

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE *STRESS* EM CUIDADORES DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E OVÁRIO EM TRATAMENTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO MEIO-OESTE DE SANTA CATARINA

Cláudia Bernadete Zibetti Veiga^{*}
Ana Patrícia Alves Vieira Parizotto^{**}
Scheila Beatriz Sehnem^{***}
Adarly Kroth^{****}

RESUMO

O cuidador de paciente acometido pelo câncer é um indivíduo que se recolhe a uma vida voltada para o ser doente, por vezes vivenciando conflitos internos em virtude da grande responsabilidade que assume, pois o câncer interfere em aspectos fundamentais da vida do paciente e do cuidador. No presente estudo teve-se como objetivo avaliar o nível de *stress* dos cuidadores de pacientes diagnosticados com câncer de colo de útero e ovário que se encontravam em tratamento em um Hospital Universitário do Meio-Oeste de Santa Catarina. O método de pesquisa utilizado foi de caráter qualiquantitativo, tendo como instrumentos de coleta de dados uma entrevista com roteiro semiestruturado e aplicação do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp. Participaram cinco sujeitos, sendo quatro do gênero feminino e um do gênero masculino; 60% da população apresentaram *stress*, visto que estavam na fase de resistência, com predominância de sintomas psicológicos. Dessa forma, neste estudo revelou-se que o *stress* é um fator que deve ser considerado por todos, pois pode acarretar o desenvolvimento de doenças nos sujeitos, dificultando a realização dessa tarefa. A implantação de centros de apoio psicológico é de vital importância pelas entidades que possuem uma proximidade com esses indivíduos.

Palavras-chave: *Stress*. Cuidador. Câncer.

1 INTRODUÇÃO

Grande parte da população mundial é acometida pelo câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012), doença que se caracteriza por crescimento descontrolado e pela capacidade de migração e colonização de outros órgãos, resultado de alterações em genes que controlam crescimento, divisão e morte celular durante a vida do indivíduo; a cura, o diagnóstico precoce e o aumento da sobrevida são os objetivos com o tratamento do câncer. Quando isso não for possível, o foco deve ser a melhora da qualidade de vida do paciente (LOPES; IYEHASU; CASTRO, 2008).

Ressalte-se que o aumento dos números de casos de doenças crônicas como o câncer faz com que muitos familiares passem a desempenhar um novo papel diante da sociedade, tornando-se cuidadores, o que, por vezes, faz com que essas pessoas deixem de realizar suas atividades diárias para estar ao lado de um ente querido com diagnóstico de câncer (CRUZ; HANDAN, 2008; LOPES; IYEHASU; CASTRO, 2008; GRATAO et al., 2012).

* Graduada no Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; claudiazibetti@hotmail.com

** Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina; ana.parizotto@unoesc.edu.br

*** Mestre em Educação pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; scheila.sehnem@unoesc.edu.br

**** Mestre em Ciências Biológicas – Fisiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Professora no Curso de Fisioterapia na Universidade do Oeste de Santa Catarina; Rua Getúlio Vargas, 2125, Flor da Serra, 89600-000, Joaçaba, Santa Catarina, Brasil; adarly.kroth@unoesc.edu.br

Ao abordar sobre a qualidade de vida do paciente, inevitavelmente emerge a figura do cuidador, pessoa de extrema importância no tratamento e/ou recuperação desse paciente acometido por doença crônica, que estará diretamente ligado ao paciente, expondo-se a inúmeros riscos de adoecer, tanto no físico quanto no psicológico, o que ocorre por meio da sobrecarga mediante o que esse indivíduo estará vivenciando (LOPES; IYEVASU; CASTRO, 2008).

A sobrecarga gerada sobre os cuidadores pode acarretar o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, fadiga e uso de medicamentos psicotrópicos, além de ter sua saúde prejudicada, o que poderá ocasionar a falta de condições para cuidar do paciente. Não obstante, os problemas físicos, como queixas somáticas ou problemas psíquicos, manifestam-se por distúrbios como, por exemplo, o *stress*, que constitui uma das vias de expressão do desconforto emocional. Da mesma forma, o ato de cuidar pode ter efeitos sociais e econômicos que comprometem todos os aspectos da vida do cuidador (GRATAO et al., 2012). Diante disso, neste estudo teve-se como objetivo avaliar o nível de *stress* dos cuidadores de pacientes com câncer de colo uterino e ovário em tratamento em um Hospital Universitário do Meio-Oeste de Santa Catarina.

1.1 CÂNCER E O CUIDADOR

O câncer ocupa um lugar de destaque no contexto das doenças crônico-degenerativas com mais de 11 milhões de novos casos e sete milhões de mortes por ano em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). No Brasil, as estimativas para o ano 2013 apontaram a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012). O termo câncer é empregado para designar mais de uma centena de diferentes doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células as quais invadem tecidos e órgãos e que, posteriormente, dividem-se rapidamente, com uma característica de apresentarem maior agressividade, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012).

O Ministério da Saúde, em 2013, declarou que o câncer é uma doença de alta prevalência global, em que se verifica o aumento da mortalidade a partir dos 30 anos de idade, em especial, na população geriátrica, na qual se concentram as maiores taxas. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2013), o câncer de colo do útero, também chamado de cervical, apresenta demora considerável para que se desenvolva, visto que as alterações das células que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente no exame preventivo (Papanicolau), por isso é importante a sua realização periódica. Sabe-se que a principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), com alguns subtipos de alto risco relacionados a tumores malignos, sendo o segundo tumor mais frequente na população feminina, perdendo somente pelo câncer de mama e representando a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil.

No ano 2010, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (2013), foram registradas 4.986 vítimas fatais, no Brasil houve uma evolução na capacidade de realizar diagnóstico precoce, e na década de 1990 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva, o estágio mais agressivo. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada de *in situ*, um tipo de lesão localizada que, se diagnosticada precocemente e tratada adequadamente, tem praticamente 100% de chance de cura. Ainda, as estimativas, feitas pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca), em 2012, apontaram para 2013 17.540 novos casos desse câncer.

Enquanto o câncer de ovário é um tipo de tumor ginecológico pouco frequente e mais difícil de ser diagnosticado, é também o de menor chance de cura. Cerca de três quartos dos cânceres desse órgão apresentam-se em estágio avançado no momento do diagnóstico, visto que a maioria dos tumores de ovário é carcinoma epitelial (câncer que se inicia nas células da superfície do órgão), o mais comum, ou tumor maligno de células germinativas, que originam os espermatozoides e os ovócitos.

Os fatores hormonais, ambientais e genéticos estão diretamente relacionados ao aparecimento do câncer de ovário. A história familiar é considerada um fator de risco isolado de grande relevância e deve ser sempre observada. Aproximadamente 10% dos casos apresentam componente genético ou familiar e 90% são esporádicos, isto é, sem fator de risco conhecido. Estimativas para 2013 são de 6.190 novos casos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2013).

Pode-se afirmar que o câncer vem se tornando cada vez mais comum e pode causar danos devastadores para famílias inteiras, principalmente quando o chefe da família adoece, sendo ele o provedor da única fonte de renda, bem como quando um dos pais é acometido pela doença e os filhos passam a exercer atividades de cuidador da família, deixando de levar suas vidas dentro do padrão esperado para a idade (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012).

Há uma tendência para que sejam transferidos à família os cuidados desses pacientes oncológicos, havendo, dessa forma, um aumento da sobrecarga de cuidados, especialmente quando o câncer está com seu curso avançado (FLORIANI; SCHRAMM, 2006). Nesse contexto surge o cuidador, o qual é responsável por cuidar da pessoa doente ou dependente, facilitando o exercício das atividades diárias do paciente, como alimentação, higiene pessoal, além de aplicar a medicação de rotina e acompanhá-lo nos serviços de saúde, como outros requeridos no seu cotidiano, excluindo, para tal, técnicas ou procedimentos identificados exclusivos de outras profissões legalmente estabelecidas (GRATAO et al., 2012).

Contudo, a dinâmica da atividade de cuidar em domicílio pode gerar ambiguidade identificada pelo bem-estar e pela tensão entre os familiares. O bem-estar é gerado nas situações em que os recursos familiares atendem à demanda de cuidados (FINK SV, 1995 apud DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005). Os autores esclarecem que quando esses recursos são insuficientes, a demanda da própria família pode desencadear tensão no contexto familiar pelo aumento dos conflitos entre os seus membros, pela falta de resolução dos problemas e pelas tarefas não concluídas. Conforme Santos e Sebastiani (2001 apud VOLPATO; SANTOS, 2007), nem sempre a família e os familiares apresentam uma estrutura adequada para absorver todas as demandas que a situação de doença requer, visto que esse processo contribui para a instalação de uma crise no núcleo familiar.

O cuidador, segundo Thomas, Morris e Harman (2002 apud FLORIANI; SCHRAMM, 2006), abarca grandes responsabilidades para si, acompanha o paciente em sua “jornada do câncer”, em suas várias etapas (diagnóstico, tratamento, recidivas da doença e retratamentos, encaminhamento para cuidados paliativos), atravessando-as, em geral, de modo árduo e penoso, motivado por esperança de cura, mas, também, com desilusões, sofrimentos e importante carga de trabalho dispensada ao paciente, vivências que tendem a se intensificar com a evolução da doença. A função de cuidar é assumida por uma única pessoa, denominada “cuidador principal”. Essa pessoa assume e se responsabiliza pelas tarefas de cuidado, sem contar, na maioria das vezes, com a ajuda de outro membro da família ou de profissionais, representando, assim, o elo entre paciente/família e equipe de saúde (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Segundo Diogo, Ceolim e Cintra (2005), a designação do cuidador é informal, sendo resultado de uma dinâmica, embora possa parecer que esse processo atende a certas regras fundamentadas em quatro fatores: o parentesco (em sua maioria, os cônjuges); o gênero (predominantemente a mulher); a proximidade física (quem convive com o paciente) e; ainda, a proximidade afetiva (estabelecida pela relação conjugal e pela relação entre pais e filhos).

Segundo Wanderley (1998 apud DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005), pesquisas nacionais e internacionais apontam que os cuidadores são, em uma hierarquia, as esposas, a filha mais velha ou a nora mais velha, e a filha solteira ou viúva. Assim, a mulher evidencia-se como a “grande cuidadora”, a quem foi atribuído esse papel cultural e social, ao cuidar dos filhos, do marido, dos doentes e dos velhos. A esse respeito, afirma-se que a experiência de cuidar de familiares sugere para a mulher uma “carreira de cuidador”.

Entretanto, apesar do papel de “grande cuidadora” atribuído à mulher, decorrente das mudanças estruturais da família atual, da inserção da mulher no mercado de trabalho e do grau de incapacidade do paciente, outro membro da família colabora no cuidado, o denominado “cuidador secundário”, que cuida ocasionalmente, sem o compromisso e a responsabilidade formal pelo cuidado, dividindo a responsabilidade com o cuidador principal, auxiliando-o e substituindo-o quando necessário, além de fornecer retaguarda financeira ou ajuda em situações específicas como, por exemplo, no transporte, nas atividades sociais e nas atividades financeiras (PAVARINI; NERI, 2000).

Percebe-se que uma doença crônica como o câncer pode acarretar inúmeros transtornos, tanto ao portador que vivencia e sofre com a doença e tratamentos necessários quanto ao responsável pelo cuidado. Tal fato se deve à necessidade do cuidador em desempenhar o papel de cuidar, o que pode gerar mudanças e sobrecarga, desencadeando *stress* e conseqüentemente interferindo na vida e na saúde física e psicológica do cuidador.

1.2 STRESS

O *stress* é inevitável, faz parte da vida humana e é alvo de diversos estudos na área da saúde, já que existe uma preocupação com as conseqüências que ele pode trazer para a qualidade de vida do ser humano (STRAUB, 2005). Segundo Malagris e Fiorito (2006), os primeiros estudos sobre *stress* na área da saúde foram realizados por Hans Selye, no ano 1930, definindo a reação de *stress* como uma “síndrome geral de adaptação” na qual o organismo visa readquirir a homeostase perdida diante certos estímulos. Mais tarde, Selye (1974 apud LIPP; MALAGRIS, 1995) redefiniu o termo *stress* como “[...] resposta não específica do corpo a qualquer exigência.” (LIPP; MALAGRIS, 1995).

A definição para *stress*, segundo Lipp e Malagris (2001) pode ser definida como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, irrite-a, amedronte-a, excite-a ou confunda-a, ou mesmo que a faça imensamente feliz. As causas do *stress* podem ser tanto de demandas internas ou externas do indivíduo, sendo avaliado por este de acordo com os recursos que disponibiliza para manter seu bem-estar (LAZARUS; FOLKMAN, 1991 apud SIMONETTI; FERREIRA, 2008). Dessa forma, os eventos não são em si estressantes ou não, o que vai determinar essa condição é o modo como são interpretados (STRAUB, 2005).

Conforme Carpentieri, Leão e Siqueira (2002), o *stress* pode se apresentar de diversas formas, negativas ou positivas. O *stress* negativo é o *stress* em excesso, ocorrendo quando a pessoa ultrapassa seus limites e esgota sua capacidade de adaptação. O organismo fica destituído de nutrientes e a energia mental fica reduzida, afetando sua produtividade e capacidade de trabalho, gerando danos na qualidade de vida, o que pode, posteriormente, levar a pessoa a adoecer. Já o *stress* positivo é classificado como o *stress* em sua fase inicial, isto é, a “fase de alerta”.

Para Nunomura, Teixeira e Caruso (2004), o *stress* pode ser físico, psíquico (ou emocional) ou misto, sendo este último, sem dúvida, o mais comum, visto que normalmente o *stress* físico leva ao psíquico, pois a dor (além de outros inconvenientes que podem estar associados ao *stress* físico) induz aos estados emocionais intensos.

1.3 AS QUATRO FASES DO STRESS

O modelo trifásico de evolução do *stress*, proposto por Selye (1956 apud GOULART JUNIOR; LIPP, 2008, p. 848), indica que o processo de *stress*, a chamada “síndrome geral de adaptação”, compreende três

fases: fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão. A fase de alarme inicia quando a pessoa se depara com o estímulo estressor, e, nesse momento, o organismo gera mecanismos para reverter a homeostasia. A fase de resistência ocorre quando o indivíduo é exposto por um longo período de tempo a um agente estressor, nessa fase, o organismo tenta restabelecer o equilíbrio interno de um modo reparador, utilizando as reservas de energia adaptativa, na tentativa de se reequilibrar. Caso a reserva de energia adaptativa for suficiente, o indivíduo se recupera. Do contrário, o agente estressor exige mais esforço de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, então o organismo se enfraquece e se torna vulnerável a doenças.

Sabe-se que, se a resistência da pessoa não for suficiente para lidar com a fonte de *stress* ou se houver concomitantemente a ocorrência de outros estressores, acontecerá a evolução do processo de estresse, surgindo a fase de exaustão. Dessa forma, por consequência haverá o aumento das estruturas linfáticas, podendo ocorrer a exaustão psicológica e a depressão, a exaustão física se manifestará e, ainda, a pessoa poderá desenvolver doenças (GOULART JUNIOR; LIPP, 2008).

Lipp (2000), ao validar o Inventário de Sintomas de *Stress* para adulto de Lipp (ISSL), identificou que existe outra fase do *stress*, designada quase exaustão, por se encontrar entre as fases de resistência e exaustão. Para a autora, nessa fase o processo do adoecimento se inicia e os órgãos que possuem maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração. Pode-se dizer que as pessoas não entram em exaustão subitamente, há um período de transição antes dessa fase, período em que a pessoa não esteja mais sendo capaz de resistir, mas ainda não tenha atingido a exaustão completa (LIPP, 2000).

1.4 AS FONTES DE STRESS

A fonte de *stress* ou estressor é a denominação dada a algum evento que gera *stress*. Existem vários tipos de estressores e muitas vezes o que estressa uma pessoa não estressa outra (MIQUELIM; CARVALHO; PELÁ, 2004). Conforme preceitua Lipp e Malagris (1995), é considerado um estressor qualquer evento que confunda, amedronte ou excite a pessoa; tal evento é um estímulo que pode ser de origem interna ou externa ao indivíduo; os estímulos internos são “[...] tudo aquilo que faz parte do mundo interno, das cognições do indivíduo, seu modo de ver o mundo, seu nível de assertividade, suas crenças, seus valores, suas características pessoais, seu padrão de comportamento, suas vulnerabilidades, sua ansiedade e seu esquema de reação à vida.” Já os estímulos externos se referem aos acontecimentos da vida da pessoa, como dificuldades financeiras, acidentes, mortes, doenças, conflitos, questões político-econômicas do país, ascensão profissional, desemprego e problemas de relacionamento no trabalho.

Dessa forma, pode-se afirmar, segundo Straub (2005), que o que vai determinar o desenvolvimento de um quadro de *stress* excessivo ou não será a associação entre os estímulos internos e externos, além das estratégias de enfrentamento do indivíduo, pois a interpretação inadequada dada aos eventos levará ao desenvolvimento de *stress* excessivo.

2 MÉTODO

Este estudo consistiu em uma pesquisa descritiva, quali-quantitativa, desenvolvida em um Hospital Universitário do Meio-Oeste catarinense. A amostra deste estudo foi composta de cinco indivíduos, de um total de oito cuidadores de pacientes com câncer de colo de útero e/ou de ovário que se encontravam em tratamento em um Hospital Universitário do Meio-Oeste catarinense. Primeiramente foi contatada a Instituição coparticipante para a realização do estudo. Após, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina, sendo aprovado, com número do parecer 292.682.

2.1 PROCEDIMENTO

A coleta de dados com os cuidadores foi realizada em uma sala designada pela orientadora pedagógica do Hospital. Na ala oncológica foram abordados todos os cuidadores dos pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero e ovário, momento este em que lhes foi explicitado o objetivo do presente estudo. Mediante aceitação foi disponibilizado a eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após, foi realizada uma entrevista composta por 11 questões, sendo seis fechadas e cinco abertas, contendo variáveis como: idade, gênero, cidade onde reside, profissão, escolaridade, grau de relação interpessoal com o paciente, tempo como cuidador, se cuidador primário ou secundário, se recebe apoio psicológico, se participa de algum grupo de apoio a cuidadores e qual a maior dificuldade em ser cuidador.

Após a entrevista foi aplicado o Inventário de Sintomas de *Stress* para adulto de Lipp (LIPP, 2000), o qual avalia a presença de *stress*, as fases deste (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão) e o tipo de sintoma mais frequente (físico ou psicológico). Ressalte-se que os nomes dos participantes pesquisados foram mantidos em sigilo. Após o período de entrevistas foram analisados os resultados que são apresentados conforme as Tabelas a seguir aludidas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ato de cuidar é influenciado pelas características individuais de cada um, entretanto, cada cuidador é um ser diferente, com potencialidades e capacidades distintas, o qual vive momentos singulares atribuindo significado diferente aos seres humanos.

Neste estudo foram entrevistados cinco indivíduos de um total de oito, que desempenham a função de cuidador, isso representou 62,5% da população (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização em frequência simples (f) e porcentagem (%) dos participantes (n=5) de acordo com as variáveis sociodemográficas

Variável	Especificação	F	%
Gênero	Feminino	4	80
	Masculino	1	20
Faixa etária em anos	Até 30 anos	2	40
	Acima de 50 anos	3	60
Profissão	Aposentado	1	20
	Dona de casa	3	60
	Atividade laborativa	1	20
Reside no município que se encontra o Hospital	Sim	-	-
	Não	5	100
Escolaridade	Ens. fund. inc.	1	20
	Ens. fund. compl.	2	40
	Ens. médio incompl.	2	40
Grau de parentesco	Cunhada	2	40
	Esposo	1	20
	Filha	1	20
	Irmã	1	20

Fonte: os autores.

Ao analisar o perfil sociodemográfico dos cuidadores, constatou-se que a amostra foi constituída de quatro sujeitos do gênero feminino (80%) e um sujeito do gênero masculino (20%), demonstrando a prevalência feminina no ato de cuidar. Tal fato remete aos achados de Ignacio et al. (2011), os quais confirmam tal prevalência ao relatar que a realidade de nossa cultura demonstra que a mulher possui o instinto de cuidar e fornecer o apoio necessário às diversas situações de dificuldade apresentadas quando diagnosticada uma doença crônica.

Em relação à média de idade entre os sujeitos, conferiu-se que 40% apresentavam até 30 anos e, 60%, acima de 50 anos, concordando com a afirmação de Trigueiro et al. (2011) ao descreverem que as mulheres adultas e idosas preponderam nesses cuidados (Tabela 1). Percebe-se que, em sua maioria, tratam-se de pessoas com idades mais avançadas, donas de casa (60%), aposentados (20%), ou seja, pessoas que dispõem de maior tempo para se dedicar aos cuidados de um ente querido, que, não raras vezes, abrem mão de sua própria vida para cuidar integralmente do paciente. Segundo Grelha (2010), a maioria dos cuidadores pertence à categoria de operário não qualificado, como donas de casa (51,25%), seguindo-se de operário qualificado (balconista ou empregado de mesa) (30%), desempregado (12,5%), funcionário público (5%) e, por fim, o profissional liberal (1,3%), o que vem ao encontro dos resultados obtidos neste estudo.

Oportuno salientar que quanto ao grau de instrução dos cuidadores, verificou-se que todos eles apresentaram baixo nível de escolaridade, concordando com os estudos de Franco (2012). Em relação à cidade que residiam, constatou-se que nenhum cuidador residia no município onde se encontrava o Hospital, no qual foi realizado a pesquisa, visto que todos residiam em municípios da região do Meio-Oeste catarinense.

Quanto ao grau de parentesco dos cuidadores com os pacientes, a maior porcentagem foi composta por indivíduos com grau de parentesco indireto (cunhados) e uma porcentagem menor de parentesco direto (cônjuges, filhos e irmãos – Tabela 1). Esse achado vem corroborar a afirmação de Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008), os quais citam que nem sempre um cuidador familiar é a pessoa que possui laços consanguíneos, mas vínculos emocionais. E complementa Franca (2004 apud AZEVEDO; PINTO, 2010) citando que em alguns casos a pessoa não escolhe ser o cuidador, a família a elege de maneira inconsciente para tal e ela acaba assumindo o cargo. Algumas circunstâncias têm sido atribuídas para contribuir com isso, como habitação, fatores econômicos, disposição, entre outras.

Em relação ao perfil dos cuidadores (Tabela 2), verificou-se que 60% dos indivíduos exercem a função de cuidar a menos de um ano, enquanto 40% exercem entre dois e cinco anos.

Tabela 2 – Caracterização em frequência simples (f) e porcentagem (%) dos participantes (n=5) de acordo com o perfil do cuidador

Variável	Especificação	F	%
Tempo como cuidador	Até 1 ano	3	60
	Acima de 1 ano	2	40
Designação do cuidador	Primário	3	60
	Secundário	2	40
Participa de apoio psicológico/ grupo de apoio	Sim	-	-
	Não	5	100

Fonte: os autores.

Entendendo que o tempo dos cuidados com os pacientes oncológicos dependerá da evolução dos tumores, da velocidade do crescimento tumoral, do órgão no qual o tumor está localizado, dos fatores constitucionais de cada pessoa e de fatores ambientais, entre outros (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011), pode-se entender a variação do tempo de cuidar apresentada pelos cuidadores.

Entre os cinco cuidadores, 60% eram cuidadores primários e 40% secundários, em que se pode observar que nem sempre o cuidador primário estará com o doente durante seu tratamento. Sabe-se que o cuidador é

responsável por prover ou coordenar os recursos requisitados pelo paciente, desde aquele que somente auxilia nos cuidados até aquele que oferece dedicação exclusiva por longos períodos; nesse contexto, cuidador primário é aquele que tem a maior responsabilidade dos cuidados, o qual fica mais tempo com o paciente, já o cuidador secundário auxiliará o cuidador principal, um voluntário (ARAUJO et al., 2009), acompanhando as idas e vindas ao Hospital, como aconteceu com esses cuidadores secundários da pesquisa.

Um dado de grande relevância é o fato de que 100% dos cuidadores entrevistados não contam com apoio psicológico ou fazem parte de grupos de apoio a cuidadores; esses dados se assemelham aos estudos de Pitceathly; Maguire (2003 apud FLORIANI; SCHRAMM, 2006) onde relata através de estudo de revisão sobre as repercussões psicológicas do câncer na família do paciente, a ausência de uma rede de suporte aos cuidadores de pacientes com câncer avançado. Para Topinková (1995 apud FLORIANI; SCHRAMM, 2006), as intervenções com os cuidadores somente serão efetivas se pensadas, programadas e estabelecidas nesses diferentes níveis (físico, psicológico, social e financeiro). Dentro dessa perspectiva têm sido sugeridos modelos de intervenções que incluam um suporte adequado ao cuidador, como o proposto por Emanuel (1998 apud FLORIANI; SCHRAMM, 2006) com a formulação de estratégias para abordar melhor o cuidador e o paciente.

As possíveis causas desse resultado encontrado na pesquisa (Tabela 2) podem estar ligadas a vários fatores, como: o desconhecimento do próprio cuidador quanto aos cuidados que deve ter consigo diante da situação estressante à qual está vinculado, o fato do próprio cuidador não saber onde procurar esse tipo de apoio e mesmo a preocupação extrema com o paciente, que acaba por fazê-lo esquecer-se de sua própria saúde. Afinal, como bem citado por Winnicott “Cuidar é dar espaço ao outro em si mesmo.”

Levine e Zuckerman (1999 apud FLORIANI; SCHRAMM, 2006) propõem aos gestores e aos profissionais dos programas de assistência que enfoquem as questões relativas ao papel, às responsabilidades, ao *stress* da família e do cuidador por meio de três grandes vias: um processo educativo e de construção de habilidades com o cuidador; o estabelecimento de uma parceria dinâmica com a família, com divisão de responsabilidades e; um canal de comunicação contínuo com o paciente e sua família, acrescentando a importância de que não se encare as famílias como problemas.

Ao analisar o nível de *stress* dos participantes, os resultados obtidos pelo Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de Lipp (LIPP, 2000) apontaram que 60% do total dos cuidadores apresentaram indicadores de presença de manifestações de *stress*. Entre os que apresentaram *stress*, todos se encontravam na fase de resistência, com sintomatologia predominante de ordem psicológica (Tabela 3).

Tabela 3 – Resultados obtidos por meio do Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de Lipp (ISSL)

Variável	Especificação	F	%
Apresenta <i>stress</i>	Sim	3	60
	Não	2	40
Fase de <i>stress</i>	Alerta	-	
	Resistência	3	60
	Quase exaustão	-	
	Exaustão	-	
Predominância de sintomas	Físicos	-	-
	Psicológicos	3	100

Fonte: os autores.

Segundo Selye (1956 apud GOULART JUNIOR; LIPP, 2008), a fase de resistência ocorre quando sendo o estressor de longa duração ou de grande intensidade, o organismo tenta restabelecer o equilíbrio interno de um modo reparador. Foi observado que, embora os entrevistados estejam nessa fase, dois deles estão próximos da fase de quase exaustão, o que pode sinalizar um certo risco, pois é um período em que a pes-

soa não está mais sendo capaz de resistir, podendo haver o início do processo do adoecimento em órgãos que possuem uma maior vulnerabilidade genética ou adquirida, passando a mostrar sinais de deterioração (LIPP, 2000). Apesar de os sintomas físicos observados nos cuidadores não apresentarem predominância na fase de resistência (Tabela 3), a presença das sensações de desgaste e cansaço, relatada pelos cuidadores, é frequente.

Um dado importante foi que dois cuidadores de gênero feminino, com faixa etária até 30 anos, encontravam-se na fase de resistência, apresentando sintomas de prevalência psicológica e eram cuidadores secundários. Isso remete à situação de que outros estímulos possam estar desencadeando o *stress*, haja vista que o cuidador secundário, segundo a literatura, é quem está menos envolvido com o doente e consequentemente apresenta menores níveis de *stress*, diferente dos achados desta pesquisa, pois segundo Gonçalves et al. (2006), cuidar de um paciente em tempo prolongado exige exposição constante dos cuidadores a riscos de adoecimento, pois principalmente aqueles que são cuidadores únicos assumem total responsabilidade e, com isso, estão sempre sobrecarregados.

Uma possível razão, segundo Cella e Bonomi (1995 apud REZENDE et al., 2010), é que quando a mulher assume cuidar de uma paciente com câncer ginecológico, confronta-se a todo o instante com a possibilidade de também adoecer, o que é extremamente desgastante emocionalmente, demonstrando que o fator idade e comprometimento em relação a desenvolver o papel de cuidador secundário pode desencadear o *stress*. Rezende et al. (2010) afirmam que o bem-estar foi associado à faixa etária. Quanto mais novo o cuidador, pior o seu bem-estar. Outro fator importante é que os cuidadores vivenciam temores e fantasias relacionados à herança genética do câncer, imaginam que também poderão desenvolver a doença, desenvolvendo ansiedade quanto a isso (ERBLICH; BOVBJERG; VALDIMARSDOTTIR, 2000; SILVA, 2003 apud REZENDE et al., 2010). Nesse sentido, uma atenção especial aos cuidadores do sexo feminino, principalmente às filhas, necessita ser praticada, pois é a população mais frequente e vulnerável conforme os achados revelados por este estudo (REZENDE et al., 2010).

Importante salientar que, dos cuidadores que não apresentaram *stress* (40%), pois não se enquadraram nas fases de *stress* de Lipp (2000), foi observado que possuíam um ou outro sintoma isolado de *stress*, porém não conclusivo para o diagnóstico. Esses sujeitos eram cuidadores primários, com idade acima de 50 anos. Tal dado pode revelar que a idade, considerada uma maior experiência de vida, pode ser um fator que faça que estes consigam lidar e resistir de forma mais significativa diante dos mais diferentes agentes de *stress*. Corroborando esse achado, Oliveira e Cupertino (2005) afirmam que é pertinente notar que a porcentagem de sintomas de *stress* diminui nos grupos com o avanço da idade, pois participantes mais velhos ampliam seu repertório sobre enfrentamento de dificuldades e aumentam o senso de autoeficácia.

Pode-se perceber, por meio dos resultados obtidos, que a tarefa de ser cuidador, tanto primário quanto secundário, é uma tarefa desgastante, e a obtenção do *stress* vai depender da forma que a pessoa administra sua vida e suas emoções, e, ainda, de que forma ela atribui significados aos acontecimentos. Tal fato pode ser confirmado pelos preceitos de Neme e Lipp (2010), ao advertirem que o processo de enfrentamento do *stress* dependerá, em grande parte, dos recursos sociais e psicológicos do indivíduo. Esse processo manifesta-se de modo distinto em diferentes indivíduos e pode variar, no mesmo indivíduo, em diversos momentos de seu ciclo vital, em situações ou contingências variadas, dependendo de como é percebido e avaliado.

Os cuidadores relataram, durante a entrevista, sobre algumas das dificuldades encontradas durante o ato de cuidar:

SA: “Tem que ter muita paciência, principalmente após a uma hora da manhã, quando a mãe sente dores e perde o sono.”

SB: “Três a quatro dias depois da quimioterapia, ela fica muito mal e a gente fica junto.”

SC: “Dormir, no período de cirurgia dela. No mais eu só aprendi, é uma lição de vida pra mim. Ela tem uma força.”

SD: “Depois da quimioterapia, ela fica com náusea e tem vômitos, por uns oito dias.”

SE: "Dificuldade em melhorar a autoestima dela em relação à aparência, devido à quimioterapia." (informações verbais).

Percebe-se que cada cuidador reage de uma forma singular diante da doença que acomete seu ente querido, alguns relatam a necessidade de paciência, insônia, dificuldades em lidar com a autoestima do paciente, entre outros. Já outros percebem que tal situação se manifesta como uma lição de vida, pois aprendem com isso a valorar sua saúde e essencialmente a família.

De acordo com Hisada (2011), cada indivíduo apresenta formas distintas de viver e adoecer. O tipo de doença e a época da vida em que ela se manifesta têm relação com a sua história, com a natureza dos seus conflitos intrapsíquicos e com a maneira de lidar com eles, o que pode ser claramente percebido por meio dos relatos dos cuidadores referenciados; enquanto alguns estão mal, entregues e com dificuldade de melhorar sua autoestima, outros encontram força para lutar contra a doença, a qual todos pensam já não existir.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se, neste estudo, que a sobrecarga gerada sobre os cuidadores pode desenvolver diversos sintomas psiquiátricos, fadiga e uso de medicamentos psicotrópicos, além de ter sua saúde prejudicada, o que pode ocasionar a falta de condições para cuidar do paciente.

Constatou-se que a maioria dos cuidadores é do gênero feminino, e, ainda, que se tratam de parentes dos pacientes, em sua maioria com idade acima de 50 anos. Pode-se afirmar que tal dado ocorre diante do fato de as mulheres, por sua natureza, apresentarem instinto cuidador, seja dos filhos, dos pais, de pessoas idosas, seja de pessoas enfermas.

Ainda, cumpre dizer que a maioria dos cuidadores entrevistados encontra-se com *stress* na fase de resistência, fase esta de extrema preocupação, pois significa que tais indivíduos são mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas, além de que todos não contam com apoio psicológico ou não fazem parte de grupos de apoio de cuidadores. Outro dado considerado preocupante refere-se ao fato de que os cuidadores, sem perceber, podem, com o tempo, adoecer com o paciente, tanto no físico quanto no psicológico.

Foi possível perceber que se faz necessário, entre as próprias entidades hospitalares, o desenvolvimento de um centro de apoio psicológico aos cuidadores de pacientes com doenças crônicas, para que possam ter acesso e apoio necessários quanto a saber lidar com situações de *stress*, as quais inevitavelmente surgirão no decorrer da doença e, com isso, podem não apenas cuidar e zelar de sua própria saúde, mas também auxiliar ainda mais o paciente, mostrando-se otimistas em relação à melhora daquele, sem ficar exaustos diante da doença.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, L. Z. S de. et al. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, fev. 2009.

AZEVEDO, B. F.; PINTO, M. H. Caracterização dos cuidadores de pacientes oncológicos. **Arq. Ciênc. Saúde**, 2010.

BICALHO S. C.; LACERDA R. M.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2008.

- CARPENTIERI, M.; LEÃO, L. S. C.; SIQUEIRA, C. M. **Autoprodução de stress e o stress no ambiente de UTI**. Recife, 2002.
- CRUZ, M. N.; HAMDAN, A. C. **O impacto da doença de Alzheimer no cuidador**. Maringá: June, 2008.
- DIOGO, M. J. D'E.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. **Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência**. *Revista ESC. EMFERM*, São Paulo, 2005.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2006.
- GOULART JUNIOR, E.; LIPP, M. E. N. Estresse Entre professoras faça ensino fundamental de Escolas Públicas Estaduais. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 13, n. 4, 2008.
- GRATAO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto and Contexto Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 304, 2012.
- GRELHA, P. A. S. S. **Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário: estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida**. 2010. Tese (Mestrado em Medicina – Cuidados Paliativos)–Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.
- HISADA, S. **Conversando sobre psicossomática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.
- IGNACIO, M. G. et al. Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: revisão de literatura. *Psicologia Hospitalar*, v. 9, n. 1, p. 24-46, 2011.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do Câncer: abordagens para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br>>. Acesso em: 12 maio de 2013.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br>>. Acesso em: 14 set. 2012.
- LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. **Manejo do estresse. Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas: Psy, 1995.
- LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. O stress emocional e seu tratamento. In: Rangé, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- LOPES, A.; IYAYASU, H.; CASTRO, R. M. **Oncologia para a graduação**. 2. ed. São Paulo: Tecmedd, 2008.
- MALAGRIS, L. E. N.; FIORITO, A. C. C. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*, Campinas, out./dez. 2006.
- MIQUELIM, J. D. et al. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. *DST–Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 16, n. 3, p. 24-31, 2004.
- NEME, C. M. B.; LIPP, M. E. N. **Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer**. Brasília, DF: [s.n.], 2010.

NUNOMURA M.; TEIXEIRA, L. A. C.; CARUSO M. R. F. Nível de estresse em adultos após 12 meses de prática regular de atividade física. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 3, n. 3, 2004.

OLIVEIRA, B. H. D.; CUPERTINO, A. P. F. B. Diferenças entre gênero e idade no processo de estresse em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 8, n. 2, 2005.

PAVARINI S. C. I.; NERI A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE Y.; DIOGO M. J. D'E. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

REZENDE, V. L. et al. Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 46, ago. 2010.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2008.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TRIGUEIRO, L.C. 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, set. 2011.

VOLPATO, F. S. **Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores**. São Paulo: Imaginário, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer**. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/>>. Acesso em: 21 out. 2013.