



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ALEXSANDRO SILVA NOGUEIRA

**O ESTRESSE NOS CUIDADORES DE PACIENTES
EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

ARIQUEMES-RO

2013

Alexsandro Silva Nogueira

**O ESTRESSE NOS CUIDADORES DE PACIENTES
EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

Monografia apresentada ao curso de Licenciatura e Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel.

Prof. Orientador: Ms. Roberson Geovani Casarin

Profa. Coorientadora: Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza

Ariquemes-RO

2013

Alexsandro Silva Nogueira

**O ESTRESSE NOS CUIDADORES DE PACIENTES EM
INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

Monografia apresentada ao curso de
Licenciatura e Graduação em Psicologia
da Faculdade de Educação e Meio
Ambiente – FAEMA, como requisito
parcial a obtenção do título de bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientador Ms. Roberson Geovani Casarin
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profa. Ms. Ana Claudia Yamashiro Arantes
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profa. Ms. Mônica Fernandes Freiburger
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 25 de Novembro de 2013

Ao Deus e Pai de nosso Senhor Jesus Cristo, minha esposa, filhos e família.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Orientador Ms. Roberson Geovani Casarin e Professora Coorientadora Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza, pelo desvelo em todas as etapas deste trabalho.

A minha mãe Zizélia Gomes da Silva, minha esposa Sheila, meus filhos José Henrique e Lucas, minhas irmãs Daiana e Rosana, pelo apoio e incentivos.

A Igreja Batista Bíblica e Segunda Igreja Batista em Ariquemes, pela força e compreensão dedicadas a mim durante essa etapa de minha vida.

A todos os professores que se dedicaram ao ensino e construção de minha formação, pois, reconheço a relevância do papel de cada um de vocês durante essa etapa de minha vida.

A Rosana Cavalcante Gomes e Letícia D'Ávila por me ajudarem na correção ortográfica e tradução do resumo deste estudo.

Ao Professor Ms. Rodrigo Nunes Xavier pela orientação do projeto deste estudo.

A FAEMA, pela oportunidade proporcionada em realizar este estudo.

Ao Centro de Internação Domiciliar (CID), especialmente a Janete, a Caroline e o Dr. Valdemar pela concessão de informações importantes para a realização deste estudo.

Aos cuidadores que gentilmente colaboraram para a realização deste estudo, e muito podem nos ensinar sobre superação das dificuldades e problemas enfrentados, além disso, suas vidas muitas vezes refletem a transformação da enfermidade e sofrimento em cuidados e acolhimento.

*Mas, se alguém não tem cuidado dos seus
e principalmente dos da sua família,
negou a fé e é pior do que o infiel
(1ª. Epístola a Timóteo 5.8)*

APÓSTOLO SÃO PAULO

RESUMO

Percebe-se que a investigação do estado psicológico do cuidador pode facilitar propostas de intervenções psicoterapêuticas que proporcionarão melhor qualidade na relação cuidador e paciente. Este estudo, de método Survey, buscou conhecer os níveis de estresse nos cuidadores de pacientes usuários do Centro de Internação Domiciliar (CID), em Ariquemes-RO. A amostra foi composta por 9 cuidadores de pacientes acamados e dependentes de assistência permanente. A coleta de dados se deu por meio de entrevista, onde utilizou-se um formulário semi estruturado e teste INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL), ambos aplicados no domicílio do cuidador. A análise dos dados foi obtida através do processo de tabulação do teste ISSL e da análise descritiva da entrevista realizada. Os resultados demonstraram que todos os cuidadores são mulheres, com idade média de 48 anos, a maioria possui nível fundamental (67%), em relação ao estado civil, estão igualmente distribuídos entre 44,5% solteiras e 44,5% casadas, a maior parte é representada por filhas (56%). Por fim, todos apresentaram sintomas de estresse, prevalecendo a maioria na fase de Resistência (78%), com predominância de sintomas psicológicos (80%). Considera-se que o estresse do cuidador pode estar relacionado a fatores como o desconhecimento técnico para o manejo do cuidado ao paciente, baixa escolaridade, impacto sofrido pela mudança de vida, ausência ou diminuição de vida social, falta de tempo para si e questões de ordem subjetiva.

Palavras-Chave: Estresse, Cuidador, Internação Domiciliar.

ABSTRACT

It is noticed that the investigation of the psychological state of the caregiver can facilitate proposals for psychotherapeutic interventions that will provide the best quality for the patient and caregiver relationship. This study, in Survey's method, searched to find out the levels of stress in caregivers of the patients in the Home Health Care (HHC) in Ariqueemes-RO. The sample was consisted by nine caregivers of the bedridden and dependents of permanent assistance. The data gathering was done through interviews, where it was used a semi-structured form and LIPP'S INVENTORY OF STRESS SYMPTOMS IN ADULTS' (LISS) test, both applied at the caregiver's home. The data analysis was obtained by the process of tabulating the LISS's test and the descriptive analysis of the interview. The results showed that all caregivers are women, average of 48 years, most have middle school level (67%), in relation to marital status, are equally distributed between 44.5% single and 44.5% married, the most are represented by daughters (56%). At last, all showed symptoms of stress, most prevalent at the stage of Resistance (78%), with predominantly psychological symptoms (80%). It is considered that the caregiver's stress may be related to factors such as lack of technical knowledge to handle with patient's care, low education, impact suffered by the change of live, absence or reduction of social life, lack of time for themselves and subjective questions.

Key words: Stress, Caregiver, Home Health Care

LISTA DE QUADRO, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1	- Classificação e descrição dos cuidadores de pacientes em internação domiciliar.....	18
Tabela 1	- Frequência de cuidadores que apresentaram sintomas de estresse.....	28
Tabela 2	- Frequência do nível da fase de estresse.....	28
Tabela 3	- Frequência do sintoma predominante de estresse.....	29
Tabela 4	- Frequência de estresse correspondente ao período como cuidador.....	30
Tabela 5	- Idade, gênero, grau de instrução e estado civil dos cuidadores.....	31
Tabela 6	- Porcentagem sobre o Grau de instrução dos cuidadores.	32
Tabela 7	- Porcentagem sobre o Estado civil dos cuidadores.....	33
Tabela 8	- Tempo diário que o cuidador dispõe ao paciente.....	33
Tabela 9	- Vínculo de parentesco com a pessoa cuidada.....	34
Tabela 10	- Principal dificuldade no cuidado prestado.....	35
Gráfico 1	- Distribuição dos resultados relativos à questão: Você sente que a pessoa cuidada pede mais ajuda do que ele/ela realmente necessita?.....	35
Gráfico 2	- Distribuição dos resultados relativos à questão: Você tem tempo para si?.....	36
Gráfico 3	- Distribuição dos resultados relativos à questão: Sente-se estressado (a) em dividir o seu tempo com a pessoa cuidada e suas outras responsabilidades?.....	37
Gráfico 4	- Distribuição dos resultados relativos à questão: Sente-se irritado (a) pela responsabilidade de cuidar do paciente?.....	37

Gráfico 5	- Distribuição dos resultados relativos à questão: De forma geral, quando se sente sobrecarregado (a) por ser o cuidador?.....	39
Gráfico 6	- Distribuição dos resultados relativos à questão: Sente que a pessoa cuidada depende totalmente de você?.....	40
Gráfico 7	- Distribuição dos resultados relativos à questão: A sua saúde foi afetada por causa do cuidado prestado ao paciente?.....	41
Gráfico 8	- Distribuição dos resultados relativos à questão: Sente que deveria estar fazendo mais pela pessoa cuidada?....	42
Gráfico 9	- Distribuição dos resultados relativos à questão: O orçamento familiar é suficiente para o cuidado do paciente?.....	43
Gráfico 10	- Distribuição dos resultados relativos à questão: Sente-se à vontade em receber visitas em sua casa?.....	45
Gráfico 11	- Distribuição dos resultados relativos à questão: Ser cuidador afeta negativamente seus relacionamentos?.....	46
Gráfico 12	- Distribuição dos resultados relativos à questão: O que poderia contribuir para melhorar na qualidade do seu cuidado ao paciente?.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

(AVC)	Acidente Vascular Cerebral
(AVE)	Acidente Vascular Encefálico
(CID)	Centro de Internação Domiciliar
(CID 10)	Classificação Internacional de Doenças – 10 ^a . Revisão
(ISSL)	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp
(OMS)	Organização Mundial de Saúde
(SUS)	Sistema Único de Saúde
(TCLE)	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 A INTERNAÇÃO DOMICILIAR.....	14
2.2 O ACIDENTE VASCULAR CELEBRAL.....	15
2.3 O CUIDADOR	16
2.4 O ESTRESSE	19
2.4.1 O Estresse No Cuidador	21
3. OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4. METODOLOGIA	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
APÊNDICE B – Modelo do Formulário.....	58
ANEXO A – Carta de Anuência.....	61
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP	62

INTRODUÇÃO

Cuidar é ato que promove qualidade de vida e tem como objetivo básico garantir a manutenção e continuidade da existência. O ato de cuidar é peculiar a todas as culturas, as quais contêm formas variadas de expressá-lo. Neste contexto cabe, geralmente, à família exercer essa função, se responsabilizando na sua execução. Nos casos em que a doença leva o indivíduo à redução da sua capacidade de realizar as atividades da vida diária, como o autocuidado, faz-se necessário o auxílio de um cuidador que, geralmente, é representado por algum membro familiar que coabite no domicílio.

Ter um familiar portador de enfermidade crônica é por si só fator gerador de sofrimento psíquico, ademais, soma-se ainda a agravante e efetiva possibilidade de morte. Diante disso, o cuidado com o enfermo internado no domicílio é uma causa de estresse na dinâmica cotidiana da família, gerando ao cuidador primário complicações física, mental e emocional, bem como a perda de sua liberdade. As alterações sobrepostas à vida dos cuidadores afetam seus sentimentos e os afastam de suas atividades, pois tal situação pode tornar-se propícia a afetar sua relação com os familiares envolvidos neste ambiente.

O familiar que exerce o papel de cuidador da pessoa enferma, por vezes, poderá adoecer em consequência desta função. Tal fato reflete a relevância e a necessidade dos cuidadores receberem apropriada assistência psicológica afim de que se sintam preparados e fortalecidos para atuar nesse processo.

Uma das inquietações da comunidade científica é a qualidade de vida do doente que é determinada pelo nível de cuidado. Sendo assim, é relevante possibilitar a investigação do estado psicológico e emocional do cuidador informal, o que corrobora para o surgimento de novas propostas de intervenções psicoterapêuticas na busca de proporcionar-lhe melhor qualidade na relação cuidador e o ser cuidado.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Com o objetivo de suprir as necessidades atuais de cuidados permanentes, tanto aos pacientes de doenças crônicas quanto aos terminais, emerge como modalidade a internação domiciliar, evitando-se dessa forma, as internações hospitalares que expõem esses pacientes a riscos de infecções, bem como ao distanciamento de seu ambiente familiar. (OLIVEIRA et al., 2012).

A internação domiciliar foi instituída pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 e caracteriza-se por um conjunto de atividades prestadas no domicílio as pessoas clinicamente estáveis que necessitam de cuidados que possam ser realizados em casa, desde que assistidas por equipe exclusiva para este fim. (BRASIL, 2006).

Para que haja efetividade dessa modalidade de assistência, destaca-se, a relevância do contexto da família e do cuidador familiar para o atendimento ao enfermo. A coparticipação da família é fundamental durante o processo de cuidar, por outro lado, os profissionais da saúde pouco podem fazer pelo doente quando a família não assume o cuidado. (BRONDANI, 2010).

Segundo Oliveira et al. (2012), no início deste século, a Organização Mundial de Saúde (OMS) se pronunciou em relação à assistência domiciliar, justificando-se frente à necessidade de cuidados em longo prazo nas doenças crônicas, as quais aumentam em relação à transição demográfica e epidemiológica dos últimos anos.

De acordo com Manoel et al. (2013) ser cuidador de um doente em domicílio é uma vivência complexa e cada vez mais frequente, e, no caso de enfermidades de longa duração que são as doenças crônicas, há uma demanda no cuidado ao paciente que por meio de uma intensa atuação de cuidadores, projetos terapêuticos adequados, acesso aos serviços e ações integradas podem auxiliar no tratamento do indivíduo doente. Desse modo, o domicílio hoje instaura um espaço no qual as pessoas com doenças crônicas podem permanecer estáveis em sua condição, contanto que a família tome parte e ofereça todo o apoio necessário, desde o preparo de uma alimentação adequada, até proporcionar atividades de lazer, auxiliar

diariamente na aplicação dos medicamentos e no acompanhamento de consultas para avaliação do estado de saúde.

Brondani et al., (2010), relatam que o cuidado dispensado a doentes crônicos no domicílio vem crescendo gradativamente no Brasil. Os profissionais de saúde se deslocam até o domicílio para atender esta demanda, e, assim, construindo uma nova lógica de atuação denominada assistência domiciliar, sendo este termo genérico, que representa várias modalidades de atenção à saúde desenvolvida no domicílio.

De acordo com os registros do Centro de Internação Domiciliar (CID), no município de Ariquemes – Rondônia – Brasil, a internação domiciliar é uma realidade desde Outubro de 2005.

2.2 O ACIDENTE VASCULAR CELEBRAL

De acordo com Perlini e Faro (2005) tem ocorrido nos países em desenvolvimento uma perspectiva de aumento acentuado da longevidade e tal fenômeno tem determinado uma mudança no perfil demográfico não apenas nos países europeus, mas também, em todo o mundo. Evidencia-se no Brasil, a partir da década de 60, o aumento no índice das doenças crônico-degenerativas, sobretudo as afecções cardiovasculares, superando as enfermidades infecciosas e parasitárias como causa de morte. (PAPALÉO, 1996 apud PERLINI E FARO, 2005).

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica que ocorre com certa regularidade em adultos, sendo uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo. (GILES E ROTHWELL, 2008 apud PEREIRA et al., 2009).

Segundo Pereira (2009) o AVC é a principal causa de morte no Brasil, apesar do declínio nas taxas de mortalidade e ocupa posição de destaque entre a população idosa, além disso, a incidência de AVC dobra a cada década após os 55 anos. A propósito, afora elevada mortalidade, a maioria dos sobreviventes apresenta sequelas, com limitações física, intelectual e alto custo social.

O AVC divide-se em não-hemorragicos e hemorrágicos, além disso, os não-hemorragicos são predominantes e ocorre após um processo trombótico, embólico ou isquêmico (SMELTZER E BARE, 2002 apud RODRIGUES, ALENCAR E ROCHA, 2009).

Segundo Rodrigues, Alencar e Rocha (2009), Após um AVC a pessoa encontra-se incapacitada, não apenas fisicamente, também, socialmente. A família, que outrora esteve presente durante boa parte de sua vida, agora parece distante devido aos obstáculos impostos pelas sequelas da doença. A família é o primeiro núcleo social no qual a pessoa está inserida, a reintegração social da pessoa portadora de AVC deve ser iniciada pelo apoio deste no seio familiar, não permitindo, nem mesmo durante a hospitalização, que o liame seja desfeito.

Como descrito por Rodrigues, Alencar e Rocha (2009) é essencial que o profissional de saúde estabeleça uma relação de confiança com a família, gerando vínculo, e, proporcionando intervenções tais como: instruções à família para a prestação dos cuidados, de apoio e de amparo ao doente e sobre as formas de agir tendo em vista à reintegração social do indivíduo afetado.

Neste contexto, a pessoa portadora de AVC passa a receber assistência em seu domicílio e na maioria dos casos é dependente parcial ou integral de um cuidador familiar.

2.3 O CUIDADOR

Como descrito por Santos e Tavares (2012), o cuidador é a pessoa da família ou da comunidade, com ou sem remuneração, que executa os cuidados a alguém que esteja necessitando, por estar acamado, com limitações físicas ou mentais. Sua função é acompanhar e auxiliar o enfermo, fazendo por ele somente as atividades que não consiga realizar sozinho. Algumas atividades realizadas pelo cuidador são: escutar, estar atento e ser solidário com o enfermo, ajudar na higienização, alimentação, locomoção, atividades físicas, estimular atividades de lazer e ocupacionais, realizar mudanças de posição na cama e na cadeira e fazer massagens de conforto. Também são tarefas do cuidador administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde, comunicar a equipe sobre mudanças no estado de saúde, dentre outras.

Cassis et al. (2007) alegam que é muito discutida a definição de cuidador. Entretanto, para eles é considerado aquele que é membro da família e que é provedor de cuidados ao paciente, atuando por mais de seis meses, ou ainda, o principal responsável por fornecer os recursos necessários requeridos pelo paciente.

Como descrito por Rocha e Pacheco (2013), às definições de cuidador formal e informal apresentadas pela literatura são múltiplas e no que se refere aos conceitos nem todas são unânimes. De forma geral, quando se especificam os tipos de cuidador, é definido o cuidador principal (ou primário) aquele que tem maior responsabilidade nos cuidados diários em relação à pessoa enferma, realizando a maior parte das tarefas do cotidiano, e, o secundário, sendo aquele que realiza tarefas que não são de tanta regularidade, não possui poder decisório sobre o doente, nem assume total responsabilidade sobre o cuidado, apenas, auxilia o cuidador principal nas atividades complementares. No entanto, o cuidador secundário pode fornecer uma fonte de apoio relevante ao cuidador primário. Ressaltam ainda, que, é diferenciado o cuidador informal do cuidador formal pelo fato do primeiro não ser remunerado.

Faro (1999) afirma que o cuidador pode ser familiar ou informal, sendo alguém da família ou afim, sem formação na área de saúde, mas que está cuidando de um ente querido e, portanto, pressupõe-se que tenha cumplicidade e compromisso com a pessoa cuidada. Ele pode ser categorizado em primário ou secundário a depender da maior ou menor intensidade em que presta cuidados ao paciente.

No dizer de Garrido e Tomai (2006 apud CARVALHO, 2010) é denominado como cuidador formal (primário ou secundário) o profissional que é contratado para a prestação de cuidados a pessoa doente, e, cuidador informal o familiar, amigo, vizinho ou voluntário que de forma não remunerada realiza esse mesmo cuidado.

Para Brondani et al. (2010), o cuidador informal é aquele que assume uma atividade não remunerada, responsabilizando-se pela mesma, de forma espontânea, instintiva, por disponibilidade, ou ainda, por obrigação, solidariedade, ou como um sentimento natural de gratidão, para retribuir cuidados recebidos na infância. No contexto da internação domiciliar o cuidador familiar, categorizado como primário, desempenha um papel fundamental no cuidado ao indivíduo enfermo, constituindo-se no elo interativo entre doente e equipe de saúde.

Como descrito por Rezende et al. (2010), ser cuidador de um doente crônico representa desafios a serem superados, envolvendo longos períodos de tempo, desgastes físicos, custos financeiros, sobrecarga emocional, riscos mentais e físicos. Em alguns casos os cuidadores informais apresentam dificuldades em lidar com os sintomas do enfermo, e, a falta de conhecimento técnico para oferecer cuidados

devidos pode gerar angústia e conflitos. Os pacientes e seus cuidadores apresentam queixas sobre a falta de informações sobre o manejo da dor, da fadiga e de como obter recursos para cuidados paliativos domiciliares. Ressalta-se ainda, que, se houvesse disponibilidade, participariam de eventos educativos relacionados aos cuidados a serem ministrados aos pacientes na fase avançada da doença. Os mesmos autores, ainda explicam que há um inter-relacionamento entre sintomas psicológicos apresentados pelo paciente e pela família. A família é afetada pela doença e a dinâmica familiar afeta o paciente. Por exemplo, Depressão no paciente pode desencadear depressão no cuidador e vice-versa.

Santos e Tavares (2012) ressaltam que nos últimos anos, o cuidador vem sendo escopo de várias investigações. Sendo o mesmo objeto de estudo para maior entendimento e planejamento de intervenções adequadas para proporcionar melhor qualidade de vida ao enfermo crônico e a seu cuidador primário. Rezende et al. (2010) destacam que a maioria dos trabalhos científicos avalia a família após a morte, no período do luto. Mencionam ainda, que pouco se conhece sobre o estado psicológico do cuidador no período que antecede a morte do paciente.

Para melhor compreensão, observa-se no Quadro 1 a classificação e descrição dos cuidadores.

Classificação	Descrição
Primários	Aqueles que prestam cuidados diretos ao paciente, assumindo a responsabilidade pelas diligências fundamentais de que ele necessita.
Secundários	Aqueles que prestam auxílios eventuais, cuidados menos importantes ou complementares entre os requeridos ao doente.
Formais	Aqueles que têm uma formação específica para os cuidados que prestam, sendo remunerados para tanto.
Informais	Aqueles que passam a cuidar e aprendem, na prática (tentativa e erro), a melhor forma de auxiliar o paciente, não sendo remunerados para isso.

Fonte: GARRIDO E TAMAI, 2006 apud CARVALHO, 2010, p. 34.

Quadro 1 - Classificação e descrição dos cuidadores de pacientes em internação domiciliar

2.4 O ESTRESSE

Nos dias de hoje o termo estresse tem sido muito utilizado, associado a sensações de desconforto, e, cada vez mais tem crescido a quantidade de pessoas que se definem como estressadas ou relacionam a outros indivíduos na mesma situação. Geralmente o estresse é assimilado como algo negativo que ocasiona prejuízo no desempenho global da pessoa. (STACCIARINI E TROCCOLI, 2001). Estressor é uma conjuntura ou experiência que gera sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça que pode ser de origem interna ou externa. (BARSTOW, 1980 apud STACCIARINI e TROCCOLI, 2001).

A partir do século XIV encontram-se as primeiras referências ao vocábulo “stress” com o significado de “aflição” e “adversidade”. No século XVII, o termo de origem latina passou a ser empregado em inglês para denominar “opressão”, “desconforto” e “adversidade”. (SPIELBERGER, 1972 apud STACCIARINI e TROCCOLI, 2001).

Segundo Camelo e Angerami (2004) o médico endocrinologista Hans Selye foi o primeiro pesquisador a utilizar o termo “stress” na área da saúde. Ele percebeu que várias pessoas sofriam de doenças físicas e apresentavam queixas comuns. Suas observações o levaram a investigações científicas em laboratórios com animais, e, em 1936, Selye definiu “stress” como o resultado sem especificação de qualquer demanda sobre o corpo, podendo ser de efeito mental ou somático, e “estressor”, como tudo aquilo dá origem ou impulsiona a demanda que evoca reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional.

Lipp (2001) define estresse como um estado de tensão que desequilibra o organismo, em outras palavras, um estado de tensão patogênico do organismo. Tal desequilíbrio acontece quando o indivíduo precisa emitir uma resposta a alguma demanda que excede sua capacidade adaptativa.

Outro ensinamento de Lipp (2005) define estresse como uma reação do organismo composta por componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais decorrente de uma necessidade de adaptação grande a um evento ou situação de importância, sendo que tal evento pode ter um sentido negativo ou positivo.

Como estresse positivo a mesma autora conceitua que é aquele na fase inicial, classificada como fase do alerta, ocasião em que o organismo produz adrenalina proporcionando ânimo, vigor e energia, conseqüentemente, a pessoa

passa a produzir mais e ser mais criativa. Sob esta circunstância, pode-se passar por períodos em que dormir e descansar torna-se irrelevante. É a fase da produtividade. Entretanto, ninguém consegue ficar em alerta por muito tempo visto que o estresse torna-se excessivo quando dura demais. Ainda, quanto ao estresse negativo, a autora o define como o que está em excesso. Ocorre nas ocasiões em que a pessoa ultrapassa seus limites, e com isso, esgota sua capacidade de adaptação. O organismo passa a ficar destituído de nutrientes e reduz a energia mental, conseguinte a produtividade e capacidade de trabalho ficam muito prejudicadas, a qualidade de vida sofre danos e posteriormente a pessoa pode vir a adoecer.

A origem do estado de tensão pode ser externa ou interna ao próprio organismo, por exemplo, uma exigência de algo ou alguém pode gerar um estado de tensão externo, assim como, uma autodemanda ou autoexigência pode gerar um estado de tensão interna. (LIPP, 2001).

O modelo teórico do estresse passou a ser quadrifásico, e em seu percurso o estresse é descrito conforme cada fase. A primeira fase é denominada Fase do Alerta, considerada a fase positiva do estresse, onde a pessoa automaticamente se prepara para a ação, se energiza por meio da produção e ação da adrenalina, que torna a pessoa mais atenta, forte e motivada. Se a Fase do Alerta for mantida por períodos muito prolongados ou se novos estressores se acumulam, o organismo entra em ação para impedir o desgaste total de energia. Por conseguinte, surge a segunda fase denominado Fase de Resistência, caracterizada pela busca do reequilíbrio, quando se resiste aos estressores e se tenta, inconscientemente restabelecer o equilíbrio interior, chamado de homeostase, o qual foi quebrado na Fase do Alerta. A produtividade da pessoa cai drasticamente, ocorrendo ainda vulnerabilidade a vírus e bactérias. Quando os fatores estressantes continuam operando em frequência ou intensidade, ocorre uma fragmentação na resistência da pessoa e conseqüentemente, surge a próxima fase denominada Quase Exaustão. Nesta fase a tensão excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional começa a se quebrar e ainda há momentos em que a pessoa consegue pensar lucidamente, tomar decisões, rir de piadas e trabalhar. Entretanto, tudo isso é feito com muito esforço, ocorrendo variações entre momentos considerados normais e momentos de total desconforto. A ansiedade é predominante nesta fase do estresse e a pessoa experimenta uma gangorra emocional, o cortisol é produzido pelo

organismo em maior quantidade e se inicia o efeito negativo de destruir as defesas imunológicas, dessa forma, doenças começam a surgir. A quarta e última fase do estresse é denominado Fase de Exaustão, considerada a mais negativa e patológica, nesse momento ocorre um desequilíbrio intenso no organismo, a pessoa entra em depressão, não consegue mais se concentrar e nem trabalhar, por vezes, toma decisões impensadas. Dessa forma, doenças graves poderão surgir como: ulcera, enfarto, psoríase, vitiligo, entre outras. (LIPP, 2005).

Ao passar por alterações significativas em relação ao estado habitual das coisas, o organismo sofre a necessidade de adaptação, sendo que tal adaptação é determinante na patogênese do estresse. Conforme as pessoas vão passando por mudanças, se utilizam de suas reservas de energia adaptativa, em consequência disso, em certas circunstâncias, poderá haver o enfraquecimento das resistências físicas e mental, podendo surgir várias doenças psicofisiológicas, tendo sua gênese o estresse emocional excessivo. (LIPP, 2001).

Segundo Lipp (2005) quando a pessoa aprende o manejo do estresse e administra de modo eficiente a fase de alerta, alterando entre, estar em alerta e sair do alerta, esse tal é o estresse ideal. Após um período em alerta o organismo precisa entrar em homeostase para que se recupere, após a recuperação não há dano em entrar novamente em alerta. Se não há um período de recuperação, nesse caso, o organismo se exaure e o estresse fica excessivo, em virtude disso, doenças começam a ocorrer. O estresse pode ser excessivo quando o evento estressor é forte demais ou porque se prolonga em excesso.

2.4.1 O Estresse No Cuidador

Exercer o cuidado é uma tarefa árdua, que exige mudanças radicais na vida de quem cuida, além disso, requer a execução de tarefas delicadas, difíceis e sofridas. Em alguns casos, o cuidador é uma pessoa de pouco vigor físico, já em idade avançada ou em vias de ficar doente e se não tiver um suporte poderá ser um futuro paciente. (HORA; SOUSA; ALVAREZ, 2005).

Para Miranda et al. (2010) os cuidadores informais passam por grandes mudanças em seu cotidiano, o que pode provocar uma sobrecarga tanto no aspecto físico emocional quanto socioeconômico, visto que, para dar assistência necessária

ao paciente, suas vidas se restringem, impedindo a realização de suas próprias necessidades.

Segundo Orso (2008), o ato de cuidar pode insurgir em fatores estressantes como: os cuidados diretos, contínuos, intensos, e a vigilância constante; o desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho da atividade; a sobrecarga de trabalho; a exacerbação ou o afloramento de conflitos familiares; a dificuldade para adaptar as demandas da situação de cuidado aos recursos disponíveis, incluindo os financeiros, a redução das atividades sociais e profissionais, o abandono do lazer, entre outros.

Como descrito por Miranda et al. (2010), no processo de cuidar é essencial que haja desvelo e acompanhamento contínuo do doente por parte do cuidador, que frequentemente, passa a realizar atividades que podem estar acima de sua capacidade física e mental, possibilitando assim, o aparecimento de estresse.

Quando o cuidador permanece em um estado de estresse intenso, sua qualidade de vida pode ser afetada de modo significativo, desencadeando várias complicações, como a alteração da pressão arterial, fadiga, irritabilidade, depressão do sistema imunológico, diminuição da capacidade de concentração, dores e até desenvolvimento de doenças, gerando uma desarmonia no organismo (MARGIS; COSNER; OLIVEIRA, 2003 apud MIRANDA et al., 2010).

Segundo Trigueiro et al. (2011) é exigido do cuidador sobremaneira redução de sua participação de atividades sociais, e, que o mesmo seja capaz de resolver problemas, conseguinte, vivencie vários instantes de estresse em função dessa rotina de vida. Em decorrência ao nível de envolvimento nos cuidados com o paciente, o cuidador passa a não prestar atenção nas suas próprias necessidades pessoais, em vista disso, podem surgir vários problemas de natureza emocional e física, apresentando alguns sintomas como: tensão, constrangimento, fadiga, estresse, depressão e alteração da autoestima.

O processo de conviver e cuidar de um paciente em internação domiciliar portador de alguma doença crônica é uma incumbência árdua. Além disso, pode gerar aos cuidadores informais uma sobrecarga que é potencialmente promotora de estresse, ansiedade, medo e sofrimento. A literatura científica tem utilizado o termo “sobrecarga do cuidador” para referir-se aos problemas físicos, psicológicos, sociais e financeiros que podem ser vivenciados pelos cuidadores de pessoas doentes no âmbito familiar. A qualidade do cuidado prestado ao doente pode ser

afetada devido a alguns sentimentos gerados pela sobrecarga no cuidador, considerando que um cuidador estressado e ansioso não será capaz de realizar sua tarefa de forma eficaz e equilibrada, a propósito, a sobrecarga pode conduzir o cuidador a consequências físicas e psicológicas, que geram as doenças psicossomáticas como a hipertensão arterial, entre outras. (MANOEL et al., 2013).

Pinto e Nations (2012) alegam que a carga de estresse dos cuidadores nos domicílios é muito significativa, principalmente quando se leva em conta um contexto social e econômico bastante afetado negativamente. Em relação às famílias americanas, a principal causa associada ao estresse está relacionada à dificuldade de presenciar a perda da capacidade do autocuidado dos seus familiares, e, que passaram a condição de dependentes de um cuidador, fato este que também se revelou entre os cuidadores nordestinos que ajudavam nas atividades básicas dos doentes, soma-se a isto, a carga desse estresse que se tornou mais intensa pelas circunstâncias de pobreza urbana e de violência estrutural.

Para Cassis et al. (2007) o estresse no cuidador é consequência da sobrecarga emocional e física vivenciada pelo mesmo no processo do cuidado ao paciente, além disso, o estresse no cuidador pode interferir no cuidado prestado ao paciente, sendo inclusive o fator que prediz o maior número de hospitalizações entre os pacientes, aumento de institucionalizações e maior mortalidade entre os cuidadores.

No dizer de Santos et al. (2011), rotineiramente, o cuidador se responsabiliza pelo conjunto de cuidados necessários ao sujeito. Mas, geralmente há o desconhecimento sobre como lidar adequadamente com a pessoa a ser cuidada, diante disso, nota-se a necessidade de orientação e suporte ao cuidador. O cuidador está sujeito ao estresse crônico e ao isolamento social, o que fomenta os riscos de patologias físicas e mentais. Dessa forma, o cuidador passa a ser foco de cuidado, e, recebendo cada vez mais a atenção dos profissionais e serviços de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os níveis de estresse nos cuidadores categorizados como primário e informal dos pacientes usuários do Centro de Internação Domiciliar (CID), em Ariquemes-RO.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar e apresentar os resultados da análise descritiva dos níveis de estresse;
- Averiguar a prevalência dos níveis de estresse.

4. METODOLOGIA

Neste estudo foi utilizado o método Survey, aplicado no Centro de Internação Domiciliar (CID) no município de Ariquemes – Rondônia - Brasil., mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, sob o número: 439.476.

A população potencial do estudo foi composta pelos cuidadores informais e primários dos pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC), Classificação Internacional de Doenças – 10^a Rev. (CID - 10) I64, acamados, cadastrados junto ao Centro de Internação Domiciliar (CID). E, de acordo com os dados obtidos do CID no município de Ariquemes-RO, referente ao período de 01/01/2013 a 29/05/2013, há 1663 pacientes cadastrados que são agrupados conforme o CID - 10. Com o objetivo de obter uma amostra para a realização deste estudo, foi escolhida a população com a maior prevalência dos casos registrados, o CID I64 - Acidente Vascular Cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico, contendo 317 pacientes, ou seja, 21,62% dos pacientes cadastrados. Sendo que, 66 pacientes estão acamados devido às sequelas da patologia e que necessitam de assistência permanente de um cuidador. Com intuito de obter uma amostra para a realização deste estudo considerou-se o critério de delimitar apenas os cuidadores dos pacientes que residem no bairro setor 06, que estão acamados devido às sequelas da doença dentro da população acima descrita. Portanto, dentro dos critérios acima mencionados obteve-se uma amostra de 9 pacientes. Tendo em vista a probabilidade de haver desistência dentre os participantes, havia um quadro reserva de 03 pacientes, que sejam moradores de bairros vizinhos ao setor delimitado ora já descrito, como critério de inclusão para completar a amostra que é de nove pacientes. Foi adotado como critério de exclusão aquele que após ser esclarecido dos termos do presente estudo não aceitar a participar desta pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi composto por uma entrevista através de formulário semi estruturado que foi elaborado pelo próprio pesquisador, sem duração de tempo na aplicação e sem gravação de áudio. Também foi utilizado o teste INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL), que fornece uma medida objetiva da sintomatologia do estresse em jovens acima de 15 anos e adultos. Sua aplicação foi realizada individualmente. Não era necessário ser alfabetizado, pois os itens poderiam ser lidos para a pessoa. Tanto a entrevista

quanto o teste ISSL foram aplicados no domicílio do cuidador/paciente, buscando um ambiente livre de interferências ou interrupções de terceiros, presentes apenas o cuidador e o pesquisador que realizou a coleta dos dados.

Como critério de seleção foi considerado o cuidador que passa a maior parte do tempo junto ao paciente, ou seja, o cuidador primário. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os resultados do presente estudo foram obtidos através do processo de tabulação do próprio teste ISSL, e da análise descritiva da entrevista realizada. Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes, os cuidadores foram descritos nos resultados como Cuidador A, B, C, D, E, F, G, H e I.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta a média de idade de 71 anos em relação aos pacientes que estão recebendo cuidados em domicílio pelos cuidadores informais da amostra selecionada, sendo que o paciente mais jovem tem 26 anos de idade e o mais velho tem 85 anos. Em relação ao gênero, 56% masculino e 44% feminino.

Ao iniciar a tarefa de ser cuidador 89% dos entrevistados relataram não receber nenhuma instrução ou treinamento necessário para a execução do cuidado ao enfermo. Rodrigues, Alencar e Rocha (2009) alegam que o educador em saúde é tão importante quanto à prescrição de medicamentos, dos cuidados e de terapias para a completa reabilitação do enfermo e de sua família. A propósito, geralmente os cuidadores aprendem a execução de cuidados apenas por observar os membros da equipe de saúde, e aspectos relevantes do processo educacional, como o ato comunicativo, é desprezado, talvez pelo despreparo dos profissionais para o desempenho de tal atribuição.

Os mesmos autores ainda citam que os familiares necessitam de informações e treinamento acerca dos cuidados antes de executá-los, em especial ao contato físico e à proximidade que devem ser estabelecidos com seu familiar doente.

Para estudar a relação da frequência de cuidadores que apresentavam sintomas de estresse, foram utilizados frequência e porcentagem, e estes dados podem ser observados na Tabela 1.

No dizer de Lipp (2005), o teste ISSL apresenta como base o modelo quadrifásico do estresse. O estresse emocional é uma reação complexa e integral do organismo, cingido por componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais, e, que se desenvolve em fases. Todas as pessoas estão sujeitas ao acúmulo de fatores estressantes, ultrapassando a capacidade de resistência no âmbito físico e emocional. De data não remota, supõe-se que o estresse se desenvolvia em três fases: Alerta, Resistência e Exaustão. Após 15 anos de pesquisa, Lipp identificou que há outra fase do estresse nomeada Quase Exaustão, e que se encontra entre as fases Resistência e Exaustão. Desde então, propôs-se um modelo quadrifásico para o estresse que estende o modelo trifásico que fora desenvolvido por Selye em 1936.

A mesma autora ainda esclarece que o quadro sintomatológico do estresse varia conforme a fase em que se encontra. Na Fase do Alerta, que é a fase positiva

do estresse, a pessoa se energiza por meio da produção de adrenalina, a sobrevivência é mantida e uma sensação de completude é alcançada repetidas vezes. A segunda fase, denominada Fase de Resistência, é caracterizada pela busca automática do ser humano em lidar com os seus estressores de modo a manter a sua homeostase interna. Quando os fatores estressantes continuam operando em frequência ou intensidade, há uma fragmentação na resistência da pessoa, por conseguinte, ela passa para a fase nomeada de Quase Exaustão. É nesta fase que o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que tiverem maior vulnerabilidade, genética ou adquirida, passam a indicar sinais de declínio. Não havendo remoção dos agentes estressores ou elaboração de estratégias para restringir tais estressores, o estresse não é aliviado, deste modo, o estresse atinge sua fase final, nomeada como Fase de Exaustão. Nesta fase poderão ocorrer doenças graves nos órgãos que estiverem mais vulneráveis, como enfarte, úlceras, psoríase, depressão, entre outras.

Tabela 1- Frequência de cuidadores que apresentaram sintomas de estresse

Fase do estresse	Frequência	Porcentagem
Sem estresse	0	0%
Alerta	0	0%
Resistência	7	78%
Quase Exaustão	1	11%
Exaustão	1	11%
Total	9	100%

Verificou-se que 100% da amostra apresentou sintomas de estresse, ressaltando um nível mais elevado na fase da resistência (78%). Complementando esta análise, dentre os participantes que apresentaram níveis elevados de estresse, foram elaborados quatro agrupamentos de porcentagem da amostra, sendo o primeiro composto por indivíduos que apresentaram até 25% de sintomas em uma das fases, o segundo composto por indivíduos que atingiram de 26 a 50%, o terceiro constituído por 51 a 75% e o quarto composto por mais de 76%, que pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2- Frequência do nível da fase de estresse

Fase	Nível até 25 %	Nível entre 26 % a 50 %	Nível entre 51 % a 75%	Nível acima de 76%
Resistência	6	1	-	-
Quase Exaustão	-	-	1	-
Exaustão	-	-	1	-

Dos participantes que apresentaram níveis elevados de estresse, a Fase de Resistência foi a que mais prevaleceu, com 78%. Segundo Lipp (2005), ao vivenciar a Fase do Alerta, caracterizada pela produção e ação da adrenalina, tornando a pessoa mais alerta, mais forte e mais motivada, se mantida por um período muito prolongado ou havendo acúmulo de novos estressores, a pessoa passa a vivenciar a segunda fase do estresse denominada Resistência, que se dá quando o organismo age para impedir o desgaste total de energia. Neste período o indivíduo tenta lidar com os seus estressores e inconscientemente passa a buscar o restabelecimento de sua homeostase. Além disso, a pessoa perde a produtividade e seu organismo fica mais vulnerável a vírus e bactérias.

De acordo com Costa et al. (2007), a sintomatologia de estresse dar-se a conhecer, com maior ênfase através de sintomas psicológicos, com baixos níveis de sintomas físicos, predominantemente na fase de resistência. Nos estudos realizados por Lipp (2005) a maior porcentagem da amostra de padronização também se concentrou na fase de resistência.

No que se refere à frequência de sintomas predominantes de estresse, os dados podem ser observados na Tabela 3. O teste aplicado possibilitou a análise dos sintomas de estresse em dois aspectos: físicos e psicológicos. Observou-se que independente da fase do estresse, apresentando prevalência com 80% dos casos, houve o predomínio de sintomas psicológicos. Pesquisa realizada por Costa et al. (2007) também corroboram com este estudo, na qual foram registradas presença de sintomas psicológicos em 76% da amostra que apresentou estresse elevado.

Tabela 3- Frequência do sintoma predominante de estresse

Fases	Sintomas Físicos	Sintomas Psicológicos
Resistência	2	6
Quase Exaustão	0	1
Exaustão	0	1
Total	2	8
Porcentagem	20 %	80 %

Obs. Há um caso em que o cuidador apresenta a mesma frequência nos sintomas e conforme orientação na correção do teste é assinalada as duas frequências, ou seja, física e psicológica.

A tabela 04 demonstra que o cuidador A está na condição de cuidador há 26 anos, e, que o mesmo se encontra com estresse na fase de exaustão, comparado ao cuidador D, que está na condição de cuidador há 01 ano, e, que também se

encontra com estresse na Fase de Quase Exaustão, podendo-se observar que não há relação entre o estresse e o tempo decorrido como cuidador. Neste sentido, Cruz e Hamdan (2008) alegam que na literatura não há consenso quanto à relação entre impacto e tempo, ou seja, que o impacto na vida do cuidador é mais intenso devido ao tempo na execução de suas tarefas como cuidador familiar. Os mesmos autores afirmam que quanto maior o tempo de cuidado maior é também o impacto no cuidador, provavelmente porque, com o decorrer do tempo, ocorre uma maior sobrecarga do cuidador. Já, ao contrário deste, há um estudo que demonstra que o impacto no cuidador tende a melhorar ao longo do tempo. (HINRICHSEN e NIEDEREHE, 1994 apud CRUZ e HAMDAN, 2008).

Para Marques (2005) não há uma relação significativa entre o tempo decorrido como cuidador e a sobrecarga sentida pelas tarefas realizadas no cuidado do familiar doente.

Tabela 4- Frequência de estresse correspondente ao período como cuidador

Cuidador	Fase do estresse	Período como cuidador em anos
A	Exaustão	26
B	Resistência	11
C	Resistência	11
D	Quase Exaustão	1
E	Resistência	10
F	Resistência	9
G	Resistência	2
H	Resistência	3
I	Resistência	9

Pode ser observada na Tabela 5 a média de idade dos cuidadores que é de 48 anos, sendo que, o cuidador com idade mais avançada é de 75 anos, e, o de menor idade é de 30 anos. Em seu estudo com cuidadores, Cruz e Hamdan (2008) descrevem que a idade média de um cuidador informal varia entre 50 e 65 anos. Em Manoel et al. (2013) observa-se que a média de idade dos cuidadores descritos em seu estudo é de 61,8 anos. Comparado ao resultado deste estudo, a média de idade dos cuidadores está abaixo da média de idade na literatura encontrada. Entretanto, se comparado ao estudo de Uesugui, Fagundes e Pinho (2011), onde descrevem a média de idade de 47,7 anos para os cuidadores de idosos em internação domiciliar no CID do município de Ariquemes – RO, nota-se que há similitude.

Tabela 5- Idade, gênero, grau de instrução e estado civil dos cuidadores

Cuidador	Idade	Gênero	Grau de Instrução	Estado Civil
A	54	Feminino	Fundamental 02	Solteira
B	73	Feminino	Fundamental 01	Casada
C	43	Feminino	Fundamental 01	Casada
D	46	Feminino	Fundamental 02	Solteira
E	75	Feminino	Fundamental 01	Casada
F	32	Feminino	Médio	Divorciada
G	50	Feminino	Superior	Casada
H	33	Feminino	Fundamental 02	Solteira
I	30	Feminino	Médio	Solteira
Média Geral	48,44 %	100 %	-	-

Quanto ao gênero pode-se verificar que 100% da amostra é composta por cuidadoras. Este dado é corroborado por várias pesquisas nacionais e internacionais. Em Uesugui, Fagundes e Pinho (2011) encontra-se que 96,6% dos cuidadores informais são do sexo feminino. Também Grelha (2009) destaca que a população do seu estudo é constituída em maioria por cuidadores do gênero feminino, com percentual de 77,5% da amostra. Entretanto, a autora destaca que esse fato tem sido alterado por questões sociais, econômicas, profissionais, sendo uma realidade o crescimento de cuidadores informais do gênero masculino.

Santo et al. (2011) destacam na discussão de seu estudo haver predominância de mulheres exercendo a tarefa como cuidador informal, e, que este dado é compatível com outros estudos que identifica a taxa de mulheres cuidadoras sendo superior a 70% dos casos.

De acordo com Iwamoto et al. (2008), cuidadores informais são na maioria as mulheres. Além disso, os autores destacam que as mulheres estão sujeitas a um nível maior de estresse do que os homens. Por sua vez, a explicação possível deste achado está no fato de que, em nossa sociedade, a maioria das mulheres exerce tarefas cumulativas, como a educação dos filhos, o cuidado com os familiares e com a casa.

Cruz e Hamdan (2008) ressaltam que a maioria dos cuidadores é do gênero feminino, e, geralmente esposas e filhas do paciente. Fato apontado como reflexo de um padrão cultural em que o papel de cuidador é visto como uma função feminina. Em concordância com este dado, Perlini e Faro (2005) citam em seu estudo que o perfil do cuidador familiar principal de paciente incapacitado por AVC é constituído predominantemente por mulheres (77,1%), sendo a maioria filhas (40%) e cônjuges (23,9%).

De acordo com Saraiva et al. (2007), na cultura ocidental é tradição que o cuidador informal seja do gênero feminino, e, em muitos casos é também uma pessoa frágil, com idade avançada e saúde debilitada. Além disso, Grelha (2009) ressalta em seu estudo que a grande maioria dos cuidadores é do gênero feminino, pois é atribuída a mulher o papel histórico e social de cuidar, afirmação que segundo o autor, está de acordo com dados encontrados em vários estudos. Rocha e Pacheco (2013) destacam que, de forma geral, pode-se concluir que o cuidador informal é constituído em sua maioria por pessoas do gênero feminino, fato que é concordante com os estudos relacionados.

Tabela 6- Porcentagem sobre o Grau de instrução dos cuidadores

Grau de instrução	Quantidade	Porcentagem
Fundamental 01	03	33,5 %
Fundamental 02	03	33,5 %
Médio	02	22 %
Superior	01	11 %
Total	09	100 %

Relativo ao grau de instrução constata-se que a grande maioria (67%) tem o nível fundamental, em contraste com (22%) que possui o nível médio e (11%) com o nível superior. Os dados do presente estudo estão em consonância com Grelha (2009), que evidencia baixo nível de escolaridade do cuidador informal em seus achados. Segundo a autora, a grande maioria dos cuidadores apresenta baixo nível de escolaridade. A propósito, o baixo nível de escolaridade pode estar relacionado ao fato de uma pessoa assumir o papel de cuidador, na medida em que a inserção no mercado de trabalho formal é mais difícil. Sendo então, mais provável que essas pessoas se dediquem aos serviços domésticos e ao cuidado de uma pessoa da família que seja dependente.

De acordo com Uesugui, Fagundes e Pinho (2011), quanto à escolaridade, o estudo aponta que 56,2% dos cuidadores possuem o ensino fundamental incompleto e 43,7% estão na condição de não letrado. Além disso, os mesmos autores ressaltam que em outros estudos, foram observados que mais de 50% dos cuidadores tinham o ensino fundamental.

Santo et al. (2011) destacam que apesar da baixa escolaridade na maioria dos cuidadores, não se encontrou correlação dessa variável com a sobrecarga, mencionando ainda, que o mesmo ocorreu em outro estudo realizado com cuidadores de criança com câncer. Entretanto, os autores destacam que o baixo

nível de escolaridade associou-se de forma significativa a sobrecarga em pesquisa realizada na Holanda com cuidadores de crianças com doença falciforme.

Para Rocha e Pacheco (2013) a escolaridade mais elevada está relacionada com estratégias voltadas para resolução de problemas, pois uma maior formação proporciona o desenvolvimento de capacidades.

As tabelas 4 e 5, demonstram que os cuidadores A e D se encontram em níveis de estresse elevados, na Fase de Exaustão e Quase Exaustão, e, que ambos os cuidadores possuem baixo nível de escolaridade.

Logo abaixo, pode ser observado na tabela 7 quanto ao estado civil dos cuidadores do presente estudo, que os resultados estão igualmente distribuídos entre 44,5% para solteiras e 44,5% para casadas. Conforme Tabelas 5 e 6, pode ser observado que os cuidadores A e D estão caracterizados como solteiras, e, são os cuidadores que se encontram nos níveis de estresse mais elevado. Em estudo de Iwamoto et al. (2008) é referido que os solteiros apresentaram maior índice nos níveis de estresse que os casados. Segundo os autores, este dado pode ser relevante e explicado pelo fato de haver divisão das preocupações e das tarefas de cuidado entre o casal.

Tabela 7- Porcentagem sobre o Estado civil dos cuidadores

Estado Civil	Quantidade	Porcentagem
Solteira	04	44,5 %
Casada	04	44,5 %
Divorciada	01	11 %
Total	09	100 %

Na Tabela 8 fica evidente que a maioria da amostra deste estudo, 89% dos cuidadores, dedica-se integralmente ao familiar doente.

Tabela 8- Tempo diário que o cuidador dispõe ao paciente

Especificação	Quantidade	Porcentagem
Integral	08	89 %
Manhã e Tarde	01	11 %
Total	09	100 %

Como descrito por Marques (2005), em seu estudo é constatado que 78% dos cuidadores moram no mesmo domicílio da pessoa cuidada. Comparado ao resultado deste estudo nota-se que há similaridade entre os dados. Além disso, o mesmo autor destaca que os cuidadores que moram no mesmo domicílio do familiar doente,

evidenciam menor sobrecarga emocional, maior resistência às exigências das atividades de um cuidador informal e maior satisfação ao exercer a sua função.

Já para Grelha (2009) o fato de morar com a pessoa cuidada, torna a vida do cuidador restringida, pois o seu tempo é praticamente preenchido com as atividades do cuidado ao familiar dependente, o cuidador chega até mesmo esquecer-se de suas necessidades físicas, emocionais e sociais, em consequência disso, surgem as sobrecargas física, emocional e social.

Dessa forma, supõe-se que, exercer a função de cuidador por tempo integral pode produzir sobrecarga física e emocional e conseguinte ser um fator gerador de estresse.

Fica evidente na Tabela 9 quanto ao parentesco dos cuidadores que as filhas são a maioria com 56% da amostra, em seguida com 22%, as esposas.

Tabela 9- Vínculo de parentesco com a pessoa cuidada

Especificação	Quantidade	Porcentagem
Mãe	01	11 %
Filha	05	56 %
Esposa	02	22 %
Nora	01	11 %
Total	09	100 %

Os dados aqui explicitam concordância com Grelha (2009) quanto ao parentesco entre cuidador e pessoa cuidada, onde predomina os filhos. Fato que ocorre quando o cônjuge não pode cuidar, seja pelo motivo de doença ou falecimento, e, na ausência de algum filho, o cuidado recai sobre o familiar mais próximo com laços afetivos mais estreitos. Também Perlini e Faro (2005) destacam em seu estudo, a predominância das filhas com 40% da amostra. Em Manoel et al. (2013) também encontra-se em seu estudo que a maioria é filha.

Por sua vez, Pinto e Nations (2012) afirmam que, de modo geral, os cuidadores familiares são representados principalmente por filhos ou cônjuges, e, que tais cuidadores mudam suas rotinas e aumentaram a carga de trabalho para assumir esse papel.

Tendo em vista averiguar as dificuldades no cuidado a pacientes vítimas de AVC, foi investigada qual a principal dificuldade que o cuidador tem em relação ao cuidado cotidiano prestado ao paciente na internação domiciliar. Na Tabela 10 é demonstrado que 67% apresentaram dificuldades em locomover o paciente para a realização das tarefas cotidianas de higienização e outros cuidados ao paciente.

Tabela 10- Principal dificuldade no cuidado prestado

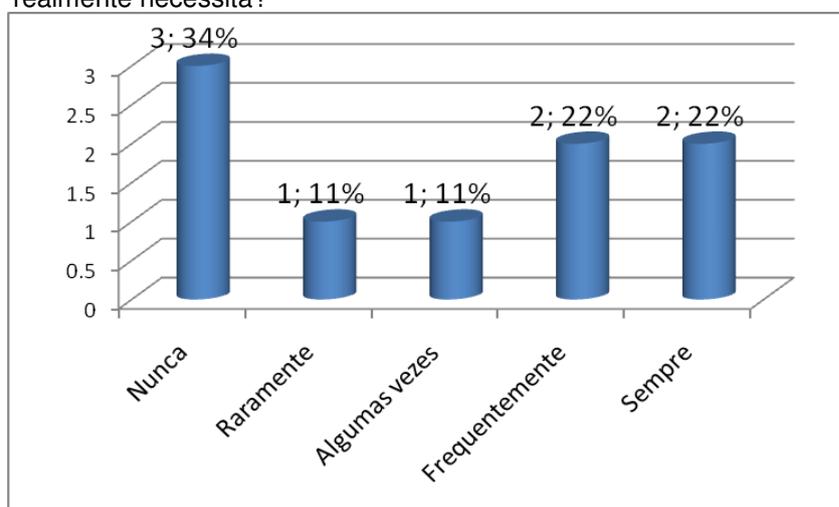
Especificação	Quantidade	Porcentagem
Problemas de saúde	01	11 %
Dificuldades no relacionamento com a pessoa cuidada	02	22 %
Dificuldade em locomover a pessoa cuidada no domicílio	06	67 %
Total	09	100 %

A locomoção do paciente em domicílio exige atividades que necessitam de esforço físico e causam maior dificuldade para o cuidador, como demonstra os dados na referida tabela. No cuidado de um paciente adulto dependente é necessário ter condicionamento físico capaz de dar conta de tarefas pesadas, como a locomoção. (MENDES, 1995 apud PERLINI e FARO, 2005).

Para Rodrigues, Alencar e Rocha (2009) a sociedade brasileira não está preparada para receber em seu seio pessoas vítimas de acidente vascular encefálico (AVE), que na maioria dos casos, consideram “cuidados” apenas aqueles realizados na esfera física do indivíduo, ignorando as ações de reabilitação social e psicológica. Soma-se a isso, que tais pacientes possuem necessidades especiais de comunicação, de alimentação e de convivência em grupo.

Na tabela 10 demonstra-se também que 22% dos cuidadores apresentam dificuldades de relacionamentos com a pessoa cuidada. De acordo com Rodrigues, Alencar e Rocha (2009), a dificuldade em estabelecer um relacionamento eficaz entre cuidador e a pessoa cuidada, talvez seja o maior fator limitante da completa reabilitação do indivíduo vitimado por um AVE. Dessa forma, considera-se que a dificuldade de estabelecer bom relacionamento com o doente, pode gerar sobrecarga emocional e, conseguinte, estresse no cuidador.

Gráfico 1- Distribuição dos resultados relativos à questão: Você sente que a pessoa cuidada pede mais ajuda do que ele/ela realmente necessita?

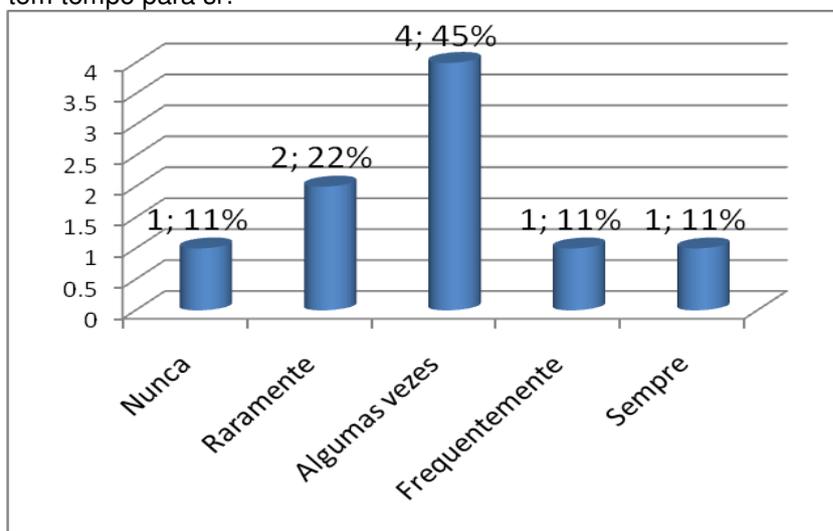


O Gráfico 1 demonstra um equilíbrio no sentir que a pessoa cuidada pede mais ajuda do que realmente necessita. Somando os escores Nunca e Raramente, tem-se 45% dos cuidadores, ao passo que a soma dos escores Frequentemente e Sempre se obtêm 44% dos cuidadores.

De acordo com Couto (2004) alguns cuidadores relatam que o familiar doente deseja que tudo seja feito na hora dele, condição esta, quando associado à falta de imposição de limites por parte do cuidador pode ser tido como causa de estresse.

Como descrito por Bocchi e Angelo (2005), quando o cuidador não estimula a autonomia do familiar doente, se estabelece a sua própria reclusão e, afasta-se do “vir-a-ser” livre de um papel que não lhe traz satisfações. A superproteção não promove a autonomia da pessoa cuidada e quando instaurada uma relação de dependência recíproca doente-cuidador, em consequência, o familiar doente passa a ficar cada vez mais dependente do cuidador, além disso, o processo de reabilitação fica prejudicado. Pode-se concluir que, por meio do processo empreendido, o cuidador passa a promover a relação de dependência e, por conseguinte, preso a sua própria escolha de modalidade de cuidados.

Gráfico 2- Distribuição dos resultados relativos à questão: Você tem tempo para si?



Considerando os escores do Gráfico 2, onde se pergunta, você tem tempo para si? Entre Nunca e Algumas vezes, pode ser observado um alto índice entre os cuidadores que apresenta sua percepção em não dispor de tempo para si, ou seja, 78% dos cuidadores. Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006), explica que há casos onde o cuidador, devido ao nível de envolvimento nos cuidados com o enfermo,

passa a não dispensar a devida atenção em suas necessidades pessoais. Assim, surgem também os problemas físicos, oriundos da inobservância do autocuidado.

No dizer de Couto (2004) todo o tempo do cuidador é consumido pelas exigências e tarefas que são próprias do ato de cuidar de um paciente dependente total, este fato transforma a vida e o cotidiano do cuidador de maneira radical. Além disso, há constante preocupação com o corpo do outro, no controle da medicação, horários, alimentação, higiene, por fim, todo o ritual dos cuidados, de modo que o cuidador se esquece de que seu corpo também precisa de cuidados. Por conseguinte, sobressaltado, percebe-se que alguma coisa fugiu ao controle e que foi exatamente seu próprio corpo.

Comparando os Gráficos 3 e 4 pode-se perceber que há certa contradição nas respostas da amostra deste estudo.

Gráfico 3- Distribuição dos resultados relativos à questão:
Sente-se estressado (a) em dividir o seu tempo com a pessoa cuidada e suas outras responsabilidades?

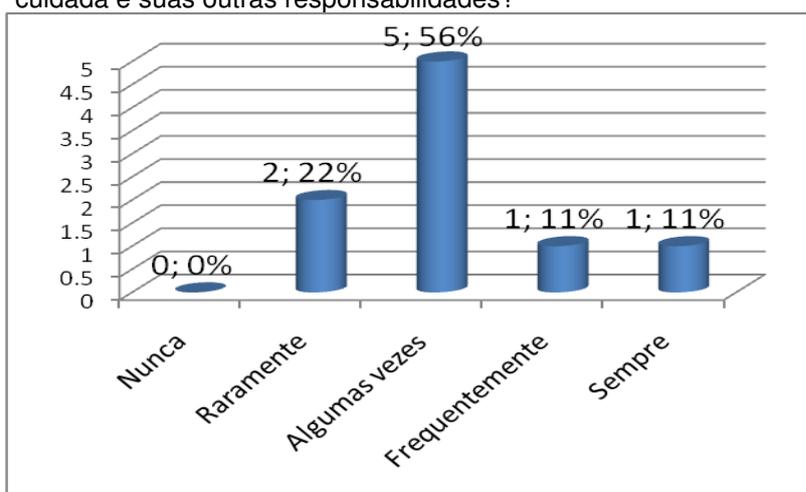
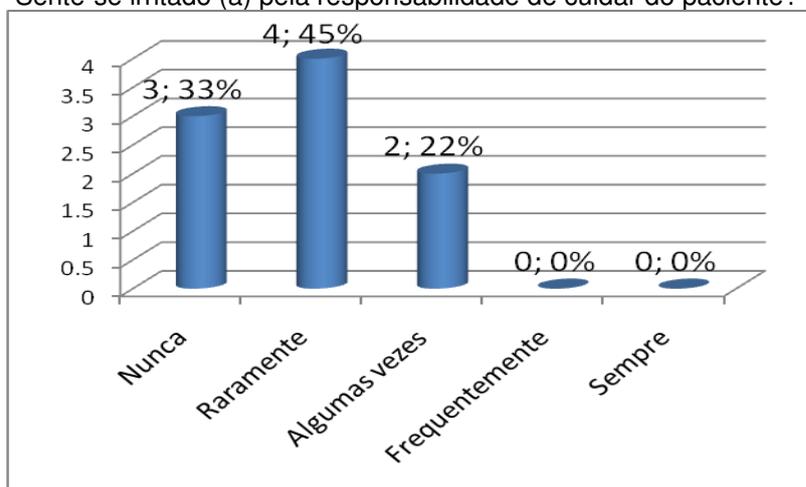


Gráfico 4- Distribuição dos resultados relativos à questão:
Sente-se irritado (a) pela responsabilidade de cuidar do paciente?



No Gráfico 3 a maioria dos participantes responderam que se sente estressado pela responsabilidade de cuidar do familiar enfermo, ou seja, de ter o seu tempo dividido com a pessoa a ser cuidada e suas outras responsabilidades. Nota-se ainda, que a maioria com 56% responderam que Algumas Vezes se sente estressado. Somando os participantes que responderam Frequentemente e Sempre perfazendo o total de 22% da amostra. Já no Gráfico 4 a maioria respondeu que não se sente irritado pela responsabilidade de cuidar do familiar enfermo. Nota-se que 33% responderam que Nunca se sentiram irritados por assumir essa responsabilidade em ser cuidador, já 45% responderam que Raramente isso aconteceu e 22% responderam que Algumas Vezes se sentiram irritados por tal responsabilidade. Percebe-se ainda que, analisando esses dados chegamos à conclusão de que a maioria diz sentir-se estressado, entretanto, não se sente irritado por assumir a responsabilidade de ser um cuidador informal.

Segundo Couto (2004) quando uma pessoa assume a responsabilidade de tornar-se cuidador familiar, passa a perceber e sofrer várias perdas em sua vida. A autora descreve que ocorrem mudanças na vida do cuidador como a supressão do lazer, dos próprios projetos de vida, esgotamento físico pela constante necessidade de atender as demandas do paciente, falta de sono, esgotamento emocional, sintomas diversos. Também há uma diminuição da participação social, acrescida da necessidade de interromper as atividades remuneradas. Todas essas mudanças em sua rotina de vida, em adição às perdas diversas, são geradoras de mais estresse, culminando em piora da qualidade de vida, havendo possibilidade de perda da saúde, considerada como a mais grave das conseqüências do cuidar.

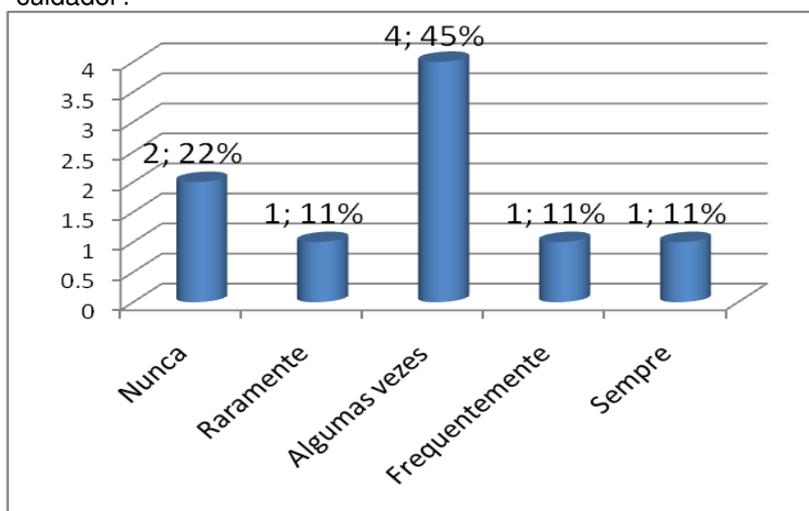
A contradição entre os Gráficos 3 e 4 levanta a hipótese de que muitos cuidadores tentam ocultar seus sentimentos, sendo corroborado pela literatura em que há tentativas de controlar as emoções. Couto (2004) exemplifica que tais tentativas em controlar as emoções ficaram evidentes em seu estudo, sendo constatada a grande dificuldade dos cuidadores em expressar os sentimentos negativos decorrentes do ato de cuidar, e por fim, sentimentos mantidos guardados para si mesmo.

De acordo com Lipp (2001), percebe-se que os cuidadores apresentam uma tendência em se esquivar de expressões de afeto e até evitam evocar seus sentimentos, o que é um mecanismo de defesa, dessa maneira, acabam gerando um extravasamento dos sentimentos num escape pelo corpo. Bocchi (2004) acentua

em sua pesquisa que todos os cuidadores expressaram a queixa de estresse em excesso, além disso, apresentaram dificuldades de adaptação em relação às situações novas e as transformações físicas e psicológicas demonstradas pelo familiar enfermo.

A propósito, como descrito na Tabela 1, o teste ISSL evidenciou que todos os cuidadores encontram-se com estresse elevado, que 78% estão na Fase de Resistência e que 22% nas fases de Quase Exaustão e Exaustão. Portanto, é notória a tentativa dos cuidadores em tentar ocultar seus sentimentos como a hipótese aqui levantada.

Gráfico 5- Distribuição dos resultados relativos à questão: De forma geral, quando se sente sobrecarregado (a) por ser o cuidador?

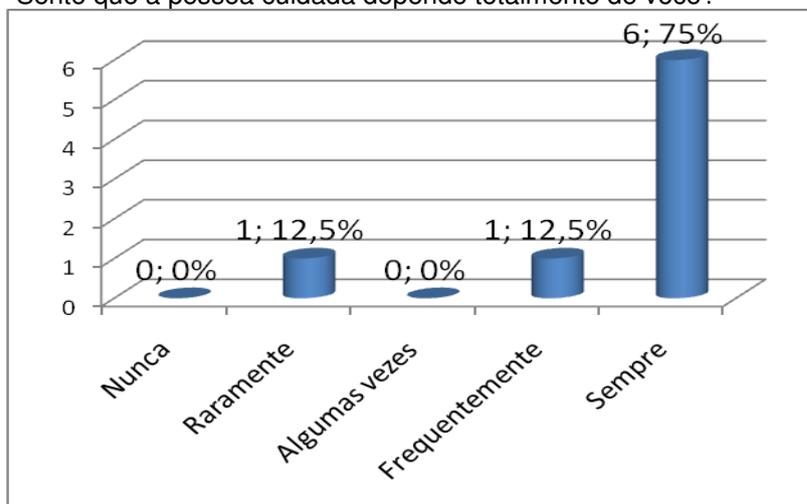


O Gráfico 5 apresenta que Algumas Vezes, a maioria das cuidadoras se sentem sobrecarregadas pelo fato de exercer os cuidados necessários ao familiar doente. Esse resultado está em concordância com o Gráfico 3 onde aponta que no mesmo escore (Algumas Vezes), com 56% das respostas, se encontra a maioria dos cuidadores do presente estudo, em relatar que se sentem estressados por exercer as atividades de cuidador familiar.

Na opinião de Rocha e Pacheco (2013) é relevante quando o cuidador adota uma estratégia de combate a sobrecarga, podendo assumir, uma filosofia protetora acerca de seu significado para a vida, tornando mais sólidos os seus pontos de vista sobre os valores positivos. Também, vale destacar, que as estratégias de evitamento são as que produzem melhor efeito nas situações de difícil resolução e, para prevenir a sobrecarga, o cuidador deve reservar um tempo adequado para si.

A soma dos escores Sempre e Frequentemente no Gráfico 6, aponta que a maioria dos cuidadores (87,5%), relataram que o familiar doente depende totalmente de seus cuidados.

Gráfico 6- Distribuição dos resultados relativos à questão:
Sente que a pessoa cuidada depende totalmente de você?



Couto (2004) explicita seus pressupostos em que os cuidadores têm grande dificuldade em admitir e em se permitir negociar momentos de lazer, de substituições nos cuidados, o que permitiria a entrada de novos contatos e vínculos. Geralmente, a flexibilidade quanto a dar espaço para outro cuidador é sentida e confundida como abandono por parte do cuidador primário, gerando também sentimento de culpa. Quando o cuidador primário é confrontado com a possibilidade de delegar cuidados para outros familiares ou quando são lembrados da necessidade de descansar, fica explicita a angústia do sentimento de culpa. Em adição à sua tese afirma Couto (2004) que:

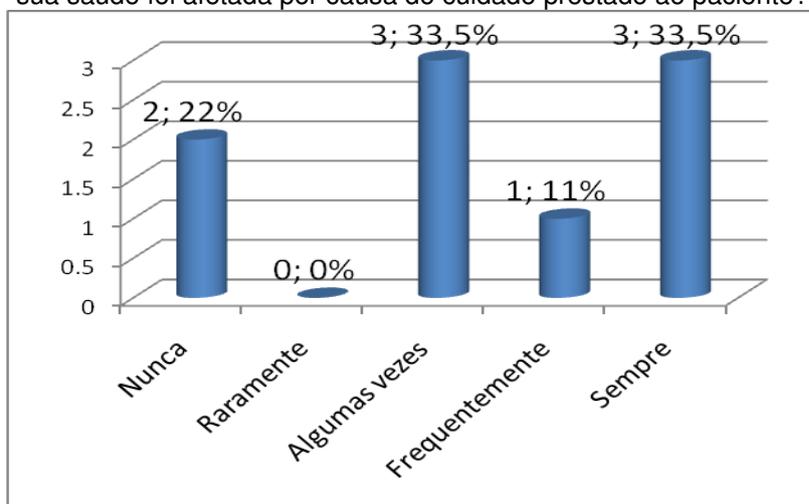
Os relatos dos cuidadores mostram que estes tomam para si toda a responsabilidade, se vêem como os únicos capazes e preparados para cuidar; que acreditam saber decifrar os desejos e vontades dos pacientes, e estão sempre ali, onipresentes e onipotentes. (COUTO, 2004, p. 183).

Tal posição é como uma produção a dois, visto que é corroborada pelos pacientes, e, com muita frequência não aceitam igualmente outros cuidadores. (PY, 2002 apud COUTO, 2004).

Os resultados deste estudo evidenciam que a saúde do cuidador é afetada de modo considerável, pelo fato de prestarem cuidados a um paciente em internação domiciliar, que se encontram na condição de dependência total. O Gráfico 7

demonstra que a maioria dos cuidadores teve a saúde afetada, somando os escores Algumas Vezes, Frequentemente e Sempre totaliza 78% da amostra.

Gráfico 7- Distribuição dos resultados relativos à questão: A sua saúde foi afetada por causa do cuidado prestado ao paciente?



Como descrito por Santo et al. (2011) em seu estudo, 21,9% dos cuidadores relataram ter algum problema de saúde, 15,6% faziam uso de remédios regularmente e 62,5% haviam procurado atendimento médico pelo menos uma vez no ano. Percebe-se que não obstante de ser uma população composta por adultos jovens, relataram problemas de doença crônica, o que não é comum para essa faixa etária.

Corroborando o presente estudo, no tocante ao estado de saúde do cuidador ao se referir à dinâmica cuidador e pessoa cuidada, outro estudo demonstrou que até 41% de cuidadores adoeceram em algum momento do tratamento (PEREIRA et al., 2009 apud SANTO et al., 2011).

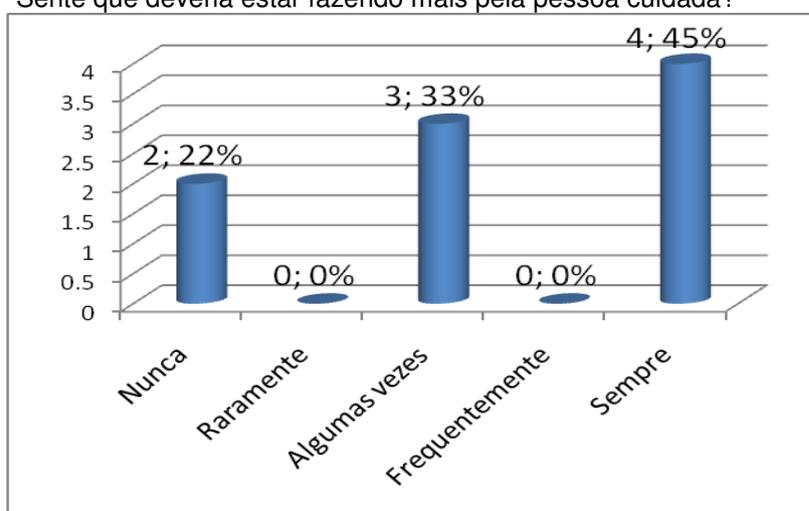
Algumas pesquisas têm demonstrado que a tarefa de cuidador gera uma piora na saúde física, prejuízo no sistema imunológico, sintomas que poderão persistir na vida do cuidador até quatro anos após o falecimento do paciente, e, até 60% dos cuidadores podem desenvolver sintomas físicos e psicológicos como resultado do impacto sofrido por exercer as atividades de um cuidador informal. (HALEY, 1997 apud CRUZ E HAMDAN, 2008).

Como descrito por Uesugui, Fagundes e Pinho (2011), à medida que o cuidador dar-se conta da piora de seu estado de saúde, a sua sobrecarga torna-se mais intensa.

Segundo Couto (2004) a vivência e expectativa de um futuro árduo na vida do cuidador, frente a tantas exigências e a própria impossibilidade de modificar sua

atual situação, o resultado é na maioria das vezes o estresse grave. Todas as circunstâncias estão favoráveis para o adoecimento dos cuidadores. Entretanto, mesmo que os cuidadores se encontrem em franco processo de adoecimento, os quadros de doenças instaladas apresentam-se em poucos. A propósito, o fato do não adoecimento imediato dos cuidadores é resultado dos mecanismos de sustentação, em outras palavras, a avaliação positiva que conseguem fazer sobre a situação vivenciada, mesmo com todo o estresse e sofrimento, isto sugere que o estresse e a possibilidade de adoecimento sejam influenciados pela avaliação subjetiva, ou seja, dos destinos que cada cuidador dá a sua experiência.

Gráfico 8- Distribuição dos resultados relativos à questão:
Sente que deveria estar fazendo mais pela pessoa cuidada?



O Gráfico 8 aponta que 45% dos cuidadores Sempre sentem que deveriam fazer mais pelo familiar cuidado do que já estão fazendo e, 33% indicam que algumas vezes manifestam essa sensação. A Tabela 8 indica que 89% dos cuidadores dedicam-se integralmente ao cuidado. Comparando estes dados, onde os cuidadores se dedicam em tempo integral e ainda assim, tem a sensação de que deveria fazer mais pelo familiar enfermo, pode-se notar que os cuidadores manifestam sentimento de culpa, pois acham que por mais que estejam se dedicando ao cuidado, ainda assim, não é o suficiente.

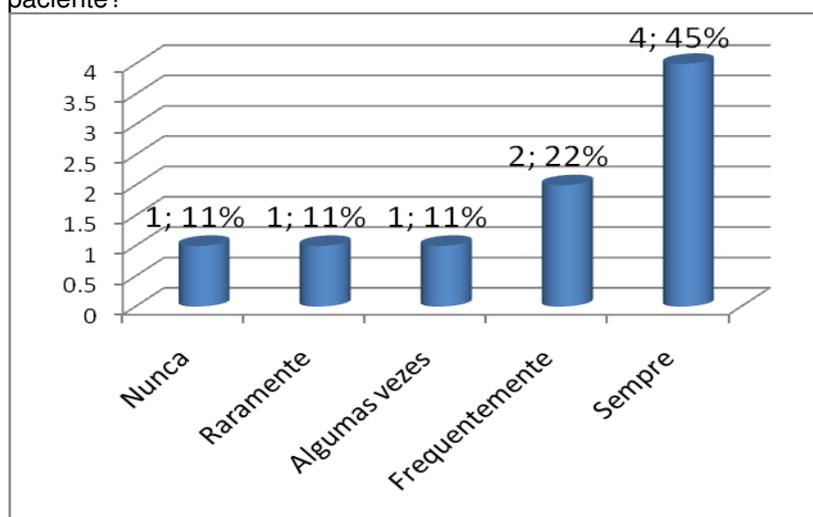
De acordo com Brito (2009) a forma como o cuidador exerce o cuidado ao familiar enfermo está relacionada ao jeito de como ele compreende a ação de cuidar, por isso, é relevante reformular as crenças e os valores envolvidos, convertendo-os em proveito ao próprio cuidador. Também o autor ressalta que ao dividir as responsabilidades, aceitando apoio de terceiros, elaborando técnicas de

revezamento, a sobrecarga que o cuidador assume diminuem, com isso, haverá possibilidades do cuidador retornar as atividades que antes eram realizadas, assim como, trabalho, lazer e autocuidado.

Carvalho et al. (2011) alegam que ao exercer cuidados ao familiar enfermo, surgem sentimentos antagônicos em relação a pessoa cuidada, ao mesmo tempo que sente sentimentos de ódio, revolta, desejo de abandono, também sente compaixão, amor, tristeza e dor.

Em Silveira (2000) encontra-se que o ato de cuidar é uma maneira de tentar reparar ou amenizar culpas que já estavam presente na dinâmica familiar cuidador/paciente. Acredita-se que há um círculo vicioso onde ora um sente-se culpado, ora outro, e, tal culpa tem a função de preservar o equilíbrio do relacionamento. É trivial nas relações familiares envolverem culpas, ressentimentos e cobranças recíprocas. Dessa maneira, quando adoece um dentre os membros de uma família, cuidar pode ser uma maneira de expiação. A autora destaca que em sua experiência, os sentimentos de culpa manifestam-se frequentemente nos relatos dos cuidadores, e, geralmente estão relacionados a raízes judaico-cristãs, fato constatado pelo uso contínuo de expressões como: "destino", "missão", ou expressões do tipo "Fui escolhido", "É a vontade de Deus", que indicam o poderio dos valores morais e religiosos envolvidos.

Gráfico 9- Distribuição dos resultados relativos à questão: O orçamento familiar é suficiente para o cuidado do paciente?



O Gráfico 9 demonstra que a maioria com 45% das respostas indicam que o orçamento familiar sempre é suficiente para o cuidado do familiar doente. 22% dos

cuidadores responderam que o orçamento é frequentemente suficiente, somando os escores Sempre e Frequentemente, se obtêm um percentual de 67% das respostas, ou seja, a maioria.

Em seu estudo Pinto e Nations (2012) relatam que os cuidadores de sua pesquisa se mostraram resistentes ao enfrentarem os vários problemas relacionados aos cuidados necessários para o familiar doente, apesar da situação econômica desfavorável, procuraram atendimento médico, buscaram medicação, pediram dinheiro emprestado para custear o tratamento e alguns procuraram emprego a fim de completar o orçamento familiar.

Para Beck e Lopes (2007), exercer a atividade de cuidar de um familiar doente acarreta prejuízos à vida do cuidador como um todo, sendo que, tais prejuízos são notados em áreas da vida como nos estudos e no trabalho, em consequência disto, o cuidador sofre um prejuízo que pode gerar um impacto financeiro considerável.

De acordo com Simonetti e Ferreira (2008) os aspectos financeiros estão diretamente relacionados dentre os causadores de estresse para o cuidador. Segundo os autores, a partir do momento que uma pessoa assume a condição de cuidador informal de um familiar doente, passa a enfrentar vários fatores causadores de estresse, que vão desde dificuldade financeira a fatores de ordem emocional. Geralmente, ao exercer a atividade de ser cuidador, às vezes a pessoa tem vontade de abandonar tudo, mas, por uma questão de caridade e por se sentir obrigada a realizar tais funções, não o faz, mesmo que isto gere grandes prejuízos para a sua vida. Também, na opinião de Uesugui, Fagundes e Pinho (2011), na provisão de cuidados a outros, supõe haver necessidades básicas como alimentação, realizações de atividades físicas e até necessidades específicas como aquisição e compra de medicamentos. Dessa forma, o recurso financeiro limitado, pode ser compreendido como uma fonte de estresse ao cuidador.

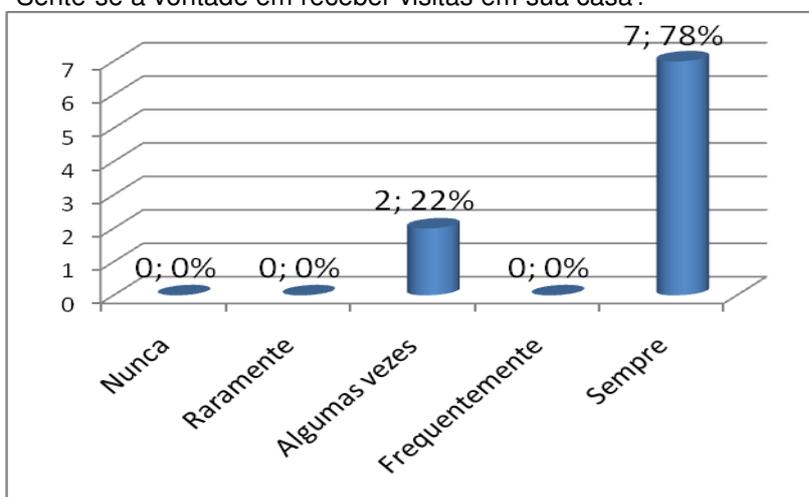
Em Rosa (2003) apud Couto (2004) encontra-se um dado interessante sobre as diferenças culturais que aparecem nas pesquisas norte-americanas, destacando-se de forma considerável a sobrecarga financeira, ao passo que em relação as brasileiras aparece de forma mais clara os aspectos da sobrecarga emocional. Além disso, mesmo que no contexto pesquisado predominem as famílias de baixa renda, destacam-se os efeitos gerados pela sobrecarga emocional, tão intenso se comparado às questões econômicas. Todavia, as dificuldades financeiras não são

inferiores, mas amenizadas pelo fato de haver o atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Na visão de Couto (2004) é considerada a singularidade de cada cuidador e paciente, pois o impacto financeiro é muito relativo, vai depender das condições de cada grupo familiar em relação ao mercado de trabalho e o sistema previdenciário. Outro ensinamento da autora menciona que os cuidadores deploram a perda do trabalho mais do que a diminuição de seus recursos econômicos, isto, devido o trabalho representar uma atividade fora de seu domicílio, fato que os liberaria das atividades de cuidados, ao menos durante o período em que estivessem trabalhando.

Logo abaixo o gráfico 10 aponta que a maioria dos cuidadores (78%), se sentem à vontade em receber visitas em sua casa, se comparado ao Gráfico 2, onde se nota que a maioria dos cuidadores não dispõe de tempo para si, supõe-se, que devido a isto, é provável que a maioria gostaria de receber visitas em seu domicílio, a fim de se integrarem socialmente.

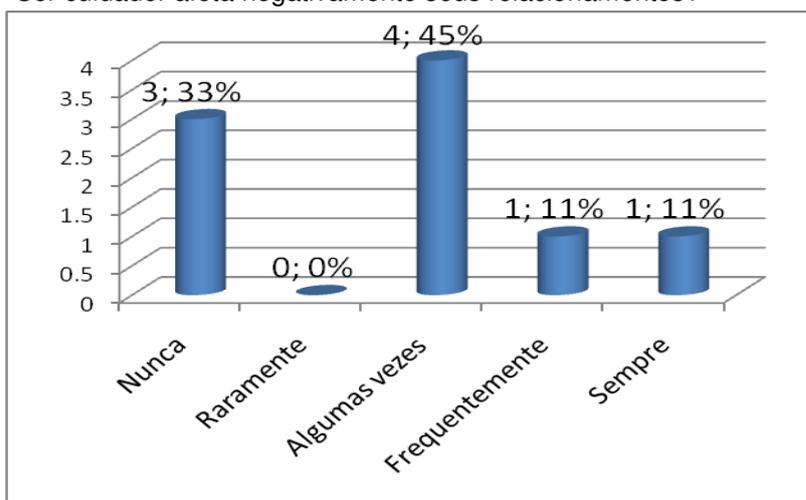
Gráfico 10- Distribuição dos resultados relativos à questão:
Sente-se à vontade em receber visitas em sua casa?



O Gráfico 11 aponta que 22% dos cuidadores agrupados nos escores Frequentemente e Sempre relataram que o fato de ser cuidador afeta de forma negativa seus relacionamentos. Entretanto, a maioria dos cuidadores respondeu que tal situação ocorreu pelo menos, Algumas Vezes. Corroborando esta questão, Simonetti e Ferreira (2008) ressaltam em seus resultados, que há indício de prejuízo da vida social do cuidador e insatisfação da maioria dos sujeitos com seus familiares que, de acordo com eles, poderiam ajudar, mas não compartilharam o auxílio

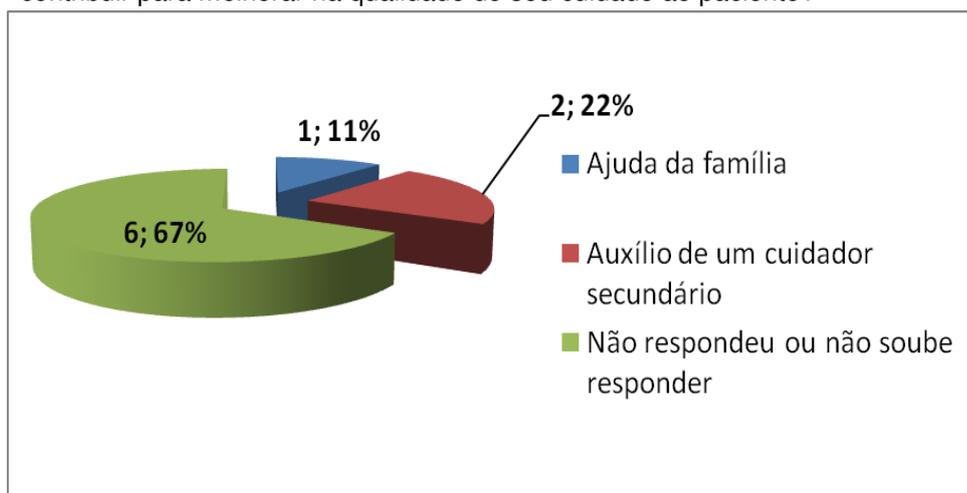
conjunto. Observando o Gráfico 2 pode-se notar que 78% dos cuidadores deste estudo relataram não ter tempo para si, sendo assim, é bem provável que tais cuidadores não tenham interações sociais, principalmente se não receberem ajuda de seus familiares.

Gráfico 11- Distribuição dos resultados relativos à questão:
Ser cuidador afeta negativamente seus relacionamentos?



Ao investigar sobre possíveis melhorias para exercer suas atividades como cuidador, o Gráfico 12, aponta que a maioria (67%) não respondeu ou não soube responder à esta questão.

Gráfico 12- Distribuição dos resultados relativos à questão: O que poderia contribuir para melhorar na qualidade do seu cuidado ao paciente?



A propósito, o fato dos cuidadores não responderem esta questão, com base no Gráfico 8, onde a maioria dos cuidadores considera que deveria fazer mais pela pessoa cuidada do que já estão fazendo, pode-se levantar a hipótese de que tais

cuidadores, talvez ficassem com vergonha em responder a esta questão, uma vez que é subjetiva. Porém, as demais respostas apontam com certa similaridade que a ajuda da família e o auxílio de cuidador secundário poderiam contribuir para melhorar a qualidade de vida do cuidador, bem como, a qualidade dos cuidados prestados ao familiar doente.

De acordo com Perlini e Faro (2005), a maioria dos cuidadores aponta ter dificuldades para cuidar do familiar doente. Além disso, os autores descrevem que as dificuldades maiores dos cuidadores no exercício de sua função não são relacionadas a execução de atividades propriamente dita, como o desempenho de uma tarefa, mas, as dificuldades que mais se destacam são de ordem subjetivas, relacionadas a dinâmica familiar e aos sentimentos dos cuidadores.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do momento que uma pessoa assume a condição de cuidador, inicia-se uma nova fase em sua vida, geralmente, rumo ao desconhecido, pois, a maioria dos cuidadores deste estudo não recebeu nenhuma instrução para lidar com o familiar enfermo. Dessa feita, surgem às dificuldades em lidar com os sintomas do doente, sendo assim, a falta de conhecimento técnico em oferecer cuidados ao familiar enfermo pode causar angústia e conflitos ao cuidador.

Todos os cuidadores apresentaram sintomas de estresse, observado o total da amostra que é composta de 09 cuidadores, sendo que a maioria encontra-se na Fase de Resistência, ou seja, 07 cuidadores; 01 cuidador encontra-se na Fase de Quase Exaustão e 01 cuidador na Fase de Exaustão. Como descrito na literatura, caso os cuidadores não recebam intervenções adequadas, os níveis de estresse poderão evoluir e passar às fases seguintes, então, as doenças poderão surgir ou se agravar sobre o estado de saúde do cuidador.

Em suma, a maioria dos cuidadores relatou que não dispõem de tempo para si, some-se a isso, o contraste entre sentir-se estressado, e, não sentir-se irritados pela responsabilidade de ser um cuidador informal, também, é evidenciado que a maioria relatou sentir-se sobrecarregado Algumas Vezes. Se comparado os resultados aqui demonstrados com a literatura relacionada, há claras evidências de que os cuidadores deste estudo também apresentam dificuldades em expressar seus sentimentos em relação à dinâmica dos cuidados prestados ao familiar enfermo.

Frise-se, que o zelo ao paciente em internação domiciliar implica em perceber e sofrer várias perdas para o cuidador, tais como: diminuição ou inexistência do lazer, trabalho, estudo, atividades sociais, relacionamentos interpessoal, entre outros. Além disso, todas essas mudanças na vida da pessoa são geradoras de estresse, somando ao fato das dificuldades cotidianas em lidar com o cuidado ao familiar enfermo, supõe-se existir elevada sobrecarga emocional e física sobre o cuidador.

Grupo preponderante dentre os cuidadores afirmou ter a saúde afetada pelo fato de ser um cuidador informal. Dimensionando os resultados obtidos, todos os cuidadores se encontram com estresse, 78% na Fase de Resistência, 11% na Fase de Quase Exaustão e 11% na Fase de Exaustão. Dessa forma, presume-se que

grande parte desse grupo passa a ter declínio em seu sistema imunológico, conseqüentemente, fica vulnerável a doenças, com o estado de saúde afetado pela condição de cuidador informal.

Comumente, os cuidadores projetam sentimentos que os fazem pensar que sempre estão em débito com a pessoa cuidada. A maioria dos cuidadores neste estudo relatou sentir que deveria fazer mais pela pessoa cuidada, do que já estão realizando, e, considerando-se que em sua maioria os cuidadores dedicam-se integralmente ao cuidado, há de se presumir a existência do sentimento de culpa na dinâmica familiar entre cuidador e a pessoa cuidada.

Aparentemente, no grupo avaliado, os cuidadores não sentem a sobrecarga financeira, pois, a maioria relatou que o orçamento financeiro é suficiente para o cuidado do familiar enfermo. Apesar dos resultados não indicarem sobrecarga financeira para a maioria da amostra, pelo menos um terço do grupo sente tal sobrecarga. A propósito, vale destacar que os pacientes em internação domiciliar de Ariquemes recebem assistência do sistema público de saúde, e, assim, as dificuldades financeiras são amenizadas.

Grande parte dos cuidadores apresenta objeção em relatar suas dificuldades ao exercer suas atividades na condição de cuidador. Provavelmente, a maior delas é lidar com o cuidado ao familiar doente, seja de ordem subjetiva ou relacionado à dinâmica familiar.

Visto que, os cuidadores não são formalmente instruídos para o exercício do cuidado ao paciente em internação domiciliar, pressupõe-se que a instituição do curso para capacitação de cuidadores informais é relevante, pois, o desconhecimento em lidar com os sintomas do paciente é agente causador de estresse.

CONCLUSÃO

Na amostra investigada, constatou-se que todos os cuidadores informais apresentaram sintomas de estresse, prevalecendo maior número na Fase de Resistência, com predominância de sintomas psicológicos.

O alto nível de estresse do cuidador, conforme resultados da investigação, está relacionado à inexistência de orientações da equipe de saúde para o manejo do cuidado ao paciente familiar, à baixa escolaridade, ao impacto sofrido pela mudança de vida, à perda ou ausência de vida social, à falta de tempo para si e às questões de ordem subjetiva.

Intervenções futuras para amenizar o estresse do cuidador poderão considerar os fatores apresentados e discutidos neste estudo, bem como utilizá-los para a elaboração de estratégias que atuem na redução do estresse dos cuidadores informais, e, conseqüentemente, do paciente. Assim, contribuirá com a melhoria na qualidade de vida dos cuidadores e dos pacientes na busca de melhores resultados no tratamento e do bem comum.

REFERÊNCIAS

BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. de M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 670-675, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Out. 2013.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 115-121, Fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Set. 2013.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 729-738, Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, DF, Out. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>>. Acesso em: 11 de Set. 2013.

BRONDANI, C. M. et al. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.3, p. 504-510, set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300012>>. Acesso em: 14 Jun. 2013.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, Fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2013.

CARVALHO, M. C. G. **A experiência do cuidar: o (des) amparo do cuidador familiar**. 2010. 115f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. Disponível em: <<http://sms.sp.homolog.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=503>>. Acesso em: 23 Set. 2013.

CARVALHO, P. A. L. de et al. O sentimento de coexistência e os cuidados à pessoa em sofrimento mental. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 658-665, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18308/pdf>>. Acesso em: 23 Out. 2013.

CASSIS, S. V. A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 497-501, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Set. 2013.

COSTA, M. et al. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 4, p. 217-222, Abr. 2007. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n4/04.pdf>>. Acesso em: 11 de Set. 2013.

COUTO, C. B. do. **O paciente oculto: revelando as conseqüências que o cuidar de um paciente portador de esclerose lateral amiotrófica promove na vida do cuidador familiar**. 2004. 226 f. Tese. (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://teses.ufrj.br/ip_d/ClaudiaBorgesCouto.pdf>. Acesso em: 23 de Set. 2013.

CRUZ, M. da N.; HAMDAN, A. C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 223-229, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun. 2013.

FARO, A. C. M. e. Uma proposta de levantamento de dados para a assistência à família e ao cuidador de lesados medulares. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.33, n.4, p. 334-341, Dez. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341999000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de set. 2013.

GRELHA, P. A. S. S. **Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário**. 2009. 175f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa. Lisboa.

HORA, E. C.; SOUSA, R. M. C. de; ALVAREZ, R. E. C. Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, vol.39, n.3, p. 343-349, Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Jun. 2013.

IWAMOTO, V. et al. Avaliação do estresse psicológico do cuidador primário do paciente com artrite idiopática juvenil. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 84, n. 01, p. 91-94, Fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun. 2013.

Lipp, M. E. N., Estresse emocional: A contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 347-349, 2001. Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n6/artigos/art347.htm>> Acesso em: 10 Set. 2013.

Lipp, M. E. N., **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.p. 81-82.

MANOEL, M. F. et al. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 346-353, Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Set. 2013.

MARQUES, S. Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral. **Interações**, Coimbra, v. 5, n. 9, p. 130-141, 2005. Disponível em: <<http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/171/175>>. Acesso em: 11 Out. 2013.

MIRANDA, J. F. et al. Análise do nível de estresse em cuidadores de crianças portadoras de necessidades especiais por meio do Questionário de LIPP. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 97-101, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92915037013>>. Acesso em: 12 set. 2013.

OLIVEIRA, S. G. et al. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 591-599, Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Jun. 2013.

ORSO, Z. R. A. **Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis – RS**. 2008. 116 f. Dissertação. (Mestrado em Gerontologia Biomédica). – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/14/TDE-2008-09-26T073552Z-1521/Publico/405286.pdf>. Acesso em: 11 de Set. 2013.

PEREIRA, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Dez. 2013.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. e. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 154-163, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Set. 2013.

PINTO, J. M. de S.; NATIONS, M. K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 521-530, Fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun. 2013.

REZENDE, V. L. et al. Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, vol.20, n.46, p. 229-237, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Jun. 2013.

ROCHA, B. M. P.; PACHECO, J. E. P. Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 50-56, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Ago. 2013.

RODRIGUES, L. de S.; ALENCAR, A. M. P. G.; ROCHA, E. G. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 271-277, Abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Set. 2013.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 493-500, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 de Set 2013.

SANTOS, N. M. de F.; TAVARES, D. M. dos S. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.4, p. 960-966, Ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Jun. 2013.

SANTOS, R. L. et al. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.38, n.4, p. 161-167, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Set. 2013.

SANTO, E. A. R. E. et al. Cuidando da criança com câncer: avaliação da sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 515-522, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4370>>. Acesso em: 28 de Ago 2013.

SARAIVA, K. R. de O. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 63-70, Mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a08v16n1.pdf>>. Acesso em: 14 Out. 2013.

SILVEIRA, T. M. O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 13-28, Jul. 2000. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2013.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 19-25, Mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/03.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2013.

STACCIARINI, J. M. R.; TROCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, Abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2013.

TRIGUEIRO, L. C. de L. et al. Perfil sociodemográfico e índice de qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência física. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 223-227, Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Set. 2013.

UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S.; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 685-698, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Nov. 2013.

APÊNDICE A – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FAEMA
Instituto Superior de Educação
ISE

Portaria MEC de Credenciamento Nº. 483, de 21/05/2007, D.O.U. de 22/05/2007.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo como objetivo Investigar e apresentar os resultados da análise descritiva dos níveis de estresse nos cuidadores primários dos pacientes usuários do Centro de Internação Domiciliar (CID), em Ariquemes-RO, realizarei a coleta de dados através de entrevista e aplicação do teste INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL) junto aos cuidadores de pacientes cadastrados no Centro de Internação Domiciliar (CID).

A participação dos cuidadores nesta pesquisa implicará em responder um formulário por meio de entrevista sem limite de tempo para as respostas e sem gravação de áudio, além disso, será aplicado o teste (ISSL). A coleta de dados será realizada individualmente e no domicílio de cada participante. Esclarecendo ainda que, não haverá nenhum risco aos participantes deste estudo, e que a qualquer momento o participante pode solicitar o esclarecimento das suas dúvidas, bem como, desistir de sua participação sem qualquer prejuízo.

Os dados e informações obtidos através da entrevista e do teste (ISSL) poderão ser publicados em artigos ou trabalhos científicos, sem qualquer ganho ou custo ao pesquisador, resguardando o sigilo da identidade dos participantes desta pesquisa.

O Professor Ms. Roberson G. Casarin (CRP 20/3871) é responsável por orientar e supervisionar essa pesquisa, o qual pode ser solicitado pelo telefone (69) 3536-6600, na FAEMA. Sendo assim, o acadêmico Alexandro Silva Nogueira regularmente matriculado sob nº 5583 é responsável por esta pesquisa.

Eu, _____ RG: _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso desistir quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim, pelo supervisor e o pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Ariquemes-RO, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do supervisor responsável

Assinatura do acadêmico responsável

Assinatura do participante



Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

APÊNDICE B – Modelo do Formulário

FORMULÁRIO APLICADO AOS CUIDADORES INFORMAIS

1. Idade do cuidador: _____
2. Gênero do cuidador:
 Masculino
 Feminino
3. Escolaridade do cuidador:
 Analfabeto
 Fundamental 01 (1º ao 5º ano)
 Fundamental 02 (6º ao 9º ano)
 Médio incompleto
 Médio
 Superior incompleto
 Superior
4. Estado civil:
 Solteiro (a)
 Casado (a)
 Viúvo (a)
 Divorciado (a)
 Outro
5. Qual a idade da pessoa que você presta cuidados? _____
6. Qual o gênero da pessoa que você cuida? Masc. Fem.
7. Há quanto tempo você presta cuidados a esta pessoa? _____
8. Quanto tempo você dispõe diariamente a tal cuidado?
 Manhã
 Tarde
 Noite
 Integral (tempo todo)
9. Qual o seu vínculo com a pessoa cuidada? _____
10. Você recebeu alguma instrução ou treinamento sobre os cuidados necessários á pessoa cuidada? Sim Não
11. Se a resposta foi sim. Onde?

12. Você sente-se preparado (a) para os serviços prestados à pessoa cuidada?
 Sim Não
13. Qual a sua principal dificuldade no cuidado prestado?

14. Você sente que a pessoa cuidada pede mais ajuda do que ele/ela realmente necessita?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

15. Você tem tempo para si?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

16. Sente-se estressado (a) em dividir o seu tempo com a pessoa cuidada e suas outras responsabilidades?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

17. Sente-se irritado (a) pela responsabilidade de cuidar do paciente?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

18. Ser cuidador afeta negativamente seus relacionamentos?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

19. Sente que a pessoa cuidada depende totalmente de você?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

20. A sua saúde foi afetada por causa do cuidado prestado ao paciente?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

21. Sente-se à vontade em receber visitas em sua casa?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

22. O orçamento familiar é suficiente para o cuidado do paciente?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

23. Sente que deveria estar fazendo mais pela pessoa cuidada?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

24. De forma geral, quando se sente sobrecarregado (a) por ser o cuidador?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

25. O que poderia contribuir para melhorar na qualidade do seu cuidado ao paciente?

ANEXO A – Carta de Anuência



PREFEITURA DE ARIQUEMES
SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Carta de Anuência

Na condição de Coordenadora do Centro de Internação Domiciliar de Ariquemes – Ro, autorizo a realização da pesquisa, “O ESTRESSE NOS CUIDADORES DE PACIENTES EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR”, junto aos pacientes cadastrados nesta instituição, podendo utilizar toda a infraestrutura/material disponível (Salas de atendimento, material de gravação audiovisual, etc.). A referida pesquisa tem como responsável o professor Roberson Geovani Casarin (CRP 20/3871), fazendo parte da equipe o acadêmicoAlexsandro Silva Nogueira.

Ressalvo, porém, que tal pesquisa só poderá ser iniciada após aprovação do CEP/FAEMA (Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente).

Ariquemes – Ro, 09/10/2013

Diretora Do Centro de Internação Domiciliar



ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E
MEIO AMBIENTE FAEMA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O ESTRESSE NOS CUIDADORES DE PACIENTES EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Pesquisador: Roberson Geovani Casarin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19508713.8.0000.5601

Instituição Proponente: UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 439.476

Data da Relatoria: 26/11/2013

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa possui relevância social, uma vez que busca Conhecer os níveis de estresse nos cuidadores primários dos pacientes usuários do Centro de Internação Domiciliar (CID), em Ariquemes- RO.

Objetivo da Pesquisa:

Possui como objetivo específico: investigar e apresentar os resultados da análise descritiva dos níveis de estresse;

Averiguar a prevalência dos níveis de estresse.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios de acordo com a Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas solicitações foram encaminhadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas solicitações de acordo.

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

Todas as pendências foram providenciadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado após análise do colegiado.

ARIQUEMES, 29 de Outubro de 2013

Assinador por:
Vera Lúcia Matias
Gomes Geron
(Coordenador)