

Habilidade de cuidado, sobrecarga, estresse e *coping* de cuidadores familiares de pessoas em tratamento oncológico

Caring ability, burden, stress and coping of family caregivers of people in cancer treatment

Habilidad de cuidado, sobrecarga, estrés y afrontamiento de los cuidadores familiares de personas en tratamiento oncológico

Larissa de Carli Coppetti¹

ORCID: 0000-0002-3162-6669

Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini¹

ORCID: 0000-0002-3604-2507

Rafaela Andolhe¹

ORCID: 0000-0003-3000-8188

Laís Mara Caetano da Silva¹

ORCID: 0000-0001-7596-2333

Steffani Nikoli Dapper¹

ORCID: 0000-0002-3672-7792

Elissa Noro¹

ORCID: 0000-0001-9195-1909

¹Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Coppetti LC, Girardon-Perlini NMO, Andolhe R, Silva LMC, Dapper SN, Noro E. Caring ability, burden, stress and coping of family caregivers of people in cancer treatment. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1541-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0605>

Autor Correspondente:

Larissa de Carli Coppetti
E-mail: lari_decarli@hotmail.com



Submissão: 05-02-2019

Aprovação: 07-04-2019

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre habilidade de cuidado e sobrecarga, estresse e *coping* de cuidadores familiares de pessoas em tratamento oncológico. **Método:** Estudo transversal com 132 cuidadores familiares. Foram aplicados o instrumento de caracterização, o *Caring Ability Inventory*, a Escala de sobrecarga de Zarit, a Escala de estresse percebido e COPE Breve. Utilizou-se a Correlação de Spearman com significância $\leq 5\%$. **Resultados:** Houve correlações significativas e positivas entre habilidade de cuidado total e: sobrecarga - relação interpessoal ($p=0,03$); estresse ($p=0,02$) e *coping* desadaptativo ($p=0,00$); e correlação inversamente proporcional com *coping* focado no problema ($p=0,03$). A coragem teve correlação inversamente proporcional com: autoeficácia ($p=0,03$), relacionamento interpessoal ($p=0,00$), estresse ($p=0,04$) e *coping* desadaptativo ($p=0,00$). O conhecimento teve correlação positiva e significativa com *coping* focado no problema ($p=0,00$), *coping* adaptativo ($p=0,01$), e correlação inversa com estresse ($p=0,02$). **Conclusão:** o nível de habilidade de cuidado tem correlação com os níveis de sobrecarga e estresse, e com o tipo de estratégia de enfrentamento utilizada pelos cuidadores familiares.

Descritores: Cuidadores; Assistência Domiciliar; Oncologia; Enfermagem; Estresse Psicológico.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between the caring ability and the burden, stress and coping of family caregivers of people in cancer treatment. **Method:** A cross-sectional study with 132 family caregivers. The following instruments were applied: a characterization instrument, the *Caring Ability Inventory*, the Zarit Burden Interview, the Perceived Stress Scale, and the Brief COPE. The Spearman Correlation was used with significance $\leq 5\%$. **Results:** There were significant and positive correlations between total caring ability and: burden - interpersonal relationship ($p=0.03$); stress ($p=0.02$) and maladaptive coping ($p=0.00$); and inversely proportional correlations with problem-focused coping ($p=0.03$). The courage had inversely proportional correlation with: self-efficacy ($p=0.03$), interpersonal relationship ($p=0.00$), stress ($p=0.04$) and maladaptive coping ($p=0.00$). The knowledge had significant and positive correlation with problem-focused coping ($p=0.00$), adaptive coping ($p=0.01$), and inverse correlation with stress ($p=0.02$). **Conclusion:** The level of caring ability correlates with levels of stress and burden, and with the type of coping strategy used by family caregivers.

Descriptors: Caregivers; Home Care; Oncology; Nursing; Psychological Stress.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre habilidad de cuidado y sobrecarga, estrés y afrontamiento de cuidadores familiares de personas en tratamiento oncológico. **Método:** Un estudio transversal con 132 cuidadores familiares. Se aplicaron los siguientes instrumentos: un instrumento de caracterización, el *Caring Ability Inventory*, el Cuestionario de Zarit, la Escala de Estrés Percibido y el *Brief COPE*. Se utilizó la correlación de Spearman con un nivel de significación $\leq 5\%$. **Resultados:** Hubo correlaciones significativas y positivas entre la habilidad total de cuidado y: sobrecarga - relación interpersonal ($p=0.03$); estrés ($p=0.02$) y afrontamiento maladaptativo ($p=0.00$); y correlaciones inversamente proporcionales con el afrontamiento centrado en el problema ($p=0.03$). El coraje tuvo una correlación inversamente proporcional con: autoeficacia ($p=0.03$), relación interpersonal ($p=0.00$), estrés ($p=0.04$) y afrontamiento maladaptativo ($p=0.00$). El conocimiento tuvo una correlación significativa y positiva con el afrontamiento centrado en el problema ($p=0.00$), el afrontamiento adaptativo ($p=0.01$) y una correlación inversa con el estrés ($p=0.02$). **Conclusión:** El nivel de habilidad de cuidado se correlaciona con los niveles de estrés y sobrecarga, y con el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada por los cuidadores familiares.

Descritores: Cuidadores; Atención Domiciliar de Salud; Oncología; Enfermería; Estrés Psicológico.

INTRODUÇÃO

O atual cenário brasileiro apresenta importantes modificações no padrão demográfico e no perfil de morbidade e mortalidade da população, com declínio das doenças infecciosas e aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs)⁽¹⁾. O câncer é uma das DCNTs com maior impacto econômico na saúde mundial e no sistema de saúde nacional. Dados em escala global informam que mundialmente, cerca de 18 milhões de pessoas adoecem ao ano em decorrência do câncer⁽²⁾. No Brasil, para o biênio 2018-2019, estima-se a ocorrência de 1.200.000 casos novos de câncer⁽¹⁾.

Para além das elevadas taxas de morbimortalidade mundiais, no Brasil, o câncer está associado à morte prematura e perda da qualidade de vida em virtude das possíveis sequelas e incapacidades⁽³⁾. Daí a necessidade de adotar medidas alternativas, como o cuidado no domicílio, com vistas a atender às necessidades de saúde da população com perdas funcionais e dependência para realização das atividades da vida diária. O cuidado domiciliar contribui para a humanização da atenção à saúde, pois envolve as pessoas no cuidado e potencializa a participação ativa do sujeito e de sua família no processo de saúde-doença-cuidado⁽⁴⁾.

A família assume importante função no cuidado à pessoa dependente por ser a principal fonte de apoio. O diagnóstico de câncer e as mudanças oriundas da realidade de cuidado, por vezes, desorganizam o sistema familiar e exigem mudanças que incorporem no cotidiano os cuidados exigidos no tratamento⁽⁵⁾. Apesar do adoecimento afetar toda a família, a responsabilidade pelo cuidado geralmente se concentra em um de seus membros, o cuidador principal. Na maioria das vezes, a atividade de cuidar é assumida repentinamente, com pouca orientação e sem preparo prévio, o que pode comprometer a qualidade da assistência e repercutir em alterações físicas e emocionais no próprio cuidador⁽⁶⁾.

O desempenho do cuidado deve ser acompanhando por ações de apoio, sobretudo dos profissionais de enfermagem, com o objetivo de orientar sobre os conhecimentos específicos do cuidar e desenvolver ou a melhorar a habilidade. A habilidade do cuidado é o potencial da pessoa que assume o papel de cuidador principal de um familiar ou pessoa significativa em situação de doença incapacitante. Dentro desta habilidade, incluem-se dimensões cognitivas, instrumentais e atitudinais, que podem ser identificadas e medidas segundo indicadores de conhecimento, coragem e paciência⁽⁷⁾.

As repercussões do cuidar e o estado de vulnerabilidade ao qual o cuidador se expõe podem ocasionar desgastes físicos, psicológicos e/ou sociais e, conseqüentemente, gerar sentimentos negativos favoráveis ao aparecimento da sobrecarga e do estresse⁽⁸⁾. O cuidador deve ser o foco no processo de cuidado, já que pode estar exposto à sobrecarga diante das atribuições advindas na dependência do familiar⁽⁹⁾, o que por sua vez traz a necessidade de estratégias de enfrentamento, que podem interferir na habilidade de cuidado e na qualidade de vida do cuidador.

A avaliação da habilidade de cuidado dos cuidadores familiares é uma temática incipiente no Brasil. Foi feita uma busca em bases de dados *online* para realizar esta pesquisa, o que demonstrou o destaque de estudos internacionais que avaliam a habilidade de cuidado de cuidadores com foco nos cuidadores familiares. Foi identificada uma lacuna no conhecimento, pois

apenas um estudo abordou a temática “habilidade de cuidado” junto a cuidadores informais, porém com foco na adaptação cultural do instrumento proposto para mensurá-la, e não na avaliação desta e sua associação com a sobrecarga, estresse e *coping* dos cuidadores familiares. Ademais, os resultados deste estudo poderão servir como subsídio para políticas institucionais de atenção aos cuidadores, direcionar atividades práticas da enfermagem, e contribuir com o planejamento e adoção de estratégias de intervenção eficazes para orientação e preparo dos cuidadores familiares.

Diante do exposto, questiona-se: existe associação entre a habilidade de cuidado e a sobrecarga, o estresse e o *coping* de cuidadores familiares de pacientes em tratamento oncológico? A hipótese de estudo foi que: o nível de habilidade de cuidado correlaciona-se inversamente com níveis de sobrecarga e estresse, e de forma diretamente proporcional com o tipo de estratégia de enfrentamento utilizada pelos cuidadores familiares.

OBJETIVO

Analisar a associação entre a habilidade de cuidado e a sobrecarga, o estresse e o *coping* de cuidadores familiares de pessoas em tratamento oncológico.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo seguiu as recomendações da Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Desenho, local do estudo e período

Estudo transversal, realizado no período de março a agosto de 2017, nos setores de quimioterapia e de radioterapia de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul.

Amostra: critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi constituída por cuidadores familiares de pacientes em tratamento oncológico. Para a seleção dos participantes, inicialmente, foram identificados os pacientes em tratamento oncológico com algum grau de dependência. Os cuidadores foram acessados na sequência, considerando os critérios de inclusão a saber: ser cuidador principal de pessoa em tratamento oncológico com algum grau de dependência para as atividades de vida diária; idade igual ou maior que 18 anos; e prestar cuidados domiciliares ao familiar dependente. O critério de exclusão foi apresentar dificuldades de cognição evidentes na abordagem inicial.

A seleção dos participantes foi pelo método não-probabilístico e por conveniência. Durante o período de coleta de dados, 167 pessoas dependentes estiveram em atendimento, mas ao acessar os respectivos cuidadores, 23 não se caracterizavam como cuidador principal, cinco demonstraram dificuldades de comunicação e/ou compreensão, dois eram menores de 18 anos

e cinco não aceitaram participar do estudo. Com isso, a amostra foi constituída por 132 cuidadores familiares, o que representou 79,0% da população de pessoas dependentes em tratamento oncológico neste período.

Protocolo do estudo

Após identificação dos pacientes dependentes, foi realizado o primeiro contato com o familiar que os acompanhava com o objetivo de confirmar os critérios de inclusão. Foi considerado como cuidador principal, o familiar com total ou maior parte da responsabilidade pelos cuidados em prol da assistência ao indivíduo doente. Em situações com mais de um cuidador, em que estes mencionavam dividir as tarefas de cuidado, o próprio paciente foi questionado sobre quem ele considerava seu cuidador principal e foi respeitada essa indicação.

Essa primeira aproximação foi efetuada de maneira informal, na sala de espera dos ambulatórios, quando foi apresentada a proposta detalhada do estudo verbalmente com explicações sobre sua realização. Nesse encontro, foi oficializado o convite para participação voluntária. Após o aceite, iniciou-se a coleta de dados.

Os dados foram coletados mediante aplicação de questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador familiar e de características do cuidado prestado, a versão brasileira do *Caring Ability Inventory* (CAI-BR), a Escala de Sobrecarga de Zarit, a Escala de Estresse Percebido e o COPE breve. O inventário utilizado para mensurar a Habilidade de Cuidado manteve a denominação original, em inglês, e a sigla "CAI-BR" após a adaptação e tradução transcultural para o português do Brasil, conforme posição das autoras responsáveis⁽¹⁰⁾.

O CAI-BR é procedente do *Caring Ability Inventory* (CAI), criado em 1990⁽⁷⁾, com o objetivo de avaliar as habilidades de um sujeito a partir da percepção dele próprio, para prestar o cuidado adequado, atentando para aspectos instrumentais e cognitivos. É constituído por 37 itens, divididos em três dimensões: conhecimento, coragem e paciência, com 14, 13 e 10 itens, respectivamente. As respostas são organizadas em uma escala do tipo *Likert*, que varia de 1–5, onde 1 é "discordo fortemente" e 5 "concordo fortemente". As respostas aos itens são adicionadas, dando uma pontuação total e uma para cada subescala.

O Alfa de Cronbach do instrumento original, o CAI, foi de 0,84⁽⁷⁾. A versão em espanhol alcançou valor de 0,86⁽¹¹⁾ e a versão em português obteve resultado de 0,78⁽¹⁰⁾. Na presente investigação, o valor do Alfa de Cronbach para o CAI-BR total foi de 0,60.

A Escala de Sobrecarga de Zarit permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Ela é composta por 22 itens avaliados conforme escala *Likert*, que varia de zero a quatro pontos. Ao somar a pontuação, é obtido um *score* global, que varia entre 0 e 88, com a seguinte classificação: <20: ausência de sobrecarga; 21–40: sobrecarga leve a moderada; 41–60: sobrecarga moderada a severa; >60: sobrecarga intensa⁽¹²⁾. Também é avaliada a sobrecarga subjetiva, que inclui quatro fatores: impacto da prestação de cuidados; relação interpessoal; expectativas face ao cuidar; percepção de autoeficácia. A versão validada e traduzida para o português obteve um Alfa de Cronbach de 0,93⁽¹²⁾ e, no presente estudo, a consistência interna verificada foi de 0,84.

A Escala de Estresse Percebido foi originalmente desenvolvida em 1983 e validada para a língua portuguesa no ano de 2007⁽¹³⁾.

É composta por 14 itens, sete com sentido positivo e outros sete com sentido negativo. As respostas estão organizadas em escala do tipo *Likert*, de zero a cinco pontos. As questões com conotação positiva têm sua pontuação somada invertida, e as demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. Para a classificação do nível de estresse como baixo, médio e alto, foi utilizada a padronização da escala, em que os dados dispostos na escala ordinal são transformados em escala de razão de 0 a 100%, e convencionados nas três categorias. A padronização ocorreu da seguinte forma: alta, para média entre 66,68% e 100%; média, para média entre 33,34% e 66,67%; baixa, para média de 0 a 33,33%⁽¹⁴⁾.

A consistência interna da escala original obteve o valor de 0,77, e o valor para a versão validada e traduzida para o português do Brasil foi de 0,62⁽¹³⁾. Neste estudo, a consistência interna, verificada pelo Alfa de Cronbach, obteve valor de 0,90.

O COPE Breve é um instrumento resultante do *COPE Inventory*, traduzido e validado para a população brasileira em 2012⁽¹⁵⁾. Contém 28 itens avaliados por escala do tipo *Likert*, que varia de um a quatro, onde 1=Não tenho feito e 4=Tenho feito bastante, e os entrevistados podem relatar o que costumam fazer frente ao estressor. Os escores são somados, e quanto maior a nota obtida, maior é o uso de determinada estratégia de enfrentamento. O resultado final da escala aponta para um perfil baseado nas subescalas mais ou menos utilizadas. O tipo de enfrentamento utilizado pode ser classificado em focado no problema ou focado na emoção, e subdividido em adaptativo ou desadaptativo⁽¹⁵⁾.

A consistência interna da versão validada e traduzida para o Brasil da escala de COPE Breve foi verificada pelo Alfa de Cronbach, e o valor encontrado foi 0,84⁽¹⁵⁾. Na presente investigação, o valor obtido foi 0,71.

Os instrumentos da pesquisa foram aplicados por meio de entrevistas individuais das pesquisadoras responsáveis com os cuidadores familiares sem a presença do paciente, na sala da enfermeira ou em outro espaço disponível nos setores, garantindo a inexistência de ruídos e interferências e a privacidade dos participantes. Cada procedimento para a coleta de dados teve duração média de 30 minutos.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram organizados e digitados concomitantemente ao período de coleta de dados por dois digitadores independentes em uma planilha eletrônica do *Excel for Windows*. Após a verificação e correção das inconsistências, as informações foram analisadas eletronicamente com auxílio do programa SPSS versão 23.0.

As variáveis qualitativas foram apresentadas pela distribuição de frequências absolutas e relativas, e as variáveis quantitativas, em medidas de tendência central, SD (Desvio Padrão) e variabilidade. A normalidade dos grupos foi testada a partir do teste Kolmogorov-Smirnov. A associação foi avaliada por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman, e foi adotado nível de significância $\leq 5\%$.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos participantes do estudo, predominaram as mulheres (n=103; 78,0%), de idade entre 18 e 76

anos (M=48,68; SD=14,01), com companheiro (n=101; 76,5%), nível de escolaridade entre zero e 20 anos, e média de 9,08 anos de estudo (SD=4,61), o que representa o ensino fundamental completo. O tempo de cuidado foi, em média, de 10,18 meses (SD=14,79). A maioria dos cuidadores contava com auxílio para o cuidado (n=88; 66,7%).

A análise descritiva dos escores obtidos no CAI-BR, na Escala de Sobrecarga de Zarit, na Escala de Estresse Percebido e no COPE Breve é apresentada na Tabela 1.

Quanto às classificações dos níveis de habilidade, os cuidadores familiares apresentaram nível médio de habilidade, tanto no CAI-BR total (n=89; 67,42%), como nas suas dimensões conhecimento (n=87; 65,91%), coragem (n=91; 68,94%) e paciência (n=100; 75,76%).

Na aplicação da Escala de Sobrecarga de Zarit, predominaram os cuidadores com ausência de sobrecarga (50,8%). Quanto aos demais, 53 (40,1%) apresentaram sobrecarga leve a moderada e 12 (9,1%), sobrecarga moderada a severa. A sobrecarga subjetiva demonstrou maior influência do fator impacto na prestação de cuidados (M=8,98; SD=7,95).

No tocante às classificações nos níveis de estresse percebido, predominou o nível médio (n=61; 46,21%), seguido pelo nível alto (n=59; 44,70%) e o baixo (n=12; 9,09%). Dentre as estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores familiares participantes deste estudo, prevaleceram as atitudes focadas no problema (M=37,88; SD=5,88).

Conforme exposto na Tabela 2, a habilidade total e a dimensão coragem estão correlacionadas com a sobrecarga no fator

de relação interpessoal (p=0,03, p=0,00) do cuidador com a pessoa cuidada. Quanto maior a sobrecarga associada a este fator, menor a habilidade de cuidado e a coragem do cuidador familiar. Há também correlação estatisticamente significativa e negativa entre a coragem e a sobrecarga no fator de percepção de autoeficácia (p=0,03), onde, quanto maior a sobrecarga neste fator, menor será a coragem.

Entre o estresse percebido e a habilidade de cuidado, houve correlação estatisticamente significativa e negativa entre a habilidade de cuidado total e as dimensões conhecimento (p=0,02) e coragem (p=0,02). Isso demonstra que quanto maior a percepção de estresse do cuidador familiar, menores serão a sua habilidade de cuidado total, seu conhecimento e coragem (Tabela 2).

Dentre as estratégias de coping, houve correlação estatisticamente significativa da habilidade de cuidado total e da dimensão conhecimento com as estratégias focadas no problema (p=0,03, p=0,00). Quanto maior o coping do cuidador neste tipo de enfrentamento, maiores serão a sua habilidade total e seu conhecimento. As estratégias de coping adaptativas e focadas na emoção, demonstraram correlação estatisticamente significativa com a dimensão conhecimento (p=0,01), portanto, quanto maior o conhecimento do cuidador, maior será a adoção destas ações. O coping desadaptativo focado na emoção apresentou correlação estatisticamente significativa e negativa com a habilidade de cuidado total (p=0,00) e a dimensão coragem (p=0,00). Isso permitiu observar que quanto maior a utilização destas estratégias, menor será a habilidade total e a coragem do cuidador (Tabela 2).

Tabela 1 - Análise descritiva dos escores obtidos nos instrumentos utilizados no estudo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Variável		Média(SD)	Mediana(IQ)	Varição
Habilidade	Conhecimento	52,2 (3,54)	53 (17)	44-61
	Coragem	46,31 (3,98)	46 (20)	37-57
	Paciência	40,54 (2,71)	40 (14)	34-48
	CAI-BR Total	139,05 (7,1)	139 (35)	125-160
Sobrecarga	Impacto de prestação de cuidado	8,98 (7,95)	7 (35)	0-35
	Percepção de autoeficácia	2,85 (2,25)	3 (8)	0-8
	Expectativa face ao cuidar	8,95 (3,14)	9 (14)	2-16
	Relação interpessoal	1,91 (2,17)	2 (12)	0-12
	Sobrecarga Total	22,69(11,76)	20 (55)	4-59
	Estresse	21,43(10,45)	21 (49)	3-52
Coping	Focado no problema	37,88 (5,88)	39 (30)	18-48
	Adaptativo focado na emoção	14,11 (2,66)	14 (15)	6-21
	Desadaptativo focado na emoção	10,74 (3,09)	10 (12)	8-20

Nota: SD-Desvio padrão; IQ-Intervalo Interquartil.

Tabela 2 - Análise da Correlação (Coef de Spearman) da habilidade de cuidado total e suas dimensões com a sobrecarga e seus fatores, estresse e estratégias de coping, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Habilidade de cuidado	Sobrecarga		Impacto do cuidado		Percepção autoeficácia		Expectativa face ao cuidar		Relação Interpessoal		Estresse		Coping Focado no Problema		Coping Adaptativo focado na emoção		Coping Desadaptativo focado na emoção	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
CAI-BR Total	-0,14	0,10	-0,13	0,12	-0,07	0,42	-0,06	0,49	-0,18	0,03*	-0,20	0,02*	0,19	0,03*	0,06	0,45	-0,23	0,00*
Conhecimento	-0,10	0,24	-0,09	0,29	0,00	0,95	-0,13	0,12	-0,05	0,54	-0,19	0,02*	0,26	0,00*	0,22	0,01*	-0,15	0,07
Coragem	-0,16	0,06	-0,09	0,25	-0,18	0,03*	-0,04	0,58	-0,22	0,00*	-0,17	0,04*	0,04	0,61	-0,02	0,75	-0,29	0,00*
Paciência	-0,01	0,83	-0,04	0,61	0,00	0,97	0,05	0,57	-0,07	0,41	0,02	0,79	0,00	0,99	-0,10	0,22	0,05	0,51

Nota: * nível de significância ≤5%.

DISCUSSÃO

Por ser uma temática pouco estudada no âmbito nacional, a habilidade de cuidado representa uma lacuna no conhecimento científico brasileiro. Em estudos internacionais, desenvolvidos principalmente na Colômbia, os resultados obtidos sobre a avaliação da habilidade de cuidado, identificaram nível alto nas dimensões conhecimento e paciência, e nível médio na dimensão coragem⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Nesta pesquisa, as médias observadas foram inferiores às anteriormente citadas nas dimensões conhecimento e paciência. Este resultado pode estar relacionado às características específicas dos serviços onde os estudos foram realizados, pois a Colômbia oferece programas de preparo e apoio aos cuidadores familiares, dispensados pelos profissionais de saúde e com objetivo de desenvolver ou melhorar a habilidade de cuidado dessas pessoas.

Com relação à sobrecarga, em 50,8% dos cuidadores ela foi ausente, um resultado consoante com estudos que abordaram esta temática^(16,18). Esse achado pode ter relação com a presença de auxílio para o cuidado, referido por 66,7% cuidadores entrevistados. Resultados semelhantes são encontrados na literatura, onde o apoio dispensado por pessoas próximas, instituições e/ou profissionais de saúde aos cuidadores familiares é considerado importante para minimizar a sobrecarga⁽¹⁹⁾.

A sobrecarga leve a moderada ou moderada a severa, mesmo afetando menor proporção dos participantes (40,1% e 9,1%), respectivamente, deve ser levada em consideração, pois pode influenciar no desempenho e na habilidade de cuidado. Houve relação significativa entre a sobrecarga relacionada ao fator percepção de autoeficácia com a dimensão coragem, e da relação interpessoal com a habilidade de cuidado total e a coragem.

A confiança no crescimento do outro e na própria capacidade de cuidar é o que faz com que o cuidador tenha coragem para enfrentar o desconhecido, juntamente com o discernimento de suas experiências passadas e sua sensibilidade sobre o momento presente⁽²⁰⁾. Isso pode justificar os achados deste estudo, pois as dificuldades inter-relacionais do cuidador com o indivíduo cuidado, somadas ao sentimento de insatisfação com seu próprio desempenho na prática de cuidar, poderão influenciar negativamente a sua capacidade de confiar no outro e lançar-se ao desconhecido, ou seja, diminuirão a sua coragem e, conseqüentemente, a sua habilidade de cuidado total.

Da mesma forma, a presença de níveis elevados de estresse – evidenciados neste estudo e semelhantes a estudo realizado com cuidadores familiares de pessoas em internação domiciliar⁽²¹⁾ – associa-se significativamente com as dimensões conhecimento e coragem, e com a habilidade de cuidado total. O estresse pode se desenvolver em decorrência da necessidade da pessoa lidar com fatores externos ao organismo. Nesse caso, com a dependência do seu familiar e as demandas de cuidados, ou com condições internas relacionadas aos sentimentos de ansiedade, pessimismo e insegurança⁽²²⁾. O estado de tensão ocasionado pelo estresse pode ter conseqüências físicas e psicológicas nos cuidadores, afetar sua capacidade de entender as necessidades da pessoa dependente e de fornecer respostas adequadas. Tais fatores diminuem o conhecimento do cuidador acerca do outro e de si mesmo, sua coragem de enfrentar as adversidades e sua habilidade de cuidado total.

O estresse exige uma resposta do indivíduo ao estressor, o que, após avaliação, determina a escolha da melhor estratégia a ser implementada. No presente estudo, prevaleceram as estratégias focadas nos problemas. Estas são voltadas para a realidade em que o indivíduo se encontra, e estão ligadas com a aceitação da responsabilidade e com o planejamento de resolução de problemas relacionados ao ambiente ou à própria pessoa⁽²²⁾. Um estudo com cuidadores de idosos em situação de dependência evidenciou resultados semelhantes⁽²³⁾.

Na busca por minimizar o estressor, o tipo de estratégia adotada pelo cuidador familiar pode influenciar na sua habilidade de cuidado. As estratégias focadas no problema tiveram relação significativa com a habilidade de cuidado total e a dimensão conhecimento. No esforço de se adaptar ao estressor, o cuidador familiar, através de ações focadas no problema, aumenta sua percepção sobre as necessidades do outro e dele próprio, o que favorece os atributos do conhecimento e a habilidade de cuidado.

O conhecimento é favorecido pelas estratégias adaptativas focadas na emoção, que se referem a ações essenciais para a adaptação psicológica, pois o cuidador aceita e se habitua com as condições e situações inalteráveis, como a doença oncológica e a dependência do seu familiar. Em contrapartida, há influência negativa do *coping* desadaptativo focado na emoção sobre a habilidade de cuidado total e a dimensão coragem. Ao desenvolver estratégias desadaptativas, nas quais se encontram a negação e a culpabilização, diminuem a capacidade de enfrentar situações impostas pelos cuidados, a coragem de se expor ao desconhecido e a habilidade de cuidado total.

As famílias, em especial os cuidadores principais das pessoas em tratamento oncológico, são consideradas como apoio essencial e o elo necessário entre pacientes, familiares e a equipe de saúde. Por vezes, as dúvidas em relação ao estado de saúde do seu familiar, a falta de orientações e de apoio social e a própria vivência com a pessoa dependente, podem ocasionar alterações físicas e psicológicas⁽²⁴⁾. Esses aspectos demandam uma postura sensível e ativa dos profissionais de saúde, sobretudo da enfermagem, frente às evidências ofertadas.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo estão relacionadas ao contexto de acesso aos participantes, que estão vinculados a um serviço público de atendimento especializado em oncologia, e isso restringe a generalização dos resultados. Além disso, por ser um estudo transversal, existe o viés da temporalidade.

Contribuições para a área da enfermagem e saúde

As evidências demonstradas neste estudo constituem um aporte para a enfermagem na construção de um protocolo de cuidado direcionado aos cuidadores familiares. A habilidade de cuidado, temática incipiente nos estudos brasileiros, permite conhecer as condições dos indivíduos para assumirem as demandas de cuidado. A partir disso, é possível fornecer subsídios para as práticas da enfermagem no desenvolvimento dos atributos de conhecimento, coragem e paciência. Ações de apoio e orientações para fortalecer os cuidadores familiares para o cuidado

domiciliar podem minimizar a sobrecarga e o estresse, e favorecer o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficazes, de modo que tais adversidades não interfiram negativamente na habilidade de cuidado.

Neste contexto, os enfermeiros profissionais atuam como responsáveis por identificar as necessidades emergentes desta população. A partir da articulação com outros núcleos profissionais e níveis de atenção à saúde, podem planejar estratégias para apoio aos cuidadores, incluindo ações de educação em saúde e suporte psicológico, no intuito de promover uma atenção adequada e qualidade de vida aos cuidadores vivendo o processo de cuidar no domicílio.

CONCLUSÃO

Os resultados da investigação confirmam a hipótese levantada inicialmente e demonstram a correlação do nível de habilidade de cuidado com os níveis de sobrecarga e estresse, e com o tipo de estratégia de enfrentamento utilizada pelos cuidadores familiares.

Ainda que exista sobrecarga na dimensão das relações interpessoais, a habilidade de cuidado dos cuidadores familiares é maior quando há maior coragem e menor estresse. Quando o cuidador utiliza estratégias focadas no problema ou no *coping* adaptativo focado na emoção, ele é capaz de se adaptar à função de cuidador.

O pequeno número de estudos brasileiros que avaliam a habilidade de cuidado de cuidadores familiares, demonstra a necessidade de desenvolver estudos nacionais com objetivo de avaliar a habilidade de cuidado, sobrecarga, estresse e *coping* de cuidadores familiares. Com estas investigações, será possível conhecer a realidade do país, construir um diagnóstico próximo às reais necessidades desta população no âmbito local, regional e nacional, e direcionar ações de enfrentamento de tais situações.

FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018[cited 2018 May 31]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today [Internet]. Lyon: Global Cancer Observatory (GLOBOCAN); 2018 [cited 2019 Feb 02]. Available from: <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie>
3. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Jr JB, Reis AAC. Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil - National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(Suppl2):3-16. doi: 10.1590/1980-5497201500060002
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar – Volume 1 [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2018 May 31]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_2_vol_%201_diretrizes_para_a_ad_na_ab_final.pdf
5. Costa TF, Costa KNFM, Martins KP, Fernandes MGM, Brito SS. Burden over family caregivers of elderly people with stroke. *Esc Anna Nery*. 2015;19(2):350-5. doi: 10.5935/1414-8145.20150048
6. Landeiro MJL, Peres HHC, Martins T. Avaliação das necessidades informacionais dos cuidadores domiciliares. *Rev Enferm UFSM*. 2015;5(3):486-98. doi: 10.5902/2179769216886.
7. Nkongho N. Caring ability inventory. In: Watson J, editor. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. 2nd ed. New York: Springer; 2009. p. 117-24.
8. Sánchez Martínez RT, Cardona EMM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid*. 2016;7(1):1171-84. doi: 10.15649/cuidarte.v7i1.251
9. Nunes DP, Brito TRP, Corona LP, Alexandre TS, Duarte YAO. Elderly and caregiver demand: proposal for a care need classification. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(suppl 2):844-50. [Thematic Issue: Health of the Elderly] doi: 10.1590/0034-7167-2017-0123
10. Rosanelli CLSP, Silva LMG, Gutiérrez MGR. Cross-cultural adaptation of the Caring Ability Inventory to Portuguese. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(3):347-54. doi: 10.1590/1982-0194201600048
11. Díaz LYB. Confiabilidad y validez de constructo del instrumento "Habilidad de Cuidado de Cuidadores Familiares de Personas que Viven una Situación de Enfermedad Crónica". [Dissertação] [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005 [cited 2018 Apr 25]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3806/1/539351.2011.pdf>
12. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(1):12-7. doi: 10.1590/S1516-44462002000100006
13. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):606-15. doi: 10.1590/S0034-89102007000400015
14. Lopes LFD. Métodos Quantitativos. Santa Maria: UFSM; 2016.
15. Brasileiro SV. Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do COPE breve em uma amostra brasileira [dissertação] [Internet]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2012 [cited 2018 Apr 30]. Available from: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3351>

16. Díaz CE, Mendoza SP, Carrilo KS. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes [Internet]. *Enferm Glob*. 2015 [cited 2018 Apr 30];14(2):235-48. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/administracion4.pdf>
 17. Ostigüín-Meléndez RM, Rivas-Herrera JC, Vallejo-Allende M, Crespo-Knopfler S, Alvarado-Aguilar S. Habilidades del cuidador primario de mujeres mastectomizadas. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2018 May 01];30(1):9-17. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000100002
 18. Chaparro-Díaz L, Barrera-Ortiz L, Vargas-Rosero E, Carreño-Moreno SP. Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Rev Cienc Cuidad* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 02];13(1):72-86. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/736/718>
 19. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Functional dependency of older individuals and caregiver burden. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):137-44. doi: 10.1590/S0080-62342013000100017
 20. Mayeroff M. *A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo*. Rio de Janeiro: Record; 1971.
 21. Nogueira AS, Souza RAAR, Casarin RG. O estresse nos cuidadores de pacientes em internação domiciliar. *Rev Cient FAEMA*. 2014;5(2):50-64. doi: <https://doi.org/10.31072/rcf.v5i2.239>
 22. Lazarus RS. Psychological stress in the workplace. In.: Crandall R, Perrewé PL, editors. *Occupational stress: A handbook*. Washington: Taylor & Francis; 1995. p. 3-14.
 23. Rocha BMP, Pacheco JEP. Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):50-6. doi: 10.1590/S0103-21002013000100009
 24. Mónico LSM, Custódio JRA, Frazão AA, Parreira P, Ramos A, Correia S, et al. The family in care for the elderly: managing the overload and coping with difficulties. *Rev Iberoam Salud Envelhec Online*. 2018;3(2):899-913. doi: 10.24902/r.riase.2017.3(2).982
-