

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA - PPGGero**

MICAELA MENDIONDO

**A DIALÉTICA DO CUIDADO: CUIDAR DE SI E CUIDAR DO OUTRO NO  
PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DE CUIDADORES NÃO REMUNERADOS.**

**SÃO CARLOS**  
**2026**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA - PPGGero**

MICAELA MENDIONDO

**A DIALÉTICA DO CUIDADO: CUIDAR DE SI E CUIDAR DO OUTRO NO  
PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DE CUIDADORES NÃO REMUNERADOS.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências e Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Gerontologia.

Orientador Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro

**SÃO CARLOS**  
**2026**

Mendiondo, Micaela

A Dialética do Cuidado: cuidar de si e cuidar do outro no processo de envelhecimento de cuidadores não remunerados / Micaela Mendiondo -- 2026.  
85f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos  
Orientador (a): Wilson José Alves Pedro  
Banca Examinadora: Aline Cristina Martins Gratão,  
Cecília Pescatore Alves  
Bibliografia

1. Envelhecimento. 2. Cuidadores informais familiares. 3. Cuidado. I. Mendiondo, Micaela. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática  
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

---

## Folha de Aprovação

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Micaela Mendiondo, realizada em 26/02/2026.

### Comissão Julgadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aline Cristina Martins Gratão (UFSCar)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cecília Pescatore Alves (PUC - SP)

Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro (UFSCar)



Documento assinado digitalmente

WILSON JOSE ALVES PEDRO

Data: 28/04/2026 15:53:01-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as pessoas que cuidam e participaram desta pesquisa, àquelas que já exerceram o trabalho de cuidado e àquelas que ainda irão vivê-lo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, Marisa, ao meu pai, Mario, aos meus irmãos, Martina e Theo, à minha madrastra, Denise, aos meus avós e a toda a minha família, pelo apoio constante em minha vida.

Ao meu parceiro, amigo e amor, Marcos Tulio, por acreditar em mim e no meu trabalho, e por todo companheirismo e incentivo ao longo da nossa história.

Ao meu orientador e incentivador, Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro, pela condução atenta e empática, e pelas contribuições que acompanharam este trabalho e minha trajetória profissional.

À Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), pelos encontros que marcaram este percurso, aos professores e colegas com quem compartilhei as disciplinas, em especial à minha colega Isabella, pelas trocas e reflexões que ampliaram o olhar sobre o cuidado.

Às professoras Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Cristina Martins Gratão e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cecília Pescatore Alves, por aceitarem compor a banca examinadora e pelas contribuições que abriram novas possibilidades de reflexão e aprofundamento deste estudo.

Aos meus colegas de trabalho na Monks Brasil, pela compreensão e pela flexibilidade concedida, que possibilitaram a conciliação entre o trabalho e a realização do mestrado.

À minha avó materna, Marta (em memória), por me ensinar, também no cuidado, tantos aprendizados sobre a vida.

Por fim, às pessoas cuidadoras que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade em compartilhar suas vivências, saberes e experiências de cuidado, tornando este trabalho possível.

*A utopia está lá no horizonte.  
Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.  
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.  
Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.  
Para que serve a utopia?  
Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.*

***Eduardo Galeano***

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional, decorrente da redução da taxa de natalidade e dos avanços na saúde e nas condições socioeconômicas, intensifica a demanda por cuidados de longa duração. No Brasil, essa responsabilidade permanece majoritariamente no âmbito familiar, com baixo suporte estatal, mantendo o cuidado informal invisibilizado e feminilizado. Torna-se, portanto, necessário compreender como cuidadores significam o cuidado e o autocuidado ao longo do processo de envelhecimento. **Objetivo:** Analisar as percepções de cuidadores informais de pessoas idosas acerca do cuidado com o outro e do autocuidado, considerando suas implicações nas diferentes faixas etárias e na própria velhice. **Método:** Pesquisa qualitativa, fundamentada no materialismo histórico-dialético e na Psicologia Histórico-Cultural. Participaram nove cuidadores informais de pessoas idosas e responderam a entrevistas semiestruturadas. Na análise temática emergiram categorias e subcategorias e identificaram-se tensões. **Resultados e Discussão:** As categorias resultantes foram: Cuidado, Autocuidado, Aprendizado, Trabalho e Envelhecimento. Identificaram-se nelas quatro tensões centrais: individual versus coletivo; viver versus sobreviver; trabalho formal versus trabalho do cuidado; e cuidado garantido ao outro versus desproteção da própria velhice. **Considerações Finais:** O cuidado, embora sustentado por vínculos afetivos, permanece estruturado por desigualdades que o mantêm no âmbito privado. Os achados reforçam a necessidade de políticas públicas integradas, como a Política Nacional de Cuidados, que promovam corresponsabilização social e proteção aos cuidadores ao longo do curso da vida, contribuindo para os debates na Gerontologia Crítica e na Psicologia do Envelhecimento.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Cuidadores familiares informais; Cuidado; Autocuidado; Política Nacional de Cuidados.

## ABSTRACT

**Introduction:** Population aging, resulting from declining birth rates and advances in health care and socioeconomic conditions, has intensified the demand for long-term care. In Brazil, this responsibility remains predominantly within the family sphere, with limited state support, which contributes to the invisibility and feminization of informal care work. Therefore, it is necessary to understand how caregivers make sense of care and self-care throughout the aging process. **Objective:** To analyze informal caregivers' perceptions of caring for others and self-care, considering their implications across different age groups and in their own aging process. **Method:** This is a qualitative study grounded in historical-dialectical materialism and Historical-Cultural Psychology. Nine informal caregivers of older adults participated and responded to semi-structured interviews. Thematic analysis was conducted, from which categories and subcategories emerged, as well as identified tensions. **Results and Discussion:** The resulting categories were Care, Self-care, Learning, Work, and Aging. Four central tensions were identified: individual versus collective; living versus surviving; formal work versus care work; and care guaranteed to others versus lack of protection in one's own old age. **Final Considerations:** Care, although sustained by affective bonds, remains structured by inequalities that keep it within the private sphere. The findings reinforce the need for integrated public policies, such as the National Care Policy, that promote social co-responsibility and protection for caregivers throughout the life course, contributing to debates in Critical Gerontology and the Psychology of Aging.

**Keywords:** Aging; informal family caregivers; Care; Self-care; National Care Policy.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Número total de participantes pretendidos para cada faixa etária.....37

**Tabela 2:** Número total de participantes entrevistados em cada faixa etária.....38

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Caracterização sociodemográfica e Sobrecarga dos participantes.....	43
<b>Quadro 2:</b> Categorias, subcategorias e tensões.....	45

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA .....	12
1.1.1 Trajetória e implicação da pesquisadora .....	12
1.1.2 Envelhecimento populacional e organização social do cuidado.....	12
1.2 JUSTIFICATIVA .....	16
1.3 PERGUNTAS DE PESQUISA.....	17
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	19
2.1 OBJETIVO GERAL .....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
3.1 ENVELHECIMENTO E TEORIAS CRÍTICAS.....	20
3.1.1 O que é o processo do envelhecimento? .....	20
3.2 O CONCEITO DE CUIDADO E AUTOCUIDADO, CUIDAR DE SI E CUIDAR DO OUTRO .....	21
3.2.1 A Família e os Cuidadores Informais .....	25
3.2.2 O Trabalho de Cuidado com Idosos .....	27
3.2.3 Política Nacional de Cuidados.....	29
<b>4. MÉTODO</b> .....	31
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	31
4.1.1 Fundamentos Teóricos dos Métodos de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.....	31
4.1.2 Fundamentos Teóricos do Materialismo Histórico e Dialético .....	33
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	37
4.3 LOCAL.....	38
4.4 INSTRUMENTOS .....	39
4.4.1 Critério Brasil .....	39
4.4.2 Entrevista Semiestruturada .....	39
4.4.3 Inventário de Sobrecarga de Zarit .....	39
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	39
4.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	42
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	42
5.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS .....	44
5.2.1 Cuidado.....	45
5.2.2 Autocuidado .....	50

5.2.3 Aprendizados .....	53
5.2.4 Trabalho.....	54
5.2.5 Envelhecimento.....	56
5.3 APROXIMAÇÕES DAS TENSÕES.....	59
5.3.1 Viver versus Sobreviver .....	59
5.3.2 Individual (Uno) versus Coletivo (Múltiplo) .....	59
5.3.3 Trabalho Formal versus Trabalho do Cuidado .....	60
5.3.4 Cuidado Garantido ao Outro versus Desproteção da Própria Velhice.....	61
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>
<b>Apêndice A .....</b>	<b>71</b>
<b>Apêndice B .....</b>	<b>75</b>
<b>Anexo .....</b>	<b>78</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

#### 1.1.1 Trajetória e implicação da pesquisadora

A trajetória de formação em Psicologia, concluída em 2021 na Universidade de Ribeirão Preto, foi marcada pelo crescente interesse pelo campo do envelhecimento. Ainda durante a graduação, esse interesse se aprofundou na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, no qual foi estudado o processo de luto em pessoas idosas diante da perda de um filho adulto.

Após a formação, a atuação profissional por meio de atendimentos domiciliares a pessoas idosas durante o contexto da pandemia de COVID-19 possibilitou o contato direto com diferentes realidades de cuidado. Nesse período, emergiu de forma mais evidente a presença de cuidadores familiares, em especial mulheres, frequentemente marcadas por situações de sobrecarga e pela intensificação das demandas cotidianas de cuidado.

Posteriormente, a vivência familiar de cuidado com a avó materna, em situação de dependência, produziu um aprofundamento significativo na compreensão do cuidado. Essa experiência evidenciou as dimensões físicas, emocionais e sociais envolvidas no cuidado familiar, assim como a complexidade das condições em que ele se realiza. Também permitiu a compreensão de que situações de cuidado não são excepcionais ou individuais, mas atravessam a vida social, podendo atingir diferentes sujeitos ao longo do curso da vida.

A partir dessa trajetória, compreende-se que as experiências individuais de cuidado estão articuladas a um processo mais amplo de transformação demográfica e social, no qual o envelhecimento populacional e a reorganização das formas de cuidado assumem centralidade nas discussões contemporâneas.

#### 1.1.2 Envelhecimento populacional e organização social do cuidado

A diminuição das taxas de fecundidade e o avanço científico e tecnológico na medicina atrelado a melhorias nas condições socioeconômicas têm provocado o aumento da expectativa de vida, alcançando na atualidade 76,4 anos (Oliveira-Campos *et al.*, 2013; Gomes *et al.*, 2015; IBGE, 2023). No Brasil, o contínuo e acelerado aumento da população idosa e conseqüentemente a diminuição dos demais grupos etários é constatado pelos dados do Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2023). Em um período

de apenas 12 anos, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade chegou a 15,6% da população, um aumento de 57,4% comparado aos dados de 2010 (IBGE, 2023). As projeções indicam que em 2060, mais de um quarto da população brasileira terá mais de 60 anos de idade e em 2070 aproximadamente 37,8% dos habitantes do país serão idosos (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023; IBGE, 2024).

Contudo, o envelhecimento populacional não ocorre de forma homogênea, sendo atravessado por desigualdades biológicas, sociais, econômicas, culturais e regionais (Chariglione, Ferreira e Falcão, 2026). No Brasil, essas diferenças se expressam nas disparidades regionais: o Sudeste e o Sul apresentam maior expectativa de vida e maior proporção de pessoas idosas, associadas a melhores indicadores socioeconômicos, enquanto o Norte e o Nordeste apresentam menores índices de longevidade, vinculados a maiores níveis de vulnerabilidade social (IBGE, 2023). No Centro-Oeste, observa-se o crescimento da população idosa associado a processos de migração e desenvolvimento econômico regional (IBGE, 2023; Chariglione; Ferreira; Falcão, 2026) (IBGE, 2023; Chariglione, Ferreira e Falcão, 2026).

Vale destacar que quando é feito o recorte em relação ao gênero, vemos que há a feminilização da população brasileira, já que 51,5% das pessoas eram mulheres até o último censo (IBGE, 2022). Essa tendência que ocorre tanto no mundo como no Brasil, também é observada na velhice, o que marca o fenômeno da feminilização do envelhecimento em áreas urbanas (Fritas & Mesquita, 2021).

Nesse contexto de transição demográfica, observa-se o aumento da demanda por serviços de Cuidados de Longa Duração (CLDs), compreendidos como um conjunto de ações e intervenções de cuidado voltadas a pessoas que apresentam perda de capacidade funcional ou dependência para a realização das atividades básicas da vida diária (Camarano, 2021). Esses cuidados podem ser ofertados por cuidadores formais, caracterizados por profissionais remunerados e vinculados a serviços ou instituições, ou por cuidadores informais, os quais não recebem remuneração e são, em sua maioria, membros da família ou da rede social próxima.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em articulação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), define os CLDs como um conjunto de serviços de saúde, apoio pessoal e intervenções sociais realizados por terceiros, de forma contínua ou intermitente, destinados a pessoas que apresentam perda significativa da capacidade funcional ou risco de desenvolvê-la, com o objetivo de manter ou otimizar seu

funcionamento em consonância com seus direitos, dignidade e autonomia (Organización Panamericana de la Salud, 2025). Esses cuidados abrangem uma ampla gama de serviços e contextos, incluindo instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), centros-dia e cuidados domiciliares, sendo este último o arranjo mais prevalente no contexto brasileiro.

Para compreender a dimensão futura dessa demanda, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que, até 2030, haverá 2,3 bilhões de pessoas com algum nível de dependência para atividades da vida diária, sendo mais de 200 milhões idosos (Queiroz, 2021). Entre eles, aqueles com 80 anos ou mais serão os que mais demandarão cuidados, podendo viver, em média, 3,4 anos (homens) e 4,7 anos (mulheres) em dependência mais intensa no final da vida (Camarano, 2017 apud Camarano, 2021, p. 221). No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e da Pesquisa Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI - BRASIL), indicam que as mulheres idosas apresentam maior dificuldade em atividades básicas da vida diária e maior necessidade de cuidado, embora os homens recebam mais ajuda (Camarano, 2021).

A preocupação pelo grande número de idosos e o aumento da demanda de cuidado é ilustrada pelos estudos internacionais. Ver Palier (2002 apud Felix, 2014) afirmou acerca das dificuldades que os países industriais, envelhecidos no século passado, enfrentaram ao lidar com a escassez de recursos humanos e financeiros, especialmente de origem pública, para suprir a crescente necessidade de cuidados prolongados. Recentemente, em 2023, o Relatório Mundial elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas alerta sobre a crise mundial do cuidado. Ademais, o Relatório sobre Expectativa de Vida e Carga de Doença nas Pessoas Idosas da Região das Américas da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS sobre Situações e Desafios na Década de Envelhecimento Saudável nas Américas de 2023 discute a relação entre expectativa de vida e anos vividos com Incapacidade e anos de vida saudáveis perdidos por uma doença (OPAS, 2023).

Os governos de países desenvolvidos, principalmente os europeus, oferecem serviços de cuidado em domicílios e em instituições de cuidados de longa duração. Estes Estados também oferecem capacitação para cuidadores, sendo o principal perfil de quem busca essa formação para obtenção de renda é a população de imigrantes (Queiroz, 2021; Felix, 2014). Ademais, países do hemisfério norte têm encontrado soluções por meio da comercialização dos serviços de cuidado, juntamente com uma maior intervenção do Estado, através do estabelecimento de instituições públicas de apoio, ampliação de políticas de financiamento e regulação do trabalho de cuidadores (Queiroz, 2021).

No contexto da América Latina, a prevalência da dependência de cuidados na população idosa é heterogênea. A prevalência oscila entre 15% e 20% em pessoas de 85 anos no El Salvador, Paraguai e Uruguai. Contudo na Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica e República Dominicana, esta porcentagem gira em torno de 30% a 40%, chegando a superar 55% no México (OPAS e Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2023).

Segundo o Relatório de 2023 da OPAS sobre a Situação dos cuidados de longo prazo na América Latina e no Caribe ainda há escassez de estudos sobre o cuidado familiar não remunerado de pessoas idosas com dependência, contudo há pesquisas que indicam que mulheres, especialmente em famílias pobres, assumem a maior parte dessa responsabilidade, dedicando muitas horas semanais ao cuidado em um trabalho informal e sem uma remuneração. O trabalho do cuidado gera sobrecarga, que agravada pela pandemia de COVID-19, obriga muitas mulheres a se afastar do mercado de trabalho, prejudicando sua renda, sua participação social e sua formação, o que aumenta o risco de pobreza e baixa qualidade de vida (OPAS e Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2023).

Em países como México, Colômbia e Brasil, a responsabilidade pelo cuidado reduz as oportunidades de trabalho e estudos das mulheres, além de elevar gastos familiares com saúde e cuidados, dificultando o acesso a serviços essenciais. Estudos longitudinais mostram que o cuidado de idosos reduz a renda familiar, aumenta gastos e gera dificuldades econômicas, além de sobrecarregar emocionalmente as cuidadoras, que correm maior risco de sofrer doenças físicas e mentais, afetando sua saúde, bem-estar e qualidade de vida geral.

De acordo com Mattos e Oliveira (2020), há uma vasta produção científica fundamentada nos paradigmas de enfrentamento do estresse que evidenciam que cuidadores familiares de pessoas com demência frequentemente enfrentam estresse, sobrecarga, sintomas depressivos e diversas alterações na saúde física como consequência das demandas associadas ao cuidado.

A crise provocada pela Covid-19 também evidenciou fragilidades estruturais, aprofundou desigualdades e expôs vulnerabilidades nos sistemas de proteção social em países da América Latina. Nesse contexto, tornou-se evidente que o cuidado é fundamental para o funcionamento das economias e sociedades, revelando suas atuais práticas como injustas e insustentáveis, sendo de grande importância a discussão ampliada tanto de políticas públicas e a implementação de sistemas voltados aos cuidados (Bango e Cossani, 2021).

Nesse contexto, destaca-se a Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030), iniciativa global declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas e liderada pela Organização Mundial da Saúde - OMS, em articulação com a Organização Pan-Americana

da Saúde – OPAS. Essa agenda busca promover uma ação coordenada entre governos, sociedade civil, organismos internacionais, academia e setor privado, com o objetivo de melhorar a vida das pessoas idosas, suas famílias e comunidades. A iniciativa parte do reconhecimento de que o envelhecimento populacional ocorre de forma acelerada em todo o mundo, especialmente em países de média e baixa renda, onde muitos indivíduos enfrentam barreiras para acessar recursos básicos e participar plenamente da sociedade. Nesse sentido, a Década orienta esforços para a promoção do envelhecimento saudável, compreendido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice (Organización Mundial de la Salud, s.d.).

Diante disso, este trabalho visa compreender as demandas de cuidado e autocuidado/cuidado de si de pessoas que exercem o trabalho de cuidar de pessoas idosas em situação de dependência, por meio da interpretação de das tensões que podem vir a surgir nas narrativas dessa população.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo visa atuar com pessoas que cuidam de outras pessoas idosas, cujo cuidado é prolongado e decorrente de condições de dependência e condições complexas de saúde.

A relevância de realizar esta pesquisa está dada pelo aumento da população idosa a nível mundial e brasileira. Isto é demonstrado pelo Relatório Mundial de 2023 elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, que aponta uma projeção de aumento da população de 65 anos ou mais na região da América Latina e Caribe, que passará de 59 milhões em 2021 para 142 milhões de pessoas idosas em 2050. Especificamente com maior crescimento da população de 80 ou mais anos, sendo este o segmento etário que crescerá em nível mundial de 155 milhões em 2021 para 420 milhões em 2050 (United Nations, 2023; OPAS, 2023).

Neste contexto, o presente estudo também se torna relevante dado que aborda a crescente e atual crise do cuidado também destacada no Relatório mencionado, o qual indica que 80% dos cuidados de longa duração são ministrados por cuidadores informais e que existe um déficit de 13,6 milhões de trabalhadores formais de cuidado em países europeus. Em termos de gênero, 1 em cada 3 mulheres e 1 em cada 5 homens de 65 ou mais anos precisam de cuidado na Europa. Nesses países, 9 de cada 10 trabalhadores de cuidados formais são mulheres (United Nations, 2023).

A crise do cuidado se agrava principalmente em países mais pobres, já que a desigualdade do envelhecimento é afetada pelo menor acesso a renda e a piores condições de saúde ao longo do curso da vida, dessa forma, as pessoas na velhice tornam-se mais propensas a ficarem inativas e com uma maior necessidade de cuidado (United Nations, 2023).

Outro relatório que apoia o presente estudo é o Relatório da OPAS sobre a Expectativa de Vida e Carga de Doenças nas Pessoas Idosas na região das Américas. Este relatório aponta que, na região das Américas, uma pessoa de 60 anos de idade viveria 6,1 anos com a saúde debilitada, o que corresponde a 27% de sua expectativa de vida em 2019, enquanto na Europa esse percentual era de 24%. Especificamente no Brasil a expectativa de vida com saúde debilitada representou 26% para as mulheres e 24% para os homens (OPAS, 2023).

Já que as mulheres são as principais realizadoras do cuidado informal não remunerado da pessoa idosa, à medida que envelhecem, não se tornam as principais receptoras de ajuda na fase da velhice no país. No entanto, como indicado anteriormente, a prevalência da dependência de cuidados em pessoas de 85 anos ou mais no Brasil oscila entre 30% e 40% (OPAS e Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2023).

E diante de tantos impactos que esse tipo de função acarreta e a falta de valorização e invisibilização deste trabalho tem perante a sociedade e na esfera pública, a presente pesquisa busca refletir sobre o processo de consolidação da Política Nacional do Cuidado no Brasil no marco da década do Envelhecimento Saudável.

E por fim este estudo contribui com a construção do conhecimento científico na área da Gerontologia e da Psicologia, levando em consideração a realidade do Brasil a respeito do trabalho de cuidadores familiares.

### 1.3 PERGUNTAS DE PESQUISA

- Quais são as perspectivas das pessoas cuidadoras informais em relação aos próprios cuidados que podem vir a precisar na fase da velhice?
- O conceito de autocuidado e de cuidado com o outro está atrelado a um envelhecimento ativo?
- Como é percebido o autocuidado numa perspectiva de envelhecimento saudável para pessoas jovens, adultas e pessoas idosas?

- Quais são as percepções dos jovens, adultos e pessoas idosas que cuidam de pessoas idosas acerca da própria velhice, considerando percepções positivas (aprendizados/possibilidades) e negativas (desafios, limitações)?
- Como é percebido o autocuidado numa perspectiva de envelhecimento saudável para pessoas jovens, adultas e pessoas idosas?
- Quais são as tendências de cuidado a longo prazo?
- Como isso pode afetar a demanda cada vez mais crescente de cuidado nos próximos anos?
- A política nacional do cuidado está olhando para as mudanças na forma de cuidado que podem ocorrer ao longo das futuras gerações?
- Essa responsabilidade continuará recaindo majoritariamente nas famílias, especialmente as mulheres?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as percepções de cuidadoras informais de pessoas idosas acerca do autocuidado e cuidado com o outro durante o processo de envelhecimento e na fase da velhice.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o perfil socioeconômico dos cuidadores em relação à idade, escolaridade, renda, etnia, religião, pessoas com quem convive.
- Analisar as percepções de pessoas jovens, adultas e idosas sobre as suas experiências no cuidado informal de pessoas idosas e no autocuidado no curso da vida.
- Compreender as percepções das relações no processo de cuidado entre cuidador e beneficiário, bem como as necessidades de apoio ao cuidado na velhice.
- Identificar potenciais tensões emergentes nas narrativas acerca das necessidades de apoio ao cuidado na velhice.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão bibliográfica deste projeto envolve apresentar dois grandes tópicos e alguns subtópicos, onde serão apresentados conceitos, desafios contemporâneos e tendências. O primeiro tópico é sobre “Envelhecimento e Teorias Críticas”, no qual será apresentado o conceito de Envelhecimento como processo biopsicossocial. O segundo tópico aborda temas sobre cuidados, em especial sobre o autocuidado, cuidado de si e o cuidado com outro, destacando conceitos e teorias do cuidado, cuidadores informais de pessoas idosas e o trabalho envolvido no cuidado. A partir desses subtópicos, apresentar também os desafios e tendências envolvidos na temática de cuidados. A conceituação dos termos está sendo elaborada a partir das contribuições dos seguintes autores: Dorothea Orem, Michel Foucault e Helena Hirata.

#### 3.1 ENVELHECIMENTO E TEORIAS CRÍTICAS

##### 3.1.1 O que é o processo do envelhecimento?

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) define o envelhecimento como um processo natural e universal, caracterizado por transformações que o tornam um fenômeno multidimensional, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas e culturais (OMS, 2015; Netto, 2017).

Sob o ponto de vista biológico, o envelhecimento relaciona-se ao acúmulo progressivo de danos celulares e moleculares, resultando na redução das reservas fisiológicas, no aumento da vulnerabilidade a doenças e na diminuição da capacidade funcional (Neri, 2008; OMS, 2015). Embora frequentemente associado às mudanças que ocorrem após a maturação sexual (Neri, 2008; Moreira, 2017; Jeckel-Neto; Cunha, 2017), parte da biogerontologia o compreende como um processo contínuo, presente ao longo de toda a vida (Netto, 2017). Não há, portanto, um marco biológico único que determine seu início; ao contrário, observam-se transições graduais que variam conforme as interações entre organismo e ambiente.

Contudo, limitar o envelhecimento à dimensão orgânica empobrece sua compreensão. Abranches e Faria (2023), dialogando com Simone de Beauvoir, enfatizam que envelhecer é também uma experiência existencial e histórica. A velhice não constitui um estado fixo, mas o desdobramento de um percurso marcado por transformações físicas, subjetivas e sociais, cuja delimitação depende do contexto em que se produz (Beauvoir, 1990, apud Abranches; Faria, 2023). Assim, a idade ultrapassa o dado cronológico, expressando modos concretos de viver e significar o tempo.

Nessa perspectiva, o envelhecimento articula singularidade e coletividade. A subjetividade, ainda que única, constitui-se nas relações sociais (Silva, 2009, apud Vieira; Silveira; Garces, 2023). Desse modo, as experiências individuais são atravessadas por valores culturais, condições materiais e representações sociais que influenciam tanto a maneira como o sujeito vivencia essa etapa quanto o modo como é socialmente percebido (Vieira; Silveira; Garces, 2023).

Na contemporaneidade, normas culturais e discursos midiáticos contribuem para a construção de imagens ambíguas sobre a velhice. De um lado, persistem associações com improdutividade, dependência e declínio; de outro, emergem perspectivas que valorizam autonomia, participação social e protagonismo. Essas disputas simbólicas evidenciam que o envelhecimento é socialmente construído e atravessado por desigualdades (Vieira; Silveira; Garces, 2023).

Por fim, Toledo e Santos (2022) criticam a hegemonia de abordagens biologizantes, que desconsideram a historicidade e as condições sociais que moldam essa experiência. Amparadas em Reis (2011, apud Toledo; Santos, 2022), defendem o Materialismo Histórico-Dialético como referencial capaz de compreender o envelhecimento como processo histórico, socialmente produzido e permeado por contradições.

### 3.2 O CONCEITO DE CUIDADO E AUTOCUIDADO, CUIDAR DE SI E CUIDAR DO OUTRO

Em 1990, Berenice Fisher e Joan Tronto, teóricas importantes do estudo da Ética do Cuidado, apresentaram no livro “Toward a Feminist Theory of Caring” uma definição abrangente do que seria o cuidado. As autoras sugeriram que o cuidado se tratava de

[...] tudo o que fazemos para manter, continuar e reparar nosso “mundo”, de modo que nele possamos viver da melhor forma possível. Esse mundo inclui nossos corpos, nós mesmos e nosso ambiente, os quais procuramos entrelaçar em uma teia complexa e que sustente a vida (Fisher & Tronto, 1990, p. 40 apud Guimarães, 2024, p. 3).

Assim, o ato de cuidar envolve uma variedade de práticas que são motivadas pelo valor do bem-viver (Guimarães, 2024). Desse modo, há diferentes atividades de cuidado que podem promover bem-estar físico e emocional das pessoas, tanto no dia a dia quanto ao longo de vários momentos da vida. Eles englobam tarefas cotidianas essenciais para a manutenção da vida, como cuidar dos ambientes e bens domésticos, zelar pela saúde física, promover a educação e formação, manter as relações sociais e oferecer apoio psicológico aos familiares (Bango e Cossani, 2021).

Dessa forma, as atividades de cuidado envolvem diferentes dimensões, indo além da atenção à saúde e do suporte a pessoas dependentes, incluindo também o cuidado com o lar e o autocuidado (Bango e Cossani, 2021). Para isso, a seguir, definiremos alguns conceitos envolvendo o cuidado, sendo eles: o autocuidado, cuidado de si, cuidado com o outro e uma visão comunitária e cosmológica do cuidado.

O conceito de **autocuidado** foi introduzido na enfermagem por Dorothea Orem ao investigar a necessidade de assistência de enfermagem nos indivíduos. A sua Teoria do Déficit de Autocuidado ou *Self-Care Deficit Theory - SCDT* propõe que o indivíduo é simultaneamente o agente e o objeto da ação, sendo o autocuidado um processo dinâmico que reflete a reciprocidade entre os seres humanos e o seu ambiente (Martínez *et al.*, 2021; Cunha, Carvalho e Anastácio, 2024).

Dessa forma, o autocuidado é compreendido como conjunto de ações aprendidas e realizadas pela própria pessoa para regular o funcionamento e preservar o desenvolvimento (Martínez *et al.*, 2021; Cunha, Carvalho e Anastácio, 2024). Vale ressaltar que Martínez *et al.*, (2021) no artigo “*Self-care: a concept analysis*” apontam três atributos centrais do autocuidado: consciência, entendida como a capacidade de reconhecer as próprias necessidades; autocontrole, relacionado à regulação das emoções e ações; e autossuficiência, que diz respeito à competência para realizar ações em benefício próprio.

Em contraponto à perspectiva funcionalista de Orem, Michel Foucault apresenta a noção de **cuidado de si**, ampliando a compreensão do cuidado para além de sua dimensão instrumental. Bub *et al.* (2006) destacam que os estudos de Michel Foucault sobre o cuidado de si vêm ganhando cada vez mais espaço no meio acadêmico e institucional como uma abordagem relevante para compreender as práticas e o trabalho de cuidado. Embora ainda menos recorrente na produção acadêmica, essa noção tem sido utilizada para entender o sujeito e as relações que estabelece com os outros, com base na articulação entre poder, saber e verdade (Bub *et al.*, 2006; Gomes, Ferreri e Lemos, 2018).

Diante disso, o conceito de cuidado de si (*le souci de soi*) de Michel Foucault resgata a noção de *epiméleia heautoû* da Grécia Antiga, que descreve um conjunto de atitudes e práticas voltadas ao ato de ocupar-se e preocupar-se consigo mesmo, sendo fundamental para o autoconhecimento (Bub *et al.*, 2006; Blum, 2017; Gomes, Ferreri e Lemos, 2018). O cuidado de si não se configura como um exercício de solidão, mas como uma prática social que envolve trocas e obrigações recíprocas com o outro (Bub *et al.*, 2006).

Historicamente, o cuidado de si era considerado condição fundamental para o exercício da política: para governar a cidade e os outros, o sujeito deveria, primeiramente, ser capaz de

governar a si mesmo e a sua própria alma (Bub *et al.*, 2006; Gomes, Ferreri e Lemos, 2018). Dessa forma, o cuidado de si estabelece as bases éticas para as relações com os outros, evitando que a interação se reduza a uma imposição administrativa ou desumanizadora (Blum, 2017).

Corroborando com a perspectiva da Organização Mundial da Saúde – OMS (2019) o autocuidado como a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir doenças, manter o bem-estar e lidar com condições de saúde, com ou sem o apoio de profissionais. Essa definição desloca o indivíduo de uma posição passiva para um papel ativo na gestão da própria saúde, integrando dimensões individuais e coletivas. Nesse sentido, o autocuidado passa a ser compreendido como um componente essencial para a promoção do bem-estar e para o alcance da saúde ao longo do curso da vida (Organização Mundial da Saúde, 2019).

A respeito do conceito de **cuidado com o outro**, no livro *The Ethics of Care*, Alan Blum (2017), coloca o cuidado em uma Zona Cinzenta (Grey Zone) porque são negociadas as fronteiras entre dever, afeto e manutenção. Blum (2017) propõe uma relação triangulada entre o sujeito (quem cuida), o objeto (quem é cuidado) e a própria noção de cuidado, que conecta ambos e excede a interação imediata. Dialeticamente, o cuidado transita entre uma concepção ontológica (como condição intrínseca da existência humana) e um modelo de prestação de serviços sob condições de escassez (Blum, 2017).

A partir de uma visão mais filosófica, na perspectiva de Boff (1999 apud Sousa, Novaes, Ribeiro, 2019), o cuidado constitui uma atitude ética fundamental que envolve atenção, zelo e responsabilidade na relação consigo, com o outro e com o mundo. Trata-se de uma compreensão cosmológica, na qual o autocuidado não se sustenta de forma isolada, mas depende do equilíbrio nas relações que estabelecemos. Cuidar do outro implica também cuidar de si e do contexto em que se vive, formando um sistema integrado e interdependente. Nesse processo formativo, a pessoa reconhece-se como agente de solidariedade e corresponsável pela comunidade que habita, compreendendo o cuidado como prática que promove a convivência, respeito e compromisso com a vida em sua pluralidade (Sousa, Novaes, Ribeiro, 2019).

Nessa direção, tal compreensão aproxima-se do paradigma do Bem Viver ou “*Buen Vivir*”, que propõe o deslocamento do foco do indivíduo para o bem-estar coletivo e para a sustentabilidade da vida em comum (Acosta, 2016a; Acosta, 2016b). Sob essa perspectiva, o cuidado deixa de ser compreendido apenas como responsabilidade individual ou familiar, passando a constituir um princípio organizador das relações sociais, fundamentado na interdependência entre sujeitos, comunidade e natureza. Essa abordagem converge com a noção de “*caring Society*” ou sociedade do cuidado mencionado por Hirata (2022), ao afirmar

o cuidado como valor central na organização social e como base para a construção de relações mais justas, solidárias e sustentáveis.

Já o cuidado com o outro emerge como uma resposta ética e política à vulnerabilidade compartilhada, transcendendo a simples prestação de serviços técnicos para se tornar um trabalho material, cognitivo e emocional profundo (Silva *et al.*, 2009; Soares, 2012; Hirata, 2016; Hirata, 2022; (Oliveira, 2024). Hirata destaca que esse cuidado é moldado por relações desiguais de gênero, classe e raça, situando-se no que se denomina "diamante do cuidado", onde a responsabilidade pela sustentação da vida é distribuída de forma assimétrica entre Estado, mercado, família e comunidade (Silva *et al.*, 2009; Küchemann, 2012; Hirata, 2016; Posthuma, 2021). A autora também demonstra a centralidade do trabalho das mulheres e a existência de um *continuum* entre o cuidado realizado gratuitamente no âmbito doméstico e o trabalho remunerado profissional (Posthuma, 2021).

Diante disso, no livro “*O cuidado: Teorias e Práticas*” de Helena Hirata (2022), ela define cuidado como:

Um trabalho material, técnico e emocional moldado por relações sociais de sexo, de classe, de “raça” /etnia, entre diferentes protagonistas: os(as) provedores(as) e os(as) beneficiários (As) do cuidado, assim, como todos aqueles e aquelas que dirigem supervisionam ou preescrevem o trabalho. O cuidado não é apenas uma atitude atenciosa, ele abrange um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em trazer uma resposta concreta às necessidades dos outros. Pode também ser definido como uma relação de serviço, de apoio e de assistência, remunerada ou não, que implica um senso de responsabilidade pela vida e pelo bem-estar do outro (Hirata, 2022, p. 30).

Além dessa definição, a autora ainda destaca a relação que o cuidado tem com as dimensões de trabalho, da ética e da política. Hirata (2022) ainda pontua que como o trabalho cuidado é complexo, há uma dificuldade em captar as diferenças entre as diversas dimensões relacionadas no cuidado, como trabalho emocional, o afeto, as técnicas e a prática. Vale ressaltar que Angelo Soares (2012), em “*Emoções do Care*”, descreveu algumas das dimensões do cuidado.

No plano físico, o cuidado envolve esforço corporal contínuo: levantar-se, sustentar, higienizar, alimentar, acompanhar deslocamentos e adaptar o ambiente às necessidades da pessoa idosa. Essas ações exigem disponibilidade do corpo do cuidador e produzem desgaste acumulado. Contudo, esse esforço raramente é reconhecido como trabalho, permanecendo invisibilizado na rotina doméstica (Soares, 2012).

Paralelamente, há uma dimensão cognitiva que exige gerenciamento constante: controle de horários, administração de medicamentos, observação de sintomas, tomada de

decisões rápidas e articulação com serviços de saúde. O cuidador atua como mediador técnico entre a pessoa idosa e o sistema de saúde, assumindo responsabilidades que demandam atenção permanente e capacidade de antecipação. O cuidado, portanto, não é apenas execução física, mas também organização, vigilância e planejamento (Soares, 2012).

Entretanto, é na esfera intersubjetiva que se revela um dos aspectos mais complexos do cuidado. Conforme discute Soares (2012), o trabalho de *care* mobiliza qualificações sociais e emocionais frequentemente invisíveis. A dimensão relacional implica escuta, paciência, diplomacia e manejo de conflitos, preservando a dignidade da pessoa cuidada mesmo em situações de dependência. Trata-se de um encontro dialógico no qual o cuidador precisa reconhecer a singularidade do outro, mesmo quando a rotina tende à mecanização das tarefas (Soares, 2012).

A dimensão emocional, por sua vez, envolve o que Soares (2012) denomina trabalho emocional: a gestão das próprias emoções e das emoções do outro para sustentar o cuidado. Isso significa, muitas vezes, regular sentimentos de exaustão, irritação ou tristeza, mantendo uma postura acolhedora. O afeto torna-se componente estrutural do cuidado, não como atributo espontâneo, mas como elemento que precisa ser produzido e administrado. Essa coordenação de sentimentos contraditórios revela que o cuidado não é apenas ação, mas também elaboração psíquica constante (Soares, 2012).

Há ainda a dimensão corporal e sexual do cuidado, frequentemente silenciada. O contato corpo a corpo, a exposição à intimidade, o toque em partes íntimas e a necessidade de manejar constrangimentos configuram um tipo de trabalho que exige do cuidador constante negociação com limites pessoais e sociais. Esse aspecto evidencia como o cuidado ultrapassa fronteiras técnicas, envolvendo também normas culturais sobre corpo, gênero e sexualidade (Soares, 2012).

Há também a dimensão política, em que o cuidado é visto como um direito universal (Bango; Cossani, 2021). Helena Hirata destaca que ele é moldado por relações desiguais de gênero, classe e raça, sendo essencial para a manutenção da economia e da sociedade. Manifesta-se ainda no "diamante do cuidado", que articula as responsabilidades entre Estado, mercado, família e comunidade (Hirata, 2016; Hirata, 2022).

### 3.2.1 A Família e os Cuidadores Informais

Giacomin *et al.* (2018) traz que os cuidadores familiares no Brasil são 72,1% mulheres, casadas, não remuneradas, sem nenhum tipo de treinamento e que cuidam todos os dias da semana. Diante disso, a invisibilização desse trabalho contribui para a ideia de que

esses cuidadores não sofrem consequências financeiras e emocionais, mas isso precisa ser aprofundado. Há diversos estudos que colocam que a rotina intensa de cuidados pode gerar vários impactos, sendo assim, essencial dedicar uma atenção especial ao cuidador principal que realiza as atividades de forma informal e sem remuneração a fim de contribuir para melhorar sua qualidade de vida (Souza *et al.*, 2015).

Especificamente sobre os impactos psicológicos, Souza *et al.* (2015) aponta que o trabalho de cuidado sem assistência tem grandes chances de gerar sobrecarga e estresse excessivo no cuidador que, por sua vez, pode produzir cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, apatia e indiferença emocional. Ademais, é comum serem acompanhados por dúvidas acerca do próprio desempenho, no qual pode resultar em perspectivas que estão cuidando de maneira insatisfatória. A longo prazo isso pode desencadear crises de ansiedade e de humor depressivo. Além disso, também se torna comum a libido ficar reduzida e surgirem problemas no âmbito físico (Souza, *et al.*, 2015; Medeiros *et al.*, 2022).

Um estudo realizado por Norma B. Coe e Courtney Harold Van Houten em 2009 (apud OPAS e Banco Interamericano do Desenvolvimento, 2023) observou que cuidar de uma mãe doente elevou em 47% os sintomas depressivos dos cuidadores familiares. Além disso, pesquisas adicionais indicam que esses cuidadores apresentam maior consumo de medicamentos antidepressivos, sedativos, analgésicos e medicamentos utilizados em problemas gastrointestinais (OPAS e Banco Interamericano do Desenvolvimento, 2023).

Quanto aos impactos profissionais, o estudo ELSI - BRASIL aponta que 24% das pessoas que cuidam de idosos necessitam parar de estudar ou trabalhar para fazê-lo (Giacomin *et al.*, 2018). E quando é feito o recorte de gênero, os estudos de Gratão *et al.* (2012) e Lee & Tang (2015) pontuam que muitas mulheres se sentem sobrecarregadas e se desligam dos empregos para cuidar (Gratão *et al.*, 2012; Lee & Tang, 2015 apud Medeiros *et al.*, 2022). Diante disso, a saída do trabalho formal pode, por sua vez, acarretar também em consequências econômicas na vida do cuidador e família.

Contudo, para as mulheres que continuam no trabalho, muitas delas poderão encontrar dificuldades de articular a vida profissional com o cuidado dos membros familiares mais dependentes. Nesse caso, é comum encontrar mulheres classificadas como pertencentes à “geração sanduíche”, no qual tem necessidade de cuidar simultaneamente dos filhos e dos pais idosos (De Jesus, Wajnman, 2016; Passos & Machado, 2021). Para Medeiros *et al.* (2022), esse perfil de cuidadores de plantão triplo apresentam um risco mais alto de burnout

comparado com aqueles que apenas realizam cuidados profissionais. Dessa forma, esses cuidadores apresentam impactos na saúde física e mental na tentativa de conciliar e gerenciar os papéis de cuidados profissional e informal (Medeiros *et al.*, 2022).

Além disso, no decorrer da sua função como cuidadoras, há também consequências no âmbito social devido a restrições em relação à própria vida, estando mais suscetíveis ao isolamento social, falta de tempo para si, para a família e amigos (Almeida, 2020). Nesse contexto, o tempo excessivo e desproporcional que as mulheres dedicam ao trabalho de cuidado, historicamente desvalorizado e invisibilizado, configura uma barreira significativa ao exercício de seus direitos em diferentes dimensões da vida (Brasil, 2025). Essa sobrecarga compromete a continuidade dos estudos e da qualificação profissional, dificulta a inserção e permanência no mercado de trabalho e limita a participação na vida pública e política em condições de igualdade com os homens. Além disso, reduz as possibilidades de descanso, lazer, participação cultural e autocuidado (Brasil, 2025b)

Nesse quesito vale pontuar que durante a pandemia de COVID-19 foi amplamente evidenciado que, o isolamento e distanciamento social necessário nesse período, provocou impactos diretos à saúde psicossocial da população de modo geral, causando ansiedade, medo e incertezas, o que por sua vez, resultou na alta prevalência de transtornos psicológicos e psiquiátricos (Tassara, 2021). O estudo de Da Silva *et al.* (2020 apud Tassara, 2021) apontou que as mulheres adultas jovens podem apresentar maior prevalência de alterações emocionais, como transtorno de estresse pós-traumático e pior qualidade de sono, tornando-as mais vulneráveis a transtornos psicológicos pelo aumento da sensibilidade a estímulos emocionais, devido a flutuações hormonais decorrentes do ciclo menstrual.

Portanto, o cuidado não remunerado implica custos de tempo, recursos e energia, podendo comprometer a qualidade de vida nos âmbitos econômico, profissional e da saúde (Camarano, 2021). No contexto brasileiro, a insuficiência de suporte público contribui para a intensificação da chamada pobreza de tempo, na qual a dedicação excessiva ao cuidado restringe oportunidades de inserção no mercado de trabalho e alimenta um ciclo vicioso de pobreza e desigualdades (Brasil, 2025b).

### 3.2.2 O Trabalho de Cuidado com Idosos

Em 2018, a OIT por meio da Resolução I da 19ª Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho apresentou uma definição inovadora de trabalho. Essa definição não se limita ao trabalho remunerado, mas abrange todas as atividades feitas por indivíduos para produzir bens ou serviços, seja para si mesmos ou para outros, independentemente de idade

ou gênero (Macena; Junior; Carvalho, 2021). A partir desse conceito o cuidado se caracteriza como um trabalho podendo ser tanto remunerado ou não (Macena; Junior; Carvalho, 2021).

A partir disso, quando se analisa o trabalho do cuidado, nota-se que ele tem uma função primordial não apenas no suporte oferecido ao outro, mas também em um nível mais amplo. Enríquez (2015) destaca que ele contribui para produzir valor econômico, já que sem o trabalho de cuidado, o próprio sistema em que vivemos encontraria dificuldade para se manter. A importância dessa função laboral pode ser observada quando

[...] o valor do trabalho de cozinhar, limpar, cuidar de crianças e dar atenção a pessoas idosas – tarefas que a economia depende – representa entre 10 e 39% do PIB. Pode pesar mais na economia de um país do que pesam a indústria manufatureira ou a do comércio (ONU Mulheres, 2017, apud Müller *et al.*, 2022, p. 10).

Porém apesar do aumento da longevidade provocar movimentações na economia do cuidado, essa temática gera debates acerca de quem está oferecendo o trabalho de cuidado, principalmente aquele que não é remunerado e que normalmente ocorre dentro das residências.

Na América Latina observa-se que esse papel é desempenhado majoritariamente pelos familiares, em especial por mulheres que realizam gratuitamente o papel de cuidadoras de pessoas idosas (Queiroz, 2021). Isso se dá porque culturalmente os países latino-americanos tratam o cuidado como um valor arraigado dos membros familiares. A socióloga Gottfried (apud Queiroz, 2021) aprofunda que o cuidado estaria muito mais associado a uma manifestação de amor do que a um trabalho, o que favorece para que ele continue se dando de forma gratuita. Além disso, a autora ainda relata que devido ao ideal criado em volta da maternidade, o cuidado seria atrelado a um talento feminino.

Entretanto, é importante pontuar que devido ao surgimento de novos arranjos no contexto familiar, alterações nupciais e com as mulheres cada vez mais presentes no mercado de trabalho, a maior demanda acontece perante a menor oferta de cuidadores familiares resultando na chamada “crise do cuidado (Felix, 2014; Camarano, 2021; Queiroz, 2021; Müller *et al.*, 2022).

Para Federicci (2019 apud Müller *et al.*, 2022) esta crise é essencialmente uma questão de gênero, seja ela vista pela perspectiva dos idosos ou de seus cuidadores. O que por sua vez faz desse cenário repleto de desafios especialmente para as famílias, as mulheres e o sistemas de saúde (Costa, 2012 apud Müller *et al.*, 2022). Porém, quando esses desafios que ocorrem no ambiente doméstico são tratados como um problema exclusivo da esfera familiar, esse cuidado se torna invisível, o que dificulta sua recompensa e gera grandes benefícios tanto no

âmbito público quanto no privado. Porém, não gera direitos sociais como o trabalho formal, que é visto como produtivo (Müller *et al.*, 2022; Camarano, 2021).

No Brasil o gasto público em políticas de cuidado é de cerca de 3% do PIB sendo divididos principalmente em dois setores: 1) benefícios assistenciais por maternidade, deficiência, doença ou acidentes de trabalho e 2) Educação escolar. Mas dentro desse investimento não há gastos para o setor de serviços e benefícios assistenciais de Cuidados de Longa Duração (Queiroz, 2021).

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) ainda reforça que a família é a principal responsável pelo cuidado de pessoas idosas, sendo as instituições de atendimento consideradas uma alternativa (Felix, 2014; Camarano, 2021; Queiroz, 2021). Porém essa alternativa torna-se um desafio pelo impacto da longevidade e a escassez de apoio ao cuidado no Brasil, visto que há poucas instituições públicas de longa permanência para pessoas idosas de 60 anos ou mais, hoje atendendo menos de 1% da população com essa idade (Queiroz, 2021).

Diante disso, pode-se classificar as políticas de cuidados com idosos no Brasil como familista. Já para Leitner (2003 apud Giacomini, 2023) o país estaria mais próximo especificamente do familismo por negligência, já que o auxílio público e as transferências monetárias para desempenhar essa função são baixas, sendo escasso o auxílio às famílias principalmente nos estratos sociais mais baixos. Existe a possibilidade do cuidado ser realizado mediante contratação de cuidadoras e instituições particulares ou do terceiro setor, contudo estes serviços são inacessíveis à população de baixa renda (Lima-Costa *et al.* apud Camarano, 2021; Queiroz, 2021).

Nesse cenário, evidencia-se a importância do investimento em políticas públicas de cuidado que ampliem a oferta e qualifiquem a prestação de serviços para cuidadores não remunerados, independentemente da capacidade das famílias de provê-los, promovendo maior bem-estar social. Essas políticas, além de ficarem na demanda do cuidado, também ampliam as possibilidades de inserção e permanência das mulheres no mercado de trabalho, contribuem para a redução das desigualdades no trabalho remunerado e produzem efeitos positivos na geração de empregos, no aumento da renda das famílias e na dinamização de setores econômicos relacionados (Brasil, 2025b).

### 3.2.3 Política Nacional de Cuidados

A Política Nacional de Cuidados (PNC) foi instituída no Brasil por meio da Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024 (Brasil, 2024), representando um marco na consolidação

do cuidado como um direito universal e um dever do Estado. Sua formulação rompe com o paradigma histórico que restringe o cuidado ao âmbito privado e familiar, passando a reconhecê-lo formalmente como um direito de todas as pessoas: o direito de cuidar, de ser cuidado e ao autocuidado (Brasil, 2025b).

A PNC fundamenta-se no princípio da corresponsabilização, buscando redistribuir o fardo do cuidado entre homens e mulheres e entre as famílias, o Estado, o mercado e a comunidade (Brasil, 2025b). Para os cuidadores não remunerados, a política é inovadora ao identificá-los como um dos públicos prioritários, visando o reconhecimento, a redução e a redistribuição de sua carga de trabalho (Brasil, 2025b; Brasil, 2025c).

A implementação da política ocorre por meio do Plano Nacional de Cuidados, denominado “Brasil que Cuida”, instituído pelo Decreto nº 12.562/2025 (Brasil, 2025a). O plano configura-se como a estratégia do Governo Federal para assegurar o direito ao cuidado ao longo da vida, por meio de ações intersetoriais voltadas tanto para quem cuida quanto para quem recebe cuidado. Nesse âmbito, o cuidado é reconhecido como trabalho, direito humano e bem público, orientando-se pelo enfrentamento de desigualdades estruturais (Brasil, s.d.)

Diante desse cenário, a PNC estabelece como públicos prioritários crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência e trabalhadores do cuidado, incluindo os remunerados e não remunerados. Suas ações buscam ampliar o acesso a serviços de qualidade e promover maior equidade, por meio da articulação entre políticas sociais, trabalho e proteção social (Brasil, s.d.).

Em síntese, a consolidação de uma política integral de cuidados no Brasil representa um avanço fundamental para a promoção da justiça social e da igualdade de gênero, ao reposicionar o cuidado como eixo estruturante da organização social e ao afirmar o papel do Estado na garantia das condições necessárias à sustentabilidade da vida.

## 4. MÉTODO

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa trata de uma pesquisa qualitativa, de corte transversal, fundamentada no Materialismo Histórico-Dialético e na Psicologia Histórico-Cultural. Os autores que sustentam a análise teórica são: Gadotti (1997), Triviños (2009); Santos *et al.* (2018)

#### 4.1.1 Fundamentos Teóricos dos Métodos de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais

A busca pelo conhecimento da realidade sempre foi uma preocupação fundamental da humanidade, levantando questões como: a) se é possível conhecer a realidade; b) como esse processo ocorre; c) aquilo que conhecemos é de fato uma verdade (Santos *et al.*, 2018). Na tentativa de responder a essas perguntas, desenvolveram-se diferentes correntes filosóficas e epistemológicas do pensamento contemporâneo que tem orientado a educação e as pesquisas em ciências humanas e sociais, sendo elas: o positivismo, a fenomenologia e a dialética marxista. Cada uma dessas correntes de pensamento interpreta a realidade com base em seus próprios paradigmas e adota métodos específicos de investigação, ou seja, define um caminho para orientar a busca pelo conhecimento e pela verdade (Triviños, 2009; Santos *et al.*, 2018).

De acordo com Augusto N. S. Triviños (2009), as três correntes de pensamento contemporâneo são utilizadas de maneiras diferentes e com intensidades distintas no campo da educação e nas pesquisas das ciências sociais. O autor apresenta as três correntes que direcionam uma análise sob um olhar social, diferenciando o Positivismo, a Fenomenologia e o Marxismo no livro “Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação” de 2009.

A perspectiva positivista traz um método que pressupõe a separação entre os meios e os fins, bem como entre o objeto de estudo e sua explicação, por conta disso, é comumente aplicado em pesquisas baseadas em hipóteses e na sua verificação (Santos *et al.*, 2018). Nas pesquisas sociais, o positivismo teve um predomínio incontestável até a década de 1970, entretanto, essa metodologia não tem sido considerada a mais adequada para todos os tipos de investigação (Triviños, 2009; Santos *et al.*, 2018).

De acordo com Santos *et al.* (2018), no caso de investigações sobre os fenômenos sociais, como as relações humanas ou as relações de produção, o positivismo se mostra limitado, pois não é possível dissociar o objeto do conhecimento da forma como ele é conhecido. Além disso, Triviños (2009) acrescenta que para investigar a realidade social é

necessário considerar as demandas e necessidades da sociedade, não podendo se restringir a uma simples busca mecânica por causas.

Já os pesquisadores que adotam uma corrente fenomenológica não se limitam à coleta de fatos e dados, mas buscam compreender os significados atribuídos pelos participantes (Martins e Bicudo 1989). A descrição na fenomenologia está centrada naquilo que é visto, sentido e vivido pelo indivíduo, sendo expressa por meio da linguagem. Essa linguagem, por sua vez, exige uma interpretação mais profunda, pois carrega percepções, símbolos, significados, elementos culturais, entre outros (Bicudo, 2000). Para que o pesquisador consiga captar a essência da experiência vivida, é necessário que ele se abra genuinamente ao relato do participante, acolhendo-o tal como é apresentado. Isso exige a suspensão de pré-julgamentos, concepções prévias e qualquer pensamento que possa distorcer a compreensão do fenômeno (Sadala, 2004).

Triviños (2009) apresenta as críticas a respeito das pesquisas que utilizam da fenomenologia como análise destacando que método não se preocupa em evidenciar a dimensão histórica dos fenômenos. Visto que ao buscar a essência pura do fenômeno, isolando-o de influências como o sujeito, a cultura e os valores, a fenomenologia deixa de lado aspectos históricos, sendo assim considerada conservadora como o positivismo. O autor destaca que essa característica a-histórica tem sido alvo de críticas, especialmente por parte de estudiosos de países considerados em desenvolvimento, que veem na história social, econômica e cultural a chave para compreender muitos de seus problemas (Triviños, 2009).

[...] o esquecimento do histórico na interpretação dos fenômenos da educação, sua omissão do estudo da ideologia, dos conflitos sociais de classe, da estrutura da economia, das mudanças fundamentais, sua exaltação na consciência etc. autorizam a pensar que um enfoque teórico dessa natureza pouco pode alcançar de proveitoso quando se está visando os graves problemas de sobrevivência dos habitantes dos países do Terceiro Mundo (Triviños, 2009. p. 48-49).

De acordo com Triviños (2009), as condições históricas vivenciadas por volta da década de 1960 nos países da América Latina, geralmente caracterizadas pelo autoritarismo e ditadura dificultavam o avanço de ideias que desafiavam o modelo vigente de pensamento da época que se baseava no positivismo. Contudo, o movimento de redemocratização no início da década de 1980 permite um olhar mais amplo a respeito das correntes de pensamento contemporâneas. E, considerando a realidade específica enfrentada pelos países da América Latina, foi se tornando cada vez mais necessário adotar métodos próprios de interpretação e explicação que considerassem não apenas a comprovação de hipóteses e a descrição dos fenômenos, mas que também incluíssem problemas essencialmente sociais, econômicos e políticos. Dessa forma, as

pesquisas nas ciências sociais passam a privilegiar novamente estudos sociológicos como é o caso do materialismo histórico-dialético, base filosófica e sociológica do marxismo, que visa compreender cientificamente os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento, levando em conta as práticas sociais humanas (Triviños, 2009).

#### 4.1.2 Fundamentos Teóricos do Materialismo Histórico e Dialético

A dialética nasceu na Grécia Antiga, que utilizava a argumentação com o objetivo de compreender a realidade. Para isso, era necessário identificar as contradições presentes no raciocínio de uma pessoa, negando a validade de sua argumentação e superando-a por outra. O filósofo Sócrates foi considerado o maior dialético da Grécia que utilizava dos questionamentos e da dialética para levar a pessoa a uma reflexão das suas próprias crenças e descobrir a realidade sobre si mesmo (Gadotti, 1997).

Para Heráclito de Éfeso, filósofo pré-socrático, a realidade é um constante devir marcado pela tensão entre opostos que se relacionam e influenciam entre si, um transformando o outro. Dessa maneira, a dialética é marcada pela explicação do movimento e da transformação das coisas, as quais estão relacionadas umas com as outras (Gadotti, 1997).

Contrapondo a lógica da dialética de que a realidade e os seus fenômenos estão em constante transformação, há a visão metafísica do mundo defendida por Parmênides de Eléia, que sustentava que o movimento era uma ilusão e que tudo era imutável. Segundo a interpretação metafísica do mundo apresentada por Prado Jr. (1963 apud Gadotti, 1997), o universo é compreendido como um conjunto de entidades distintas que, embora possam se relacionar entre si, mantêm uma individualidade própria e exclusiva.

Para Aristóteles, a dialética tinha um papel secundário, servindo como ferramenta auxiliar da filosofia, especialmente no exercício da crítica. Além disso, como aponta Gadotti (1990), o filósofo conciliou as ideias de Heráclito e Parmênides por meio de sua teoria do ato e da potência. Segundo essa concepção, as mudanças que ocorrem no mundo trata-se da atualização de potencialidades já inerentes, sendo a educação o processo responsável por fazer desabrochar as potencialidades do ser humano (Gadotti, 1997).

Moacir Gadotti (1990) no texto sobre “A dialética: concepção e método” aponta que durante longos períodos da história, a filosofia esteve subordinada à teologia, o que levou à condenação da dialética principalmente porque esta não reconhecia a onipotência divina e, por isso, foi depreciativamente comparada à sofística. De acordo com Leandro Konder (1981 apud Gadotti, 1997) a visão metafísica se manteve dominante ao longo do tempo porque atendia aos interesses das classes dominantes nas sociedades divididas em classes. Essas elites buscavam

preservar a ordem vigente, procurando fixar tanto os valores quanto as instituições existentes, de modo a evitar qualquer impulso de transformação social (Gadotti, 1997).

No início da Idade Moderna, a dialética passou a ser vista como obsoleta, já que muitos acreditavam que Aristóteles havia esgotado tudo o que havia para ser dito sobre a lógica. Pensadores como Descartes e Kant viam a dialética apenas como uma técnica limitada ao uso de silogismos, uma lógica baseada mais nas aparências do que na verdade (Gadotti, 1997).

No entanto, essa visão começa a mudar com o pensamento de Jean-Jacques Rousseau, que introduz uma perspectiva mais dinâmica e crítica, oposta à concepção metafísica. Para Rousseau, todos os seres humanos nascem livres, e somente uma organização democrática da sociedade permitiria o pleno desenvolvimento dos indivíduos. Ainda assim, é com o idealismo de Hegel que a dialética retorna com força, agora ocupando um lugar central na filosofia, sendo concebida não apenas como método, mas como uma filosofia em si mesma (Gadotti, 1997). Mais tarde, Hegel seria o pensador que influenciaria a filosofia marxista e o método do materialismo histórico e dialético (Gadotti, 1997; Triviños, 2009; Santos *et al.*, 2018; Tozoni-Reis, 2020).

Friedrich Hegel retoma o pensamento de Heráclito e equipara a razão à própria realidade, que muda, evolui e progride. Sendo que para este filósofo a história universal é ao mesmo tempo domínio do mutável e a manifestação da razão. Segundo Triviños (2009), Para Hegel, a realidade é compreendida a partir do abstrato, sendo que a razão, que se identifica com a própria dialética, atua para unificar, conciliar e manter a ordem por meio da unidade e oposição dos contrários (Triviños, 2009).

Hegel concebe o processo racional como um processo dialético no qual a contradição não é considerada como "ilógica", paradoxal, mas como o verdadeiro motor do pensamento, ao mesmo tempo que é o motor da história, já que a história não é senão o pensamento que se realiza. O pensamento não é mais estático, mas procede por contradições superadas, da tese (afirmação) à antítese (negação) e daí à síntese (conciliação). Uma proposição (tese) não existe sem oposição a outra proposição (antítese). A primeira proposição será modificada nesse processo de oposição e surgirá uma nova. A antítese está contida na própria tese que é, por isso, contraditória. A conciliação existente na síntese é provisória na medida em que ela própria se transforma numa nova tese (Gadotti, 1997, p. 18).

Por sua vez, Karl Marx inverte a dialética de Hegel, retirando seu caráter idealista e colocando-a na terra e dando a realidade um caráter materialista (Tozoni-Reis, 2020). Segundo as ideias marxistas apresentadas por Gadotti (1997), as relações de produção, determinadas pelas forças produtivas em uma dada etapa histórica, constituem a base econômica da sociedade, que por sua vez influencia as estruturas jurídicas, políticas e as formas de consciência social. O modo de produção da vida material condiciona o processo da vida social,

política e espiritual em geral, ou seja, não é a consciência que define o ser social, mas o ser social que molda a consciência (Gadotti, 1997).

Para Karl Marx e Friedrich Engels, os princípios da dialética hegeliana são vistos como leis puras do pensamento, mas, como destaca Leandro Konder (apud Gadotti, 1997), é um erro analisá-la sem considerar a ligação entre a história humana e a natureza, já que o ser humano possui uma dimensão natural e tem suas origens na própria natureza. Foram os responsáveis por elevar a dialética ao nível filosófico, por meio do materialismo dialético, e ao campo científico, por meio do materialismo histórico.

Santos *et al.* (2018) aponta que a união entre o materialismo e a dialética transformou ambos os conceitos. Nessa perspectiva, o material e o ideal são elementos opostos, mas coexistem em uma unidade fundamentada na realidade material. Para a dialética, a realidade concreta é contraditória, e é a tensão entre os contrários que impulsiona as transformações históricas e progressivas, novidade qualitativa (Santos *et al.*, 2018).

As leis gerais da dialética que refletem a dinâmica da transformação da realidade e são elas: 1) lei da conversão da quantidade em qualidade e vice-versa, no qual indica que, na natureza, mudanças qualitativas ocorrem a partir de alterações quantitativas, ou seja, ao se adicionar ou retirar matéria ou movimento; 2) lei da interpenetração dos opostos (lei da unidade e da luta dos contrários) propõe que opostos coexistem e interagem, assegurando a continuidade das transformações constantes nos fenômenos naturais; 3) lei da negação da negação afirma que cada síntese resultante de um conflito entre contrários se torna, por sua vez, uma nova tese, reiniciando continuamente o processo dialético (Gadotti, 1997; Triviños, 2009; Santos *et al.*, 2018).

Depois de Marx e Engels, alguns princípios gerais ou características da dialética são hoje aceitas como ponto de partida por muitos autores, sendo estas características expostas por Gadotti (1997) a seguir:

- Princípio da totalidade: Para a dialética, nada existe de forma isolada; todos os fenômenos e objetos estão interligados e se condicionam mutuamente, formando uma totalidade concreta. O método dialético busca compreender essa totalidade, considerando a interação dinâmica entre as partes e o todo, que se constroem continuamente. Assim, isolar um fenômeno significa esvaziá-lo de sentido, pois a compreensão verdadeira exige analisá-lo em seu contexto e em suas relações com o todo (Gadotti, 1997).
- Princípio do movimento: A dialética afirma que tudo está em constante transformação e que nada na natureza ou na sociedade é fixo ou definitivo, mas sim está em devir.

Essa mudança contínua ocorre por meio de contradições internas, evidenciando que o desenvolvimento da realidade se dá no sentido de que toda afirmação gera sua negação, sendo ambas superadas em uma síntese superior. Assim, o movimento não ocorre de maneira caótica ou repetitiva, mas um processo contínuo de superação e renovação que pode ser denominado como espiral dialética (Gadotti, 1997).

- Princípio da mudança qualitativa: A dialética entende que as transformações não ocorrem em ciclos repetitivos, mas sim por meio de mudanças qualitativas. Dessa forma, o novo surge a partir do acúmulo de mudanças quantitativas que, ao atingir um certo limite, provocam uma ruptura e geram algo qualitativamente diferente. Esse processo pode ser denominado como salto qualitativo. Gadotti (1997) aponta ainda um exemplo clássico da água que, ao atingir determinada temperatura, entra em ebulição, passando de um estado físico a outro, isto é, um fenômeno qualitativamente distinto (Gadotti, 1997).
- Princípio da contradição: Considerada a lei fundamental da dialética, a contradição é universal e está presente em todas as realidades, tanto materiais quanto espirituais. A partir da perspectiva dialética, a transformação ocorre porque, no interior de cada fenômeno, coexistem forças opostas em constante tensão entre unidade e oposição e que justamente essa contradição possibilita uma mudança. Com isso, a existência dos opostos não é considerada uma falha lógica, mas uma característica essencial da própria realidade.

A partir desses princípios, compreende-se que o Método Materialista Histórico e Dialético, desenvolvido por Marx e Engels, é não apenas um instrumento de interpretação da realidade, mas também uma concepção de mundo e uma forma de *práxis*, entendida como a prática orientada e transformada pela teoria, isto é, uma ação fundamentada em abstrações teóricas (Tozoni-Reis, 2020). Com isso, o Método Materialista Histórico e Dialético se caracteriza por acompanhar o movimento do pensamento a partir da materialidade histórica da vida em sociedade com base no princípio da contradição, as leis fundamentais que determinam as formas de organização material dos seres humanos ao longo da história (Tozoni-Reis, 2020). Contudo, como destaca Tozoni-Reis (2020), estudos com o método dialético necessitam ser constantemente contextualizados, pois uma teoria de interpretação da realidade pela sua própria natureza está sempre em desenvolvimento.

Então, considerar o Método Materialista Histórico e Dialético como instrumento teórico e metodológico para a interpretação da realidade, significa compreender esse processo de interpretação e análise que vai do empírico (realidade aparente, imediata)

ao concreto (realidade pensada, compreendida) pelo movimento do pensamento (contradições) no mundo como ele é (Tozoni-Reis, 2020, p. 75).

Diante disso, o materialismo dialético mostra-se um método relevante para a análise de estudos voltados à compreensão dos fenômenos sociais e suas relações com os indivíduos, os meios de produção, de subsistência e de consumo, além das contradições que permeiam essas interações (Gadotti, 1997).

#### 4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa são cuidadores familiares/não remunerados de pessoas idosas. Desde o início da pesquisa buscou-se participantes que pudessem se encaixar em três grupos: um com homens e mulheres jovens adultos entre 20 e 35 anos que cuidam de pessoas idosas, o segundo com homens e mulheres adultos entre 36 e 59 anos que cuidam de pessoas idosas e o terceiro com pessoas idosas 60+ que cuidam de outras pessoas idosas. O total de 9 participantes foi, a princípio, dividido igualmente entre os três grupos/faixas etárias, como demonstra a tabela 1 abaixo:

**Tabela 1:** Número total de participantes pretendidos para cada faixa etária.

<b>Grupos</b>	<b>Faixa Etária</b>	<b>Nº de Participantes</b>
<b>G1: Pessoas Jovens Adultas</b>	20-35 anos	3
<b>G2: Pessoas Adultas</b>	36-59 anos	3
<b>G3: Pessoas Idosas</b>	60 anos ou mais	3
<b>Total de Participantes</b>		<b>9</b>

Fonte: elaborada pela autora.

Com isso, os critérios de inclusão da pesquisa foram mulheres e homens com 20 anos ou mais, que atuam como cuidadores de pessoas idosas em situações complexas de saúde que demandam cuidados prolongados e atenção recorrente. Além disso, para participar da pesquisa foi necessário que o participante tenha assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A). A partir disso, foram excluídos indivíduos com limitações na comunicação (fala, audição e cognição), cuidadores formais remunerados, e cuidadores informais que realizam tarefas de cuidado há menos de seis meses.

No momento de coleta de dados foram realizadas entrevistas com 10 pessoas interessadas em participar da pesquisa por serem cuidadores familiares, não remunerados, de pessoas idosas. Entretanto, após realizada as entrevistas, foi constatado que uma das entrevistas com uma pessoa que pertencia ao segundo grupo não se enquadra no Critério de Inclusão da pesquisa porque a pessoa idosa que era cuidada mantinha autonomia.

Portanto, ao final, foram incluídas 9 entrevistas com participantes que se adequam aos critérios de inclusão descritos acima e assinaram o TCLE. Vale destacar, que a princípio, foi definido que essa pesquisa abordasse 3 participantes de cada uma das faixas etárias definidas. Entretanto, houve um número maior de participantes encontrados no segundo grupo que correspondia a faixa etária dos adultos entre 36 e 59 anos e menos pessoas interessadas em participar do grupo de pessoas mais jovens e pessoas idosas que cuidam de outras pessoas idosas. Contudo, o número total de participantes foi mantido. A divisão do número total de participantes é demonstrada na tabela abaixo:

**Tabela 2:** Número total de participantes entrevistados em cada faixa etária.

<b>Grupos</b>	<b>Faixa Etária</b>	<b>Nº de Participantes</b>
<b>G1: Pessoas Jovens Adultas</b>	20-35 anos	2
<b>G2: Pessoas Adultas</b>	36-59 anos	5
<b>G3: Pessoas Idosas</b>	60 anos ou mais	2
<b>Total de Participantes</b>		<b>9</b>

Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.3 LOCAL

A realização das entrevistas ocorreu preferencialmente no município de São Carlos, podendo ser efetuadas no domicílio do participante ou em uma sala do Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar em um ambiente propício, sem interferência externa para garantir o sigilo profissional e a privacidade dos indivíduos.

O convite para participar do estudo será divulgado em grupos informais específicos de cuidadores de pessoas idosas. As entrevistas serão previamente agendadas.

## 4.4 INSTRUMENTOS

### 4.4.1 Critério Brasil

É um sistema de classificação econômica utilizado para agrupar domicílios de acordo com a capacidade de consumo. Ele se baseia em informações objetivas, como renda familiar, nível de escolaridade dos moradores e condições de moradia, para estabelecer uma categorização precisa. A aplicação é simples e padronizada em todo o território nacional, permitindo comparações consistentes entre diferentes regiões do país. A classificação divide as famílias em cinco grupos econômicos — A, B, C, D e E — que representam diferentes faixas de acesso a bens e serviços.

### 4.4.2 Entrevista Semiestruturada

A entrevista contou com perguntas para identificação de características sociodemográficas, como idade, gênero, escolaridade, renda, etnia, religião e estrutura familiar. Além disso, a entrevista conta com um roteiro de perguntas (Apêndice B) que abordou conteúdos sobre autocuidado, cuidado e as relações de cuidador e beneficiário durante o envelhecimento e velhice e as possibilidades de necessidades de apoio.

### 4.4.3 Inventário de Sobrecarga de Zarit

Este instrumento foi desenvolvido oficialmente por Zarit *et al.* em 1980 e em 2002 Scazufca validou e publicou a versão do instrumento em português. A sua finalidade é medir o nível de sobrecarga vivenciado por cuidadores de pessoas idosas e sua aplicação deve ocorrer sem a presença do idoso. Para cada afirmação apresentada, o cuidador deve indicar com que frequência experimenta aquela situação (nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre). Vale destacar que não há respostas certas ou erradas. Contudo, níveis elevados de estresse entre os cuidadores serão refletidos por escores altos (Scazufca apud Pavarini *et al.*, 2022).

## 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de forma presencial, em local privativo, sem a presença de terceiras pessoas, como forma de garantir privacidade e sigilo. As entrevistas foram agendadas previamente e feitas no mês de janeiro de 2026. Cada uma teve a duração média de 1 hora e 30 minutos.

O recrutamento dos participantes, por se tratar de uma amostra intencional, seguiu às seguintes etapas:

- Divulgação inicial da pesquisa em grupos informais específicos de cuidadores.
- Busca ativa dos participantes, segundo os critérios de inclusão.
- O aceite para participação nesta entrevista requer que o participante manifeste seu interesse e após esclarecimentos, manifestando seu consentimento mediante a sua assinatura no TCLE.
- Realização da entrevista.

Durante o período do projeto os dados gravados em áudios e os demais dados foram armazenados pela pesquisadora numa nuvem de dados: Drive do GSuite, disponibilizado para a comunidade universitária pela UFSCar que permite o armazenamento de todos os arquivos. Além disso, a nuvem permite total controle no compartilhamento entre os membros da equipe de pesquisa. Vale destacar que durante a execução do projeto foram realizados backups pela pesquisadora. Após finalizadas as entrevistas, os dados foram retirados e apagados da nuvem do Drive GSuite e preservados em arquivos sob a guarda da pesquisadora responsável pelo projeto, conforme Carta Circular n.º 1/2021-CONEP/SENS/MS, item 3 e subitens que trata da segurança na transparência no armazenamento dos dados.

#### 4.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados ocorreu por meio do método de análise de conteúdo de Bardin (2010), no qual constituem as seguintes fases:

- Pró-análise: Após a realização da entrevista, foi ouvido o áudio da gravação e realizada a transcrição na íntegra. Após isso, foi feita uma leitura flutuante para identificar pontos relevantes para análise.
- Exploração do Material: Essa fase apresenta as seguintes etapas: 1) Codificação, em que foram recortadas palavras, frases ou temas relevantes; 2) Categorização, em que foram reunidas palavras, frases ou temas sob a denominação de uma categoria e descrever o que elas têm em comum. Ademais, subcategorias foram demarcadas em cada categoria.
- Interpretação dos Resultados Obtidos: Este foi o momento que implicou a reflexão dos conteúdos emergentes analisados na fase anterior e realizada uma discussão à luz da teoria e seguindo o método escolhido, no caso o do materialismo histórico e dialético. Portanto, para esta etapa foi buscado identificar tensões presentes em algumas categorias e discutidas pontos de superação entre as contradições apresentadas.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, todos os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 510/16 (Brasil, 2016) foram seguidos. Vale ressaltar que esta resolução estabelece diretrizes éticas específicas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (CHS), reconhecendo a diversidade metodológica e os riscos distintos dessas áreas em comparação com a biomedicina.

Após a pesquisa ter sido configurada na Resolução 519/16, este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar em dezembro de 2025 através do parecer nº 8.065.378 - CAAE: 93139125.2.0000.5504 (Anexo A). Para garantir os aspectos éticos, foi compartilhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e feita a leitura em conjunto com a pessoa interessada na pesquisa. Após isso, mediante o aceite e assinatura do TCLE, a entrevista foi iniciada.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para fins de organização foi estruturado em três subitens. Inicialmente, apresenta-se a caracterização dos participantes, contemplando aspectos sociodemográficos e o nível de estresse relacionado ao cuidado, avaliado por meio da Escala de Sobrecarga de Zarit. Em seguida, são expostas as categorias e subcategorias construídas a partir da análise das entrevistas. Por fim, realiza-se a interpretação das tensões que emergem da experiência de cuidar de pessoas idosas em condições de saúde que envolvem uma condição de dependência maior dos seus cuidadores familiares.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A caracterização dos participantes tem como objetivo contextualizar as condições de vida e de cuidado vivenciadas por eles. Assim, neste subitem são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes, incluindo informações como idade, gênero, etnia, religião, vínculo com a pessoa cuidada, escolaridade e ocupação. Além disso, a classe econômica de cada participante foi identificada por meio de perguntas baseadas no Critério Brasil.

Neste item, são apresentados os resultados obtidos por meio da Escala de Sobrecarga de Zarit, utilizada para avaliar o nível de estresse relacionado ao exercício do cuidado. A inclusão desse instrumento possibilita articular indicadores quantitativos de sobrecarga às narrativas e aos sentidos produzidos pelos participantes, contribuindo para uma compreensão mais ampla e integrada da experiência do cuidado.

Os dados apresentados correspondem a 9 entrevistas. No primeiro grupo (G1), composto por jovens adultos (20 a 35 anos), e no terceiro grupo (G3), formado por pessoas idosas (60 anos ou mais), participaram duas pessoas em cada faixa etária. O segundo grupo (G2), composto por adultos (36 a 59 anos), apresentou o maior número de participantes, totalizando cinco entrevistas realizadas. A média de idade do total de participantes foi 49,8 anos, o que vai ao encontro da maioria dos participantes que vieram do G2. O quadro a seguir (Quadro 1) apresenta, de forma resumida, as características de cada participante.

**Quadro 1:** Caracterização sociodemográfica e Sobrecarga dos participantes.

Grupo	Participante	Idade	Gênero	Etnia	Estado Civil	Religião	Escolaridade	Ocupação	Cuida de quem?	Critério Brasil	Escala de Zaritt
<b>G1</b> Pessoas Jovens Adultas (20-35 anos)	P1	26	M	Negro	Solteiro	S.U.D.	Sup. Incom.	Segurança	Mãe	B2	Leve
	P2	33	F	Branca	Solteira	Católica	Sup. Com.	Analista de Projetos	Pai	A	Grave
<b>G2</b> Pessoas Adultas (36-59 anos)	P1	46	F	Parda	Casada	Evangélica	Sup. Com.	Professora Ed. Infantil	Sogra	B2	Grave
	P2	48	F	Branca	Casada	Católica	E.M. Com.	Faxineira	Pai	B2	Moderada
	P3	48	F	Branca	Casada	Espírita	Sup. Com.	Secretária	Mãe	A	Moderada
	P4	50	F	Parda	Casada	T.J.	E.M. Com.	Do lar e manicure	Pai/Mãe	B2	Grave
	P5	59	F	Branca	Casada	Espírita	Sup. Com.	Aposentada	Mãe	A	Grave
<b>G3</b> Pessoas Idosas (60+)	P1	65	F	Parda	Casada	S.U.D.	Sup. Com.	Aposentada	Marido	B2	Grave
	P2	74	F	Branca	Casada	Católica	Sup. Com.	Aposentada	Marido	B1	Moderada

Fonte: elaborado pela autora.

Além disso, embora esta pesquisa não tivesse como foco exclusivo mulheres, foi realizada entrevista com apenas um homem, pertencente ao G1. Dessa forma, o perfil feminino mostrou-se predominante, representando 88,8% das pessoas cuidadoras de pessoas idosas, o que está em consonância com a literatura, que evidencia a feminização do cuidado, historicamente atribuído às mulheres no âmbito familiar e social (Hirata, 2016; Giacomini *et al.*, 2018; Posthuma, 2021; Campos Silva, Rabelo, 2025).

Em relação à raça, cinco participantes se declararam brancas, três se identificaram como pardas e uma como negra. Embora a literatura aponte que o trabalho de cuidado no Brasil seja majoritariamente desempenhado por mulheres negras e pardas, evidenciando a interseção entre desigualdades de gênero, raça e classe (Hirata, 2016; Passos, 2017), observa-se que, nesta pesquisa, houve predominância de participantes brancas. Esse resultado pode refletir especificidades do contexto investigado, indicando a importância de considerar as particularidades locais na análise do perfil das cuidadoras.

No que se refere à classe econômica, de acordo com o questionário do Critério Brasil, cinco participantes foram classificadas na classe B2, uma na classe B1 e três na classe A. Entre os participantes, além de atuarem como cuidadores informais, 3 exerciam atividades de trabalho informal, 3 possuíam vínculos empregatícios formais e 3 eram aposentadas.

Quanto ao vínculo de parentesco com a pessoa beneficiária do cuidado, identificaram-se seis filhos cuidadores, sendo um deles homem, além de uma nora e duas esposas, que prestavam cuidados não remunerados a seus familiares. Esse resultado está em consonância com a literatura, que aponta a centralidade da família, especialmente de filhas e cônjuges, na provisão de cuidados, reforçando o caráter familiar e feminino dessa responsabilidade (Küchemann, 2012; Giacomini *et al.*, 2018).

No que se refere ao estado civil, observou-se que apenas dois participantes eram solteiros, pertencentes ao G1, enquanto os demais eram casados. Tal configuração pode indicar a presença de redes de apoio no contexto conjugal, ainda que estudos apontem que o cuidado, mesmo nesses casos, tende a recair predominantemente sobre as mulheres, podendo gerar sobrecarga e tensões nas relações familiares.

Em relação à presença de descendentes, três cuidadores não tinham filhos, enquanto os demais possuíam. Destaca-se o caso de uma participante que acumulava o cuidado com a mãe idosa e com filhas menores de 14 anos, caracterizando uma situação associada ao fenômeno conhecido como “geração sanduíche”, no qual indivíduos, majoritariamente mulheres, assumem simultaneamente responsabilidades de cuidado intergeracional (De Jesus, Wajnman, 2016; Passos & Machado, 2021). Esse acúmulo de demandas tem sido relacionado a maiores níveis de sobrecarga e à chamada “pobreza de tempo”, evidenciando desafios importantes para a saúde e o bem-estar das cuidadoras (Brasil, 2025b).

## 5.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Após a transcrição e leitura das entrevistas semiestruturadas realizadas com os participantes, foram identificados trechos, frases e expressões que evidenciaram sentidos

produzidos a partir das condições sociais, emocionais e físicas que atravessam a experiência de cuidar. A análise desse material permitiu a construção de cinco categorias principais, cada uma desdobrada em subcategorias, que possibilitam apreender a complexidade do cuidado familiar no processo de envelhecimento.

**Quadro 2:** Categorias, subcategorias e tensões.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Tensões</b>
<b>Cuidado</b>	Multidimensionalidade	Individual (Uno) × Coletivo (Múltiplo) - <b>Superação:</b> Cultura do Cuidado
	Gerenciamento	
	Obrigação Filial	
<b>Autocuidado</b>	Facilitadores	Viver × Sobreviver - <b>Superação:</b> Políticas Públicas
	Dificultadores	
<b>Aprendizado</b>	Aspectos Positivos	
	Aspectos Negativos	
<b>Trabalho</b>	Trabalho flexível para o cuidador	Trabalho formal × Trabalho do Cuidado - <b>Superação:</b> Valorização do Cuidado não remunerados
	Trabalho formal do cuidador	
<b>Envelhecimento</b>	Perda, Declínio e dependência	Cuidado garantido ao outro × Desproteção da própria velhice - <b>Superação:</b> Políticas Públicas ao cuidador em processo de envelhecimento
	Antecipação e crise de futuro	
	Confronto com a finitude	
	Preparação para a própria velhice	

Fonte: elaborado pela autora.

### 5.2.1 Cuidado

Esta categoria refere-se aos sentidos atribuídos ao ato de cuidar do outro, compreendido pelos participantes como uma prática complexa, contínua e multidimensional. O cuidado, conforme descrito pelos participantes, envolve tarefas físicas e emocionais, tomada de decisões e, em muitos casos,

mediações com outros membros da família e instituições. Esses aspectos não aparecem de forma pontual, mas como uma prática que atravessa a vida do cuidador não remunerado, reorganizando rotinas, redefinindo papéis e reestruturando projetos de vida.

Os relatos revelam que o cuidado adquire sentidos tanto como expressão de vínculo e afeto quanto em sua dimensão prática, na qual o cuidador se torna responsável pela saúde física da pessoa idosa, pelo cumprimento de obrigações e pelo gerenciamento do cuidado e da dinâmica familiar. Assim, o cuidado é compreendido como uma prática atravessada simultaneamente por aspectos emocionais, normas sociais e expectativas familiares.

### 5.2.1.1 Multidimensionalidade

A multidimensionalidade do cuidado manifesta-se nas entrevistas como uma experiência que ultrapassa a execução de tarefas instrumentais. Cuidar envolve simultaneamente ações corporais, gestão técnica da vida cotidiana, regulação emocional, mediações familiares e enfrentamento de normas morais que definem quem deve cuidar e em que condições.

Nesse sentido, o cuidado não se reduz a uma prática assistencial, mas constitui um trabalho complexo, atravessado por exigências físicas, cognitivas e afetivas que operam de forma indissociável.

*Antes eu acho que a gente tem que cuidar, é cuidar assim, né? Como eu cuido de uma casa, de uma planta, o cuidado ele vai muito além, né? Se eu cuidar do outro, era assim, sei lá, ajudar dar banho, fazer uma comida. Hoje eu vejo que o cuidado ele vai mais, vai muito além, né? É cuidar da cabeça, é saber o que gosta, é o que não pode. Então acho que vai mais além que só como cuidado da pessoa, assim, pra ter uma roupa, sabe? (G2-P2)*

A fala evidencia a passagem de uma compreensão instrumental do cuidado para uma compreensão relacional e subjetiva, indicando que a prática do cuidar amplia a consciência sobre suas múltiplas dimensões.

Além das tarefas visíveis, emerge nas entrevistas falas trazendo sobre a solidão do cuidador. A ausência de reconhecimento e de apoio evidencia que o cuidado não é apenas uma atividade relacional, mas também um espaço de isolamento subjetivo, no qual o cuidador sustenta, muitas vezes sozinho, as demandas físicas e emocionais do outro.

*Acho que o cuidador fica muito sozinho. Se ele não tiver alguém que ajuda, ele ficou muito sozinho. E são poucos que tem (G2-P2).*

*Então assim, tem... hora que eu sinto falta disso. "G2-P1 obrigada por estar fazendo isso. Obrigada por ter parado de cuidar da sua saúde, para cuidar dela. Obrigada por ter parado de sua academia, o seu pilates, que te ajudavam pra caramba, que te deixava sem dor. Agora você vive com dor. Obrigada, por estar sentindo dor por cuidar dela" (G2-P1)*

Os relatos também revelam que o cuidado expõe a vulnerabilidade de quem cuida. Longe de ocupar uma posição de força, o cuidador aparece como sujeito atravessado por limites

físicos, fragilidade emocional e insegurança material. Essa condição tensiona a imagem idealizada do cuidador abnegado e evidencia que o trabalho de cuidar produz desgaste e risco para quem o executa. Diante disso, a tensão entre o dever moral e o projeto de vida pessoal é analisada por Blum (2017) como uma "colisão ética", onde o cuidador muitas vezes se vê como a "parte fraca" da relação, tão vulnerável quanto quem recebe o cuidado.

*Mas desafio, realmente, é essa parte emocional, de conhecimento que você tem que adquirir, de você conseguir separar daquilo que você está sofrendo, que é uma pessoa que você ama, mas, ao mesmo tempo você tem que dar um suporte e estar aparecendo em seu melhor (G1-P2).*

*Eu peço a Deus que me dar saúde e força para ir acompanhando. Eu também não tenho uma saúde boa. Eu sou diabética. Eu sou cardíaca, eu também não tenho, assim, uma saúde muito legal, sabe? Então, tenho que estar mais animada, tento que estar mais animada, né? (G3-P2).*

Houve alguns relatos descrevendo a respeito da sobrecarga envolvida no cuidado com o outro. Em momentos por questões de dificuldades físicas, desgaste emocional, como também dificuldades financeiras.

*Aí teve uma hora que eu me estressei, pra não bater nela, confesso. A minha vontade era pegar ela e colocar no sofá, e falar para ela ficar ali. Eu bati a porta do quarto, acho que os vizinhos do lado e do outro escutaram. Porque eu bati a porta do quarto duas vezes pra extravasar meu nervosismo. E eu xingava, eu xingava, xingava, mas eu bati a porta do quarto (G2-P1)*

*É... Uma dificuldade também que eu diria é questão financeira, porque muitas vezes, os problemas demandam cada vez mais recursos, né? Essa ansiedade, esse estresse gera uma sobrecarga emocional. (G2-P4)*

### 5.2.1.2 Gerenciamento

O gerenciamento do cuidado envolve a organização da casa, a divisão de tarefas e a mediação de conflitos familiares. Os participantes relatam assumir, frequentemente, o papel de articuladores das rotinas e decisões, o que amplia a carga de responsabilidade para além do cuidado direto à pessoa idosa.

Esse gerenciamento evidencia a dimensão invisível do cuidado, marcada por planejamento, vigilância constante e tomada de decisões, muitas vezes não reconhecidas como trabalho ou como fonte de desgaste. Assim, o gerenciamento desloca o cuidado do campo afetivo para o campo administrativo, produzindo uma forma de trabalho silencioso e permanente.

*Depende, tem uma definição antes de cuidar de alguém e uma depois. Antes de cuidar de alguém, eu considerava cuidado uma forma de demonstrar carinho, de você se preocupar, de você se importar. Hoje eu vejo mais como uma forma mais no sentido*

*gerencial, talvez algo menos emotiva e mais lógica. No sentido que você tem que ter certeza sobre a alimentação, sobre saúde, sobre remédios. Para mim são mais responsabilidades nessa questão (G1-P2).*

*Antigamente, ele cuidava de nossas finanças, bancos, essas coisas. Hoje sou eu que cuido. A gente tem uma casa de aluguel e sou eu que cuido, cuido de tudo, sabe? A nossa agenda, eu é que cuida. Então, assim, tudo que era a parte dele fazer. Sou eu que tô fazendo agora. Então, além de cuidar dele, eu cuide dessas outras partes também (G3-P2)*

*Uma coisa que às vezes é difícil, por exemplo, é a gente depender dos remédios da farmácia de alto custo e sempre acontece de estar em falta. Isso é uma dificuldade (G1-P1)*

*Agora o governo quer que só você pegue o remédio, e para isso, meu pai tem que assinar um termo. E esse termo, tem que estar com firma reconhecida, aí tem que perder tempo em cartório, aí, às vezes meu pai já não tem coordenação motora, aí, eles não aceitam [...] não consigo com facilidade, eles não têm carro e aí é difícil eles entrarem no meu. Eu tenho que sair de lá, pegar, voltar, depois voltar de novo, tudo isso é desgastante, e tudo isso leva-se tempo. Então eu diga assim, é complicado, porque parece que quando você tá pegando o ritmo, aí vem uma mudança na forma de ir, na parte governamental, e aí atrasa mais você (G2-P4)*

### 5.2.1.3 Obrigação Filial

A obrigação filial emerge como elemento importante na experiência de cuidar, atravessada por normas morais e expectativas sociais que naturalizam o cuidado como dever familiar. Quando o cuidado é visto como “obrigação”, ele tende a perder seu estatuto de trabalho (Guimarães, 2024). Nesse sentido, o cuidado deixa de ser compreendido como uma responsabilidade social que precisa ser compartilhada e passa a ser internalizado como papel compulsório.

Essa dimensão aparece nos relatos tanto como imposição quanto como tentativa de ressignificar o cuidar:

*O meu marido tá cuidando da mãe dele, porque eu impus isso. Porque ele também era filho ausente, era eu que cuidava [...] E eu estou obrigando ele a cuidar da mãe dele. (G2-P1).*

*Eu falei “não é obrigação minha cuidar de vocês, eu faço por amor, vocês são os meus pais, eu amo muito vocês eu faço por amor, porque se não, eu faria como os outros filhos, cada um está cuidando da sua vida” (G2-P4).*

A fala que afirma o cuidado “por amor” tensiona diretamente a noção de obrigação, mas, ao mesmo tempo, revela como o amor opera como justificativa moral que sustenta a continuidade do cuidado, mesmo em situações em que há uma sobrecarga grave no cuidador. Como reforça Guimarães (2024), a obrigação de cuidar é seletiva e recai majoritariamente sobre mulheres, sejam elas esposas, filhas, netas e avós e, portanto, configurando uma desigualdade de gênero que atravessa gerações. Essa responsabilização se intensifica quanto menor é a presença do Estado na socialização do cuidado, produzindo penalidades para as

cuidadoras, como o afastamento do mercado de trabalho, sobrecarga de jornadas e restrição de projetos de vida.

É importante ressaltar que entre os participantes mais jovens, a obrigação filial aparece como elemento organizador do futuro, limitando escolhas afetivas e familiares:

*Eu não me imagino casando e saindo da casa dos meus pais [...] eu não acho que seria certo e justo deixar minha mãe sozinha com meu pai (G1-P1).*

*Na verdade, essa questão de o que aconteceu com a minha mãe me fez repensar [...] mudou um pouco a minha perspectiva, a perspectiva de querer ter uma família, querer ter filhos, essas coisas, sabe? (G1-P2).*

Aqui, a obrigação não é apenas presente; ela projeta efeitos intergeracionais. O cuidado vivido como sobrecarga produz, em alguns casos, a decisão de não constituir descendência, revelando um componente geracional da desigualdade no cuidado, aspecto também citado por Guimarães (2024) ao discutir como mulheres das gerações atuais acumulam trabalho profissional e trabalho doméstico não remunerado.

Entre adultas e idosas, a tensão desloca-se para a reciprocidade e para o temor de reproduzir o mesmo ciclo:

*Então eu não sei se é positivo ou não [...], mas quem vai cuidar de mim se eu precisar? (participante ri). Eu tenho essa dúvida (G2-P1).*

*Porque eu sou uma pessoa obesa. Eu já sou há muito tempo. Mas eu falo assim, "gente, e aí, quem que vai cuidar de mim? Eu falo, "eu também tô envelhecendo". (G2-P2)*

*Eu nunca falei para minhas filhas "vejam como eu estou cuidando da vovó, então é para vocês cuidarem de mim", nunca falei. Pelo contrário, às vezes a mais nova, que fala, "Mamãe, quando você ficar velhinha, eu vou cuidar de você". E aí eu falei, "Ah, que bom, minha filha, mas tomara que não precise, você vai ter sua vida, não pensa nisso agora, fica tranquila que a mamãe vai conseguir se cuidar". Eu não quero que elas carreguem esse peso com elas agora, ou se sintam pressionadas a ter isso na meta de vida delas, entendeu? Não tem que ter. (G2-P3)*

*Não espero ser cuidada na velhice [...] porque agora eu estou envelhecendo. Agora eu estou na hora de me proteger e me precaver. [...] eu não tenho filhos e mesmo que eu tivesse filhos, eu acho que os filhos não têm a obrigação, porque eles fazem por amor. (G2-P4)*

*Mas se eu já disse pro meu filho, ele deve me colocar numa dessas casas de pessoas mais velhas, porque eu quero que meu filho possa viver a vida dele com a esposa. Eu quero que meu filho tenha a vida dele (G3-P1).*

*Mas eu que cuido do meu marido, mas não sei quem vai cuidar de mim, entendeu? É porque mesmo eu velha e fico doente, por exemplo, ele nesse estado não vai cuidar de mim. Não é verdade? Ele tem boa vontade, mas como ele vai cuidar de mim? [...] Eu não tenho pai, não tenho mãe, faleceu uma irmã minha agora. Eu tenho uma irmã também que não está bem de saúde. Então, você vê, é todo mundo espalhado, né? Um filho lá longe. Meus filhos aqui, eles cuidam bastante da gente, mas assim, né... Como eu vou te explicar? eles têm a vida deles, cada um tem a sua vida. Eu sou uma pessoa que eu não gosto de trazer trabalho pra ninguém. Não gosto mesmo. Sabe?*

*Eu prefiro, por exemplo, passar por dificuldade do que ficar, ficar...Pedindo as coisas para os outros, sabe? (G3-P2).*

Contudo, observa-se aqui uma contradição de que se reconhece a falta de garantias coletivas de cuidado, mas continua existindo a recusa em impor aos filhos a mesma obrigação vivida. Essa tensão fica evidente na fala desta participante:

*A gente não quer precisar, né? [...] E a gente vê que não tem essa opção de escolher, então não tem como. E eu vivo falando que não quero trabalho para minha filha também. Então, eu tô tentando deixar tudo, assim, de uma maneira que ela não precise ter alguns problemas que eu enfrentei com a minha mãe. (G1-P5).*

A fala mostra o limite da escolha individual diante das condições concretas de envelhecimento e dependência. Assim, o desejo de autonomia confronta-se com a realidade material.

Em outros momentos, a obrigação aparece como imposição externa e destino:

*Um dia eu tava bem para baixo assim, eu falei "nossa, eu tô sentindo que não estão cuidando de mim, eu preciso de ajuda, eu preciso de algumas coisas e... Eu não tô vendo". Aí a pessoa virou para mim e falou assim "só que você tem que pensar que você veio para servir. É a sua missão de vida, é cuidar, não é ser cuidada" (G2-P1)*

*Eu acho que é a questão de todos os meus irmãos. Eles acham que é obrigação minha. Eu falei para minha irmã, "eu tô aqui por opção", ela falou: "Não, é por obrigação. É obrigação sua e minha, só que eu estou distante.". Então, eu tenho uma falta de colaboração deles. (G2-P4)*

Nesses trechos, o cuidado é explicitamente nomeado como missão e dever, reforçando sua naturalização e invisibilização enquanto trabalho. Tal construção dialoga com a análise de Guimarães (2024) ao evidenciar que a obrigação de cuidar, quando privatizada e moralizada, impõe penalidades às mulheres e restringe direitos, sobretudo em contextos em que o Estado não assume a socialização das responsabilidades do cuidado.

### 5.2.2 Autocuidado

Se a multidimensionalidade evidencia a complexidade do cuidado dirigido ao outro, a categoria do autocuidado revela o impacto dessa complexidade sobre quem cuida. Portanto, nesta categoria reúne os sentidos atribuídos às práticas, ou à ausência delas, voltadas ao cuidado de si no contexto do cuidado ao outro. Diferentemente da categoria anterior, aqui o foco desloca-se da complexidade do cuidar para as condições subjetivas e materiais que sustentam ou fragilizam quem cuida.

Nos relatos, o autocuidado não aparece como prática consolidada, mas como experiência intermitente, frequentemente postergada diante das demandas familiares, laborais e emocionais. Embora reconhecido como necessário, ele é vivido sob tensão constante,

revelando um paradoxo: para cuidar é preciso estar bem, mas o próprio exercício do cuidado compromete essa possibilidade.

### 5.2.2.1 Facilitadores

Os facilitadores do autocuidado foram identificados em alguns relatos como estratégias construídas para auxiliar no enfrentamento do estresse e na organização emocional diante das exigências do cuidado.

*Às vezes, eu tô voltando no serviço, e eu solto uns berros no carro. Aí ajuda. Não sei não quero que ninguém me ache louca... eu queria que aqui na cidade tivesse aqueles quartos de pânico, ia ser maravilhoso poder ter um espaço para jogar uns pratos na parede. (G2-P3).*

*Eu aprendi que se eu não cuidar um pouco de mim, pelo menos, eu não vou conseguir estar bem para cuidar do outro. Tem que, de vez em quando, dar umas pausas para mim, para eu poder ter fôlego. Porque senão, você não consegue. Tem hora que eu quero largar tudo e fugir (G2-P5).*

Nas entrevistas alguns passatempos, a psicoterapia e os psicotrópicos foram citados como recursos importantes. Contudo, esses facilitadores não são apresentados como soluções definitivas, mas como tentativas de mediação frente às tensões vividas. Ademais, quando possível, o autocuidado é resultado de condições objetivas e de suportes sociais e econômicos, e não apenas de decisões individuais ou de força de vontade.

*O que me ajuda tem sido a terapia, o reiki que assim tira com a mão o meu estresse, assim, maravilhoso. E aí, se eu gosto muito dessa parte de energização, de pensamentos, faço oração, sabe? Eu acendo às vezes em casa uma vela de sete dias para nossos protetores. Então, assim, essas coisas me ajudam muito (G2-P3).*

### 5.2.2.2 Dificuldades

As dificuldades relacionadas ao autocuidado aparecem associadas a dimensões da saúde, como limites físicos, desgaste emocional e, em alguns casos, conflitos de ordem espiritual. No caso abaixo, o cuidado de si quando não realizado está associado com o sentido pecaminoso.

*Estamos pecando nessa hora, porque a gente está cuidando, mas não está cuidando do jeito que poderia se cuidar... você poderia dar mais para você mesmo? poderia. Por que você não dá? Não sei. Não dou. Só não dou (G2-P1)*

As falas revelam um corpo exaurido e uma subjetividade tensionada, indicando que o cuidado, ao se prolongar, compromete a própria condição de quem cuida. No plano emocional, emergem sentimento de culpa, autocobrança e negligência de necessidades próprias, frequentemente naturalizados como parte do papel de cuidador.

*Qual é a minha experiência em cuidar de mim mesma? Será que eu tenho alguma? É muito desafiador arrumar um tempo para mim. Ontem meu marido perguntou se eu fui à academia para tentar fazermos um mês sim e um mês não porque a gente tá envelhecendo. Mas não sobra tempo. Hum, ultimamente não dá. E aí quando eu tenho um tempo, é um tempo que eu não consigo sair para caminhar. É um tempo que eu estou com dor de cabeça, que ultimamente eu estou sentindo muito. Vou ter que marcar um postinho para mim. Mas eu estou cansada, eu quero descansar pra ver se eu consigo repor as energias, repor e tirar aquele cansaço. Ah e agora eu vou lavar a roupa, agora eu vou lavar a calçada, a garagem... talvez seja falta de programação minha. (G2-P4)*

*O autocuidado vai diminuindo, não porque a gente quer, mas porque não tem condição de fazer o que a gente quer [...] você pensa muito mais no outro, tá doente, do que você, né? (G3-P2).*

Ademais, há alguns relatos mencionando a falta de tempo para deixar de dedicar-se ao outro e direcionar a atenção para si mesmo.

*O aspecto negativo é esquecer de mim mesma... é porque para cuidar dela, eu tive de abdicar das minhas coisas. Tô conseguindo manter meu trabalho e minha acupuntura. Eu faço acupuntura por mais de dois anos. É o que eu consegui manter na minha vida. Agora nas férias, eu estou fazendo academia... estou. Eu ganhei esses dias de uma prima, beleza..., mas o negativo é ter tido que abdicar da minha vida, porque se eu trabalho de manhã e no período da tarde eu tenho que cuidar dela, que hora que eu vou fazer as minhas coisas? (G2-P1).*

*Então tem que fazer o autocuidado, mas com a hora marcada, né, aquela coisa né (G2-P5).*

*É coisa mais difícil que tem na vida. Acho que o autocuidado é você ter um tempo para você, né? Para você não fazer nada. É tentar cuidar da saúde (G2-P2)*

Foi possível observar que nos participantes jovens (G1) e nos participantes adultos (G2), o adoecimento, tanto físico como emocional do cuidador possibilita uma movimentação rumo ao autocuidado.

*Eu só desacelerei quando fiquei doente..., mas eu só desacelerei mesmo quand... eu acho que por conta do meu problema joelho" (G2-P2)*

Entretanto, a negligência com o próprio autocuidado também foi observada em algumas falas dos participantes.

*É algo que eu negligencio muito (participante ri). Autocuidado para mim é cuidar da parte física, cuidar da parte emocional, e espiritual também. E eu negligencio as três muito bem (G1-P1)*

*Outro dia ele [marido] operou de catarata. Então tive que fazer aquele cuidado da catarata, pinga colírio a cada hora, volta de novo e pinga a cada duas horas, volta de quatro em quatro horas. Eu e eu direitinho, né, que eu sou consciente, vamos pingar certo e tal. Você acha que eu vou precisar operar? Você acha que ele vai fazer isso para mim? Essa é minha insegurança. Então eu até deixei a minha cirurgia, falei "Não, vou esperar mais um pouco, porque eu tenho certeza de que não é porque ele não quer, é porque ele não lembra" (G3-P2).*

### 5.2.3 Aprendizados

A categoria Aprendizados refere-se aos sentidos atribuídos às transformações subjetivas decorrentes da experiência de cuidar. Os participantes reconhecem que o cuidado produz mudanças na forma de perceber a si mesmos, o outro e as relações, ainda que essas transformações sejam vividas de maneira ambígua.

Os aprendizados aparecem como um processo não linear, marcado por ganhos e perdas, identificação e resistência, revelando que cuidar também implica revisitar valores, limites e modos de se relacionar. Assim, os aprendizados não se apresentam como ganho acumulativo, mas como movimento em que o desenvolvimento e desgaste coexistem.

#### 5.2.3.1 Aspectos Positivos

Os aspectos positivos do aprendizado incluem primeiramente o reconhecimento de algum aprendizado nesse processo de cuidado. Dessa forma, o conhecimento sobre cuidados práticos e técnicos com a pessoa idosa e o desenvolvimento da paciência foram os ganhos ou aprendizados mais citados entre os participantes. Houve outros relatos que trouxeram o aprendizado da empatia e maior sensibilidade diante das necessidades do outro. Entretanto, vale destacar, que em várias entrevistas, identificar aprendizados nesse processo de cuidado foi relatado ser algo mais difícil.

*Eu diria que eu, pessoalmente, tive mais aprendizados práticos, eu diria. Você vai aperfeiçoando como trocar uma pessoa, como ajudar a sentar, levantar, alimentar, limpar (G1-P1)*

*Eu tenho que ser paciente... mesmo eu ainda não conseguindo ser (participante ri). Eu sei que eu tenho que ser mais paciente, isso aí é um aprendizado, aprender que nem todo mundo faz a mesma velocidade que a gente (G2-P1).*

*Aprendi a ser mais paciente... tive que moldar toda a minha forma de pensar, a minha forma de agir. Dar algumas coisas, deixar ela fazer algumas coisas mesmo que não dê certo" (G2-P4)*

*Acho que a gente aprende a ser um pouquinho mais humana, né? Ao olhar outro com um pouco mais de respeito e de saber que todo mundo é diferente. (G2-P2)*

*Criou mais vínculo, desenvolveu paciência, a questão do carinho. E a questão de identificar assim, respeitar os meus limites. (G2-P3).*

*É que eu fico pensando em positivos que não sejam ruins (participante ri). Positivo? Foda hein [sic.] ... Talvez melhore mais em questões de organização, de gestão... não sei se melhora da melhor forma, mas enfim, sim. É... é um pouco difícil responder essa pergunta. Deixa eu pensar o que mais o que tem de bom. Você tem alguns exemplos para me dar (participante ri), mas positivo... não sei, eu acho que você acaba ganhando muito conhecimento (G1-P2)*

### 5.2.3.2 Aspectos Negativos

Os aspectos negativos do aprendizado estão associados à ausência de identificação com o papel de cuidador ou à vivência de cobrança e culpa. Os participantes relatam sentimentos de insuficiência, vontade de ser “mais empático”, “mais disponível” ou “mais paciente”. Diante disso, nesses momentos a empatia, a disponibilidade e a paciência não aparecem como virtudes espontâneas, mas como exigências morais internalizadas, revelando que o aprendizado também pode operar como forma de autocobrança e sofrimento.

Esses elementos revelam como o aprendizado também pode se constituir como fonte de sofrimento, especialmente quando mediado por expectativas idealizadas sobre o cuidar.

*Acho que eu tenho de aprendizado é que tipo, você tem que cuidar de todas as frentes ao mesmo tempo, e tem que ter constância. Tipo, é o que tem que se tornar um hábito, e é exatamente essa a minha dificuldade. Eu não consigo ter essa constância, uma motivação cada dia para fazer uma coisa assim. Nem comigo e também com o outro (G1-P1)*

*Então, o que que eu estou tendo de positivo disso? Deus sabe. Eu ainda não sei. Futuramente, eu vou saber. Eu acredito que futuramente eu vou saber. Porque assim, as coisas que eu passei com a minha mãe, hoje, eu penso, o aprendizado foi de uma forma que eu já penso que eu poderia ter feito umas coisas diferentes [...] está difícil, porque a gente está naquela rotina, a gente não sabe, eu não sei, estou tendo aprendizado? Eu estou crescendo espiritualmente? talvez. Não sei (G2-P1).*

*Perdido o que eu tinha antes, que eu ter mais paciência, enfim, calma. Talvez tenha perdido uma parte do que é o processo de...Luto, de estar perdendo alguém que está ali, ou de amor por alguém que ali, perda de carinho. E ainda, sentindo muito sobrecarregado, sabe? Porque agora eu acho que saiu um pouco a questão da minha irmã que, em teoria, eu era a pessoa que até então tinha mais paciência e ela tinha menos. E agora é uma questão de somente eu e minha mãe, então as dificuldades que eu tenho mais recentes parecem ser ainda mais difíceis de eu perdoar, vou dizer, dessa forma. Mais essas questões de ter mais empatia, tentar ter calma (G1-P2).*

### 5.2.4 Trabalho

A categoria Trabalho evidencia a relação entre o exercício do cuidado e a inserção dos participantes no mundo do trabalho. O trabalho aparece tanto como fonte de sustento quanto como espaço de reconhecimento, autonomia e, em alguns casos, alívio do estresse.

Os relatos indicam que a articulação entre trabalho e cuidado é marcada por negociações constantes, exigindo reorganização de rotinas e redefinição de prioridades.

#### 5.2.4.1 Trabalho não remunerado

*Antes eu ficava em casa sempre o dia inteiro... porque em casa você não para, né? Você tem serviço o dia inteiro (G2-P2)*

*Então, se você está sozinha durante o dia, aí, por exemplo, seu marido sai e aí você vai tomando conta das coisas, até de tomar conta da casa, antes eu conseguia ter um*

*dia, conseguia fechar tudo o que eu tinha que fazer no dia. E hoje, está mais complicado. Hoje vai ficando pra trás, e fica geralmente a casa, né? (G2-P4).*

Diante dessas falas pode-se reforçar o que pontua Helena Hirata sobre o cuidado ser um trabalho que combina técnica e emoção, sendo indissociável da divisão sexual do trabalho. O "diamante do cuidado" explica como essa responsabilidade deveria ser dividida entre Estado, mercado, família e comunidade, mas, na prática, fica restrita ao âmbito doméstico (Oliveira, 2024).

#### 5.2.4.2 Trabalho remunerado do cuidador

O trabalho remunerado é associado à autonomia financeira e à possibilidade de distanciamento temporário das tensões do cuidado. Para alguns participantes, ele funciona como espaço de respiro psíquico; para outros, como mais uma fonte de conflito na gestão do tempo e das responsabilidades.

*Isso porque eu estou de férias...isso tá me cansando mais. Eu preciso voltar a trabalhar para descansar [...]. Então assim, se eu sair de casa, eu vou estar descansando e não é porque eu estou de férias. Agora eu estou de férias, mas eu não estou de férias. Eu estou cansada, eu continuo trabalhando. E eu falo que ela me dá mais trabalho do que meus doze alunos na escola. (G2-P1).*

*Então, a gente achou que não seria mais lugar pra ele, aí eu comecei a levar ele no lar dos idosos. Lá é pago. Mas como eu não queria perder a autonomia de trabalhar, porque eu sempre gostei de ter meu dinheiro, eu sempre trabalhei (G2-P2).*

O trabalho flexível é mencionado como facilitador para a permanência no papel de cuidador, permitindo maior adaptação às demandas do cuidado. No entanto, essa flexibilidade nem sempre se traduz em redução de sobrecarga, podendo implicar maior disponibilidade e dissolução de limites entre trabalho e vida pessoal.

*Uma coisa que eu sempre falo é que uma das vantagens desse trabalho é que eu estou, como é durante a noite, né? Eu ainda tenho dia livre para o que precisar fazer para eles, né? Um trabalho convencional, seria bem difícil. Primeiro é que minha mãe não poderia sair para nada, né? Ou ter que levar ele, o que é arriscado para ele ir andando com ela no caso, né? E seria bem mais difícil na logística em relação a eles fazerem atividades, próprias com médicos, consultas (G1-P1)*

*É um pouco pesado, tem que ser sincera. Assim, eu dei sorte? Tenho sorte de talvez o meu trabalho não ter essas questões de ter tanta demanda. Então, eu conseguia, às vezes, gerenciar melhor, às vezes nem tanto, mas é muita questão de você ter que se policiar, não sei (G1-P2).*

Dessa forma, o contraste entre trabalho remunerado e trabalho de cuidado revela uma hierarquização social das atividades, na qual o que é pago adquire reconhecimento, enquanto o cuidado permanece naturalizado.

### 5.2.5 Envelhecimento

A categoria Envelhecimento reúne as compreensões construídas pelos participantes a partir da experiência de cuidar de pessoas idosas. Diferentemente de definições biomédicas ou cronológicas, o envelhecimento emerge nas falas como experiência relacional, atravessada por perdas, dependência, transformações corporais e reconfigurações de sentido.

Ao acompanhar o envelhecimento do outro, os participantes não apenas observam um processo biológico, mas confrontam limites, fragilidades, o futuro e a própria finitude. O envelhecer, portanto, não aparece como evento distante, mas como experiência mediada pelo cuidado.

#### 5.2.5.1 Perda, declínio e dependência

Nas narrativas, o envelhecimento aparece fortemente associado à perda de autonomia e à presença quase inevitável de limitações físicas e mentais. A velhice é compreendida a partir da diminuição da capacidade funcional e da intensificação da necessidade de cuidado.

*Eu não quero ficar velho. [...] Do que eu tenho observado, não tenho como ficar velho sem ter problemas físicos ou mentais, ou se não os dois. Não é uma vida que eu acho que compensa muito. Tipo... tanto por você não conseguir aproveitar muito mais, fazer muito mais coisa, como tanto pelo trabalho que você dá que no caso é o do cuidado. Não gosto da ideia [de pensar ser cuidado na velhice]. Tipo eu sendo velho e ter que cuidar de alguém, isso eu nunca pensei. Não é o que eu tinha considerado. (G1-P1).*

A fala revela uma percepção da velhice marcada pela associação direta entre envelhecer e tornar-se um peso. A autonomia, valorizado na sociedade, aparece como critério de avaliação da qualidade da vida na velhice. Assim, o envelhecimento é narrado prioritariamente pelo que se perde, como mobilidade, independência, produtividade, e não pelo que se transforma.

#### 5.2.5.2 Antecipação e crise de futuro

A experiência de cuidar também desloca o envelhecimento para o campo da antecipação. Ao acompanhar o declínio do outro, os participantes projetam a própria trajetória e interrogam suas expectativas de futuro, como relata a participante abaixo:

*Eu não vou dizer que eu tenho um tipo de otimismo em relação ao futuro. Eu estou vendo que eu não vou chegar a ser a pessoa que eu quero ou não ser a pessoa que eu já fui... de me considerar sortuda, de me considerar envolta de amor e coisas boas e tal, que nem eu me sentia antes. Mas acho que agora eu sinto mais do que eu consigo colocar ou dispor para mim mesmo. No sentido de "ah, beleza, eu acho que eu preciso ter um pouco mais de descanso e paz para tentar melhorar um pouco minha relação com minha mãe". (G1-P2).*

Aqui, o envelhecimento não é apenas biológico, mas existencial. Ele atravessa a percepção de si, produzindo revisão de expectativas e sensação de perda de projeto. O futuro deixa de ser promessa linear e passa a ser campo de incerteza.

Entre os jovens adultos que manifestaram não querer ter filhos, observa-se uma tonalidade ainda mais pessimista em relação ao próprio futuro e às possibilidades sociais mais amplas.

*Eu não penso muito, mas também... não me deixa tão frustrado, porque não sei se tem muita perspectiva de futuro no geral, assim. [...] O mundo, no geral, não dá muita esperança. Eu me sinto lento, às vezes. É... eu só vejo a perspectiva de melhora do mundo no geral com o fim do capitalismo. Mas não é como se isso tivesse em um futuro próximo, só no caso de a humanidade acabar junto. [...] depois que você entende certas coisas... o que vendem para as pessoas da possibilidade de conquistar grandes coisas não é a realidade. Tipo, não tem como...Então, só nisso você já... Fica limitado... Porque assim, antes, né, de eu ir para a faculdade e tudo, o plano era... "Ah, vai entrar na faculdade, vou me formar em engenharia, vou conseguir um bom emprego, vou ganhar uns 15 mil reais, vou tomar de tal legal". Mas não, né? Mesmo que eu me formasse... (G1-P1)*

*E no sentido de também no final do dia, assim, eu percebi que eu não estava vivendo uma vida que eu queria, ou construindo uma vida que eu queria, ou fazendo laços, eu não estava aproveitando a vida que eu estava vivendo, e ou aproveitando o tempo que eu tenho com ela, que eu acho que isso fica muito em paralelo também. E parece que eu só estou passando dia após dia, tentando não sobreviver, porque eu acho que o sobreviver é uma palavra forte, mas no sentido de não estar fazendo nada de significativo com a minha vida, sabe? Então eu acho que talvez, vem uma tristeza de estar nessa situação ou enfim saber que tem dias bons e ruins, eu acho que é muito claro, mas, assim, conseguir voltar a ver as coisas positivas, eu ainda tenho um certo pessimismo (G1-P2)*

Nesses relatos, o envelhecimento aparece articulado a uma crise mais ampla no âmbito social. A velhice não é apenas temida como declínio físico, mas como culminação de um percurso marcado por frustrações e limites estruturais. O futuro é percebido como restrito, revelando a dimensão histórica e social que atravessa a experiência de envelhecer.

### 5.2.5.3 Finitude e luto antecipatório

Outra dimensão recorrente refere-se ao confronto direto com a finitude. O cuidado cotidiano torna visível o processo de declínio progressivo, produzindo sofrimento e ansiedade.

*Eu não entendo por que essa ansiedade começou. Mas aí, na terapia mesmo, a gente foi conversando, é isso, né, me deparar com uma pessoa que está caminhando para o fim, na minha frente... E eu vou perdendo a minha mãe aos poucos viva, porque ela vai indo embora. Então, eu acho que é por isso que deflagra tudo isso da ansiedade, e é uma ansiedade muito ruim. É uma ansiedade de eu não estar bem para cuidar. (G2-P3)*

A fala explícita a experiência de luto antecipatório, pois a perda é vivida antes da morte concreta, na medida em que o declínio progressivo transforma a pessoa conhecida. O envelhecimento, nesse sentido, é vivenciado como uma despedida gradual.

*E entender, né, que o fim ele chega, nem sempre é de repente, nem sempre é esperado. E nem sempre você sabe, você nunca sabe que isso vai passar, porque a gente fica, a gente tem mania de ficar fazendo planos. Quando eu fizer isso, eu vou ser feliz, quando eu fizer isso, eu vou viajar. Quando a minha filha se formar, eu vou... não, às vezes ela não quer se formar. A gente vai aprender com o decorrer da vida, das coisas. É, tem muitas definições para mim a palavra cuidar. (G2-P2).*

Aqui, o envelhecimento aparece como ruptura da lógica do controle e do planejamento. A experiência do cuidado desestabiliza a ideia de futuro previsível, convocando uma reorganização de expectativas.

#### 5.2.5.4 Preparação para a própria velhice

Ao mesmo tempo, algumas falas indicam movimento reflexivo voltado para o cuidado de si como preparação para o próprio envelhecer.

*Eu acho que a gente tem que tentar hoje fazer como que a gente chegue lá na velhice para ser cuidado da melhor forma possível, porque a gente vai ficar... A gente vai ficar um país cada vez mais velho, porque a gente vai ficar no... E é mais fácil o outro cuidar da gente se a gente tiver uma mobilidade, então eu acho que a gente tem que tentar se cuidar mais. (G2-P2).*

O envelhecimento é compreendido como processo coletivo e demográfico, mas também como responsabilidade individual. Surge a ideia de preparação para reduzir a dependência futura, evidenciando a internalização da preocupação com não se tornar um “peso”.

*Eu espero conseguir cuidar dela até a finitude dela e ainda consegui ter um tempo para eu poder me recuperar, né, porque... E ainda viveu um pouco, né, viveu um pouco. Eu me aposentei e não vivi nada do que eu achava que eu ia viver depois que eu aposentasse (G2-P5).*

Nesse relato, a velhice articula-se à sensação de tempo suspenso. A aposentadoria, socialmente associada à liberdade, é atravessada pela intensificação do cuidado, revelando que o envelhecer pode implicar novas responsabilidades em vez de descanso.

De modo geral, o envelhecimento, nas falas dos participantes, é construído como experiência ambivalente e profundamente relacional. Ele envolve perda de autonomia, confronto com a finitude, revisão de projetos e preocupação com o futuro individual e coletivo.

A experiência de cuidar desloca o envelhecer do campo abstrato para o vivido. Ao acompanhar o declínio do outro, os participantes não apenas olham para a velhice, mas a

experimentam simbolicamente, projetando medos, limites e possibilidades sobre a própria trajetória.

### 5.3 APROXIMAÇÕES DAS TENSÕES

A partir das categorias e subcategorias identificadas, foi possível apreender um conjunto de tensões e contradições dialéticas que atravessam a experiência do cuidar no processo de envelhecimento dos cuidadores. Essas tensões não são compreendidas apenas como oposições, mas como movimentos entre contrários, historicamente produzidos, que expressam tanto formas de sofrimento quanto possibilidades de transformação. Assim, a análise buscou ir além do nível empírico das falas, apreendendo os sentidos que emergem do confronto entre condições objetivas de vida e vivências subjetivas, na direção do concreto pensado.

#### 5.3.1 Viver versus Sobreviver

Nas falas dos participantes, temos o polo “Viver” como Tese que aparece associado à possibilidade de experiência plena, à construção de projetos, ao tempo para si, ao cuidado como escolha e não apenas como imposição. Viver implica numa existência com qualidade, reconhecimento e suporte. No entanto, no contexto do cuidado não remunerado, essa dimensão acaba sendo comprimida a pela sobrecarga física, emocional e econômica.

Por outro lado, a Antítese pode ser identificada com o polo “Sobreviver” refere-se à manutenção mínima da vida em condições de exaustão. O cuidado torna-se obrigação contínua, marcado pela falta de descanso, pelo acúmulo de responsabilidades e pela restrição do autocuidado. A sobrevivência é sentida durante a rotinas exaustivas, demandas constantes e sensação de urgência. Contudo, uma perspectiva de transformação dessa sobrevivência do cuidador é vivida como distante ou inexistente.

Considerando o conceito de cuidado de Fisher & Tronto (1990 apud Guimarães, 2024) o cuidado que serve como aquilo que sustenta a vida a fim de produzir o bem viver acaba sendo a prática que reduz a existência do próprio cuidador a um modo de sobrevivência. A Síntese ou Superação dessa contradição demonstra que Políticas Públicas estruturadas, especialmente no campo da saúde mental, do descanso do cuidador e da redistribuição das responsabilidades, são importantes para garantir que cuidar não implique o esvaziamento da própria vida.

#### 5.3.2 Individual (Uno) versus Coletivo (Múltiplo)

O polo Individual aparece Tese, pois trata da responsabilização quase exclusiva do

cuidador pela sustentação da vida do outro, no caso de uma pessoa idosa, essa responsabilidade é obrigada pela Constituição Federal 1988. Dessa forma, o cuidado é internalizado como dever moral, obrigação familiar ou escolha pessoal, sendo vivenciado como questão privada. Essa individualização invisibiliza sua dimensão social e estrutural.

Na Antítese está o coletivo. Neste oposto, o cuidado é reconhecido como responsabilidade social compartilhada. Assim, o envelhecer e necessitar de cuidado não são eventos privados, mas fenômenos demográficos e políticos que atravessam toda a sociedade. Como defende Hirata (2022), a vulnerabilidade e a interdependência são constitutivas de todo ser humano e o trabalho de cuidado é uma responsabilidade de todos, sem distinção de sexo, raça ou classe social. Portanto, neste polo, há a visão de que a vida é interdependente e exige redes ampliadas para sua sustentação.

Assim, a superação dessa tensão exige a construção de uma cultura do cuidado fundamentada na corresponsabilidade entre Estado, comunidade e políticas públicas, deslocando-o da esfera exclusivamente familiar para uma dimensão coletiva e estruturada. Nesse sentido, essa perspectiva aproxima-se do paradigma do Bem Viver ou “*Buen Vivir*” (Acosta, 2016a; Acosta, 2016b), ao reconhecer que a sustentação da vida não pode ser atribuída a sujeitos isolados, mas depende de redes ampliadas de interdependência e de uma organização social orientada ao bem-estar coletivo. Tal compreensão converge com a noção de sociedade do cuidado, ao deslocar o cuidado da esfera privada para uma dimensão pública, política e estruturante das relações sociais.

Embora a proposta de uma sociedade do cuidado possa parecer utópica, já existem experiências concretas de cuidado comunitário em diferentes contextos (Hirata, 2022), o que reforça a necessidade de repensar as formas de organização social do cuidado e de ampliar seu reconhecimento como direito e responsabilidade compartilhada (Araujo; Carneiro, 2023).

### 5.3.3 Trabalho Formal versus Trabalho do Cuidado

Em um polo, há o “trabalho formal” que é reconhecido socialmente, remunerado, regulado e protegido por direitos trabalhistas. Ele produz renda, previdência e segurança futura. Sua legitimidade está institucionalmente consolidada.

Em contraponto, há o “trabalho do cuidado não remunerado”, embora essencial para a reprodução da vida, permanece inviabilizado economicamente. Ele exige esforço físico, gestão emocional, organização técnica e disponibilidade constante, mas não gera proteção previdenciária nem reconhecimento financeiro proporcional à sua importância social.

A tensão desses polos emerge da contradição entre o valor social real do cuidado e sua

desvalorização institucional. Para isso, a superação passa pelo reconhecimento econômico e simbólico do cuidado não remunerado, por meio de políticas de compensação, proteção previdenciária e inserção do cuidado na agenda central das políticas sociais.

Como a Política Nacional do Cuidado no Brasil não traz um plano concreto sobre a remuneração dos cuidadores não remunerados de pessoas em situação de dependência, o documento “Rumo à construção de sistemas integrais de cuidados na América Latina e no Caribe: elementos para sua implantação”, de 2021, já destaca que os cuidados precisam integrar um novo pilar fundamental nos sistemas de proteção, que até então é compostos por três pilares, o da educação, saúde e previdência social. Com a construção do pilar de Cuidados os países possibilitam complementar a proteção social clássica e responsabilizar também os Estados a atuarem de maneira urgente em reconhecer, redistribuir e reduzir o trabalho não remunerado (Bango e Cossani, 2021).

#### 5.3.4 Cuidado Garantido ao Outro versus Desproteção da Própria Velhice

Nessa tensão, o polo sobre “cuidado garantido ao outro” evidencia o compromisso contínuo do cuidador com a sustentação da vida do idoso. Portanto, o envelhecimento do outro é acompanhado, monitorado e amparado cotidianamente, muitas vezes com alto custo físico e emocional. O cuidador assume a responsabilidade de assegurar dignidade e proteção.

Entretanto, no polo da “desproteção da própria velhice”, emerge a ausência de garantias estruturais para quem cuida. Porque ao dedicar tempo e energia ao outro, o cuidador frequentemente compromete sua inserção laboral, sua contribuição previdenciária e sua saúde. Sendo assim, o cuidador não remunerado envelhece enquanto cuida, mas sem a segurança de que terá suporte semelhante no futuro.

A tensão reside na assimetria temporal e estrutural, pois garante-se o cuidado presente ao outro, mas não se assegura proteção futura a quem cuida. Para isso, a Síntese desses opostos em constante movimento seriam políticas públicas de cuidado com perspectiva de longo prazo, capazes de reconhecer o cuidador como sujeito que também envelhece e que necessita de proteção social continuada, incorporando uma visão intergeracional e estrutural do cuidado.

A partir disso, fica evidente que apesar da Política Nacional de Cuidados ser recente e colocar o cuidado e quem cuida no centro da atenção, é necessário que essas iniciativas sejam pensadas a longo prazo, já que os contextos e as gerações estão sempre mudando.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar as percepções de cuidadores informais de pessoas idosas acerca do cuidado e do autocuidado no processo de envelhecimento. A partir das narrativas, foi possível identificar que o cuidado se constitui como prática complexa e multidimensional, atravessada por afetos, normas sociais, desigualdades de gênero e condições materiais. As tensões evidenciadas revelam que, embora o cuidado seja sustentado por vínculos familiares e pelo amor filial, ele também produz sobrecarga, restrições de projeto de vida e insegurança quanto ao próprio futuro.

Destaca-se que a responsabilidade pelo cuidado permanece fortemente feminilizada, confirmando análises da literatura que apontam a naturalização do cuidado como obrigação moral das mulheres. A tensão entre cuidar do outro e proteger a própria velhice mostrou-se central nas narrativas, evidenciando a ausência de garantias estruturais que assegurem proteção futura a quem hoje sustenta o cuidado. Nesse sentido, a consolidação da Política Nacional de Cuidados representa avanço importante, mas ainda demanda efetiva implementação e ampliação de estratégias que contemplem o cuidador ao longo do curso da vida.

Quanto às limitações do estudo, destaca-se a participação de apenas um homem na amostra, o que restringe a análise comparativa de gênero. Além disso, houve distribuição desigual entre as faixas etárias, com predominância de participantes adultos, o que pode ter influenciado as interpretações acerca do envelhecimento e das projeções de futuro. Pesquisas futuras podem ampliar o número de participantes, incluir maior diversidade etária, especialmente faixas mais jovens, e aprofundar investigações sobre saúde mental de cuidadores informais, considerando sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento.

Do ponto de vista teórico, o estudo contribui para o campo da Gerontologia Crítica e da Psicologia do Envelhecimento ao evidenciar que o cuidado não pode ser compreendido apenas como prática individual ou familiar, mas como fenômeno social, histórico e político. Ao articular cuidado, trabalho, gênero e envelhecimento, a pesquisa reforça a necessidade de deslocar o cuidado da esfera privada para uma cultura de corresponsabilização coletiva com forte participação dos tomadores de decisão mediante Políticas Públicas, condição fundamental para a promoção da justiça social e da sustentabilidade da vida.

## REFERÊNCIAS

ABRANCHES, Simone da Cunha; FARIA, Paula Maria Ferreira. Envelhecimento humano e subjetividade: um estudo de caso. **Revista Gestão & Saúde**, v. 25, n. 2, p. 389-398, 2023. Disponível em: <https://revista.herrero.com.br/index.php/gestaoesaude/article/view/139>. Acesso em 3 fev. 2026.

ACOSTA, Alberto. **O Bem Viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autonomia Literária; Elefante, 2016a. 266 p.

ACOSTA, A. O Buen Vivir: uma oportunidade de imaginar outro mundo. In: SOUSA, C. M. (org.). **Um convite à utopia**. Campina Grande: EDUEPB, 2016b. v. 1, p. 203–233. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788578794880.0006>. Acesso em: 7 abr. 2026.

ALMEIDA, B. S. **Saúde Emocional de Cuidadores Familiares de Idosos**: Perspectivas de Vida Profissional e Pessoal. 2020. 60f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/2dc391af-b2e0-4afd-abbf-3adc3eb9f0a7/content>. Acesso: 3 nov. 2023.

BANGO, J.; COSSANI, P. **Rumo à construção de sistemas integrais de cuidados na América Latina e no Caribe**: elementos para sua implementação. Cidade do Panamá: ONU Mulheres; CEPAL, nov. 2021. Disponível em: [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2022/12/rumo\\_construcao\\_sistemas\\_integrais\\_cuidados.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2022/12/rumo_construcao_sistemas_integrais_cuidados.pdf). Acesso em 12 junho de 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BICUDO, Maria A. V. A pesquisa qualitativa fenomenológica a procura de procedimentos rigorosos. In: BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **Fenomenologia**: confronto e avanços. São Paulo: Cortez Editora, 2000. p. 71-102.

BLUM, Alan. Dialectics of care. In: BLUM, Alan; MURRAY, Stuart J. (ed.). **The ethics of care**: moral knowledge, communication, and the art of caregiving. Abingdon: Routledge, 2017. p. 1-24.

BUB, Maria Bettina C. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. spe, p. 152–157, 2006.

BRASIL. Lei n.º 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. **Diário Oficial da União**: Seção 1, p. 2, 24 dez. 2024. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=15069&ano=2024&ato=c84AzYE1UNZpWT482>. Acesso em: 11 fev. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 12.562, de 23 de julho de 2025**. Regulamenta o art. 9º e o art. 11 da Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024, que institui o Plano Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidência da República, 2025a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=12562&ano=2025&ato=1fagXTq5UNZpWT2eb>

BRASIL. Ministério da Mulher; Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Política Nacional de Cuidados: compromisso com quem cuida e com quem é cuidado**: cartilha para estados e municípios. Brasília: Governo do Brasil, 2025b. 38 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/politica-nacional-de-cuidados-compromisso-com-quem-cuida-e-com-quem-e-cuidado.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família; Ministério das Mulheres. **Cartilha**: lançamento do Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Cuidados. Brasília: Governo do Brasil, 2025c. Disponível em: [https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/7\\_Orgaos/SNCF\\_Secretaria\\_Nacional\\_da\\_Politica\\_de\\_Cuidados\\_e\\_Familia/Arquivos/Cartilha/Cartilha.pdf](https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/7_Orgaos/SNCF_Secretaria_Nacional_da_Politica_de_Cuidados_e_Familia/Arquivos/Cartilha/Cartilha.pdf). Acesso em: 5 dez. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Brasil que Cuida**. Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/brasil-que-cuida>. Acesso em: 7 abr. 2026.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria A. V. A modalidade fenomenológica de conduzir pesquisa em psicologia. In: MARTINS, Joel; BICUDO, Maria A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. Revisão: Maria Ofélia da Costa. 1a ed. São Paulo: Editora Moraes, 1989. p. 91-110.

CUNHA, Daniela; CARVALHO, Paula; ANASTÁCIO, Zélia C. A dialética da compassividade, empatia, compaixão e simpatia na prática de enfermagem: um ensaio teórico. **Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology**, Madrid, v. 2, n. 1, p. 31–38, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2024.n1.v2.2696>. Acesso em: 20 agosto. 2025.

CAMARANO, Ana Amélia. **Cuidados para a população idosa e seus cuidadores**: demandas e alternativas. In: PINHEIRO, Luana; TOKAEKI, Carolina Pereira; POSTHUMA, Anne Caroline (Orgs.). Entre relações de cuidado e vivências de vulnerabilidade: dilemas e desafios para o trabalho doméstico e de cuidados remunerado no Brasil. Brasília, p. 221-231, 2021. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11044/1/Entre\\_relacoes\\_de\\_cuidado.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11044/1/Entre_relacoes_de_cuidado.pdf). Acesso em: 31 oct. 2023.

CAMPOS SILVA, M. D.; RABELO, D. F. Cuidadoras idosas: saúde mental e tempo dedicado ao cuidado de idosos. **Vínculo - Revista do NESME**, v. 22, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.32467/issn.1982-1492v22na10>. Acesso em: 7 abr. 2026.

CHARIGLIONE, Isabelle Patrícia Freitas Soares; FERREIRA, Heloísa Gonçalves; FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. Trajetórias de pessoas idosas brasileiras: um viés interseccional

para a psicologia do envelhecimento. In: CHARIGLIONE, Isabelle Patrícia Freitas Soares; NEGREIROS, Fauston (org.). **Psicologia do desenvolvimento crítica: volume 4 - realidades das pessoas idosas brasileiras**. Campinas, SP: Alínea, 2026.

DE JESUS, J. C.; WAJNMAN, S. Geração sanduíche no Brasil: realidade ou mito? **Revista Latinoamericana de Población**, v. 10, n. 18, p. 43–61, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.31406/relap2016.v10.i1.n18.2>. Acesso em: 7 abr. 2026.

ENRÍQUEZ, Corina Rodriguez. Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. **Revista Nueva Sociedad**, n 256, marzo-abril 2015. Disponível em: <https://nuso.org/articulo/economia-feminista-y-economia-del-cuidado-aportes-conceptuales-para-el-estudio-de-la-desigualdad/>. Acesso em: 09 nov. 2023.

FELIX, Jorge. “Economia do Care” e “Economia da Longevidade”: o envelhecimento populacional a partir de novos conceitos. **Argumentum**, Vitória, v. 6, n.1, p. 44-63, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v6i1.6432>. Acesso em: 8 nov. 2023.

FREITAS, Rita de Cássia Santos; MESQUITA, Adriana de Andrade. Envelhecimento Populacional, Feminização da Velhice e Saúde: algumas dimensões de análise. In: MORAES, C. A. de S. (Org.). **Serviço social e trabalho profissional na área da saúde**. Uberlândia: Navegando Publicações, 109-127, 2021. Disponível em: [https://www.editoranavegando.com/\\_files/ugd/35e7c6\\_d189a3f46344493188e16fa5e7d1f77b.pdf#page=110](https://www.editoranavegando.com/_files/ugd/35e7c6_d189a3f46344493188e16fa5e7d1f77b.pdf#page=110) . Acesso em: 05 nov. 2023

GADOTTI, Moacir. A dialética: concepção e método. In: **Concepção Dialética da Educação**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-38. Disponível em: <https://averdade.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Documento-54-MOACIR-GADOTTI-CONCEP%C3%87%C3%83O-DIAL%C3%89CTICA-DA-EDUCA%C3%87%C3%83O.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2025.

GIACOMIN, Karla *et al.* Cuidado e Limitações Funcionais em Atividades Cotidianas - Elsi-Brasil. **Rev Saude Publica**. 52 Supl 2:9s, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000650>. Acesso em: 02 nov. 2023.

GIACOMIN, Karla. **Envelhecimento da população brasileira**: projeções da demanda e dos custos de instituições de longa permanência para idosos. In: NORONHA, José Carvalho de; CASTRO, Leonardo; GADELHA, Paulo (Orgs.). **Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro**. Rio de Janeiro: Edições Livres; Fundação Oswaldo Cruz, p. 56-109, 2023. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/doencas-cronicas-e-longevidade-desafios-para-o-futuro>. Acesso em: 10 nov. 2023.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Rev. adm. empres.** São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63. 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000200008>. Acesso em 10 nov. 2023.

GOMES, M. M.; FERRERI, M.; LEMOS, F. O cuidado de si em Michel Foucault: um dispositivo de problematização do político no contemporâneo. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 189–195, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5540>. Acesso em: 20 agosto de 2025.

GOMES, Simone Santana *et al.* **O processo de luto pela perda de um filho em uma idosa cuidadora de um paciente crônico.** *Psicol. hosp.* (São Paulo), São Paulo, v. 13, n. 1, p. 64-90, jan. 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092015000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 2 nov. 2023.

GUIMARÃES, Nadya Araujo. A “crise do cuidado” e os cuidados na crise: refletindo a partir da experiência brasileira. **Sociologia & Antropologia**, v. 14, n. 1, e230050, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2238-38752024V1418>. Acesso em: 10 dez. 2025.

HIRATA, Helena. O trabalho do cuidado: comparando Brasil, França e Japão. **Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 13, n. 24, p. 53–64, 2016. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/5-sur-24-por-helena-hirata.pdf>. Acesso em 3 de fev. 2026.

HIRATA, Helena. **O Cuidado: Teorias e Práticas.** 1ed. Sao Paulo: Boitempo, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos.** Agência de Notícias [online]. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 31 oct. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Em 2023, expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia.** Agência de Notícias [online]. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia>. Acesso em: 12 junho de 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **A população do país vai parar de crescer em 2041.** Agência Gov, 22 ago. 2024. Disponível em: <https://agenciagov.etc.com.br/noticias/202408/populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041#:~:text=De%202000%20a%202023%2C%20propor%C3%A7%C3%A3o,habitantes%20do%20pa%C3%ADs%20ser%C3%A3o%20idosos.&text=A%20idade%20m%C3%A9dia%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o,48%2C4%20anos%20em%202070>. Acesso em: 10 junho de 2025

JECKEL-NETO, Emilio Antonio; CUNHA, Gilson Luis. Teorias Biológicas do Envelhecimento, In: FREITAS *et al.*, Elizabete Viana de (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 13-22.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165–180, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>

MACENA, Laise da Cruz; OLIVEIRA JUNIOR, Edson Couto de; CARVALHO, Ana Barreiros de. Políticas para Trabalho de Cuidado e o Desenvolvimento Social Sustentável.

**Revista Valore**, [S.l.], v. 7, p. 39-53, mar. 2022. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/1110/862>. Acesso em: 6 nov. 2023.

MARTÍNEZ et al., Nicole. Self-care: a concept analysis. **International Journal of Nursing Sciences**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 418–425, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>

MATTOS, E. B. T.; OLIVEIRA, J. P.; NOVELLI, M. M. P. C. As demandas de cuidado e autocuidado na perspectiva do cuidador familiar da pessoa idosa com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 3, p. e200189, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200189>. Acesso em 20 agosto de 2025.

MEDEIROS, Thaís Juliana *et al.* Equilíbrio trabalho-família entre cuidadores de idosos: uma revisão sistemática. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, p. 31-54, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR241831541>. Acesso em: 10 nov. 2023.

MOREIRA, Virgílio Garcia. Biologia do Envelhecimento, In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 126-153.

MREJEN, Matías; NUNES, Leticia; GIACOMIN, Karla. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos**: Brasil está preparado? Instituto de Estudos Para Políticas de Saúde. Estudo Institucional, n. 10, 2021. Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo\\_Institucional\\_IEPS\\_10.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf). Acesso em: 01 nov. 2023.

MÜLLER, Eliane Fransieli *et al.* **Questão Social, Pandemia e Serviço Social**: em defesa da vida e de uma educação emancipadora. Rio de Janeiro: XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2022. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/enpess-anais/public/arquivos/mesa\\_0291\\_0004.pdf](https://www.abepss.org.br/enpess-anais/public/arquivos/mesa_0291_0004.pdf). Acesso em: 8 nov. 2023.

NERI, Anita Liberalesso (Org.). Envelhecimento. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Palavras-chave em Gerontologia**. 3. ed. Campinas, SP: Alínea, 2008. p. 68-70.

NETTO, Matheus Papaléo. Estudo da Velhice: histórico, definição do campo e termos básicos, In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 103-125.

OLIVEIRA, Pamela C. O cuidado sob o olhar de Helena Hirata. **Revista Ciências do Trabalho**, Dossiê: Mulher e trabalho – Parte 1, n. 25, 2024. Disponível em: <https://rct.diece.org.br/index.php/rct/article/view/39>. Acesso em: 11 dez. 2025.

OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, Maryane. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 873-882, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300033>. Acesso em: 02 nov. 2023.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2025.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Diretrizes consolidadas da OMS sobre intervenções de autocuidado em saúde: saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Geneva: OMS, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544164/>. Acesso em: 8 de abril 2026.

**ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.** Expectativa de Vida e Carga de Doença nas Pessoas Idosas da Região das Américas. Washington, DC: OPAS; 2023. Disponível em <https://doi.org/10.37774/9789275726716>. Acesso em 7 jun. 2025

**ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO.** Situação dos Cuidados de Longo Prazo na América Latina e Caribe. Washington, DC: OPAS e BID; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726877>. Acesso em 7 jun. 2025

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Estructura para que los países alcancen un continuo integrado de cuidados de larga duración. Washington, D.C.: OPS, 2025. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/2b4ea74d-0be2-4a3c-8365-8300fbc7d284>. Acesso em: 2 abr. 2026.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Década del envejecimiento saludable (2021–2030). Ginebra: OMS, s.d. Disponível em: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing> . Acesso em: 2 abr. 2026.

PASSOS, R. G. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano XX, n. 38, p. 77-94, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=533&sid=53>. Acesso em: 7 abr. 2026.

PASSOS, L., & MACHADO, D. C. Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias. **Revista Brasileira De Estudos De População**, V. 38, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0166>. Acesso em: 12 nov. 2023.

PAVARINI *et al.* **Protocolo de avaliação gerontológica:** módulo cuidador. São Carlos: EdUFSCar, p. 17-18, 2022.

PEREIRA et al., Roberta M. de P. Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 887-895, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0103> . Acesso em: 25 nov. 2024.

POSTHUMA, Anne Caroline. A economia de cuidado e o vínculo com o trabalho doméstico: o que as tendências e políticas na América Latina podem ensinar ao Brasil. In: PINHEIRO, Luana Simões; TOKARSKI, Carolina Pereira; POSTHUMA, Anne Caroline (org.). **Entre relações de cuidado e vivências de vulnerabilidade: dilemas e desafios para o trabalho doméstico e de cuidados remunerado no Brasil**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2021. p. 25–46.

QUEIROZ, Christina. Economia do cuidado. **Pesquisa FAPESP**, 299, p. 33-39, 2021. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/economia-do-cuidado/>. Acesso em: 02 novembro de 2023.

SADALA, Maria Lúcia Araújo. A fenomenologia como método para investigar a experiência vivida. In: SADALA, Maria Lúcia Araújo. **Doação de órgãos: A experiência de enfermeiras, médicos e familiares de doadores**. 1a ed. São Paulo: Editora Unesp. 2004. p. 21-42.

SANTOS, Tatiane A. Dos *et al.* O Materialismo Dialético e a Análise de Dados Quantitativos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. e0480017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000480017>. Acesso em: 10 Agosto de 2025.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 12–17, mar. 2002. disponível em <https://www.scielo.br/j/rbp/a/W8TVd9skgdCrM7vCJDjJrRh/?lang=en>. Acesso: 28 agosto de 2025

SILVA, I. DE J. *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697–703, set. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>. Acesso em 12 dez 2025.

SOARES, Ângelo. As emoções do care. In: HIRATA, Helena S.; GUIMARÃES, Nadya A. (org.). **Cuidado e cuidadoras: várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Atlas, 2012.

SOUZA, Lidiane Ribeiro *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n.2, p. 140–149, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>. Acesso em: 11 nov. 2023.

SOUSA, Clara Maria Miranda de; NOVAES, Fernanda Patrícia Soares Souto; RIBEIRO, Marcelo Silva de Souza. Metodologia viva: relação de cuidado e autocuidado em processos formativos. In: ARAÚJO, Liércio Pinheiro de; RIBEIRO, Marcelo Silva de Souza; MENEZES, Robson Lúcio Silva de; MENDONÇA, Zaira Rafaela Lyra (org.). **Psicologia, saúde & assistência social**. Petrolina: UNIVASF, 2019. Disponível [https://crp15.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CRP\\_Psicologia-Sau%CC%81de-e-Assiste%CC%82ncia\\_ebook.pdf#page=146](https://crp15.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CRP_Psicologia-Sau%CC%81de-e-Assiste%CC%82ncia_ebook.pdf#page=146). Acesso 29 de jan. 2026.

TASSARA, I. G.; OKABAYASHI, N. Y. T.; CASACA, M. C. G.; VERONEZ, F. de S. Prevalência de sintomas psicológicos em tempos de isolamento social / Prevalence of psychological symptoms in times of social isolation. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 1295–1309, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-112>. Acesso em: 11 nov 2023.

TOLEDO, Livia Cristina Navarrete de; SANTOS, Michelle Aparecida Ferreira dos. A velhice: uma análise deste período do desenvolvimento humano na perspectiva da psicologia histórico-cultural. In: **Psicologia: abordagens teóricas e empíricas**. v. 2. [S.l.]: Editora

Científica Digital, 2022. ISBN 978-65-5360-086-7. Disponível em:  
<https://doi.org/10.37885/220207689>

TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos. O Método Materialista Histórico e Dialético Para a Pesquisa Em Educação. **Simbio-Logias Revista Eletrônica de Educação Filosofia e Nutrição**. v. 12, n. 1, p. 67-84, 2020. Disponível em: <https://philpapers.org/rec/TOZOMM>. Acesso em: 11 de agosto de 2025.

TRIVIÑOS, Augusto. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo**. 5 ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

UNITED NATIONS. **World Social Report 2023: Leaving no one Behind in an Ageing World**. 2023. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/4000104/files/2023wsr-fullreport.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2025.

VIEIRA, Camila Kuhn; SILVEIRA, Adriana da Silva; GARCES, Solange Beatriz Billig. O envelhecimento e a subjetividade: práticas socioculturais na velhice. **RELACult – Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, v. 10, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.23899/relacult.v10i1.2403>

ZARIT S. H; REEVER, K.E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. **The Gerontologist**, v. 20, p. 649-55, 1980.

## Apêndice A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CNS 510/2016)

**A Dialética Do Cuidado:** cuidar de si e cuidar do outro no processo de envelhecimento de cuidadores não remunerados.

Eu, **Micaela Mendiondo**, Psicóloga e estudante do curso Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, Mestrado, o (a) convido a participar da pesquisa “*A Dialética Do Cuidado: cuidar de si e cuidar do outro no processo de envelhecimento de cuidadores não remunerados*”, orientada pelo Prof. Dr. **Wilson José Alves Pedro**.

**Prezado (a) participante:**

- Você está sendo convidado (a) a responder a participar de uma Entrevista de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.
- **Objetivo do estudo:** Analisar as percepções de cuidadoras informais de pessoas idosas acerca do autocuidado e cuidado com o outro durante o processo de envelhecimento e na fase da velhice.
- **Justificativa:** O presente estudo visa atuar com pessoas que cuidam de outras pessoas idosas, cujo cuidado é prolongado e decorrente de condições de dependência e condições complexas de saúde. E diante de tantos impactos que esse tipo de função acarreta e a falta de valorização e invisibilização deste trabalho tem perante a sociedade e na esfera pública, a presente pesquisa busca refletir sobre o processo de consolidação da Política Nacional do Cuidado no Brasil no marco da década do Envelhecimento Saudável. E por fim este estudo poderá contribuir com a construção do conhecimento científico na área da Gerontologia e da Psicologia, levando em consideração a realidade do Brasil a respeito do trabalho de cuidadores familiares.
- **Escolha do Participante:** Você foi selecionado (a) por participar deste estudo e disponibilizar-se a compartilhar suas percepções sobre o tema desta pesquisa. Quanto aos critérios de inclusão e exclusão dos participantes, observa-se que serão convidados a participar do estudo, pessoas com 20+ anos, de ambos os sexos. Mediante manifestação de interesse (pessoal ou e-mail) os potenciais participantes serão convidados a participar do estudo, cujo critério de inclusão e exclusão, limita-se à

disponibilidade e interesse em participar do estudo. Mediante sua manifestação de interesse apresentando o presente termo.

- **Procedimentos:** Primeiramente, você será convidado (a) a participar de uma entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora, bem como responder às perguntas referentes autocuidado e cuidado, aspectos que envolvem o tema deste estudo. Tal instrumento será aplicado presencialmente, no dia e horário de acordo com a sua disponibilidade. Você tem o direito de se recusar a responder as perguntas que considerar constrangedoras. Estima-se no máximo 1 hora e 30 minutos de duração.

Durante o período do projeto os dados gravados em áudios e os demais dados serão armazenados pela pesquisadora numa nuvem de dados: Drive do GSuite, disponibilizado para a comunidade universitária pela UFSCar que permite o armazenamento de todos os arquivos. Também permite total controle no compartilhamento entre os membros da equipe de pesquisa. Ao longo da execução do projeto serão realizados backups pela pesquisadora. Após finalizado o projeto os dados serão retirados e apagados da nuvem do Drive GSuite e preservados, em arquivos sob a guarda da pesquisadora responsável pelo projeto, conforme Carta Circular n.º 1/2021-CONEP/SENS/MS, item 3 e subitens que trata da segurança na transparência e no armazenamento dos dados.

- **Riscos:** Os riscos de sua participação são mínimos. As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e constrangimento e intimidação, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-la e encaminhá-la para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.
- **Benefícios:** Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para as áreas da Psicologia e da Gerontologia, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho.
- **Participação voluntária:** sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.
- Solicita-se sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se

mantenha o mais fidedigno possível. Depois de transcrita será apresentada aos participantes para validação das informações.

- Não há previsão de deslocamentos dos participantes durante o processo de coleta de dados. Você receberá assistência imediata e integral e terá direito à indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.
- O Sr(a) terá a garantia de acesso aos resultados da pesquisa, mediante devolutiva específica da pesquisadora para os participantes do estudo, garantimos que será realizada em formato acessível, podendo ser realizadas em encontros presenciais ou remotos com a entrega de folhetos com os principais resultados. Também será convidado a participar da sessão pública de defesa do trabalho de pesquisa no qual se apresentarão os resultados, bem como se oferecerão as informações sobre o produto que estará disponível no repositório institucional.
- Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.
- Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.
- Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br). Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.
- O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br).

**Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro

Endereço: Departamento de Gerontologia - Rodovia Washington Luiz, Km 235, CEP 13.563-570, São Carlos/SP

Contato telefônico: (16) 99755-5556

E-mail: [wilsonpedro@ufscar.br](mailto:wilsonpedro@ufscar.br)

**Ciência do participante (sujeito da pesquisa):**

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pela pesquisadora, eu \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

São Carlos, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

**Ciência dos Pesquisadores responsáveis:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 510/2016 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da responsável pelo projeto

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador

## Apêndice B

**A Dialética Do Cuidado:** cuidar de si e cuidar do outro no processo de envelhecimento de cuidadores não remunerados

### PARTE 1 - Perfil do Participante

#### INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

- Idade:
- Sexo:
- Escolaridade:
- Ocupação:
- Raça/etnia:
- Religião declarada:

Critério Brasil: [https://abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01\\_cceb\\_2024.pdf](https://abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01_cceb_2024.pdf)

#### Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Trabalhadores domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

#### Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Grau de instrução do chefe da família	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não      Sim
Água encanada	0      4
Rua pavimentada	0      2

## **PARTE 2 - Roteiro de Entrevista**

1. Você cuida de quem? Desde quando?
2. O que é cuidado para você?
3. Relate o seu dia a dia de cuidado com o outro?
4. Quais aspectos positivos você tem na experiência de cuidar do outro?
5. Quais aspectos negativos você tem na experiência de cuidar do outro?
6. Pode destacar aprendizados e possibilidades nesta tarefa de cuidado?
7. Pode destacar desafios e limitações neste cuidado.
8. Me fale sobre o que você pensa sobre cuidar e ser cuidado na velhice
9. Como é para você dar e receber cuidados?
10. O que é autocuidado para você?
11. Qual a sua experiência em relação ao autocuidado?
12. O que você considera como aprendizado e desafio do autocuidado?

## **Parte 3: Avaliação de sobrecarga de cuidadores (Escala de Zartit)**

Tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores será indicado por altos escores.

### **1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?**

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

### **2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).**

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

### **3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?**

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

### **4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?**

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

**5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?**

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

**6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/doente se manifestou?**

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

**7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/doente?**

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

<b>AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA</b>	
Leve	até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	acima de 22 pontos

**Referências**

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 12–17, mar. 2002. disponível em <https://www.scielo.br/j/rbp/a/W8TVd9skgdCrM7vCJDjJrRh/?lang=en>. Acesso: 28 Agosto de 2025

ZARIT S. H.; REEVER, K.E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, v.20, p. 649-55, 1980.

## **Anexo**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Dialética Do Cuidado: cuidar de si e cuidar do outro no processo de envelhecimento de cuidadores não remunerados.

**Pesquisador:** MICAELA MENDIONDO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 93139125.2.0000.5504

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 8.065.378

#### **Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2660184.pdf, de 21/10/2025) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto\_Detalhado\_Micaela\_Mendiondo.pdf, de 21/10/2025):

### RESUMO

A redução da taxa de natalidade, juntamente com os avanços na área da saúde e tecnologia somados a melhorias nas condições socioeconômicas das últimas décadas, têm contribuído para o aumento da expectativa de vida que, por sua vez, está acarretando no crescimento da demanda de cuidados de longa duração. Nos países latino-americanos, a responsabilidade do cuidar recai sobre a família e a esfera pública oferece baixo suporte para cuidadores informais, o que contribui para que esse trabalho continue invisibilizado. A pesquisa busca compreender as demandas de cuidado e autocuidado de cuidadores de pessoas idosas em situação de dependência, analisando as tensões presentes em suas narrativas. Objetivo: Analisar as percepções de cuidadoras informais de pessoas idosas acerca do autocuidado e cuidado com o outro durante o processo de envelhecimento e na fase da velhice. Método: Esta pesquisa utilizará do método qualitativo de investigação por meio da abordagem do materialismo histórico e dialético em que se buscará realizar uma entrevista semi-estruturada sobre o

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 8.065.378

autocuidado/cuidado de si e cuidado com o outro e identificar tensões nas narrativas dos participantes. Resultados: Dessa forma, tem-se a expectativa que essa pesquisa possa contribuir com a elucidação de possíveis intervenções profissionais e com os gestores e tomadores de decisões em políticas públicas de cuidado no país.

#### HIPÓTESE / PERGUNTAS DE PESQUISA

- Quais são as perspectivas das pessoas cuidadoras informais em relação aos próprios cuidados que podem vir a precisar na fase da velhice?- O conceito de autocuidado e de cuidado com o outro está atrelado a um envelhecimento ativo?- Como é percebido o autocuidado numa perspectiva de envelhecimento saudável para pessoas jovens, adultas e pessoas idosas?- Quais são as percepções dos jovens, adultos e pessoas idosas que cuidam de pessoas idosas acerca da própria velhice, considerando percepções positivas (aprendizados/possibilidades) e negativas (desafios, limitações)?- Como é percebido o autocuidado numa perspectiva de envelhecimento saudável para pessoas jovens, adultas e pessoas idosas?- Quais são as tendências de cuidado a longo prazo?- Como isso pode afetar a demanda cada vez mais crescente de cuidado nos próximos anos?- A política nacional do cuidado está olhando para as mudanças na forma de cuidado que podem ocorrer ao longo das futuras gerações?- Essa responsabilidade continuará recaindo majoritariamente nas famílias, especialmente as mulheres?

#### METODOLOGIA

Esta pesquisa trata de um estudo transversal com abordagem qualitativa que visa analisar a percepção de pessoas cuidadoras informais de pessoas idosas acerca do autocuidado e cuidado com o outro durante o processo de envelhecimento e na fase da velhice. O presente estudo buscará compreender as perspectivas dos participantes sob a luz do materialismo histórico e dialético, isto indica que no momento da análise das perspectivas dos participantes, se buscarão tensões entre opostos que serão descritos nas interpretações dos resultados do estudo. Os participantes serão cuidadores informais de pessoas idosas. Pretende-se formar três grupos: um com homens e mulheres jovens adultos entre 20 a 35 anos que cuidam de pessoas idosas, o segundo com homens e mulheres adultos entre 36 a 59 anos que cuidam de pessoas idosas e o terceiro com pessoas idosas 60+ que cuidam de outras pessoas idosas. Estas pessoas necessitam residir em território brasileiro. O convite para participar do estudo será divulgado em grupos informais virtuais específicos de cuidadores, ambos de alcance nacional.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 8.065.378

A pesquisa utilizará três instrumentos principais: o Critério Brasil, que classifica domicílios segundo a capacidade de consumo, com base em renda, escolaridade e moradia; a Entrevista Semi-Estruturada, com perguntas sobre autocuidado, relações entre cuidador e idoso, e necessidades de apoio; e o Inventário de Sobrecarga de Zarit, que avalia o nível de sobrecarga dos cuidadores, aplicado sem a presença do idoso. A coleta de dados será realizada de forma presencial, em local privativo, sem a presença de terceiras pessoas, como forma de garantir privacidade e sigilo. As entrevistas serão agendadas previamente. Estima-se a duração em torno de 1 hora e 30 minutos. O recrutamento dos participantes, por se tratar de uma amostra intencional, obedecerá às seguintes etapas: 1) Divulgação inicial da pesquisa em grupos informais específicos de cuidadores 2) Busca ativa dos participantes, segundo os critérios de inclusão. 3) O aceite para participação nesta entrevista requer que o participante manifeste seu interesse e após esclarecimentos, manifestando seu consentimento mediante a sua assinatura no TCLE. 4) Realização da entrevista. Durante o período do projeto os dados gravados em áudios e os demais dados serão armazenados pela pesquisadora numa nuvem de dados: Drive do GSuite, disponibilizado para a comunidade universitária pela UFSCar que permite o armazenamento de todos os arquivos. Também permite total controle no compartilhamento entre os membros da equipe de pesquisa. Ao longo da execução do projeto serão realizados backups pela pesquisadora. Após finalizado o projeto os dados serão retirados e apagados da nuvem do Drive GSuite e preservados, em arquivos sob a guarda da pesquisadora responsável pelo projeto, conforme Carta Circular n.º 1/2021-CONEP/SENS/MS, item 3 e subitens que trata da segurança na transparência no armazenamento dos dados.

#### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Homens e mulheres com 20 anos ou mais, que atuam como cuidadores de pessoas idosas, que tenham acesso a computador e que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Indivíduos com limitações na comunicação (fala, audição e cognição), cuidadores formais remunerados, e cuidadores informais que realizam tarefas de cuidado há menos de seis meses.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar as percepções de cuidadoras informais de pessoas idosas acerca do autocuidado e

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



cuidado com o outro durante o processo de envelhecimento e na fase da velhice.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:**

As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e constrangimento e intimidação, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer.

**BENEFÍCIOS:**

A pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para as áreas da Psicologia e da Gerontologia, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

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

Folha de rosto corretamente preenchida e assinada.

Projeto de pesquisa com informações completas.

TCLE adequado conforme as diretrizes vigentes.

PB Informações Básicas corretamente preenchido.

**Recomendações:**

O texto básico para divulgação da pesquisa deve constar o título da pesquisa, objetivo geral, critérios básicos de inclusão do participante, nome do pesquisador(a) e seu contato, dados de aprovação da pesquisa pelo CEP (CAAE e data de aprovação). Atentar para as regras

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 8.065.378

específicas de pesquisa em ambiente virtual, conforme Circular n. 1/2021, em que deve constar o link para acesso ao endereço eletrônico ou texto com as devidas instruções de envio.

Não pode haver informações sobre gratificações/bônus/compensação em formato de dinheiro ou objetos/brindes/doces para o participante da pesquisa (não inclui nestes ressarcimento de despesas como transportes, alimentação ou custos diretos e indiretos da pesquisa em ambiente virtual com utilização de ferramentas eletrônicas).

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

Proposta em conformidade com as diretrizes vigentes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2660184.pdf	21/10/2025 23:17:41		Aceito
Outros	Instrumentos_Micaela_Mendiondo.pdf	21/10/2025 23:04:59	MICAELA MENDIONDO	Aceito
Cronograma	Cronograma_Micaela_Mendiondo.pdf	21/10/2025 23:04:25	MICAELA MENDIONDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Micaela_Mendiondo.pdf	21/10/2025 22:59:30	MICAELA MENDIONDO	Aceito

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 8.065.378

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Micaela_Mendonado.pdf	21/10/2025 22:59:19	MICAELA MENDIONDO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto_CCBS_Plataforma_Brasil_Micaela_Mendonadoassinado.pdf	21/10/2025 21:10:38	MICAELA MENDIONDO	Aceito
Orçamento	Orcamento_Micaela_Mendonado.pdf	09/10/2025 19:13:53	MICAELA MENDIONDO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 16 de Dezembro de 2025

---

**Assinado por:**  
**Adriana Sanches Garcia de Araújo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br