançado foi 80, evidenciando variação acentuada entre os participantes. Tais resultados sugerem a presença de níveis elevados de sofrimento emocional em parte da amostra, o que demanda atenção quanto ao suporte psicossocial e às estratégias de enfrentamento.

Tabela 5. Avaliação dos sintomas de Depressão conforme a escala DASS 21 nos participantes, Senador José Bento, MG (n=30)

Média	Classificação	Desvio Padrão	Moda	Mínimo	Máximo	Amplitude
4	Normal	7,38	0	0	24	24

Fonte: Instrumento da pesquisa

De acordo com a Tabela 5, a média de sintomas de depressão foi de 4 pontos, classificada como “normal”, com desvio padrão de 7,38 e moda igual a 0. A amplitude de 24 indica variabilidade entre os participantes, embora a maioria apresente baixos níveis de sintomas depressivos. Esse achado sugere que, apesar de indicadores de sofrimento emocional global, a depressão isoladamente não se destacou como fator predominante.

Tabela 6. Avaliação dos sintomas de Ansiedade conforme a escala DASS 21 nos participantes, Senador José Bento, MG (n=30)

Média	Classificação	Desvio Padrão	Moda	Mínimo	Máximo	Amplitude
12	Moderado	6,72	16	2	28	26

Fonte: Instrumento da pesquisa

De acordo com a Tabela 5, a média de sintomas de depressão foi de 4 pontos, classificada como “normal”, com desvio padrão de 7,38 e moda igual a 0. A amplitude de 24 indica variabilidade entre os participantes, embora a maioria apresente baixos níveis de sintomas depressivos. Esse achado sugere que, apesar de indicadores de sofrimento emocional global, a depressão isoladamente não se destacou como fator predominante.

Tabela 7. Avaliação dos sintomas de Estresse conforme a escala DASS 21 nos participantes, Senador José Bento, MG (n=30)

Média	Classificação	Desvio Padrão	Moda	Mínimo	Máximo	Amplitude
15	Leve	7,68	8	2	31	30

Fonte: Instrumento da pesquisa

Por fim, a Tabela 7 apresenta os resultados referentes ao domínio de estresse, com média de 15 pontos, classificada como “leve”, desvio padrão de 7,68 e amplitude de 30. Observa-se uma predominância de sintomas leves, porém presentes, indicando que parte dos participantes vivencia situações de sobrecarga emocional. Essa constatação reforça a necessidade de estratégias educativas e de autocuidado voltadas ao equilíbrio emocional e à prevenção do estresse crônico.

Na parte qualitativa, a partir da aplicação do Instrumento de Análise de Discurso (IAD2) (APÊNDICE 3), emergiram seis Ideias Centrais (IC) que sintetizam os significados atribuídos pelos participantes ao ato de cuidar. No quadro 1 apresenta as frequências sintetizadas da ocorrência das Ideias Centrais (IC) identificadas a partir das falas dos participantes, permitindo visualizar a distribuição temática dos significados atribuídos ao ato de cuidar.

Quadro 1. Frequência do pessoas que citaram a ideia central. Senador José Bento, MG (n=30)

Ideia Central	Nº de Frequências
“ <i>Ambivalência (fardo x amor)</i> ”	6
“ <i>Amor, gratidão e retribuição</i> ”	7
“ <i>Espiritualidade e missão</i> ”	3
“ <i>Transformação e aprendizado</i> ”	4
“ <i>Exaustão/límite/sofrimento</i> ”	4
“ <i>Responsabilidade e dever aceitos</i> ”	6

Fonte: Instrumento da pesquisa

A seguir, apresentam-se os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), acompanhados de suas respectivas Ideias Centrais, que traduzem a pluralidade de sentidos atribuídos ao ato de cuidar.

IC-A — Ambivalência (fardo x amor)

“Sinto o peso e o desafio de cuidar; às vezes me percebo forte e frágil ao mesmo tempo. Mesmo quando estou exausta, reconheço que há muito amor envolvido e também um privilégio em estar aqui. É um caminho com fardo e peso, mas o amor que tenho mantém meus passos.”

IC-B — Amor, gratidão e retribuição

“Cuido por amor e gratidão. Ver quem eu amo bem é a maior recompensa e me dá forças. Faço com o coração, retribuindo o que recebi e acreditando que ele faria o mesmo por mim. Mesmo cansada, eu faria tudo de novo.”

IC-C — Espiritualidade e missão

“Sinto-me amparada por Deus enquanto cuido. Acredito que esta é uma missão que me foi dada, quase sagrada, e isso sustenta meu compromisso em seguir adiante.”

IC-D — Transformação e aprendizado

“Cuidar me mudou e me transformou. Aprendi, às vezes na marra, a ter paciência e a compreender o sentido da presença verdadeira. Esse cuidado transforma a mim e a quem eu cuido.”

IC-E — Exaustão e limite

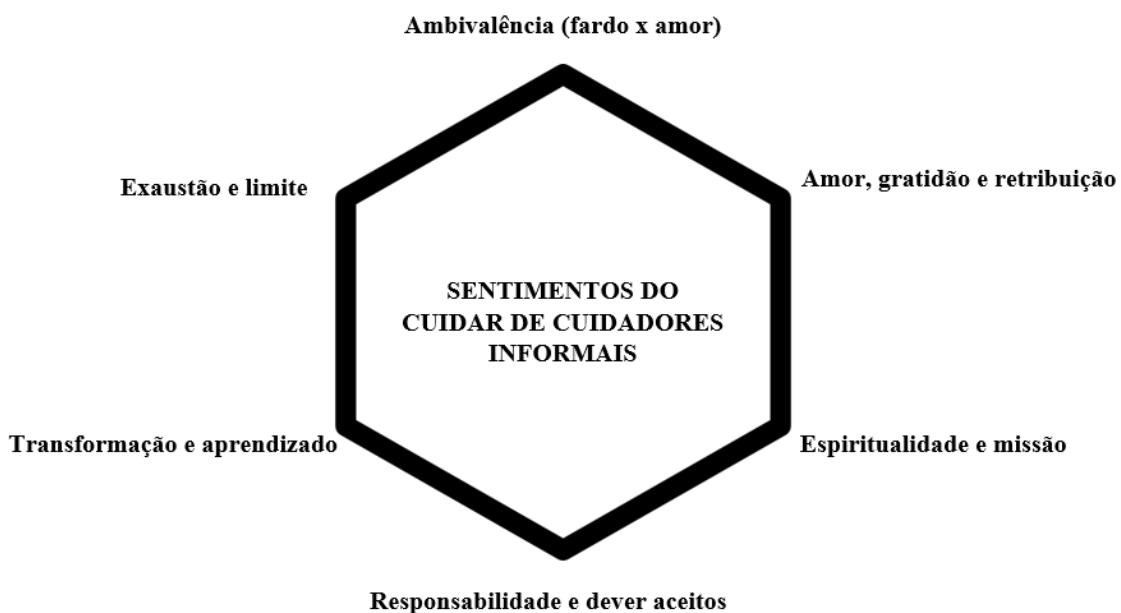
“Existem dias em que o choro alivia e me sinto perdida ou no limite. O cansaço aparece, mas quando vejo melhora, renovo minhas forças para continuar.”

IC-F — Responsabilidade e dever aceitos

“Aceitei esse dever porque sei que precisa ser feito. Minha presença faz diferença e não consigo imaginar outra pessoa ocupando esse lugar. Mesmo não tendo escolhido, assumi o compromisso de estar aqui por ele/ela.”

A seguir foi demonstrado em uma figura as ideias centrais, contendo os sentimentos de cuidar dos cuidadores informais aos seus familiares:

Figura 1. Sentimentos do Cuidar de Cuidadores Informais de Pessoas com Lesão de Pele



Fonte: Dos organizadores (2025).

As ideias centrais dos discursos dos participantes foram: “AMBIVALENCIA (FARDO X AMOR)”; “AMOR, GRATIDÃO E RETRIBUIÇÃO”; “ESPIRITUALIDADE E MISSÃO”; “TRANSFORMAÇÃO E APRENDIZADO”; “EXAUSTÃO E LIMITE” e “RESPONSABILIDADE E DEVER ACEITOS”.

A integração dos dados mostra que os aspectos emocionais e espirituais têm papel central na forma como os cuidadores vivenciam o cuidado e avaliam sua própria saúde. Enquanto os indicadores quantitativos sugerem níveis controlados de sofrimento psíquico,

as narrativas qualitativas revelam a coexistência entre sobreposição de papéis, exaustão e sentido existencial, compondo uma dinâmica de resiliência afetiva.

Em conjunto, os resultados indicam que o cuidado é uma experiência dialética, marcada pela tensão entre o fardo e o amor, e que os valores afetivos e espirituais funcionam como mediadores essenciais para manter o equilíbrio emocional e o sentimento de propósito.

4. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelam um perfil majoritariamente feminino (67%), com predominância de mulheres com ensino superior incompleto (33%) atuando como cuidadoras informais, característica amplamente observada na literatura nacional e internacional. Segundo Brito, Figueiredo e Tyrrell (2022), a feminização do cuidado é um fenômeno consolidado e historicamente sustentado por construções socioculturais que associam o papel de cuidadora ao feminino, reforçando a ideia do “cuidar como extensão do ser mulher”.

Estudos latino-americanos também apontam essa tendência, como o de Muñoz-Alicea e Suarez-Gomez (2025), que identificaram que, entre cuidadores hispânicos, a maioria das mulheres assume o cuidado como dever moral e expressão de amor familiar, o que, embora fortaleça laços, também amplia o risco de depressão, ansiedade e sobrecarga emocional.

A avaliação da saúde autorreferida entre os participantes mostrou-se predominantemente positiva, 53% relataram saúde boa e 56% afirmaram melhora em relação ao ano anterior, o que pode estar relacionado à percepção subjetiva de bem-estar e à valorização do papel social exercido. Contudo, a Escala DASS-21 revelou níveis médios classificados como “extremamente graves” de sofrimento emocional, sugerindo um descompasso entre percepção e sintomatologia objetiva. Esse achado corrobora Batista et al. (2023), que demonstraram que cuidadores com sobrecarga emocional tendem a subestimar os impactos psicossociais do cuidar em sua própria saúde.

A literatura reforça que, embora os cuidadores informais desempenhem um papel central no suporte domiciliar, enfrentam altos níveis de estresse e sintomas depressivos, especialmente em contextos de isolamento ou doenças crônicas (SCHMIDT et al., 2021).

A pandemia de COVID-19 intensificou esse quadro, conforme apontado por Schmidt et al. (2021), ao evidenciar o aumento de nervosismo, tristeza e distúrbios do sono entre cuidadores de pessoas com demência, indicando vulnerabilidade psicológica agravada por restrições sociais. Essa dimensão também foi observada nos discursos qualitativos do presente estudo, nos quais emergiram sentimentos de cansaço, impotência e solidão, intercalados com satisfação e afeto, expressões que refletem a ambivalência emocional do cuidar.

O discurso coletivo destacou ainda a ausência de apoio institucional e rede social de suporte, convergindo com os achados de Moraes et al. (2025), que identificaram que a sobrecarga do cuidador decorre não apenas da complexidade do cuidado, mas da escassez de políticas públicas efetivas de apoio formal e informal. De forma semelhante, Souza, Giacomin e Firmino (2024) reforçam que o cuidado em contexto de fragilidade é permeado por sentimentos de cansaço, medo de errar e invisibilidade social, sendo urgente o reconhecimento político e comunitário do trabalho de cuidar (SOUZA, GIACOMIN E FIRMO, 2024).

Por outro lado, comportamentos promotores de saúde, como busca por informação, apoio espiritual e autocuidado, foram relatados como estratégias de enfrentamento, alinhando-se aos achados de Brito et al. (2022), que identificaram essas ações como protetoras da saúde mental e da qualidade de vida (BRITO, FIGUEIREDO E TYRRELL, 2022). No entanto, a baixa adesão a programas estruturados e a inexistência de capacitação formal, evidenciada também em Capelo et al. (2024), indicam lacunas na formação técnica e apoio psicossocial aos cuidadores.

Em perspectiva ampliada, a discussão sobre redes de cuidado e atenção primária revela a importância de integrar o cuidador como sujeito de cuidado, não apenas executor. O estudo de Silva et al. (2024) evidencia que, mesmo em serviços de atenção primária, há fragmentação da assistência e pouca orientação familiar, o que reforça a necessidade de práticas intersetoriais e educação permanente em saúde voltadas a cuidadores e profissionais (SILVA et al., 2024).

Dessa forma, os resultados quantitativos e qualitativos convergem ao demonstrar que o cuidar é um fenômeno multidimensional, atravessado por fatores socioculturais, emocionais e estruturais. O predomínio de sofrimento psíquico e a fragilidade das redes de suporte reforçam a necessidade de ações voltadas à promoção da saúde mental, valorização

social e qualificação do cuidador informal. Políticas públicas que fortaleçam o vínculo entre atenção primária, educação em saúde e apoio psicossocial mostram-se fundamentais para minimizar os efeitos do desgaste emocional e ampliar a visibilidade e o reconhecimento do cuidador como agente essencial do cuidado comunitário.

5. LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Entre as principais limitações, destaca-se o tamanho reduzido da amostra ($n=30$) e o método de seleção não probabilístico por conveniência, que restringem a generalização dos resultados. A coleta de dados ocorreu em um único município do sul de Minas Gerais, o que limita a representatividade regional. Além disso, o estudo dependeu da autopercepção dos cuidadores, o que pode ter gerado viés de resposta em função de fatores emocionais, culturais ou de desejabilidade social. Apesar disso, a pesquisa contribui significativamente para a compreensão do fenômeno e oferece base para estudos futuros com maior abrangência populacional e temporal.

6. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

O estudo amplia a compreensão da saúde mental dos cuidadores informais como tema prioritário para a prática da Enfermagem, evidenciando a necessidade de intervenções voltadas ao apoio psicossocial, educação em saúde e promoção do autocuidado. Reforça o papel do enfermeiro como articulador das Redes de Atenção à Saúde, integrando o cuidador ao plano terapêutico e reconhecendo-o como sujeito de direitos. As evidências apontam a importância de incorporar ações educativas, rodas de conversa, grupos de apoio e escuta qualificada nos serviços de Atenção Primária, a fim de reduzir a sobrecarga emocional e fortalecer vínculos de cuidado. Contribuindo para o planejamento de políticas públicas e protocolos assistenciais que valorizem o trabalho do cuidador informal e orientem práticas baseadas na empatia, solidariedade e humanização.

7. CONCLUSÃO

Os achados evidenciam que o ato de cuidar de pessoas com lesões de pele é uma experiência marcada por ambivalência emocional, combinando amor, dever e exaustão. Embora a maioria dos cuidadores apresente percepção positiva sobre a própria saúde, os níveis elevados de sofrimento psíquico demonstram vulnerabilidade e necessidade de suporte. O cuidado emerge como um fenômeno multidimensional, que ultrapassa o âmbito técnico e se inscreve na esfera afetiva e espiritual.

Conclui-se que o reconhecimento do cuidador como parte integrante da rede de atenção é essencial para promover saúde mental, qualidade de vida e continuidade do cuidado. Assim, o fortalecimento das políticas públicas, da educação em saúde e do acompanhamento multiprofissional constitui caminho fundamental para uma enfermagem mais humanizada, inclusiva e socialmente comprometida.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Letícia Delleon Pereira Mafra; BARBOSA, Vanessa Rodrigues; ANTUNES, Bianca Próspero da Silva. Saúde mental de cuidadores informais de idosos: da sobrecarga emocional ao adoecimento. *Revista Gestão & Saúde*, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 1800-1817, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unifc.edu.br/index.php/gdmsaude/article/view/250/147>.

BATISTA, Ilaise Brilhante et al. *Qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas idosas acamadas*. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 36, eAPE00361, 2023. DOI: 10.37689/acta-ape/2023AO00361.

BRITO, Cleidiane Maria Sales de Brito; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes; TYRELL, Maria Antonieta Rubio. Comportamientos de cuidadores informales de adultos mayores que promocionan la salud: revisión integradora; Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/XDqPM7t8kNdHcKbJXD78brB/>

BRITO, Cleidiane Maria Sales de; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. *Comportamentos promotores de saúde por cuidadores informais de idosos: revisão integrativa*. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 35, eAPE003782, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AR03783.

CAPELO, Maria Regina Teixeira Ferreira et al. *Perceptions of informal caregivers about motivations, needs, and benefits of care for dependent older adults*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, e05612024, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024298.05612024.

DIAS, Bruno Vilas Boas; PENACHIOTE, Regina Aparecida; THOMAZ, Márcia Cristina Aparecida; BENDINSKAS, Bruna Conrado. Assistência familiar ao portador de transtorno mental. *Revista MultiSaúde*, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/article/view/2033/1756>

GUEVARA, Angélica Valencia; IRIARTE, Evelyn; ROMERO, Solange Campos. Barreras y facilitadores en el cuidado de personas mayores dependientes: una visión desde los cuidadores informales en la atención primaria. *Atención Primaria*, v. 57, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11925508/pdf/main.pdf>.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (Org.). O discurso do sujeito coletivo. São Paulo: EDUCS, 2000.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem em pesquisa qualitativa (desdobramentos). In: O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2003.

MORAES, Luísa Cavalcanti Martinho et al. *Rede de cuidado formal e informal do familiar que cuida do paciente em cuidados paliativos oncológicos no domicílio*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, e02182025, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025305.02182025.

MUÑOZ-ALICEA, Angel; SUAREZ-GOMEZ, William. *Exploring mental health implications of informal caregiving for the older adult within the Hispanic community: an in-depth cross-cultural analysis of depression symptoms*. Frontiers in Public Health, [s.l.], v. 13, p. 1-14, 2025. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1610733.

OLIVEIRA, Aislan José; CASANOVA, Gabriele Bueno; FERRO, Luiz Roberto Marquezi. Sobrecarga em familiares cuidadores de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia. *Psico Debate*, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 98-111, 2021. Disponível em: <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/1006/606>.

SCHMIDT, Andréia et al. *COVID-19 pandemic and mental health of a sample of Brazilian caregivers of people with dementia*. Dementia & Neuropsychologia, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 448-457, 2021. DOI: 10.1590/1980-57642021dn15-040004.

SILVA, Luiza de Sousa et al. *Family caregivers' perceptions of the quality of primary healthcare services for people with disabilities: a cross-sectional study*. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 70, n. 9, e20240778, 2024. DOI: 10.1590/1806-9282.20240778.

SOUZA, Gislaine Alves de; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. *O cuidado de pessoas idosas em processo de fragilização: dificuldades e emoções na perspectiva de quem cuida*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 27, e230062, 2024. DOI: 10.1590/1981-22562024027.230062.pt.

VIGNOLA RCB, TUCCI AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. J Affect Disord. [Internet]. 2014 [acesso em: 01 agost. 2024];155:104-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>.

ANEXO A - ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE
(DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS SCALE) (DASS – 21) – VERSÃO
PORTRUGUÊS BRASILEIRO

Data da avaliação: ____ / ____ / _____. Avaliador: _____.

Questão		Não se aplicou de maneira alguma	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca.	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico).	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3

6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a).	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo(a), sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3

15	Senti que ia entrar em pânico.	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/ sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca).	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo.	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO B - Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1)

IAD1	Instrumento de Análise do Discurso 1: <u>Pergunta:</u>		
Partici-pante	Expressões Chave	Ideias Centrais	Agrupamento
P1			

ANEXO C - Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2)

IAD2	Instrumento de Análise do Discurso 2: <u>Pergunta:</u>
------	--

A	
Participante	Expressões Chave
P1	
P2	
P3	

APÊNDICE 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS PESSOAIS, FAMILIARES E DE SAÚDE

INSTRUÇÕES: Leia cada uma das perguntas ao (à) entrevistado (a) e faça um currículo ou coloque um x no número de identificação do (a) respondente, assim como preencha as questões abertas.

Data de realização da entrevista _____

Local da entrevista:

I – INFORMAÇÕES GERAIS

- Quantos anos o Sr. tem? _____ anos.
- Qual é a data do seu nascimento? ____ / ____ / ____
- Gênero: ()Masculino () Feminino
- O Sr. pratica alguma religião (ões)?
 - Sim _____ Qual _____?
 - Não ()
 - N.S./N.R. ().
- Qual é a sua escolaridade?
 - Sem escolaridade ()
 - Ensino fundamental completo ()
 - Ensino fundamental incompleto ()
 - Ensino médio completo (científico, técnico ou equivalente) ()
 - Ensino médio incompleto (científico, técnico ou equivalente) ()
 - Curso superior completo ()
 - Curso superior incompleto ()
 - N.S./ N.R. ()
- Atualmente qual é o seu estado civil?
 - Solteiro ()
 - Casado ()
 - Morando junto ()
 - Viúvo ()
 - Divorciado/separado ()

- N.S./N.R. ()
- O Sr. tem filhos?
 - Sim () Quantos? _____
 - Não ()
 - N.S./N.R. ()

II- SAÚDE FÍSICA

- Em geral o Sr. diria que sua saúde está:
 - Ótima ()
 - Muito boa ()
 - Boa ()
 - Regular ()
 - Ruim ()
 - Péssima ()
 - N.S./N.R. ()
- Em comparação com o último ano, o Sr. diria que sua saúde hoje é:
 - Muito melhor ()
 - Melhor ()
 - Mesma coisa ()
 - Pior ()
 - N.S./N.R. ()
- Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o Sr. diria que sua saúde está:
 - Muito melhor ()
 - Melhor ()
 - Pior ()
 - N.S./N.R. ()
- O Sr. é portador de alguma doença crônica?
 - Sim () Qual? _____
 - Não ()
 - N.S./N.R. ()
- Há quanto tempo o Sr. é portador dessa doença? _____ (meses) (anos).

- N.S./N.R. ()
- N.A. ()

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Vitória Elisa Ferreira Barbosa, acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), e Geovani Cleyson dos Santos, docente do Curso de Enfermagem da UNIVÁS, Pouso Alegre/, estamos realizando uma pesquisa científica intitulada **SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES INFORMAIS NO CUIDADO COM PACIENTES COM LESÕES DE PELE**. Trata-se de um estudo cujo objetivo é analisar a saúde mental dos cuidadores informais que estão no cuidado de pessoas com Lesões de Pele. A entrevista será agendada previamente com os participantes, os quais serão localizados através das buscas realizadas pela acadêmica. O trabalho terá início após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisada da Faculdade de Ciências da Saúde “Dr. José Antônio Garcia Coutinho”.

Para a realização desta pesquisa, o(a) senhor(a) não será identificado(a) pelo seu nome. Será mantido o anonimato, assim como o sigilo das informações obtidas e serão respeitadas a sua privacidade e a livre decisão de querer ou não participar do estudo, podendo-se retirar dele em qualquer momento, bastando para isso expressar a sua vontade. Para aliviar o desconforto dos participantes na pesquisa, garantirmos confidencialidade, o consentimento informado, criando um ambiente confortável, uma linguagem clara e simples, permitindo flexibilidade, a opção de recusa, disponibilizando suporte emocional.

A realização deste estudo não lhe trará consequências físicas ou psicológicas, podendo apenas lhe trazer, não necessariamente, algum desconforto mediante a entrevista, porém serão tomados todos os cuidados para que isso não ocorra. O estudo seguirá os preceitos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466 de 2012.

Em caso de dúvidas e se quiser ser mais bem informado(a), poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde “Dr. José Antônio Garcia Coutinho”, que é o órgão que irá controlar a pesquisa do ponto de vista ético.

O CEP funciona de segunda à sexta-feira, das 8h00 às 12h e das 14h às 17h00. e o seu telefone é (35) 3449 9255. Endereço: Av. Prefeito Tuany Toledo, 470; Sala 19A; Bloco Verde; Andar Térreo, Fátima I. Pouso Alegre, MG.

O senhor (a) concorda em participar deste estudo? Em caso afirmativo, deverá ler a “Declaração” que segue abaixo, assinando-a no local próprio ou imprimindo a impressão digital do polegar direito. Serão estabelecidos e mantidos o anonimato total e a privacidade.

DECLARAÇÃO: Declaro para os devidos fins que fui informado (a) sobre esta pesquisa, estou ciente dos seus objetivos, da entrevista e relevância do estudo, assim como me foram esclarecidas todas as dúvidas. Mediante isso, concordo livremente em participar dela, fornecendo as informações necessárias. Estou também ciente de que, se quiser e em qualquer momento, poderei retirar o meu consentimento deste estudo. Para tanto, lavro minha assinatura (impressão digital do polegar direito) em duas vias deste documento, ficando uma delas comigo e a outra com o pesquisador.

Pouso Alegre, ___, 20_____

Participante: _____

Responsável Legal: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Pesquisadores:

Vitória Elisa Ferreira Barbosa
Acadêmica do curso de enfermagem

Me. Enf. Geovani Cleyson dos Santos
Orientador
geovanisantos@univas.edu.br
35 998372475

APÊNDICE 3 – AVALIAÇÃO DO DISCURSO SUJEITO COLETIVO

IAD2	Instrumento de Análise do Discurso 2: <u>Pergunta:</u>
A “Ambivalência: fardo/desafio versus amor/privilégio”	
Participante	Expressões Chave
1	<i>Me sinto forte e frágil ao mesmo tempo</i>
10	<i>Tem um fardo muito grande, mas também tem muito amor envolvido nesse caminho</i>
15	<i>É um desafio, mas também é um privilégio estar com ela</i>

18	<i>É um amor que me desafia todos os dias</i>
20	<i>Eu cuido porque amo, mesmo quando estou exausta</i>
24	<i>Tem um peso sim, mas também tem muito amor envolvido</i>

B “Amor, gratidão e retribuição”	
Participante	Expressões Chave
11	<i>Ver ela bem é a maior recompensa que posso receber</i>

13	<i>Não é fácil, mas faço com amor, e sei que ele faria o mesmo por mim</i>
14	<i>É difícil, mas o carinho e amor que recebo dele me dá forças</i>
16	<i>Sinto que estou retribuindo tudo o que ela me fez durante esses anos</i>
17	<i>Não é leve, mas faço com coração cheio de gratidão e amor por ele</i>
25	<i>Ver ele bem é a minha maior recompensa</i>

26	<i>Mesmo cansado, eu faria tudo de novo por ela</i>
----	---

C “Espiritalidade e missão”	
Participante	Expressões Chave
8	<i>Me sinto cuidada por Deus, enquanto cuido dele</i>
9	<i>Mesmo sendo difícil, sinto que foi Deus que tivesse me colocado nessa missão, cuidar de quem eu amo</i>
23	<i>É como se a vida tivesse dado uma missão sagrada para mim na terra</i>

D “Transformação e aprendizado”	
Participante	Expressões Chave

4	<i>Aprendi a ter paciência na marra</i>
12	<i>É um cuidado que transforma tanto ele quanto a mim</i>
28	<i>Cuidar dela me fez entender o que é presença de verdade</i>

E “Exaustão/límite/sofrimento”	
Participante	Expressões Chave
3	<i>Tem dias que só choro alivia</i>

7	<i>As vezes me sinto perdida, mas tento dar o meu melhor sempre</i>
22	<i>Sinto cansado, mas quando vejo que ela está melhorando, me sinto com forças para cuidar ainda mais</i>
29	<i>Me sinto no limite, mas também muito grato por poder ajudar no que for preciso</i>

F “Responsabilidade e dever aceitos”	
Participante	Expressões Chave
5	<i>Não escolhi, mas aceitei a cuidar com amor</i>

6	<i>Sinto que minha presença faz a diferença na vida dele</i>
19	<i>É muito difícil, mas eu não consigo imaginar outra pessoa fazendo isso por ela</i>
21	<i>Não é o que queria agora pra mim, mas é o que precisa ser feito</i>
27	<i>É difícil, mas eu não conseguiria deixar de fazer o que eu faço por ele</i>
30	<i>É difícil ver quem a gente ama desse jeito, mas estou aqui por ele</i>

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR.JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES INFORMAIS NO CUIDADO COM PACIENTES COM LESÕES DE PELE

Pesquisador: GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87510425.0.0000.5102

Instituição Proponente: FUNDACAO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.660.477

Apresentação do Projeto:

O cuidado informal, frequentemente exercido por familiares, é uma realidade cada vez mais presente no contexto da saúde pública, especialmente diante do envelhecimento populacional, do aumento das doenças crônicas e da precarização das redes formais de cuidado. Quando esse cuidado se destina a pessoas com lesões de pele como feridas crônicas, lesões por pressão e queimaduras e comorbidades psíquicas, os desafios enfrentados pelos cuidadores são ainda mais intensos. Esse cenário pode provocar impactos significativos na saúde mental dos cuidadores, refletidos em sintomas de estresse, ansiedade e depressão. A ausência de preparo técnico e suporte institucional contribui para o adoecimento físico e emocional dos cuidadores informais.

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem como objetivo:

* Analisar a saúde mental de cuidadores informais de pessoas com lesões de pele.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos potenciais envolvem desconforto emocional durante a entrevista qualitativa, uma vez que os participantes podem relatar experiências subjetivas relacionadas ao cuidado de pessoas com lesões de pele, além de possíveis sentimentos despertados ao responder à escala DASS-

Endereço: Av. Prefeito Tuany Toledo, 470; Sala 19A; Bloco Verde; Andar Térreo

Bairro: Fátima I **CEP:** 37.554-210

UF: MG **Município:** POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9271

E-mail: cep@univas.edu.br

**FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR.JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA**



Continuação do Parecer: 7.660.477

21, que aborda sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Para aliviar o desconforto dos participantes na pesquisa, garantirmos confidencialidade, o consentimento informado, criando um ambiente confortável, uma linguagem clara e simples, permitindo flexibilidade, a opção de recusa, disponibilizando suporte emocional.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa é que contribua significativamente para a valorização do papel do cuidador informal e para a compreensão de suas vivências emocionais e sociais no cuidado de pessoas com lesão de pele.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa mostra-se relevante por procurar dar visibilidade às vivências desses cuidadores e contribuir para a formulação de políticas públicas mais inclusivas, que reconheçam o cuidador como sujeito de direitos e fortaleçam redes de cuidado mais solidárias e equitativas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Os autores deverão apresentar ao CEP um relatório parcial e um final da pesquisa, de acordo com o cronograma apresentado no projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2528097.pdf	05/05/2025 14:35:31		Aceito
Folha de Rosto	cuidadorinformal_folhaderosto.pdf	05/05/2025 14:35:19	GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	26/04/2025 09:52:03	GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	26/04/2025 09:49:53	GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Av. Prefeito Tuany Toledo, 470; Sala 19A; Bloco Verde; Andar Térreo

Bairro: Fátima I **CEP:** 37.554-210

UF: MG **Município:** POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9271

E-mail: cep@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR.JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 7.660.477

Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	26/04/2025 09:49:53	GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuenciasaudemental.pdf	26/04/2025 09:48:07	GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	29/03/2025 15:11:16	GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	29/03/2025 15:09:18	GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

POUSO ALEGRE, 24 de Junho de 2025

Assinado por:
Ronaldo Júlio Baganha
(Coordenador(a))

Endereço:	Av. Prefeito Tuany Toledo, 470; Sala 19A; Bloco Verde; Andar Térreo
Bairro:	Fátima I
UF: MG	Município: POUSO ALEGRE
Telefone:	(35)3449-9271
	CEP: 37.554-210
	E-mail: cep@univas.edu.br

