

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

GRACIELI CAMILA COSTA RÉGIS

**ESTRESSE DE CUIDADORES DE IDOSOS: UMA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

MOSSORÓ
2012

GRACIELI CAMILA COSTA RÉGIS

**ESTRESSE DE CUIDADORES DE IDOSOS: UMA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Monografia apresentada à banca
examinadora da Faculdade de Enfermagem
Nova Esperança de Mossoró – FACENE-
RN, como exigência parcial para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Jussara Vilar Formiga

MOSSORÓ
2012

GRACIELI CAMILA COSTA RÉGIS

**ESTRESSE DE CUIDADORES DE IDOSOS: UMA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Monografia apresentada pela aluna GRACIELI CAMILA COSTA RÉGIS do Curso de Bacharelado em Enfermagem da FACENE-RN, tendo obtido conceito, _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Jussara Vilar Formiga (FACENE-RN)
Orientadora

Prof. Ms. Thiberio de Souza Castelo (FACENE-RN)
Membro

Prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE-RN)
Membro

Ao meu avô João Firmino Régis (In Memoriam) que sempre me disse pra eu ter paciência que tudo na minha vida aconteceria no momento certo.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me guiou durante toda essa trajetória, e não me deixou desistir nos momentos de dificuldade, quando achei que não era capaz, e me iluminou durante minhas orações tão aflitas.

A minha amada e guerreira mãe **Francineide Lins**, a quem sou imensamente grata por ela ter dado o “pontapé inicial” para minha caminhada acadêmica, que foi a primeira a acreditar que eu era capaz de ser uma grande profissional e me cobriu de amor de mãe durante esses difíceis quatro anos de luta.

Ao meu querido pai e herói **Régis**, que fez esse sonho se tornar possível apostando tudo em mim, sua filha caçula, que me diz sempre que este é o início de uma longa caminhada que eu ainda posso ir muito além. Serei eternamente grata pelos ensinamentos que me foi ofertado.

No início professora, depois orientadora e hoje amiga **Jussara Vilar Formiga**, por ter sido tão compreensiva com minhas dificuldades. A ela, minha gratidão, por tantas vezes ter confiado em mim e ter dito que eu era capaz, por ter me ajudado a tornar este sonho realidade, por ter sido essencial nesta minha caminhada. As palavras pouco podem expressar a significância de sua sabedoria para a concretização deste trabalho. “Quando crescer quero ser uma enfermeira como você.”

Ao meu amado esposo **Éder**, que nesses quatro anos me apoiou, que enxugou minhas lágrimas quando eu acreditava que não seria capaz, por ter sempre me dado tanto amor e estar ao meu lado todos os dias de nossas vidas.

A minha querida irmã **Gracy**, que me entende e sente minhas angústias e tomou pra ela os meus problemas quando eu não tive tempo ou coragem de resolvê-los, cuidando e olhando por mim sempre.

Aos meus familiares com quem sempre pude contar, em especial minha avó **Tininha** e minha tia **Iza** que foram motivo de expiração para este trabalho, e me deram abrigo e colo sempre que precisei.

Aos meus colegas de classe por todos os momentos que passamos juntos e por todas as conquistas feitas em grupo, em especial agradeço as amigas que conquistei **Bruna Gabrielly**, **Louise Teresa** e **Samara Naiara**, que estiveram comigo desde o início do curso, me explicando os conteúdos e re - explicando quando necessário. Estas amigas tiveram paciência com meu jeito de ser, e criaram um vínculo maravilhoso de amizade que vai além dos portões da Faculdade, quero sempre tê-las ao meu lado para sonharmos e rimos tanto quanto durante esses quatro anos. “Vocês são parte da minha

enfermagem”. Agradeço também as colegas que fizeram parte desse último estágio acadêmico, foi muito bom estar todo esse tempo com pessoas tão significantes.

Aos membros da minha banca examinadora **Verusa Fernandes** por ter dado aulas durante o curso tão importantes e por correções e opiniões que vieram a somar para o meu trabalho de monografia, e **Thiberio de Souza** que com seu potencial, conhecimento e dedicação tornou o meu trabalho mais rico e gratificante. Agradeço a vocês por disponibilizarem tempo para fazer parte de minha trajetória.

A todos os **professores e preceptores** da FACENE-RN, que me ensinaram o que é a Enfermagem e passaram muito de seus conhecimentos para mim durante esses quatro anos.

A bibliotecária **Vanessa**, que por muitas vezes dedicou o seu tempo ao meu trabalho e por ter tornado ele mais valoroso. E ressaltando ela, lembro e agradeço á todos os funcionários desta instituição por terem feito parte desta longa caminhada.

Ao **laboratório CACIM**, que me deu a oportunidade de conciliar estudo com trabalho, enxergando como era difícil fazer as duas coisas ao mesmo tempo. Pude assim contar por todo esse tempo com a compreensão de todos que formam a família CACIM, aos amigos que fiz por lá que torciam sempre quando viam a minha aflição em um momento de estudo. Muito Obrigada!

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff.

RESUMO

A atenção à saúde da pessoa na Terceira Idade, sendo realizada embasada no novo modelo de atenção à saúde do idoso no Brasil e no Mundo, e na teoria do CUIDADO proporcionam formas de relações entre cuidador e pessoa cuidada que passam a significar uma relação de solicitude, atenção e proteção para com os idosos. Considerando que o ato de cuidar como voluntário e complexo tomado por sentimentos diversos e contraditórios que devem ser compreendidos como parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada torna-se importante avaliar a presença de estresse entre os cuidadores, tendo em vista que este estresse pode ser um fator de risco da ocorrência de situações de violência contra os idosos ou de adoecimento do próprio cuidador. Trata-se de uma pesquisa científica de campo com abordagem quantitativa e descritiva. A pesquisa foi realizada numa Unidade Básica Saúde da Família no município de Mossoró/RN. Embasado no questionário de Avaliação para Sobrecarga de Cuidadores de Idosos ou Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, o instrumento constitui-se de um formulário que foi aplicado e está baseado em uma Escala Likert. Foram utilizados os testes não paramétricos do Qui-Quadrado e Exato de Fisher. O nível de significância adotado será 95% ($p < 0,05$). Na segunda etapa de análise dos dados, as questões foram descritas separadamente em: Sentimentos do cuidador quanto a sua própria pessoa e Sentimentos do cuidador quanto ao idoso, cujos resultados foram analisados utilizando o teste não paramétrico pareado de Wilcoxon para comparação entre médias. O estudo teve como objetivo avaliar o estresse nos cuidadores de idosos atendidos na atenção primária de saúde. Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro deste ano levando em consideração a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e também o que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução 311/07. Os resultados encontrados apontam para uma amostra composta predominantemente por pessoas com faixa etária entre 40 a 65(60%) anos de idade, do sexo feminino (87%), com nível de escolaridade de 8 anos ou mais (90%), casados (47%) majoritariamente de renda média (56,7%). Quanto ao tema em questão, de uma forma geral, concluímos que a maioria dos cuidadores (63,3%) foi considerada como NÃO ESTRESSADA. Tratando os dados descritos de forma comparativa entre dois grupos distintos: sentimentos gerados pelo cuidador quanto a sua própria pessoa e sentimentos gerados pelo cuidador quanto à pessoa idosa foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os sentimentos dos dois grupos em questão. No primeiro grupo os cuidadores não foram considerados estressados (Média = $2,0 \pm 0,9$) ao passo que no segundo grupo, os mesmos foram considerados estressados (Média $3,0 \pm 0,8$). A empatia que pode ser desenvolvida por uma personalidade afetuosa na pessoa do idoso, os laços familiares e a disponibilidade de escuta são fatores que podem levar o cuidador a uma tolerância ao estresse. Levados em consideração, esses aspectos podemos confirmam que, nesta pesquisa, os cuidadores sentem-se sobrecarregados por questões relacionadas à preocupações com o próprio idoso, sendo seus próprios sentimentos considerados menos importantes neste relacionamento.

Palavras – Chave: Cuidadores. Idoso. Estresse ocupacional.

ABSTRACT

The health care of the person in the Third Age, being held grounded on new model of healthcare for the elderly in Brazil and in the World, and the theory of CARE provide forms of relations between carer and cared person that come to mean a relationship of concern, attention and protection for the elderly. Considering that the act of caring like volunteer and complex, taken by different feelings and mixed that should be understood as part of the relationship between the carer and the cared person becomes important to evaluate the presence of stress between the caregivers, considering that this stress may be a risk factor the occurrence of violence situations against the elderly or caregiver's own illness. It is a scientific field research with quantitative and descriptive approach. The survey was conducted in in a Basic Unit of Family Health in Mossoró/RN. Based upon the Evaluation for Overload of Elderly Caregivers questionnaire or Scale Overload of Zarit Caregiver, the instrument consists of a form that was applied and is based on a Likert Scale. We used the Chi-Square and Fisher Exact nonparametric tests. The significance level adopted will be será 95% ($p < 0,05$). In the second step of data analysis, issues were described separately in: caregivers' feelings for his own person and caregivers' feelings for the elderly, the results were analyzed using the nonparametric test paired Wilcoxon for comparison of means. The study aimed evaluate the stress in caregivers of elderly served in primary health care. Data were collected in the months September and October in this year, taking into account the Resolution 196/96 of National Health Council and also what governs the Code of Ethics for Professional Nursing, in Resolution 311/07. The results found point to a composite sample predominantly by persons aged between 40 and 65 years old (60%), female (87%), with education level of 8 years or more (90%), married (47%) mostly middle-income (56,7%). About the topic in question, generally speaking, conclude that most caregivers (63,3%) was considered as NOT STRESSED. Treating the data described in a comparative form between two distinct groups: feelings generated by the caregiver as his own person and feelings generated by the caregiver for the elderly, differences were observed like statistically significant between the feelings of two groups in question. In the first group, caregivers were not considered stressed (Média = $2,0 \pm 0,9$), while the second group, they were considered stressed (Média $3,0 \pm 0,8$). The empathy that can be developed by an affectionate personality in the person of aging, family ties and the availability of listens are factors that can lead a caregiver to stress tolerance. Taken into consideration these aspects, we can confirm that, in this research, caregivers feel overwhelmed by issues related to concern with the elderly, being his own feelings considered less important in this relationship.

Key-words: Caregivers. Elderly. Occupational Stress.

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1** - Caracterização da amostra segundo idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil e renda per capita 25
- GRÁFICO 2** - Distribuição da amostra segundo sentimentos gerados pelo cuidador quanto a sua própria pessoa..... 28
- GRÁFICO 3** - Distribuição da amostra segundo se o cuidador sente que por causa do tempo que gasta com o idoso não tem tempo suficiente para si mesmo..... 29
- GRÁFICO 4** - Distribuição da amostra segundo se o cuidador sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com o idoso 30
- GRÁFICO 5** - Distribuição da amostra sentimentos do cuidador quanto a pessoa cuidada 31
- GRÁFICO 6** - Distribuição da amostra segundo se o cuidador sente que poderia cuidar melhor do idoso..... 32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3.1 O CUIDADO	14
3.2 O CUIDADOR	14
3.3 A PESSOA IDOSA NA FASE DO ENVELHECIMENTO E O SUPORTE FAMILIAR	15
3.4 POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO.....	17
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO.....	21
4.2 LOCAL DA PESQUISA	21
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	21
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS.....	22
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	23
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	24
4.8 FINANCIAMENTO	24
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	25
5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	25
5.2 DADOS REFERENTES AO TEMA EM QUESTÃO	27
5.2.1 Sentimentos gerados pelo cuidador quanto a sua própria pessoa	27
5.2.2 Sentimentos gerados pelo cuidador quanto a pessoa cuidada	30
5.2.3 Sentimentos gerados pelo cuidador quanto a sua própria pessoa x sentimentos gerados pelo cuidador quanto a pessoa idosa.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES.....	40
ANEXO	45

1 INTRODUÇÃO

A precária assistência à saúde pública no Brasil na década de 70, fez surgir o Movimento Sanitário Brasileiro, que buscava transformar o modelo hegemônico médico-assistencialista em crise, por meio de um projeto neoliberal. Na década de 80, tendo em vista este movimento foi se dando forma às mudanças do sistema de saúde, as reivindicações ficaram intensas solidificando assim a Reforma Sanitária Brasileira, concretizada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) que criaram o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2007; FONTINELE JÚNIOR, 2008).

No ano de 1990 com a criação do SUS surgiram no Brasil mudanças assistenciais de grande importância, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que futuramente veio dar impulso para a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que surgiu com a finalidade de acabar com atenção voltada apenas para a pessoa adoecida e a partir daí prestar assistência a família como um todo (VIANA; DALPOZ, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) neste cenário de profundas modificações, veio também na década de 90 introduzir o conceito de Envelhecimento ativo, dando apoio ao envelhecimento saudável, prestando serviços como manter a otimização as oportunidades de saúde e uma melhoria na qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, bem como um favorecimento de práticas de atividades físicas e acesso à alimentos saudáveis no cotidiano e no lazer, além do incentivo a redução do consumo de tabaco (BRASIL, 2006a).

Ainda na década de 90 surgiu a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pela lei 8.842/94, com ela nasceu uma nova forma de abordagem do problema do idoso. Em especial foi dada uma atenção maior as suas funcionalidades e o decaimento destas. Aliado a esta política, a legislação brasileira criou o Estatuto do Idoso (EI) para reforçar as leis já existentes na PNI assegurado pela lei nº 10. 741/2003, formulada com a participação de entidades de defesa dos direitos dos idosos, com apoio absoluto do Estado (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003; JUSTO; ROZENDO, 2009).

O Pacto pela Saúde, publicado na portaria /GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, lançou também o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população idosa brasileira, sendo uma das suas seis fortes problemáticas: a saúde do idoso. Neste mesmo ano, os idosos brasileiros obtiveram outra importante conquista a criação da Política

Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria GM nº 2.528, considerando este envelhecimento e perante o aumento acelerado da população idosa, o atendimento a estas pessoas deixa de ser meramente voltado a prolongar a vida, e passa a dar ênfase ao prolongamento da capacidade funcional do indivíduo que ficou definida de maneira que a atenção a saúde destas pessoas teria como porta de entrada a Atenção Básica, que tem como a finalidade recuperar, promover e manter a autonomia e a independência dos idosos (SALIBA, et al., 2009; BRASIL, 2006a)

Respaldados por todo esse novo modelo de atenção à saúde do idoso no Brasil e no mundo, e embasados pela teoria do CUIDADO, percebemos que este passou a significar uma relação de solicitude, atenção e proteção para com os idosos, já que ao sentirmo-nos envolvidos e comprometidos com o que cuidamos também nos preocupamos e nos inquietamo-nos (BOFF, 2003).

O interesse pelo tema que se refere aos idosos surgiu inicialmente pelos cuidados que dispenseo a uma idosa de convívio familiar e especificamente a sobrecarga de trabalho dos cuidadores de idosos que veio por meio do estímulo da professora da disciplina Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, por fim também incentivando o meu trabalho como orientadora.

Justifica-se ainda a escolha desse tema pelas importantes contribuições que sensibilizarão os profissionais de saúde que trabalham com pessoas idosas a cerca do estresse sofrido pelos cuidadores, tornando-os assim mais cautelosos ao tratarem do assunto.

O assunto foi escolhido por acreditar que os cuidadores sentem-se na maioria estressados durante o tempo que prestam cuidados aos idosos.

Diante desta hipótese apresentamos o seguinte problema de pesquisa. Será que os cuidadores sentem-se na maior parte do tempo estressados ao prestarem cuidados aos idosos?

Apresentamos a seguir os objetivos deste estudo

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o estresse nos cuidadores de idosos atendidos na atenção primária de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sócio econômico dos cuidadores de idosos.
- Avaliar como os cuidadores se sentem ao cuidar de idosos.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 O CUIDADO

Segundo Leonardo Boff (2003, p.33):

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O Ministério da Saúde (2008) em considerações práticas ao cuidador refere que cuidar é se sensibilizar com a situação do outro de uma maneira que consiga perceber suas alegrias, medos, dores, diante de seus gestos ou falas, e a partir dessa percepção o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma especializada tendo em vista sua forma criativa, conhecimentos e idéias, deve-se dar importância ao estado físico e mental da pessoa a ser cuidada, pois o cuidado humanizado visa além do estado físico, levando em consideração o estado mental deste indivíduo a sua história de vida, suas limitações em virtude de uma possível patologia, seu estado emocional e motivações.

Complementando essa idéia, Boff (2003) ainda refere que o cuidado significa uma relação amorosa para com a realidade, importa um investimento de zelo, desvelo, solicitude, atenção e proteção para com aquilo que tem valor e interesse para nós. De tudo o que amamos, também cuidamos e vice-versa. Pelo fato de nos sentirmos envolvidos e comprometidos com o que cuidamos, cuidado comporta também preocupação e inquietação. O cuidado e a cura devem andar de mãos dadas, pois representam dois momentos simultâneos de um mesmo processo.

3.2 O CUIDADOR

Segundo Mendes, Miranda e Borges (2010, p. 410), “o cuidador é aquele que assume a responsabilidade de dar suporte ou incentivar a realização das atividades de vida diária, tendo em vista a ascensão da qualidade de vida do idoso cuidado”.

O Ministério da Saúde (2008) conceitua o cuidador como uma pessoa da família ou da sociedade especializada ou não em cuidar de alguém que necessite de ajuda seja por ser idoso, estar acamado ou possua necessidades físicas ou mentais. Ele deve zelar pela integridade da pessoa que precisa de cuidado de modo que deve-se abranger alimentação, educação, higiene pessoal, necessidades físicas e mesmo lazer. O cuidador deve, no entanto, apenas interferir nas atividades que a pessoa a ser cuidada não consiga executar sem ajuda, não deixando que esse indivíduo o faça de empregado. É importante ressaltar que o cuidador não tem obrigações de técnicas da enfermagem por não ser formado para essa profissão, mais que o mesmo pode ter ajuda do serviço de saúde pública para melhoria do cuidado.

3.3 A PESSOA IDOSA NA FASE DO ENVELHECIMENTO E O SUPORTE FAMILIAR

Atualmente várias teorias vêm sendo criadas para explicar e dar conceito ao sentido da palavra família. Constantemente as famílias vêm sofrendo processos de modificações e variações, moldando-se aos acontecimentos diários. As sucessões de novos eventos, o poder de cada um dos elementos familiares e o estabelecimento de novos papéis, interagem mostrando o potencial mutante das famílias em busca de equilíbrio (BRASIL, 2006a).

No entanto, no Brasil, as políticas públicas voltadas para o idoso apresentam a família nuclear como alvo dos instrumentos jurídicos ao estabelecerem que os filhos maiores tenham o dever de ajudar e amparar os pais na velhice e ainda que os programas de apoio ao idoso devam acontecer de preferência no interior dos domicílios. Porém, diversas configurações assumidas atualmente pela família apontam para a fragilidade do modelo da família nuclear da heterogeneidade de posições que o idoso pode ocupar em cada um desses casos (DEBERT; SIMÕES, 2006).

Nos sistemas familiares funcionais, a aliança familiar busca balancear os acontecimentos do cotidiano, procurando constância emocional para solucionar os problemas diários a partir de seus próprios recursos, sejam eles financeiros ou emocionais. Entre a família é criado meios para que se possa concretizar uma harmonia interna de forma integrada e funcional, cuidadosamente a fim de zelar pelo bom convívio de maneira funcional, isso garante aos profissionais recursos sistemáticos e terapêuticos, de suma importância para a assistência ao idoso (BRASIL, 2006a).

Neste contexto, o envelhecimento como um processo diferencial e ativo que requer sempre adaptações ao longo da vida, vem impor adaptações valorosas para a inclusão da família, de forma que seja prestado um tipo de suporte que se enquadre no processo psicológico e social do envelhecido. Quando o idoso entra em um quadro de senilidade cabe aos familiares constituir uma responsabilidade elevada, podendo aqui o familiar também ser denominado de cuidador (FERNANDES, 2005).

De fundamental importância para a concretização de um programa de assistência domiciliar, o cuidador do idoso pode ser escolhido pela família, formando assim um elo família-idoso ou ainda a função ser assumida por um próprio membro familiar, seja por instinto, disponibilidade ou capacidade (DIOGO; DUARTE, 2006).

Para a compreensão dos familiares e cuidadores que prestam assistência aos idosos torna-se importante que estes conheçam no processo de envelhecimento, os conceitos de senescência e senilidade, já que ambos merecem cuidados diferenciados. A senescência se trata do processo gradual de deterioramento físico e mental, que ocorre naturalmente no circuito de vida humana. Já a senilidade é o processo patológico que acomete pessoas idosas a um decaimento físico acentuado que vem acompanhado de desordem mental (SILVA, et al. 2007).

Ao criar o conceito de Envelhecimento Ativo, a Organização Pan-Americana de Saúde busca visar melhorias nesta fase de vida. Dessa forma o Envelhecimento Ativo como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, tende a contribuir para a realização do objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (FERNANDES, 2005).

Considerando este Envelhecimento e perante o aumento acelerado da população idosa, o atendimento a estas pessoas deixa de ser meramente voltado a prolongar a vida, e passa a dar ênfase ao prolongamento da capacidade funcional do indivíduo, tendo em mente que o idoso deve manter-se independente e ativo por um período mais duradouro. O idoso deve ser avaliado de forma integral com a finalidade que os cuidados sejam prestados mantendo sua capacidade funcional garantida (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

Ainda segundo os autores mencionados acima, ao avaliarmos a funcionalidade dos idosos devemos observar suas condições de realizar as Atividade de Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As AVD's têm em vista o equilíbrio, a mobilidade e a capacidade de executar tarefas para o seu próprio cuidado, como tomar banho, vestir-se, fazer necessidades fisiológicas ou comer, já as AIVD's

referem-se as capacidades do idoso de conduzir tarefas no ambiente em que vive diante das ações como: preparar refeições, deveres domésticos, tomar medicações ou até mesmo dirigir automóveis.

Sendo o cuidador a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau), para algumas dessas pessoas a tarefa de cuidar pode trazer satisfação, sensação de orgulho, e melhora no relacionamento com idoso. No entanto, na maioria dos casos o que prevalece é a sensação de sobrecarga ou ônus sucedido do estresse emocional do idoso, do desgaste físico, problemas de saúde e limitações. Além disso, é importante ressaltar que o cuidador não é um funcionário submisso, pois em diversas ocasiões o mesmo é quem vai tomar certas decisões quanto a melhor maneira de conduzir o idoso, fugindo assim de regras (DIOGO; DUARTE, 2006).

O Ministério da Saúde, considerando que o ato de cuidar é como voluntário e complexo tomado por sentimentos diversos e contraditórios que devem ser compreendidos como parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada orienta como importante avaliar a presença de estresse entre os cuidadores, tendo em vista que este estresse pode se um fator de risco da ocorrência de situações de violência contra os idosos ou de adoecimento do próprio cuidador (BRASIL, 2006).

3.4 POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Para uma melhor compreensão da evolução das ações e serviços que promovam qualidade de vida aos idosos no Brasil, torna-se necessário inicialmente a compreensão do modo como se encontrava a assistência à saúde pública em nosso país e as mudanças sociais, políticas e sanitárias que ocorreram na década de 70, tratando-se do movimento sanitário que já buscava transformar o modelo hegemônico médico-assistencialista que estava em crise, por meio de um projeto neoliberal (BRASIL, 2007).

Na década de 80, com o advento da nova república e a redemocratização do país, os movimentos sociais intensificaram-se dando origem à Reforma Sanitária, já que o sistema previdenciário estruturado durante a ditadura, seguindo etapas na tentativa de melhoria de assistência a saúde pública, não conseguiu oferecer assistência à população de forma adequada (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Segundo o autor supracitado o governo começou, então, a elaborar planos semelhantes aos da Reforma Sanitária, com características como: implantação de uma

rede de serviços básicos apontando para a descentralização do setor, pregando a participação popular e a integração dos ministérios de saúde e da previdência – PREV-saúde, no entanto sem sucesso.

Considerando-se que o governo, desde os anos 70, não conseguia assegurar suas propostas para que houvesse então melhoria na assistência à saúde da população brasileira, em 1986, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, inovada pela participação da sociedade lutando por seus direitos conseguiu a defesa da saúde enquanto um valor universal e constituiu-se um marco para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (FIGUEIREDO, 2008).

Os conceitos e propostas firmados pelo relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 serviram como base para a concretização das propostas da Reforma Sanitária com a implantação do SUS pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), considerada como uma das mais avançadas no mundo (BRASIL, 2009).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 em seu art. 196 define saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo este garantido por políticas sociais e econômicas visando à redução do risco de doença e de outros agravos. Aponta também para o acesso universal, igualitário, bem como as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Após a criação do SUS em 90, foram alcançadas duas mudanças assistências importantes para o Brasil, surgiu então o Programa de Saúde da Família (PSF) no ano de 1991, e após a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PSF, surgiu com o objetivo de acabar com a sistematização voltada apenas para o indivíduo e sim ter a família como um todo no seu foco principal. Diante disso o PACS pôs as equipes de agentes comunitários nas comunidades para que acompanhasse de perto o estado de saúde-doença da população (VIANA; DALPOZ, 2005).

Os programas propostos sintetizam o cuidado de forma que o usuário não fique desassistido nem nas Unidades Básicas de Saúde e nem em seu domicílio, a assistência será dada por equipes que são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes de saúde, que facilitará o atendimento e prestação de serviços (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Considerando a transição demográfica da população mundial e conseqüentemente o envelhecimento da população no mundo inteiro, a OMS na década de 90 ao introduzir o conceito de envelhecimento ativo veio incluir, além dos cuidados com a saúde, outras contribuições para o envelhecimento saudável, como: a otimização

as oportunidades de saúde, uma melhoria na qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas e um favorecimento de práticas de atividades físicas e acesso à alimentos saudáveis no cotidiano e no lazer, bem como a redução do consumo de tabaco (BRASIL, 2006a).

Também na década de 90, com o surgimento da Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pela lei 8.842/94 surgiu uma nova abordagem a problemática do idoso, especialmente quanto a preocupação no sentido da diminuição de suas funcionalidades que contribuem para o comprometimento de suas funções, sejam elas mentais, fisiológicas ou educacionais do dia a dia. O enfoque principal da PNI firmou-se em manter esta pessoa idosa incluída de maneira humanizada na sociedade de modo que ela se sinta uma pessoa digna de estar no seu meio familiar e social, contribuindo para a diminuição de internamentos sejam eles hospitalares ou em asilos (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A PNI busca garantir ao idoso a assistência à saúde nos diversos níveis de assistência, motivando os profissionais de saúde a promoção de grupos familiares e sociais com condições para motivar a autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade (BRASIL, 1994).

A legislação brasileira também avançou com a promulgação de um novo instrumento para reforçar as diretrizes das leis existentes na PNI, o Estatuto do Idoso (EI). Este foi elaborado com a participação de entidades de defesa dos direitos dos idosos, com apoio absoluto do Estado. O mesmo é assegurado pela lei nº 10. 741/2003, o EI disponibiliza normas e preceitos para pôr em prática as políticas públicas e benefícios prestados a população idosa, considerando idosa a pessoa acima de 60 anos (JUSTO; ROZENDO, 2009).

Referindo-se ao direito à saúde, o EI assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, sendo-lhe garantido o acesso universal e igualitário e ainda que os serviço de saúde devem atender a critérios que atendam às necessidades do idoso, promovendo a capacitação dos profissionais, bem como a orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2008).

Reafirmando os princípios básicos de cidadania e trabalhando considerando uma proposta chamada discriminação positiva, que sugere atendimento prioritário imediato e especializado, seja em órgão público ou privado, o EI propõe a criação de escolhas alternadas na participação e convivência com outras gerações, realiza

programa de capacitação com profissionais de saúde ou mesmo com a família do idoso contendo informações sobre o cuidado do mesmo (GONÇALVES, FONSECA 2003).

No ano de 2006 para ainda melhorar a qualidade de vida da população brasileira, priorizando também o método de convívio com a pessoa idosa foi criado o Pacto pela Saúde, publicado na portaria /GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, firmado pelo comprometimento dos gestores do SUS em volta de prioridades instituídas através de metas nacionais, estaduais ou municipais, que mostram força sobre a situação da saúde da população brasileira. As prioridades pactuadas foram divididas em seis fortes problemáticas sendo estas: a saúde do idoso, o controle de câncer de colo do útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (SALIBA, et al., 2009).

Dentre as seis prioridades pactuadas pelas esferas do governo, três delas tinham especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006a).

Na área do idoso foram priorizados aspectos que levem à melhorias no âmbito familiar, ambulatorial e hospitalar, com isso foi proposto que se deve trabalhar de maneira que mantenha a pessoa idosa confortável com as suas ações mantendo sua participação social valorizada, sendo que de maneira saudável e encorajadora. O Pacto pela Saúde ressalta ainda como de grande importância que seja seguido as recomendações do Ministério da Saúde (MS), que têm como apontador as diretrizes contidas na PNI (BRASIL, 2006b).

Também em 2006, com a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, ficou definido que a atenção à saúde dessa população teria como porta de entrada a Atenção Básica, ou seja, a Estratégia Saúde da Família, podendo, se necessário ter como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006a).

A PNSPI, aplicada na atenção básica com a sua finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS deve praticar cuidados às pessoas idosas numa abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos,

psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido (BRASIL, 2006c).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo se trata de uma pesquisa científica de campo, que se enquadra no método de abordagem quantitativa e descritiva.

Segundo Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa de campo é aquela que tem como finalidade conseguir informações e conhecimentos em volta de uma problemática, para a qual se procura uma resposta ou uma hipótese que se queira confirmar, não sendo então o mesmo que a coleta de dados, pois objetivos preestabelecidos discriminarão o que deve ser coletado.

O método quantitativo é caracterizado pelo emprego da quantificação nas modalidades de coleta de informações, segundo Richardson (2010, p. 70):

(...) o método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências.

A pesquisa de tipo descritiva tem como objetivo principal apresentar as características de determinada população ou fenômeno entre variáveis relações. Uma das características mais significativas está na utilização de técnicas padrões para a coleta de dados. As pesquisas descritivas servem também para proporcionar uma nova visão de problemas, podendo ser eles de qualquer ordem social (GIL, 2009).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica Saúde da Família localizada no Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança CAIC-CARNAUBAL, no município de Mossoró-RN, situado na Rua Souza Leão, SN, Belo Horizonte, CEP: 59605-310.

O local de pesquisa foi escolhido devido à facilidade do acesso e a disponibilidade da existência neste Local de pesquisa de um grupo de cuidadores de idosos cujos componentes encontram-se periodicamente.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população escolhida para este estudo consistiu em todos os cuidadores de idosos que são cadastrados nas ESF's que funciona no CAIC-CARNAUBAL e que buscam os serviços que neste setor são prestados. Desta população foi retirada uma amostra de 30 (trinta) cuidadores de idosos que compareceram à UBSF no período da coleta e que possuíam idade superior a 18 anos, sendo o cuidador principal do idoso a que nos referimos (pessoa que mais ajuda a pessoa idosa) e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), comprovando sua aceitação em participar da pesquisa. Foram excluídos os cuidadores que apresentaram dificuldade significativa para responder aos questionamentos solicitados ou ainda os que se negaram a participar da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento utilizado para coleta de dados foi constituído pelo questionário de avaliação para sobrecarga de cuidadores de idosos ou escala de sobrecarga do cuidador de Zarit.

De acordo com Fernandes (2009), foi originalmente utilizado para medir a sobrecarga de pessoas que cuidavam de doentes portadores de demência, sendo posteriormente direcionado para a Gerontologia. Abrange as dimensões objetivas e subjetivas do cuidador, e outros aspectos como carga física associada a prestação dos cuidados, limitações para o tempo de si devido o cuidar, custos econômicos e o impacto sobre as relações interpessoais.

O formulário que foi aplicado está baseado em uma escala Likert. As escalas de Likert, ou escalas somatórias apresentam várias assertivas sobre um assunto, no entanto o entrevistado escolhe um único item de acordo com à sua resposta à questão. O objetivo da diversidade de assertivas é a liberdade para que os seus respondentes coloquem seu verdadeiro sentimento em relação ao que lhe foi perguntado (OLIVEIRA, 2001).

A esse instrumento foram adicionadas questões a cerca do perfil sócio-econômico-demográfico dos cuidadores em virtude da ausência destes no instrumento propriamente dito.

Dessa forma podemos dizer que o instrumento completo foi composto por um formulário, cujas perguntas foram preenchidas pelo próprio entrevistador por ocasião da entrevista, facilitando a abordagem da população idosa (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Ainda para os mesmos autores este instrumento é usado para uma abordagem de quase todos os membros de determinada população, independente também do nível de escolaridade, já que o preenchimento é parte da função do entrevistador.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Após a submissão do Projeto de Pesquisa à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança e sua aprovação, a UBSF escolhida foi visitada pela pesquisadora participante que abordou os possíveis componentes da amostra sem a presença da pessoa idosa.

Na UBSF os cuidadores foram apontados pelos ACS's, e por demais funcionários que são conhecedores dos comunitários que frequentam a UBSF e suas relações familiares.

O Grupo de Cuidadores de Idosos que se reúne periodicamente naquela UBSF foi abordado em momentos oportunos agendados com os organizadores dos encontros.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados numéricos obtidos quanto as características sócio-econômicas da amostra, utilizamos a análise estatística, que envolveu uma multiplicidade de técnicas. Utilizamos microcomputadores e programas estatísticos, com o propósito de descrever os fenômenos e avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

O formulário aplicado, baseado em uma Escala Likert, nos ofereceu opções de respostas numéricas variando de um (01) a cinco (05), onde as proposições relacionadas ao estresse dos cuidadores foram agrupadas nas seguintes categorias: cuidadores sem sinais de estresse, quando referido pelos que escolheram as seguintes assertivas: nunca (1) e raramente (2) e considerados cuidadores com sinais de estresse os que quando

referiram a escolha pelas assertivas: algumas vezes (3), frequentemente (4) e sempre (5). Os cuidadores que apresentaram mais que 50% de suas respostas como 1 e 2 foram considerados não estressados, já os que responderam 3, 4 e 5 nas mesmas condições, foram considerados estressados.

Os dados foram tratados mediante estatística analítica, utilizando-se os testes não paramétricos do Qui-Quadrado e Exato de Fisher. O nível de significância adotado foi 95% ($p < 0,05$).

Numa segunda etapa de análise dos dados, as questões foram descritas separadamente em: Sentimentos do cuidador quanto a sua própria pessoa e Sentimentos do cuidador quanto ao idoso, cujos resultados foram analisados utilizando o teste não paramétrico pareado de Wilcoxon para comparação entre médias.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Após aprovação da Banca Examinadora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró e feitas às devidas correções, o trabalho foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/LTDA, tendo sido orientado pelas Resoluções CNS196/96 e COFEN 311/07.

A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foi criada com objetivo de manter ética nas pesquisas com seres humanos, a partir de sua criação tornou-se obrigatório que toda e qualquer pesquisa envolvendo estes fosse dirigida a um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), para que este garanta os direitos e deveres da pessoa entrevistada (BRASIL, 1996).

A resolução do COFEN 311/07, veio orientar também esta pesquisa no sentido de promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais na pesquisa e produções técnico-científicas.

4.8 FINANCIAMENTO

Os gastos previstos no orçamento foram de responsabilidade da pesquisadora associada bem como outros custos que surgiram além do que foi programado.

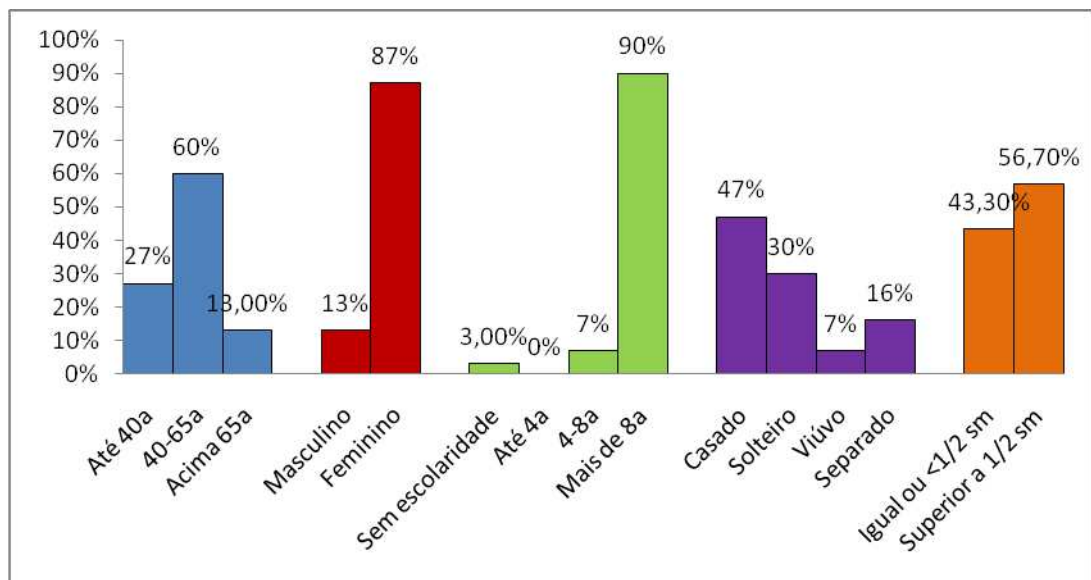
A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN disponibilizou seu acervo bibliotecário, bem como computadores, bibliotecária, orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentadas informações que foram obtidas por meio do formulário utilizado para coleta de dados, que serão pormenorizados para melhor compreensão do estudo.

5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

GRÁFICO 1 - Caracterização da amostra segundo idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil e renda per capita



Fonte: Pesquisa de campo (2012)

O gráfico 1 ao caracterizar o perfil dos cuidadores de idosos segundo a idade, mostra que 60% (n=18), estão na faixa etária entre 40 e 65 anos de idade, 27% (n=08) com idade até 40 anos e 13,3% (n= 04) acima de 65 anos.

Podemos observar ainda diante do gráfico 1, que o número de cuidadores do sexo feminino se sobressai diante do masculino, obtendo uma porcentagem de 87% (n= 26) da amostra coletada enquanto que os homens representam 13% (n=04).

Quanto ao nível de escolaridade, 90% (n= 27) dos cuidadores que foram questionados apresenta um nível de escolaridade satisfatório, a maioria destes informavam que tinham 8 anos ou mais de estudo. Os demais apareceram com o número de analfabetos entre 3,3% (n=1), e 7% (n=02) entre 4 a 8 anos de estudo.

Apresenta ainda este gráfico, valores que apontam para 47% (n=14) dos cuidadores serem casados, se sobressaindo como maioria, entretanto somando-se os solteiros 30% (n=9), os viúvo 7% (n=2) e os separados 16% (n=5), temos uma maioria com 56% (16) de cuidadores que vivem sozinhos, e podemos compreender que estas pessoas podem ter maior disponibilidade de atenção ao idoso.

De acordo com a renda per capita, a amostra apresenta-se com 43,3% (n=13) vivendo com renda per capita igual ou inferior à ½ salário mínimo e 56,7% (n=17) vivendo com renda per capita superior a ½ salário mínimo.

Este perfil se classifica como o de pessoas em faixa etária entre idade adulta média ou intermediária, assim entrando em um processo de redefinição de papéis familiares e profissionais, ou ainda se estabelecendo numa nova estrutura de vida (SADOCK E KAPLAN, 1999, apud TEIXEIRA, 2007). Esse fato se constitui então de um ponto positivo, já que se estivessem mais velhos estes cuidadores poderiam apresentar um risco maior de doenças crônicas-degenerativas, como dores lombares, depressão, pressão alta, artrite, reumatismo, problemas cardíacos e diabetes. Fatores esses que podem dificultar o exercício da função de cuidador (MENDES 2005, apud, PEREIRA; ROSALINE; CARDOSO 2010).

Segundo Gonçalves et. al., (2006) foi observado em vários países que há muitos anos na história o cuidado com idosos é desempenhado por mulheres, diante desse achado foi pesquisado também que essas cuidadoras seriam em maior número filhas, esposas ou netas. Após estudos realizados percebemos que as cuidadoras têm como motivo prestarem este cuidado pelo dever moral e a responsabilidade filial, amor, reciprocidade de afeto entre outros

O cuidado exercido por mulheres vem sendo obtido diante de construções históricas e sociais determinadas pela divisão que é feita comumente voltada pelo lado sexual, que determina que a atribuição de papéis e tarefas de cuidar segue normas culturais que esperam do homem o sustento do lar de uma família e a autoridade moral, e da mulher, a organização da vida familiar, o cuidado dos idosos, filhos e tudo o que se relacione a casa. Essa realidade também é presente para as mulheres que trabalham fora, pois, caso não assumam os deveres domésticos incluindo o cuidado, tornam-se alvo de pressão social e familiar, surgindo conflitos e sentimentos de culpa (CAMARGO, 2010).

Segundo literaturas estudadas o grau de escolaridade aumenta de maneira significativa na prestação do cuidado, pois o cuidador necessita seguir dietas,

prescrições e manusear medicamentos que tornam necessário o aprendizado básico e leituras, um exemplo citado foi: muitos cuidadores relataram conhecer os medicamentos pela cor e formato da embalagem, porém este conhecimento é insuficiente, não produz segurança, podendo ocorrer troca da medicação, que trará prejuízo à saúde do idoso. É esperado, que o nível de escolaridade do cuidador interfira diretamente na qualidade de assistência ao idoso (NAKATANI et. al, 2003).

Diante de estudos realizados as pessoas que cuidam e são solteiras costumam desempenhar, com maior frequência o papel de cuidadora, principalmente por não terem uma família constituída, o que as tornam mais disponíveis para cuidar de pais e avós. Além disso, a tarefa que as cuidadoras também exercem são as de atividades do lar, por isso também ficam mais próximas dos idosos que cuidam (NAKATANI et. al, 2003).

O grupo é majoritariamente de alta renda, conforme nos informa o Ministério do Desenvolvimento Social que classifica famílias de baixa renda como aquelas que vivem com renda igual ou inferior a meio salário mínimo (BRASIL, 2010).

5.2 DADOS REFERENTES AO TEMA EM QUESTÃO

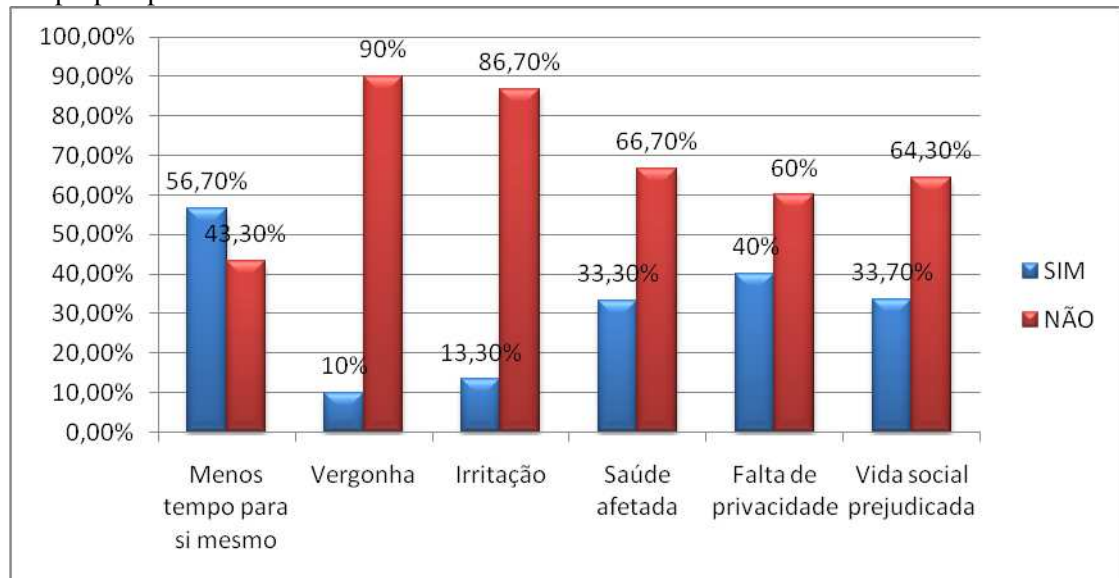
Numa análise dos dados coletados referentes ao estresse dos cuidadores de idosos **de uma forma geral**, nos foi possível chegar a conclusão que 63,3% (n=19) dos cuidadores foram classificados como não estressados, e 36,7% (n=11) como estressados. Quando tratados mediante estatística analítica, utilizando-se os testes não paramétricos do Qui-Quadrado e Exato de Fisher, concluímos que o nosso grupo é composto por cuidadores de idosos **NÃO ESTRESSADOS** ($P < 0,05$).

Haja vista que o ato de cuidar é tomado pelos mais diversos tipos de sentimentos, para uma melhor exposição dos resultados obtidos por meio deste estudo optamos por apresentar os dados completos, anteriormente citados como “de forma geral” em duas vertentes:

- Sentimentos gerados pelo cuidador quanto a sua própria pessoa;
- Sentimentos gerados pelo cuidador quanto à pessoa cuidada.

5.2.1 Sentimentos gerados pelo cuidador quanto a sua própria Pessoa

GRÁFICO 2 - Distribuição da amostra segundo sentimentos gerados pelo cuidador quanto a sua própria pessoa.



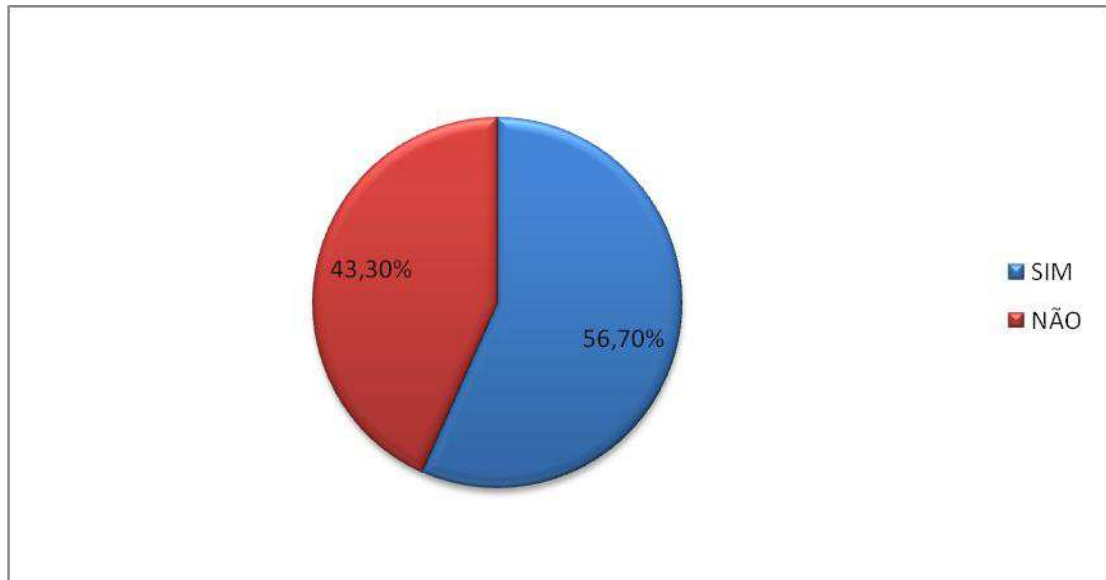
Fonte: Pesquisa de campo (2012).

O gráfico 2, ao apresentar os níveis de estresse do cuidador diante dos sentimentos voltados a sua própria pessoa nos faz perceber que 90% (n= 27) dos cuidadores referiram não sentir vergonha do idoso que cuida e que 86,7% (n= 26) nos dizem não se sentir irritados por prestar este cuidado.

Os dados encontrados apontam para o fato de que a tarefa de cuidar pode trazer benefícios, sendo aqui comprovado pelo afastamento de sentimentos negativos, tais como vergonha e irritação. Sentimentos positivos como aumento do orgulho pelo cuidar, geram melhora no relacionamento com o idoso e retribuição pelo trabalho realizado (DIOGO e DUARTE, 2006).

Embora sentimentos positivos tenham se sobressaído, descrevemos a seguir questões que apresentam sentimentos negativos em cujas análises foram observadas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$), merecendo serem mais bem discutidas.

GRÁFICO 3 - Distribuição da amostra segundo se o cuidador sente que por causa do tempo que gasta com o idoso não tem tempo suficiente para si mesmo.

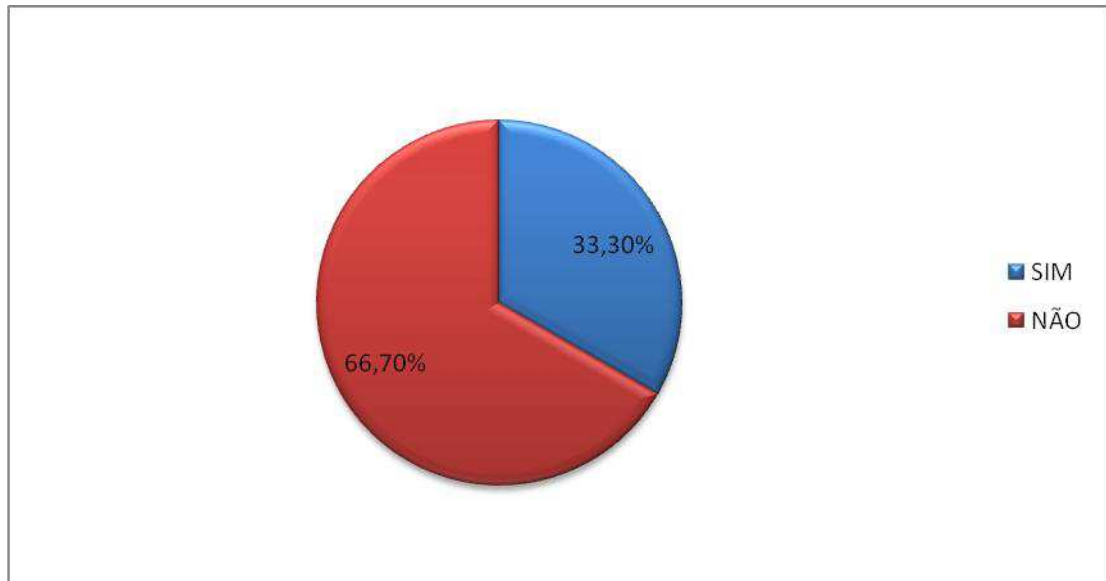


Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

O gráfico 3 mostra que 56,70% (n=17) dos cuidadores sentem que dedicam muita parte do seu tempo aos idosos, prejudicando assim suas atividades pessoais.

Mascarenhas, Barros, Carvalho (2006), apud Borges, Miranda e Mendes 2010, em um trabalho sobre a saúde do cuidador já apontam que, para o cuidado, em sua maioria é necessário dedicação total, o que exige muito tempo, forças e emoções. Os cuidadores sentem-se coagidos a harmonizar as atividades familiares, pessoais e até profissionais ao cuidado com o idoso e, com isso, padecem e correm o risco de ficarem sobrecarregados.

GRÁFICO 4 - Distribuição da amostra segundo se o cuidador sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com o idoso.

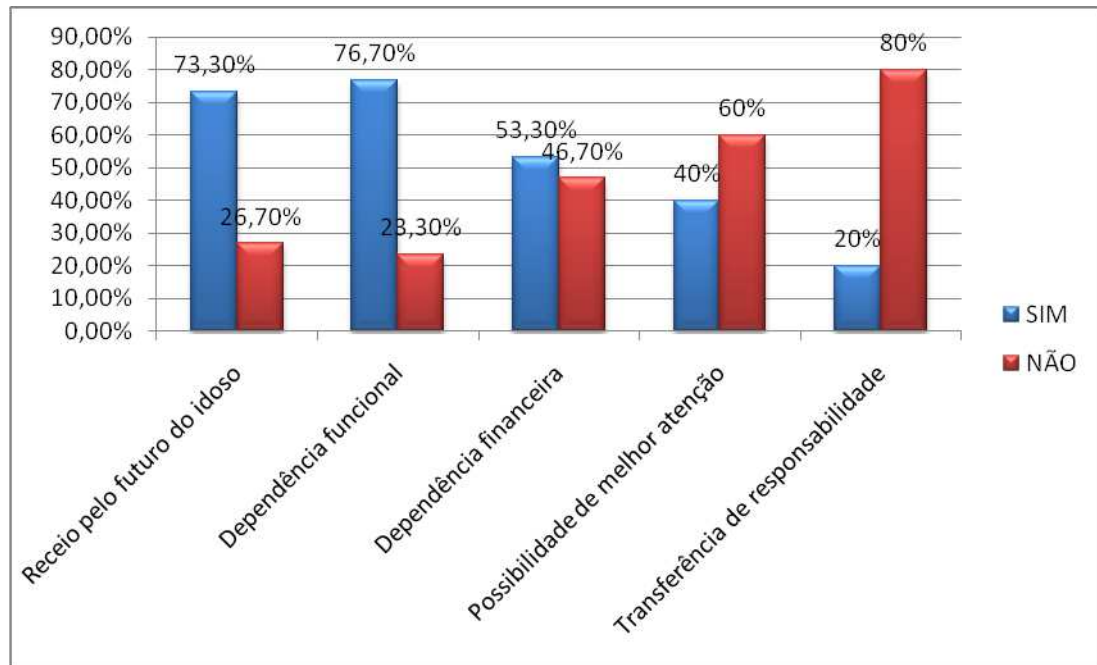


Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

O gráfico 4 fornece a informação que 66,70% (n=20) dos cuidadores referem não sentir sua saúde prejudicada por prestarem cuidado ao idoso. Nesses casos específicos, para lidar com a situação de cuidar de outras pessoas torna-se necessário um suporte social para ajudá-los a manter a própria saúde e poder cuidar de si mesmos. Sem isso, os cuidadores ficam expostos a riscos de adoecer, não pelo cuidado em si, mas pela sobrecarga a que são impostos (YUASO, 2002, apud GONÇALVES, et al., 2006).

5.2.2 Sentimentos gerados pelo cuidador quanto a pessoa cuidada

GRÁFICO 5 - Distribuição da amostra sentimentos do cuidador quanto a pessoa cuidada



Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

O gráfico 5 ao apresentar os sentimentos dos cuidadores quanto a pessoa do idoso, aponta que 76,7% (n=23) dos entrevistados referem que esse apresenta dependência funcional. No entanto, 80% (n=24) não demonstram interesse em transferir essa responsabilidade para outra pessoa.

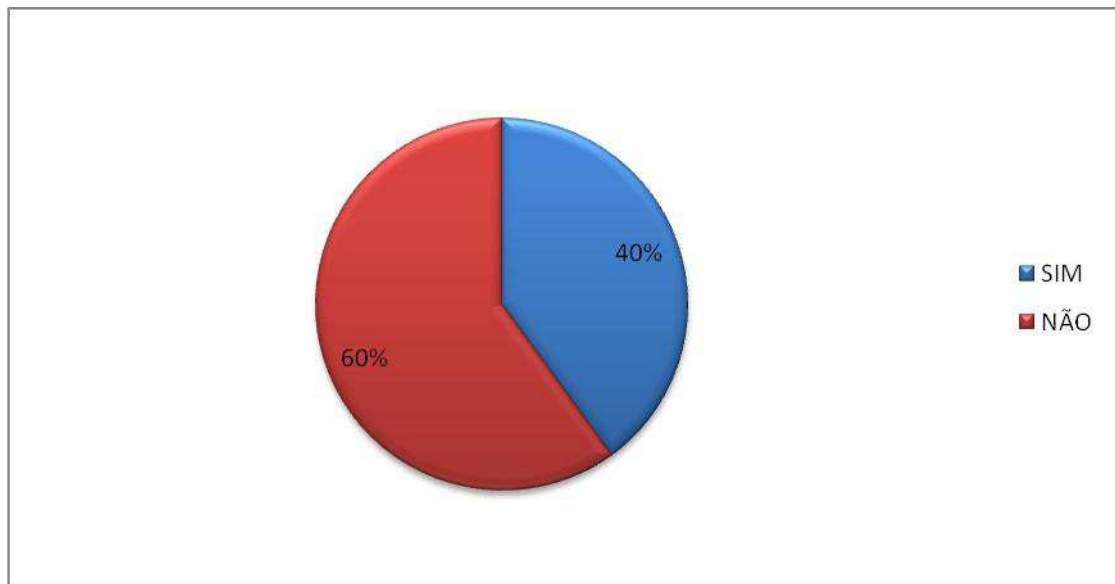
Dependência significa que o idoso não é capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda do cuidador. No grupo pesquisado, a grande associação entre velhice e dependência pode gerar o desenvolvimento de atitudes negativas em relação às pessoas idosas, já que quanto mais dependente do cuidador a pessoa idosa estiver, mais prováveis estarão por surgir sentimentos negativos nesta relação (BRASIL, 2006).

Embora cuidadores de idosos dependentes, a maioria (80%) não deseja transferir a responsabilidade do cuidado à outras pessoas. No Brasil, a decisão familiar de cuidar do idoso dependente ou de transferir esta responsabilidade/atribuição a uma instituição baseia-se, na perspectiva econômica. Verifica-se a decisão da família muitas vezes voltada para a renda do idoso e como esta pode subsidiar sua manutenção em um contexto mais amplo, visto que em alguns casos a renda do idoso é a única renda familiar. Considera-se, ainda, que normalmente, um membro da família precisa se

afastar do mercado de trabalho para atuar como "cuidador", e que, dependendo da renda do cuidador, tal arranjo é economicamente desvantajoso para a família (MAFRA, 2011).

A seguir, apresentamos também neste grupo, um questionamento cujo resultado apresenta sentimentos negativos, com diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

GRÁFICO 6 - Distribuição da amostra segundo se o cuidador sente que poderia cuidar melhor do idoso



Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

Aqui, 60% (n=18) dos cuidadores acreditam que poderiam cuidar melhor dos idosos que assistem. Contrariamente aos países desenvolvidos, onde o cuidador de idosos tem clareza dos limites de sua competência e insere-se em uma equipe que pode ser acionada em situações de crise cujos cuidados diretos estão vinculados a procedimentos técnicos, no Brasil e em nosso contexto do cuidador familiar as atividades são exercidas sem preparo, gerando insegurança, medo e receio (DIOGO; DUARTE 2006)

5.2.3 Sentimentos gerados pelo cuidador quanto a sua própria pessoa x sentimentos gerados pelo cuidador quanto a pessoa idosa

A complexidade nas discussões acima descritas, bem como a visão dos cuidadores de uma forma holística nos induziu a tratar os dados descritos observando diferenças entre os sentimentos dos dois grupos em questão.

Dessa forma, foram percebidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: quando realizadas questões referentes aos sentimentos gerados pelo cuidador quanto a sua própria pessoa os mesmos não foram considerados estressados (Média = $2,0 \pm 0,9$) ao passo que quando realizadas questões referentes aos sentimentos gerados pelo cuidador quanto a pessoa idosa, os mesmos foram considerados estressados (Média $3,0 \pm 0,8$).

A empatia que pode ser desenvolvida por uma personalidade afetuosa e flexível na pessoa do idoso, os laços familiares e a disponibilidade de escuta atenta são fatores que podem levar o cuidador à uma tolerância ao estresse (DUARTE, 2009). Esses aspectos podem ser aqui levados em consideração tendo em vista que os cuidadores, nesta pesquisa, sentem-se sobrecarregados por questões relacionadas à preocupações com o próprio idoso, sendo seus próprios sentimentos considerados menos importantes neste relacionamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste momento iremos apresentar aqui as nossas percepções após a conclusão deste estudo sobre o a avaliação do estresse de cuidadores de idosos na atenção primária à saúde.

A partir da análise de dados apresentada no capítulo anterior, traçamos o perfil dos cuidadores de idosos como aqueles que encontram-se numa faixa etária caracterizada como idade adulta média ou intermediária (entre 40 a 65), são do sexo feminino, com um nível considerável de escolaridade, casados, vivendo em famílias de renda média.

Verificou-se com clareza o predomínio do sexo feminino na prática do cuidado, reforçando a idéia que as mulheres em sua maioria sentem-se na obrigação de cuidar de seus parentes. Sentimos que estas mulheres podem estar deixando trabalhos fora de casa para passarem a ficar mais próximas do idoso cuidado, renunciando outras atividades em virtude do papel social que lhe é imposto.

Outro ponto de relevância, é o nível de escolaridade, que em nossa pesquisa apresentou que os cuidadores são na maioria alfabetizados e com o nível de escolaridade entre 8 anos ou mais de estudo, fato este que se destaca, pois facilita para os mesmos o entendimento de bulas de medicamentos, orientações médicas, dietas a serem cumpridas e até mesmo facilitando o se dia a dia e melhorando diretamente a qualidade de vida desses idosos.

Na busca pela solução do nosso problema de pesquisa: “Será que os cuidadores sentem-se na maior parte do tempo estressados ao prestarem cuidados aos idosos?”, que foi respondida com a obtenção do nosso objetivo em avaliar o estresse nos cuidadores de idosos atendidos na atenção primária de saúde, concluímos que 63,3% dos cuidadores foram classificados como não estressados, e 36,7% como estressados. Sendo a maioria NÃO ESTRESSADA, nossa hipótese foi assim refutada.

No entanto, pela diversidade dos sentimentos expressados, optamos por dividi-los em dois grupos: sentimentos gerados pelo cuidador quanto a sua própria pessoa e sentimentos gerados pelo cuidador quanto à pessoa cuidada. A partir daí, uma nova análise nos proporcionou perceber diferenças estatisticamente significativas entre esses grupos. Sentimentos gerados pelo cuidador quanto a sua própria pessoa não apontam para estresse, enquanto que sentimentos gerados pelo cuidador quanto à pessoa idosa, assinalam que os cuidadores SÃO ESTRESSADOS.

Quanto ao objetivo em avaliar como os cuidadores se sentem ao cuidar de idosos, concluímos neste trabalho monográfico, que essas pessoas têm bastante prazer em fornecer este cuidado, mais também que se tornam pessoas mais sensíveis depois desta prática. Este fato foi percebido pela dificuldade que muitos cuidadores apresentaram em não responder as perguntas de forma direta, sendo necessária a criação de novos estímulos para isso.

Muitos demonstraram por meio dos diálogos seus sentimentos, por vezes se emocionando, e deixando claro suas carências por dedicarem seu tempo aos idosos e também por não terem uma pessoa de confiança para dividir esses sentimentos. Em diversos momentos os cuidadores buscavam explicar suas emoções demonstrando medo que sentimentos negativos pelo “cuidar” pudessem ser expostos à nossa pessoa.

Acreditamos que este estudo possa vir a contribuir para novas práticas de atenção à ao núcleo familiar, onde o idoso e o cuidador não sejam mais vistos de forma distintas, onde os anseios e emoções de ambos possam ser explorados, e o ser humano, em qualquer posição (cuidador ou pessoa cuidada) seja respeitado por suas particularidades, de uma forma integral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Seção II: Da Saúde**. Brasília, DF: MS, 1988. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_idoso.pdf > Acesso em: 20.mar.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa** . Brasília, 2006a . Disponível em: <http://site.unitaui.br/scripts/2009/arquivos_medicina/envelhecimento_e_saude_da_pessoa_idosa.pdf> Acesso em : 20 mar.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b. Disponível em : < http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06_0257_M.pdf> Acesso em : 03 abr. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.842 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e determina outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: < http://portweb.com.br/especialispsw/terceira_idade/lei8842.htm >. Acesso em: 02 abr.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília: Ministério da saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção a Saúde da pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: A participação das universidades e municípios**. 2007. Disponível em< http://www.conasems.org.br/files/Livro_Movimento_SanitarioDecada_70.pdf> Acesso em: 18.mar.2012.

BRASIL. Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília : CONASS, 2009. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta18.pdf>> Acesso em 20 mar. 2012.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Guia do Gestor Municipal: Cadastro Único para programas Sociais. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Cuidador**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2008.

BORGES, M. M. M. C; MIRANDA, S. M; MENDES, D. G; Saúde do Cuidador de Idosos: Um desafio para o cuidador. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, Unileste-MG,v.3, n.1, jul./ago. 2010. Disponível em: <

<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/04-saude-cuidador-idosos-desafio.pdf>. > Acesso em: 20 abr. 2012.

BACHION, M. M; NAKATANI, A. Y. K; COSTA, E. C; Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Rev. Acta Paulista Enferm.*, v. 19, n.1, p.43-48, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf>.> Acesso em: 5. maio 2012.

BOFF, L. **Saber Cuidar**. Ética do humano-compaixão pela terra. 9. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

CAMARGO, R. C. V. F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *SMAD. Rev. eletrônica de Saúde Mental, álcool e drogas*. 2010. Disponível em:< <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v6n2/2.pdf> > Acesso em: 12 nov. 2012.

DEBERT, G. G; SIMÕES, J. A; Envelhecimento e velhice na família contemporânea. In: FREITAS, E. V; et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. ed. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 .

DIOGO, M. J. E; DUARTE, Y. A. O; Cuidados em domicílio: Conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V; et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. ed. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 .

DUARTE, Y. A. O. **Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas**. São Paulo, 2009. Disponível em:<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/publicacoes//volume9_Formadores_de-cuidadores_de_idosos.pdf> Acesso em: 06 nov. 2012

FERNANDES, A. A; Envelhecimento e Saúde. **Rev. Portuguesa de saúde pública**, v. 23, n 2, jul./dez. 2005.. Disponível em : < <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-03-2005.pdf>. > Acesso em: 17 abr. 2012.

FONSECA, M. M; GONÇALVES, H. S. Violência Contra o Idoso: Suportes legais para intervenção. **Interação em Psicologia**, v. 2, p.121-128, jul./dez. 2003. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/psicologia/article/view/3230/2592>.> Acesso em: 13 abr. 2012.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF): Comentado**. 2. Ed. Goiana: AB, 2008.

FIGUEIREDO, N, M, A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. 1. Ed. São Paulo: Yendis, 2008.

FERNANDES, J. J. B. R; Cuidar no domicílio: A Sobrecarga do cuidador familiar. 155f. Dissertação(Mestrado em cuidados paliativos) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas S.A. 2009.

GONÇALVES, L. H. T. et al. **Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, sc1**. Florianópolis 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf> > Acesso em: 13 nov. 2012.

JUSTO, J. S; ROZENDO, A. S. A velhice no estatuto do idoso. Estudos e pesquisas em psicologia , UERJ, Rio de Janeiro 2009, ano 10, n. 2, p. 471 – 489. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v10n2/v10n2a12.pdf> >. Acesso em: 10 abr. 2012.

MARCONI, M. A. ; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: atlas, 2010

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: < <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a15.pdf>. Acesso em: 13 nov.2012.

NAKATANI, A . Y. K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia,v.5, n.1, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

OLIVEIRA, T.M.V. Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. **Administração On Line**, v. 2, n.2. abr./maio/jun., 2001. Disponível em:< http://www.fecap.br/adm_online/art22/tania.htm > Acesso em: 23 maio 2012.

PEREIRA, M. T. M. L; ROSALINE, M. H. P; CARDOSO, C. C. L; **O Cuidar na Concepção dos Cuidadores**: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 13, n.1, p. 24-42, jul./dez. 2010. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/8732/9090>> Acesso em: 09 nov. 2012.

POLIT, D. F.; BECKR, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos e pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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

SILVESTRE, J. A. ;COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Rio de janeiro: **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3 maio/jun. 2003. Disponível em:< http://www.scielo.org/scielo.php?scrip=sci_pdf&pid=s0102-311x2003000300016&Ing=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 02 abr.2012.

SALIBA, N. A, et al. Administração pública: **o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil**. rap — Rio de

Janeiro, v.43, n.2, p.445-56, mar./abr. 2009. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>. > Acesso em: 13 abr. 2012.

SILVA, E. M. M; et al. Enfermidades do paciente idoso. **Rev. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 7. n.1, jan./abr., 2007. Disponível em: <
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/637/63770111.pdf>.> Acesso em: 01. maio 2012.

TEIXEIRA, Ana Cristina. **Avaliações psicossociais de adultos na meia idade**. 65f. Relatório – Universidade do Amazonas, Manaus, 2007.

VIANA, A. L. D. DAL POZ, M.R A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da família. **Physis**, v.15, 2005. Disponível em<
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf> > Acesso em: 02 abr.2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, Gracieli Camila Costa Régis pesquisadora assistente, aluna regularmente matriculada no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/Mossoró, sob a orientação da pesquisadora responsável, Jussara Vilar Formiga, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título “ESTRESSE DE CUDADORES DE IDOSOS: UMA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”. Tem-se como objetivo geral: avaliar o estresse nos cuidadores de idosos atendidos na atenção primária de saúde e como objetivos específicos: descrever o perfil sócio econômico dos cuidadores de idoso que buscam o serviço de atenção primária à saúde e avaliar como pessoas que frequentam o serviço de atenção primária à saúde se sentem ao cuidar de idosos. Justifica-se essa pesquisa pela sua importância nas contribuições que possibilitarão sensibilizar os profissionais de saúde que trabalham com pessoas idosas a cerca do estresse sofrido pelos cuidadores, tornando-os assim mais cautelosos ao tratarem do assunto.

Convidamos o(a) senhor(a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dados pessoais e dados relacionados colocar questões relacionadas ao estresse dos cuidadores de idosos. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo não apresenta risco aparente aos seus participantes.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização desta pesquisa.

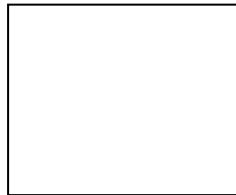
Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma.

Declaro também que as pesquisadoras me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró/RN, ____ de _____ de 2012.

Jussara Vilar Formiga
Pesquisadora responsável



Participante da Pesquisa/Testemunha

Endereço (Setor de Trabalho) da Pesquisadora responsável:
Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel- Mossoró/RN
CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084)3312-0143
E-mail: jussaravilar@facenemossoro.com.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa
Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa/PB
CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax :(83) 2106-4790.
E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B – Formulário de Pesquisa

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Idade: _____

1.2 Sexo: () Masculino () Feminino

1.3 Ocupação: _____

1.4 Renda familiar: _____

Nº de pessoas no domicílio: _____

1.5 Escolaridade: () Analfabeto () Até 4 anos () 4-8 anos () 8 anos ou+

1.6 Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado

2 DADOS RELACIONADOS AO ESTRESSE DOS CUIDADORES

1.NUNCA 2. RARAMENTE 3. ALGUMAS VEZES 4. FREQUENTEMENTE 5.SEMPRE

1	O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?	
2	O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?	
3	O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	
4	O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?	
5	O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?	
6	O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?	
7	O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?	
8	O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?	
9	O(a) Sr(a) sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?	
10	O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO(A)?	
11	O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?	
12	O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?	
13	O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?	
14	O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DO IDOSO(A)?	
15	O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?	
16	O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?	

A PÊNDICE C – Tabelas

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A IDADE

IDADE	Nº ABSOLUTO	100%
Até 40 anos	08	26,7%
40-65 anos	18	60%
Acima de 65	04	13,3%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

TABELA 2: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO SEXO

SEXO	Nº ABSOLUTO	%
Masculino	04	13,3 %
Feminino	26	86,67 %
TOTAL	30	

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

TABELA 3: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO NÍVEL DE ESCOLARIDADE

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	Nº ABSOLUTO	%
Analfabeto	01	3,3 %
Até 4 anos	00	0 %
4-8 anos	02	6,7 %
8 anos ou +	27	90 %
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

TABELA 4: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	Nº ABSOLUTO	%
Casado (a)	14	46,7 %
Solteiro (a)	09	30%
Viúvo (a)	02	6,7
Separado (a)	05	16,6%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO RENDA PER CAPITA.

RENDA PER CAPITA	Nº ABSOLUTO	%
Acima de ½ salário mínimo	18	60%
Igual ou inferior a ½ salário mínimo	12	40%
TOTAL	30	100%

Fonte: pesquisa de campo (2012)

ANEXO

ANEXO A - Certidão do CEP



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 10ª Reunião Extraordinária realizada em 26 de Julho 2012 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado "ESTRESSE DE CUIDADORES DE IDOSOS: UMA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", protocolo número: 67/12, CAAE: 05427012.9.0000.5179 e Parecer do CEP: 77396 da orientadora (pesquisadora responsável): **Jussara Vilar Formiga** e dos pesquisadores participantes: **Glaciele Camila Costa Régis, Verusa Fernandes Duarte, Thiberio de Souza Castelo.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2012, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 20 de Agosto de 2012

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.

Maria da Socorro Gadelha Nóbrega
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Karine Ferreira da Silva Mendes
 Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
 CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777