

O ESTRESSE EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

NATÁSSIA DE OLIVEIRA LAWAL¹

CARLOS HENRIQUE ALVES DE REZENDE²

RESUMO

O envelhecimento populacional que vem ocorrendo nas últimas décadas é acompanhado do aumento da prevalência da Doença de Alzheimer (DA). A DA é uma condição crônica degenerativa caracterizada pelo declínio cognitivo e funcional, de início insidioso e deteriorização progressiva. O curso imprevisível e conturbado da doença gera um grande impacto desta na vida do cuidador familiar. O objetivo do presente estudo é verificar o impacto do envelhecimento com dependência nos cuidadores familiares de pacientes com Doença de Alzheimer. Participaram da pesquisa 28 cuidadores familiares os quais responderam um questionário sócio-demográfico e um questionário que avaliou a presença e as características do estresse. A faixa etária mais freqüente foi de 35 a 54 anos (50%), houve prevalência de cuidadores do sexo feminino (67,9%), casados (53,6%), com nível médio completo (46,4%) e a maioria eram filhos (60,7%) dos idosos com DA. Com relação ao estresse, este foi presente em 60,7% dos cuidadores, predominando a fase de resistência do estresse (76,5%), e os sintomas psicológicos (64,7%) foram mais freqüentes em relação aos físicos (23,5%). É evidente o estresse físico e mental ao qual são submetidos os cuidadores, em especial os familiares. Sendo assim, verifica-se a importância de pesquisas que visem atualizar os conhecimentos acerca dos cuidadores e disponibilizar informações sobre o problema afim de fornecer subsídios para a gestão dos formuladores da política sanitária pública ou privada, e a formação de grupos de ajuda e equipes multidisciplinares capacitadas para amparar e esclarecer os cuidadores sobre a doença.

Palavras Chave: estresse, cuidadores familiares, Doença de Alzheimer

¹ Graduanda do 11º período de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)
Rua Ozório José da Cunha, 700, apto 201A, B. Brasil, Uberlândia-MG CEP: 38400-648
E-mail: natassialawal@yahoo.com.br

² 2: Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFU
Av. Pará, 1720. Bloco 2H. Campus Umuarama. Uberlândia – MG 38405-320.
E-mail: charezende@ufu.com.br

RESUMEN

El envejecimiento de la población que ha ocurrido en las últimas décadas ha sido acompañado por el aumento de la Enfermedad de Alzheimer (DA). La DA es una condición crónica generativa que se caracteriza por el descenso cognitivo y funcional, de inicio insidioso y deterioración progresiva. El curso imprevisible y conturbado de la enfermedad genera un gran impacto de la misma en la vida del cuidador familiar. El objetivo de este estudio es verificar el impacto del envejecimiento que presenta dependencia en los cuidadores familiares de pacientes con la Enfermedad de Alzheimer. Participaron de esta investigación 28 cuidadores familiares que contestaron un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario para evaluar la presencia y las características del estrés. La media de edad más frecuente ha sido de 35 a 54 años (50%), hubo mayor ocurrencia de cuidadores del sexo femenino (67,9%), casados (53,6), con escolaridad de nivel medio completo (46,4%) y la mayoría de ellos son los hijos (60,7%) de los ancianos portadores de DA. Con relación al estrés, este factor ha sido constatado en el 60,7% de los cuidadores, con predominio en la fase de resistencia del estrés (76,5%), y los síntomas psicológicos (64,7%) han sido más frecuentes con relación a los síntomas físicos (23,5%). Se ha quedado evidente el estrés físico y mental al que se encuentran sometidos los cuidadores, de modo especial los familiares. Así se puede verificar la importancia de las investigaciones que visen a actualizar los conocimientos acerca de los cuidadores y disponer informaciones sobre el problema con la finalidad de proveer subsidios para la gestión de los responsables por la formalización de las política sanitaria pública o privada, y la formación de grupos de ayuda y equipos multidisciplinares capacitados para dar aporte y esclarecer los cuidadores sobre la enfermedad.

Palabras Clave: estrés, cuidadores familiares, Enfermedad de Alzheimer

1. Introdução

O envelhecimento populacional que vem ocorrendo nas últimas décadas é acompanhado do aumento da prevalência das demências em geral. A Doença de Alzheimer (DA) é a principal causa de demência atualmente e afeta, em média, 2,2 a 8,4% dos idosos acima de 65 anos em todo o mundo (LOPES; BOTINO, 2002). Considerando essa faixa etária, a ocorrência da DA nos Estados Unidos é de 2 a 10%, na Europa de 3,3 a 6%, no Canadá 5,1% e no Brasil 4,9%. A prevalência também aumenta com a idade, passando de 0,7 em indivíduos de 60 a 64 anos para 38,6% de 90 a 95 anos (ALLOUL et al, 1998; NITRINI, 1999; FORLENZA; CARAMELLI, 2000).

A DA é uma condição crônica degenerativa caracterizada pelo declínio cognitivo e funcional, de início insidioso e deteriorização progressiva. Os primeiros sinais clínicos são diminuição da memória, desorientação, confusão, alterações da personalidade, diminuição de capacidades cognitivas como julgamento, raciocínio abstrato, cálculos e habilidades visuais, afasia e anomia. Em estágios mais avançados verifica-se grande alteração do ciclo sono/vigília, agitação, irritabilidade, ansiedade, depressão, alucinações, perda da capacidade de atender suas necessidades

pessoais, como vestir-se e alimentar-se, dificuldade de andar, falar e deglutir. O curso clínico da DA tem duração média de 2 a 20 anos, culminando com o óbito (FORLENZA; CARAMELLI, 2000).

A etiopatogênese, ainda não muito esclarecida, parece estar relacionada com fatores genéticos, trauma de crânio e baixo nível educacional. Observa-se uma diminuição da atividade da colinoacetiltransferase (enzima da síntese de acetilcolina) com conseqüente diminuição da acetilcolina. A confirmação do diagnóstico da DA se dá por achados anatomopatológicos de placas neuríticas (depósito de proteína beta-amiloide) e emaranhados neurofibrilares (DINIZ; TAVARES JÚNIOR, 2001).

Diante de tantas manifestações clínicas e complicações da doença torna-se evidente o impacto desta na vida não só do paciente como também na do cuidador.

Para Rezende e Rodrigues (2000), os cuidadores podem ser divididos em três classes: o cuidador institucional, que trabalha em asilos e casas de repouso; o domiciliar, que auxilia o doente em sua própria residência mas que não reside nem tem laços familiares com o doente; e o familiar, aquele que possui algum vínculo de parentesco com o idoso.

Neste contexto, Caldas (2003) afirma que, no Brasil, a família é a principal provedora dos cuidados e das necessidades básicas aos idosos altamente dependentes.

O cuidador familiar, geralmente um parente próximo ou um amigo da família, é a pessoa que fornece ou coordena os recursos que o paciente necessita. Está claro que os distúrbios do comportamento do doente interferem proporcionalmente na qualidade de vida do cuidador, e essa interferência pode ser por dificuldades no convívio social ou por comprometimento na saúde física e mental da família (GARRIDO; ALMEIDA, 1999).

Além da privação do convívio social e do acometimento físico e mental, o cuidador freqüentemente não possui tempo para lazer ou mesmo para si próprio, tendo, muitas vezes, que abdicar de seus ideais e ambições para dedicar-se ao paciente. O fato de não participar de atividades sociais e o distanciamento dos amigos pode desencadear o sentimento de abandono e isolamento por parte do familiar (GWYTHER, 1999).

O curso de desenvolvimento da DA é imprevisível, ou seja, o paciente intercala momentos de lucidez com períodos de demência, tornando ainda mais complicada a aceitação pela família (GWYTHER, 1999).

Os membros da família apresentam sentimentos variados e contraditórios em relação ao doente, tais como o de culpa pela enfermidade da pessoa, pena de ver o ente querido debilitado, impaciência por ter que lhe oferecer cuidado e suporte, sentimento de deslealdade por não desejar a companhia do idoso, e amor e afeto relacionados ao convívio precedente à demência (FORLENZA; CARAMELLI, 2000).

Torna-se, portanto, interessante e, principalmente necessário o estudo acerca do estresse presente nestes cuidadores, uma vez que sofrem um imenso desgaste físico e emocional em consequência da doença dos idosos dependentes.

O estresse é caracterizado por qualquer mudança imposta pelo meio, obrigando o indivíduo a se adaptar, e assim, gerando diversos níveis de estresse (LIPP, 1996).

Para Lipp (2000), o estresse pode desencadear respostas positivas ou negativas, dependendo da reação que o estimulou. Essa reação pode ser psicológica, física, mental ou hormonal. A resposta negativa significa uma não adaptação do indivíduo à situação imposta, levando à uma diminuição da produtividade e, portanto, da qualidade de vida da pessoa.

Lipp (2000) define ainda, quatro fases do estresse, nas quais o indivíduo pode estar inserido: Alerta, Resistência, Quase-exaustão, e Exaustão. Considera-se a Fase de Alerta aquela na qual a pessoa se prepara para reagir contra o agente estressor; na Fase de Resistência, o organismo encontra-se preparado para reagir; na Fase de Quase-exaustão, o indivíduo está no limite de sua produção; enquanto que na Fase de Exaustão, já não é mais capaz de produzir adequadamente.

Neste estudo será utilizado o “Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp” (ISSL) (LIPP, 2000), com a finalidade de avaliar o estresse dos cuidadores familiares.

2. Objetivo

2.1. Objetivo Geral

Verificar o impacto do envelhecimento com dependência nos cuidadores familiares de pacientes com Doença de Alzheimer

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Verificar características dos cuidadores

2.2.3. Verificar o estresse que é submetido o cuidador familiar de idosos dependentes

2.2.4. Oferecer informações necessárias para discussões que levem medidas de apoio aos idosos e suas famílias.

3. Material e Método

3.1. Tipo da Pesquisa

A pesquisa desenvolvida foi um estudo observacional e descritivo, e teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Este estudo estava proposto a ser desenvolvido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), no Ambulatório de Neurologia, com os cuidadores familiares de pacientes portadores da Doença de Alzheimer. Entretanto o número encontrado de pacientes com Doença de Alzheimer e, por sua vez, de cuidadores foi insuficiente. A fim de solucionar essa dificuldade, procuramos a Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Símeles (ABRAz) de Uberlândia, a qual possui um grupo de amparo aos cuidadores de portadores da doença. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa o projeto foi apresentado às coordenadoras e aos participantes do grupo que permitiram a aplicação do instrumento.

3.2. Procedimento Metodológico

O Procedimento Metodológico foi a análise do estresse em cuidadores familiares de pacientes com Doença de Alzheimer. O objeto do estudo foi, portanto, os cuidadores.

O universo onde foi aplicada a pesquisa é o grupo de apoio aos cuidadores da Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Símeles (ABRAz) de Uberlândia. Estão sendo entrevistados todos os cuidadores assíduos do grupo.

O projeto foi desenvolvido com a finalidade de fornecer informações a respeito dos cuidadores para órgãos competentes para que estes interfiram com medidas adequadas visando diminuir o impacto da doença na vida dos familiares. Foi possível, ainda, amparar o cuidadores com informações sobre a enfermidade do doente. Para isso, foi realizada uma palestra acerca dos principais temas correlacionados ao estresse do cuidador e à doença do idoso, após a qual houve um momento para solucionar dúvidas dos cuidadores e ouvintes do evento.

3.3. Procedimento Técnico

Os cuidadores, após consentimento livre e esclarecido (**Anexo 1**), preencheram um questionário a cerca das principais características deste (**Apêndice 1**). Em seguida, foram coletadas informações

sobres a presença do estresse nos familiares por meio do “Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp” (ISSL) (**Anexo 2**) (LIPP, 2000). O período realizado foi de Junho a Setembro de 2006.

O ISSL foi formulado a fim de diagnosticar a presença do estresse em indivíduos adultos, bem como a fase do estresse em que este se encontra, e se os sintomas são predominantemente da área cognitiva ou somática.

O estresse ocorre quando a somatória dos pontos referentes aos sintomas físicos e psicológicos for maior que 6, 3 e 8 para os quadros 1, 2 e 3, respectivamente.

A fase é definida a partir do maior ponto obtido. Assim, o indivíduo irá se enquadrar em uma das seguintes fases: de Alerta, de Resistência, Quase-exaustão ou de Exaustão.

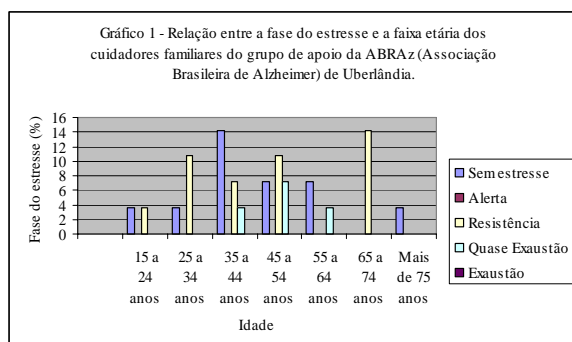
Todos esses dados foram avaliados com o auxílio de uma psicóloga capacitada para tal.

4. Resultados

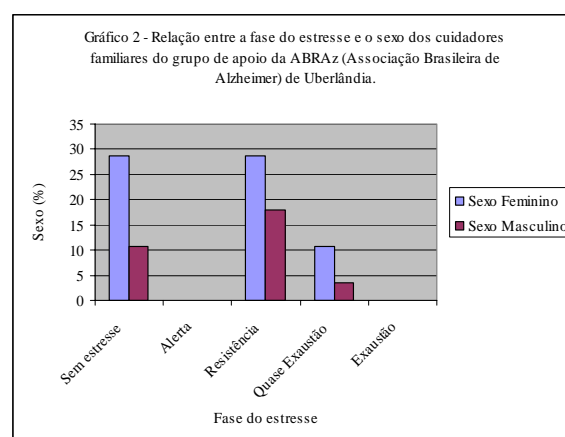
A pesquisa foi desenvolvida no grupo de amparo aos cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer na sede da Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Símeles (ABRAz) de Uberlândia.

Esse grupo possuía um total de 76 cuidadores cadastrados, entretanto apenas 38 frequentavam as reuniões assiduamente. Desses frequentadores, foram ainda excluídos 10 por se tratarem de cuidadores institucionais ou domiciliares ou mesmo familiares que não mantinham vínculo direto com o idoso, residindo, por vezes, em outras cidades. Foram também excluídos os cuidadores de idosos com outras doenças que não a Doença de Alzheimer. Por não se tratar do objetivo do trabalho esses cuidadores foram excluídos da pesquisa, permanecendo apenas os cuidadores familiares em um total de 28 indivíduos.

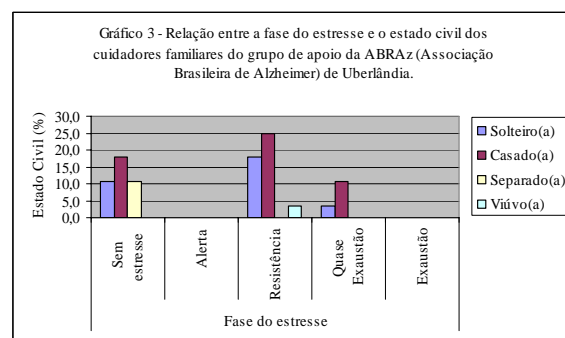
Com relação ao perfil dos cuidadores, a maioria situava-se na faixa etária entre 35 e 54 anos (50%) (Gráfico 1), destacando-se a grande porcentagem de adultos jovens (35 a 45 anos) sem estresse (14,3%) e a frequência elevada do estresse na fase de resistência (14,3%) em cuidadores idosos (65 a 74 anos).



Houve uma prevalência de cuidadores do sexo feminino (67,9%) em relação ao masculino (32,1%), sendo que as mulheres encontravam-se predominantemente sem estresse (28,6) e na fase de resistência (28,6), enquanto a maioria dos homens encontrava-se na fase de resistência (17,9).



Houve uma frequência maior de cuidadores familiares casados (53,6%) em todas as fases do estresse estudadas conforme ilustrado no gráfico 3.



Com relação ao grau de escolaridade (Tabela 1), a maioria dos cuidadores possuíam o 2º grau completo,

havendo uma discreta prevalência do estresse na fase de resistência entre os cuidadores com menor grau de escolaridade (14,3%).

Tabela 1 - Relação entre a fase do estresse e a escolaridade dos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Escolaridade	Fase do estresse										TOTAL	%
	Sem estresse	%	Alerta	%	Resistência	%	Quase Exaustão	%	Exaustão	%		
1º grau	1	3,6	0	0,0	4	14,3	1	3,6	0	0,0	6	21,4
2º grau	6	21,4	0	0,0	6	21,4	1	3,6	0	0,0	13	46,4
3º grau	4	14,3	0	0,0	3	10,7	2	7,1	0	0,0	9	32,1
TOTAL	11	39,3	0	0,0	13	46,4	4	14,3	0	0,0	28	100,0

A maioria dos cuidadores eram filhos (as) do idoso com Doença de Alzheimer (60,7%). Entre estes, a fase do estresse predominante foi a de resistência (66,6%).

Tabela 2 - Relação entre a fase do estresse e o grau de parentesco nos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Grau de parentesco	Fase do estresse										TOTAL	%
	Sem estresse	%	Alerta	%	Resistência	%	Quase Exaustão	%	Exaustão	%		
Filho(a)	8	28,6	0	0,0	6	21,4	3	10,7	0	0,0	17	60,7
Neto(a)	0	0,0	0	0,0	3	10,7	0	0,0	0	0,0	3	10,7
Esposo(a)	0	0,0	0	0,0	4	14,3	0	0,0	0	0,0	4	14,3
Genro ou Nora	1	3,6	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0	0,0	2	7,1
Sobrinho(a)	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
Cunhado(a)	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
TOTAL	11	39,3	0	0,0	13	46,4	4	14,3	0	0,0	28	100,0

A pesquisa com 28 cuidadores familiares revelou a presença de estresse em 60,7% destes, sendo que 39,3% tiveram pontuação insuficiente para classificá-los em alguma fase do estresse, como mostra a tabela abaixo

(Tabela 3). Nesse caso, os participantes possuíam um ou outro sintoma isolado de estresse porém não conclusivo para o diagnóstico.

Tabela 3 – Frequência de estresse nos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Estresse	N°	%
Presença de estresse	17	60,7
Ausência de estresse	11	39,3
TOTAL	28	100,0

Tabela 4 – Classificação da fase de estresse segundo ISSL dos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Fase do estresse	N°	%
Alerta	0	0
Resistência	13	76,5
Quase-exaustão	4	23,5
Exaustão	0	0
TOTAL	17	100

Do total de cuidadores com estresse 76,5% estavam na fase Resistência e 23,5% na fase de Quase-exaustão, sendo que nenhum destes apresentava-se nas fases de Alerta ou na de Exaustão.

Tabela 5 – Frequência de sintomas físicos da fase de alerta nos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Sintomas físicos	N°	%
Mãos (pés) frios	13	13,00
Boca seca	9	9,00
Nó no estômago	8	8,00
Aumento de sudorese	7	7,00
Tensão muscular	16	16,00
Aperto de mandíbula/ ranger os dentes	8	8,00
Diarréia passageira	4	4,00
Insônia	11	11,00
Taquicardia	10	10,00
Hiperventilação		-
Hipertensão arterial súbita e passageira	5	5,00
Mudança de apetite	9	9,00
Total	100	100,00

Os sintomas físicos mais frequentes na fase de alerta foram tensão muscular (16%), mãos (pés) frios (13,00%) e insônia (11,00).

Tabela 6 – Frequência de sintomas psicológicos da fase de Alerta nos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Sintomas psicológicos	N°	%
Aumento súbito de motivação	8	36,36
Entusiasmo súbito	4	18,18
Vontade súbita de iniciar novos projetos	10	45,45
Total	22	100,00

De acordo com a tabela, observa-se maior prevalência da vontade súbita de iniciar novos projetos (45,45%), seguida do aumento súbito de motivação (36,36%) e do entusiasmo súbito (18,18%).

Com relação aos sintomas das fases de resistência e quase-exaustão existe uma interrelação entre estes, ou seja, são os mesmos sintomas que posteriormente são subclassificados originando estas duas fases. Sendo assim, serão citados juntos nas tabelas a seguir.

Tabela 7 – Frequência de sintomas físicos das fases de Resistência/ Quase-Exaustão nos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Sintomas Físicos	Nº	%
Problemas com a memória	14	16,47
Mal estar generalizado sem causa específica	12	14,12
Formigamento das extremidades	8	9,41
Sensação de desgaste físico constante	14	16,47
Mudança de apetite	4	4,71
Aparecimento de problemas dermatológicos	7	8,24
Hipertensão arterial	2	2,35
Cansaço constante	11	12,94
Aparecimento de úlcera		-
Tontura/ sensação de estar flutuando	13	15,29
TOTAL	85	100,00

Observou-se uma maior prevalência de problemas com a memória (16,47%), sensação de desgaste físico constante (16,47%), cansaço constante (12,94%), tontura/ sensação de estar flutuando (15,29%) e mal estar generalizado sem causa específica (14,12%).

Tabela 8 – Frequência de sintomas psicológicos das fases de Resistência/ Quase-Exaustão nos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Sintomas Psicológicos	Nº	%
Sensibilidade emotiva excessiva	12	18,75
Dúvidas quanto a si próprio	12	18,75
Pensar constantemente em um só assunto	15	23,44
Irritabilidade excessiva	15	23,44
Diminuição da libido	10	15,63
TOTAL	64	100,00

Verificou-se que os sintomas mais encontrados foram pensar constantemente em um só assunto (23,44%), irritabilidade excessiva (23,44%), sensibilidade emotiva excessiva (18,75%), e dúvida quanto a si próprio e diminuição da libido (18,75%).

Tabela 9 – Frequência de sintomas físicos da fase de Exaustão nos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Sintomas físicos	Nº	%
Diarréia frequente	1	1,72
Dificuldades sexuais	7	12,07
Insônia	13	22,41
Náuseas	3	5,17
Tiques	2	3,45
Hipertensão arterial continuada	2	3,45
Problemas dermatológicos prolongados	6	10,34
Mudança extrema de apetite	4	6,90
Excesso de gases	9	15,52
Tontura frequente	8	13,79
Úlcera	3	5,17
Enfarte		-
TOTAL	58	100,00

Os principais sintomas psicológicos da fase de exaustão na população de cuidadores foram: insônia (22,41%), excesso de gases (15,52%) e tontura freqüente (13,79%).

A tabela 10 mostra os sintomas psicológicos da fase de exaustão dos cuidadores familiares estudados.

Tabela 10 – Frequência de sintomas psicológicos da fase de Exaustão nos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Sintomas Psicológicos	Nº	%
Impossibilidade de trabalhar	2	2,02
Pesadelos	3	3,03
Sensação de incompetência em todas as áreas	4	4,04
Vontade de fugir de tudo	13	13,13
Apatia, depressão ou raiva prolongada	9	9,09
Cansaço excessivo	11	11,11
Pensar/ falar constantemente em um só assunto	9	9,09
Irritabilidade sem causa aparente	12	12,12
Angústia/ ansiedade diária	14	14,14
Hipersensibilidade emotiva	9	9,09
Perda do senso de humor	13	13,13
TOTAL	99	100

Os sintomas cognitivos mais relatados foram angústia/ansiedade diária (14,14%), vontade de fugir de tudo e perda de senso de humor (13,13%), seguidos de irritabilidade sem

causa aparente (12,12%) e cansaço excessivo (11,11%).

A tabela 11 evidencia a predominância dos sintomas físicos,

psicológicos ou de ambos nos cuidadores com diagnóstico de estresse.

Tabela 11 - Relação entre a fase do estresse e os sintomas predominantes nos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Sintomas predominantes	Fase do estresse										TOTAL	%
	Sem estresse	%	Alerta	%	Resistência	%	Quase Exaustão	%	Exaustão	%		
Físicos	0	0,0	0	0,0	4	23,5	0	0,0	0	0,0	4	23,5
Psicológicos	0	0,0	0	0,0	7	41,2	4	23,5	0	0,0	11	64,7
Ambos	0	0,0	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0	2	11,8
TOTAL	0	0,0	0	0,0	13	76,5	4	23,5	0	0,0	17	100,0

Os sintomas foram mais prevalentes na área cognitiva (64,7%) do que na área somática (23,5%), tendo sido encontrado dois casos em que os sintomas foram equivalentes (11,8%).

A tabela 12 mostra a relação entre a fase do estresse e o compartilhamento com outro cuidador.

Tabela 12 - Relação entre a fase do estresse e o compartilhamento com outro cuidador nos cuidadores familiares do grupo de apoio da ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) de Uberlândia.

Fase do estresse	Compartilhamento com outro cuidador				TOTAL	%
	Sim	%	Não	%		
Sem estresse	8	28,6	3	10,7	11	39,3
Alerta	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Resistência	8	28,6	5	17,9	13	46,4
Quase Exaustão	3	10,7	1	3,6	4	14,3
Exaustão	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	19	67,9	9	32,1	28	100,0

Houve predomínio de indivíduos que compartilham o cuidado com outras pessoas (67,9%) sobre os que não compartilham (32,1%), sendo mais

freqüente o estresse em pessoas que compartilham (39,3%) do que nas que não compartilham as tarefas do cuidado (21,5%).

5. Discussão

A faixa etária dos cuidadores predominante no atual estudo variou de 35 a 54 anos (50%), concordando com outros estudos similares (VARONA et al, 2006; OLIVEIRA, 1993). Houve destacada prevalência da ausência do estresse em adultos jovens (35 a 45 anos) e da presença deste, já na fase de resistência em cuidadores idosos. Tal prevalência foi também observada em estudo semelhante realizado por Vilela e Caramelli (2006) no HC-USP. Isto se deve, possivelmente, à uma somatória de eventos estressores ao longo da vida, além de maiores responsabilidades atribuídas aos cuidadores idosos. Além disso verifica-se maior dificuldade do cuidador idoso em expressar suas dificuldades e emoções negativas em relação ao cuidador jovem.

A prevalência de cuidadores do sexo feminino concorda com vários estudos realizados em cuidadores familiares (OLIVEIRA, 1993; VILELA e CARAMELLI, 2006; VARONA et al, 2006) e reflete a realidade de nossa cultura, na qual a mulher possui o

instinto de cuidar e fornecer o apoio necessário nas diversas situações de dificuldade (SILVEIRA, 2000).

Houve uma freqüência maior de cuidadores familiares casados (53,6%) em todas as fases do estresse estudadas, fato também encontrado por VARONA et al (2006).

Com relação ao grau de escolaridade, a maioria dos cuidadores possuíam o 2º grau completo (46,4%). Analisando a fase de resistência observa-se a predominância do estresse em indivíduos com escolaridade inferior (1º e 2º graus) (35,7%) em relação aos cuidadores com escolaridade superior (3º grau) (10,7%), sugerindo que estes, por possuírem maior conhecimento acerca da doença e de suas complicações estejam menos sujeitos às situações estressoras. Entretanto na fase de quase exaustão houve equivalência do estresse em cuidadores com grau de escolaridade menor (7,1%) e maior (7,1%), sugerindo não haver relação fidedigna entre o grau de escolaridade e o estresse.

A maioria dos cuidadores eram filhos (as) (60,7%), predominando a fase de resistência do estresse (66,6%). Segundo Bulla, a responsabilidade que os filhos têm com seus pais é uma forma de solidariedade entre as gerações. Os adultos cuidam de seus

filhos e de seus pais idosos na perspectiva de serem amparados na velhice pela geração mais nova. Com relação ao estresse encontrado, deve-se reforçar ainda que, quanto se trata da doença de Alzheimer, o familiar cuidador enfrenta a possibilidade e o temor de também vir a ser portador da enfermidade. A literatura revela também que as filhas são as principais responsáveis em prover o cuidado ao idoso enquanto os filhos são responsáveis por fornecer ajuda financeira aos seus pais (VARONA et al, 2006).

Avaliando a frequência dos estresse nos 28 cuidadores pesquisados observou-se a prevalência de 60,7% nestes, sendo que 39,3% tiveram pontuação insuficiente para classificá-los em alguma fase do estresse, porém possuíam um ou outro sintoma isolado de estresse não conclusivo para o diagnóstico. Esses dados confirmam os dados da literatura e a elevada carga emocional e física a qual os cuidadores são submetidos (VARONA et al, 2006; OLIVEIRA, 1993; VILELA e CARAMELLI, 2006). Os cuidadores familiares possuem importantes particularidades uma vez que além de todo o estresse físico, ao qual são submetidos todas as classes de cuidadores, apresentam também grande

impacto emocional relacionado ao convívio prévio com o idoso enfermo, à falta de tempo para o lazer, ao sentimento de culpa e ao medo da doença para si. Além das dificuldades financeiras impostas devido ao abandono das atividades laborativas para dedicação ao idoso (FORLENZA e CARAMELLI, 2000; SILVEIRA, CALDA e CARNEIRO, 2006).

Do total de cuidadores com estresse 76,5% estavam na fase Resistência e 23,5% na fase de Quase-exaustão, sendo que nenhum destes apresentava-se nas fases de Alerta ou na de Exaustão.

A classificação do modelo quadrifásico de estresse foi proposto por Lipp (2000) e está dividida em quatro fases: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. A fase de alerta é definida como a fase positiva do estresse, na qual os indivíduos têm uma maior produtividade, criatividade e motivação. A fase de Resistência ocorre quando a fase de alerta é mantida por períodos muito prolongados ou se novos estressores surgem. Nesta fase o organismo tenta impedir o desgaste total de energia, porém há diminuição importante da produtividade. Quando há persistência dos agentes estressores ocorre uma quebra na resistência do indivíduo e este passa à fase seguinte do

estresse: a de Quase-exaustão. Nesta fase surgem sintomas físicos e tem início o adoecimento dos órgãos mais vulneráveis. A fase sucessora é a de Exaustão e ocorre quando os fatores estressores não são removidos. Esta pode se apresentar com doenças importantes como depressão, infarto, úlceras, entre outros.

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram com os encontrados por Lipp e Guevara (1994) em que a maioria dos sujeitos situava-se na fase de resistência ao estresse.

Oliveira (1993) encontrou que 62,5% da população de cuidadores asilares estavam na fase de exaustão e 37,5% na fase de resistência ao estresse. Essa diferença do encontrado no atual estudo pode se dever à classe de cuidadores, já que estamos avaliando cuidadores familiares e não institucionais.

As fases de alerta e de exaustão não foram classificadas devido ao fato de se usar a regra da maior porcentagem de sintomas de cada fase para determinar a fase de estresse em que o indivíduo se encontra. Dessa forma, não houve nenhum cuidador inserido nas fases de alerta e de exaustão. Entretanto é importante demonstrar a frequência dos principais sintomas físicos e psicológicos encontrados em cada

quadro que visava avaliar cada fase do estresse.

De um modo geral os sintomas físicos mais frequentes na fase de alerta foram tensão muscular, mãos (pés) frios e insônia, enquanto os sintomas psicológicos foram: vontade súbita de iniciar novos projetos e aumento súbito de motivação, corroborando com os achados de Oliveira (1993) e Naracato (1996) e demonstrando que, embora não tenha havido nenhum cuidador classificado na fase de alerta do estresse, vários possuíam sintomas característicos desta fase.

Os sintomas mais frequentes nas fases de resistência e de quase-exaustão foram problemas com a memória, sensação de desgaste físico e cansaço constante no que diz respeito aos sintomas físicos, e pensar constantemente em um só assunto, irritabilidade e sensibilidade excessivas com relação aos sintomas psicológicos. Assim como na fase de alerta, não houve cuidadores classificados na fase de exaustão por não alcançarem a pontuação suficiente, entretanto os sintomas desta fase foram encontrados em vários destes. Esses dados reforçam o impacto causado pelo estresse na vida do cuidador familiar.

Na fase de exaustão, os sintomas físicos mais encontrados foram: insônia,

excesso de gases e tontura freqüente, enquanto que os principais sintomas psicológicos foram: angústia/ ansiedade diária, vontade de fugir de tudo e perda de senso de humor. Verifica-se a partir desses achados a sobrecarga física e emocional a qual é imposta ao cuidador familiar.

Com relação à predominância dos sintomas psicológicos ou físicos, estes foram mais prevalentes na área cognitiva (64,7%) do que na área somática (23,5%), tendo sido encontrado dois casos em que os sintomas foram equivalentes (11,8%). Estes achados estão de acordo com a literatura (Oliveira, 1993), e a sintomatologia do estresse pode variar de acordo com a predisposição do indivíduo para a área física ou psicológica.

No que diz respeito ao compartilhamento com outro cuidador houve predomínio de indivíduos que compartilham o cuidado com outras pessoas (67,9%) sobre os que não compartilham (32,1%), sendo mais freqüente o estresse em pessoas que compartilham (39,3%) do que nas que não compartilham as tarefas do cuidado (21,5%), divergindo do esperado. Aponta-se como possível causa a dificuldade de relacionamento em situações estressantes, como dividir o

cuidado do idoso com outro membro da família, desencadeando por vezes competição e discórdia de opiniões, aumentando assim ainda mais os fatores estressores.

6. Conclusão

O aumento da expectativa de vida tem aumentado o contingente de idosos e, associado a esse aumento verifica-se a maior emergência de doenças crônico-degenerativas com destaque para as demências. É evidente o estresse físico e mental ao qual são submetidos os cuidadores, em especial os cuidadores familiares. Sendo assim, verifica-se a importância de pesquisas que visem atualizar os conhecimentos acerca dos cuidadores e disponibilizar informações sobre o problema afim de fornecer subsídios para a gestão dos formuladores da política sanitária pública ou privada, e a formação de grupos de ajuda e equipes multidisciplinares capacitadas para amparar e esclarece os cuidadores sobre a doença.

7. Referências Bibliográficas

- ALLOUL, K. et al. Alzheimer's disease: a review of the disease, its epidemiology and economic impact. **Archives of Gerontology and Geriatric**, vol. 27, 1998, p. 189-221.
- BULLA, L. C.; VALENCIO, G. B.; INAMORATTO, L. V.; PRONZA, P. O. O familiar cuidador do idoso com Alzheimer: uma avaliação da qualidade de vida e do estresse psicossocial. Anais da 2º Regional da SBPC/RS. Disponível em:
<http://www.pucrs.br/eventos/sbpc/errata_lista.php> Acesso em dezembro/2006.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, mai.- jun. 2003, vol. 19, nº03, p.773-781.
- DINIZ, B. S. O.; TAVARES JÚNIOR, A. R. As bases biológicas da Doença de Alzheimer. **Revista Médica de Minas Gerais**, vol. 11, nº 02, p. 92-97, 2001.
- FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria Geriátrica**, São Paulo: Atheneu, 2000, 695p.
- GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P.; Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: Impacto sobre a vida do cuidador. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, vol. 57, nº 02-B, p. 427-434, 1999.
- GWYTHER, L. P. Social Issues of the Alzheimer's patient and family. **The American Journal of Medicine**, vol. 104, nº 04-A, 1998, p. 175-215.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. **Composição e mobilidade populacional, PNAD (Pesquisa por Amostra de Domicílios)** 2001. 27 Julho 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 05 de out. 2005.
- LIPP, M. N. Stress: conceitos básicos. In ____ **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papyrus, 1996. p.13.
- LIPP, M. N. , GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do inventário de sintomas de stress. **Estudos de Psicologia**, vol. 11, nº 03, 1994, p. 43-49.
- LIPP, M. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp**. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 47-48.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalence of dementia in several regions of the world: analysis of epidemiologic studies from 1994 to 2000. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, vol. 60, nº01, 2000, p. 61-69.

NITRINI, R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 26, nº 05, 1999, edição internet.

NARACATO, A. E. C. B. Stress no idoso. Efeitos diferenciais da ocupação profissional. In. LIPP, M. E. N. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papyrus, 1996.

OLIVEIRA, A. L. R. **Percepções de cuidados quanto à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência** [dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 1993.

REZENDE, C. H. A.; RODRIGUES, R. A. P. O estresse do cuidador de idosos. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, set-out-nov-dez 2000, vol. 04, nº 03, p. 93-97.

SILVEIRA, T.M. O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos

portadores de distúrbios cognitivos. **Textos Envelhecimento** 2000, vol. 3, p.13-28.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais.

VARONA, R.; SAITO, T.; TAKAHASHI, M.; KAI, I. Caregiving in the Philippines: A quantitative survey on adult-child caregivers' perceptions of burden, stressors, and social support. **Archives of Gerontology and Geriatric**, 2006.

VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A Doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**, 2006, vol.52, nº3, p.148-52.