

**UNIVERSIDADE BRASIL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA BIOMÉDICA  
CAMPUS ITAQUERA**

**LUCÉLIA CAMPELO DE MELO SANTOS**

**NÍVEIS DE ANSIEDADE EM CUIDADORES INFORMAIS DE PACIENTES  
INTERNADOS EM DOMICÍLIOS**

**ANXIETY LEVELS IN INFORMAL CAREGIVERS OF HOME CARE PATIENTS**

**SÃO PAULO – SP  
2022**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA BIOMÉDICA**

**LUCÉLIA CAMPELO DE MELO SANTOS**

**NÍVEIS DE ANSIEDADE EM CUIDADORES INFORMAIS DE PACIENTES  
INTERNADOS EM DOMICÍLIOS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica da Universidade Brasil, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título em Doutora em Engenharia Biomédica.

Orientador(a): Prof. Dr. Drauzio Eduardo Naretto Rangel

SÃO PAULO - SP  
2022

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Brasil,  
com os dados fornecidos pelo (a) autor (a).

S236n SANTOS, Lucélia Campelo de Melo.

Níveis de ansiedade em cuidadores informais de pacientes internados em domicílios / Lucélia Campelo de Melo Santos. -- São Paulo: Universidade Brasil, 2022.

53 f.: il.

Tese de Doutorado defendida no Programa de Pós-graduação do Curso de Engenharia Biomédica da Universidade Brasil.

Orientação: Prof. Dr. Drauzio Eduardo Naretto Rangel.

1. Ansiedade. 2. Internação. 3. Cuidadores informais. I. Rangel, Drauzio Eduardo Naretto. II. Título.

CDD 620.82



**UNIVERSIDADE  
BRASIL**

## TERMO DE APROVAÇÃO

**LUCÉLIA CAMPELO DE MELO SANTOS**

**“NÍVEIS DE ANSIEDADE EM CUIDADORES INFORMAIS DE PACIENTES  
INTERNADOS EM DOMICÍLIOS”.**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Doutor no Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica** da Universidade Brasil, pela seguinte banca examinadora:

Prof(a). Dr(a) Drauzio Eduardo Naretto Rangel (presidente-orientador)

Prof(a). Dr(a) Claudio Alberto Tellez Soto (UNIVERSIDADE BRASIL)

Prof(a). Dr(a) Priscila Pereira Fávero (UNIVERSIDADE BRASIL)

Prof(a). Dr(a) Tacyana Pires de Carvalho Costa (FACULDADE UNINASSAU - ALIANÇA)

Prof(a). Dr(a) Geraldo Magno Alyés de Abreu (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO)

São Paulo, 19 de abril de 2022.

Presidente da Banca Prof.(a) Dr.(a) Drauzio Eduardo Naretto Rangel

Houve alteração do Título: sim ( ) não ( X):

---

---

---

Campus Itaquera  
Rua Carolina Fonseca, 584, Itaquera - São Paulo/SP | 08230-030  
Central de Relacionamento com o Aluno - 08007807070  
[www.ub.edu.br](http://www.ub.edu.br)



**UNIVERSIDADE  
BRASIL**

### Termo de Autorização

#### **Para Publicação de Dissertações e Teses no Formato Eletrônico na Página WWW do Respetivo Programa da Universidade Brasil e no Banco de Teses da CAPES**

Na qualidade de titular(es) dos direitos de autor da publicação, e de acordo com a Portaria CAPES no. 13, de 15 de fevereiro de 2006, autorizo(amos) a Universidade Brasil a disponibilizar através do site <http://www.universidadebrasil.edu.br>, na página do respectivo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, bem como no Banco de Dissertações e Teses da CAPES, através do site <http://bancodeteses.capes.gov.br>, a versão digital do texto integral da Dissertação/Tese abaixo citada, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira.

A utilização do conteúdo deste texto, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, fica condicionada à citação da fonte.

Título do Trabalho: **“NÍVEIS DE ANSIEDADE EM CUIDADORES INFORMAIS DE PACIENTES INTERNADOS EM DOMICÍLIOS”**

#### **Autor(es):**

Discente: **Lucélia Campelo de Melo Santos**

Assinatura: *Lucélia Santos*

Orientador(a): **Prof. (a) Dr. (a) Drauzio Eduardo Naretto Rangel**

Assinatura: *Drauzio Rangel*

Coorientador(a): **Prof. (a) Dr. (a)**

Assinatura: \_\_\_\_\_

Houve alteração do Título: sim ( ) não ( x ):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: 19/04/2022

**Campus Itaquera**

Rua Carolina Fonseca, 584, Itaquera - São Paulo/SP | 08230-030

**Central de Relacionamento com o Aluno - 08007807070**

**[www.ub.edu.br](http://www.ub.edu.br)**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a vida, saúde e força para superar as dificuldades.

Ao meu pai Antônio José e a minha mãe Rosa, pelo amor incondicional, o apoio constante em todas as fases da minha vida e pelo esforço ao me proporcionar uma boa educação. Não tenho e nunca terei palavras suficiente para agradecê-los. Amo vocês!

Ao meu adorável marido Hiran pelo incentivo, por acreditar em mim, pelo carinho, pelo amor, pela paciência e pela compreensão nos momentos que estive ausente. Obrigada, amor da minha vida!

À minha linda e carinhosa princesinha Cristal. Obrigada, filha amada!

Às minhas amadas irmãs Lucilea e Lucicléia, pelo amor e pela torcida. Amo vocês, maninhas!

À meu orientador, Prof. Dr. Drauzio Eduardo Naretto Rangel pela paciência, pelo suporte, dedicação, pelas suas correções e incentivos. O mérito também é seu e foi uma honra tê-la como orientador, meu muito obrigada!

Aos componentes da banca examinadora, obrigada por suas valiosas contribuições.

A Universidade Brasil e ao seu corpo docente, direção e administração por terem me oportunizado essa conquista.

Aos meus amigos do grupo de pesquisa pela amizade e torcida.

À Fundação Hospitalar de Teresina, que possibilitou a realização desse trabalho.

À Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar do Hospital de Urgência de Teresina, pela ajuda na viabilização dessa pesquisa.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior – CAPES.

Aos cuidadores, por terem aceitado participar dessa pesquisa.

Por fim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, obrigada!

“A esperança, o apoio social, a capacidade do cuidador de atribuir um significado à experiência de cuidar e se sentir confortável com as tarefas de cuidar estão associados a menores níveis de sobrecarga”  
(DELALIBERA *et al.*, 2015)

## RESUMO

O processo de internação domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde que atua na promoção aos cuidados e na atuação multidisciplinar, buscando uma alternativa a internação hospitalar de maneira a reduzir danos à saúde do paciente, tanto do ponto de vista físico quanto emocional. Para que o processo de internação domiciliar ocorra de maneira salutar, é necessário a presença de um cuidador, que muitas vezes é um dos familiares, o qual podem desenvolver quadros de ansiedade e outras patologias associadas, em virtude da sobrecarga associado ao ato de cuidar. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar os níveis de ansiedade em cuidadores informais de pacientes internados em domicílio na cidade de Teresina-PI. A pesquisa é classificada por qualitativa e quantitativa. A população estudada foi caracterizada por 49 cuidadores informais. Foram aplicados questionários sociodemográficos e aplicada a Escala para Ansiedade de Hamilton (HAM-A), com vista analisar a ansiedade psíquica e a ansiedade somática. Os perfis dos cuidadores são em sua maioria do sexo feminino, sendo filhas e esposas, com nível de escolaridade superior incompleto. Dos investigados (65,30%) apresentaram uma condição de ansiedade normal. Os dados obtidos para o estudo foram contrários à maioria das pesquisas, que nas amostras estudadas apresentam o maior percentual de indivíduos avaliados com escores de ansiedade compatíveis com a ansiedade patológica, sendo o grupo de ansiosos representados por (12,24%) da amostra do estudo. Apesar dos baixos escores compatíveis com transtornos ansiosos, foram evidenciados participantes com resultados compatíveis com ansiedade grave, concomitante com perfis sociodemográficos compatíveis com diversos estudos que apontam que o ato de cuidar em saúde, em domicílio, centra-se em figuras femininas, com sobrecarga de tarefas e que em sua maioria não exercem atividades laborais fora do ambiente domiciliar.

**Palavras-chave:** ansiedade; internação; cuidadores informais.



## ABSTRACT

The process of home care is a modality of health care that promotes care and multidisciplinary action in health care seeking an alternative to hospital admission in order to reduce damage and consequences to the patient's health both from a physical point of view. and emotional for the process of home care to occur in a healthy way, it is necessary to have a caregiver, who is often one of the family members, who can develop anxiety and other associated pathologies. Aiming to understand the levels of anxiety in informal caregivers this research aims to evaluate the levels of anxiety in informal caregivers hospitalized at home in the city of Teresina-PI. The research is classified by qualitative and quantitative, the population studied was characterized by 49 informal caregivers. Sociodemographic questionnaires and the Hamilton scale were applied in order to analyze psychic and somatic anxiety. The caregivers' profiles are mostly female, being daughters and wives, mostly with incomplete higher education, of those investigated (65.30%) showed a normal anxiety condition. The data obtained in the study were contrary to the vast majority of studies, which in the studied samples present the highest percentage of evaluated individuals with scores compatible with pathological anxiety. Despite the low scores compatible with anxiety disorders, participants with results compatible with severe anxiety were evidenced, concomitant with sociodemographic profiles compatible with several studies that point out that the act of health care, at home, focuses on female figures, with an overload of work. tasks and most of them do not carry out work activities outside the home environment.

**Keywords:** anxiety; internment; informal caregivers.

## **DIVULGAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO**

A internação domiciliar é uma forma de prestar atendimento em saúde para um indivíduo fora do hospital. Principalmente no adoecimento, retornar para casa é uma vivência mais humanizada. O indivíduo deixa de ser um paciente em leito hospitalar e volta ao seu ambiente familiar e ao convívio com as pessoas com as quais possui vínculos afetivos. Os cuidados em saúde, em casa, normalmente são realizados por parentes, como esposos e esposas, filhos, sobrinhos, que não recebem remuneração pelos cuidados e ainda devem realizar outras atividades domésticas, sendo chamados de cuidadores informais. Cuidados em saúde em casa requerem intervenções realizadas por profissionais de saúde que sejam especialistas no tratamento da doença e que possam orientar aos familiares de como devem realizar os cuidados do seu familiar doente. Os cuidadores informais de pacientes em internação domiciliar dedicam muitas horas do dia voltadas para o cuidado, como limpeza da casa, preparação de alimentos, ministração de medicações, normalmente não realizam trabalho externo ao lar, não tem vida social e não conseguem cuidar da própria saúde. Diante da sobrecarga de trabalho que vivem os cuidadores informais, em sua maioria tem a saúde comprometida, apresentam esgotamento físico, depressão, ansiedade e/ou outros problemas de saúde geral. Assim, é preciso conhecer o estado de saúde dessas pessoas envolvidas com os cuidados e traçar estratégias, dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que cuidem da saúde deles. Foi verificado que a ansiedade pode ser um problema a ser enfrentado também pelos cuidadores. A busca por maneira de evitar ou diminuir este fator pode ser benéfico a todos os envolvidos.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Amostragem geral por idade dos participantes por internação domiciliar em Teresina – PI.....	29
<b>Figura 2</b> - Gênero dos cuidadores de pacientes com internação domiciliar em Teresina, PI.....	30
<b>Figura 3</b> – Estado civil dos cuidadores de pacientes em internação domiciliar em Teresina, PI.....	31
<b>Figura 4</b> – Grau de parentesco dos cuidadores de pacientes com internação domiciliar na cidade de Teresina, PI.....	32
<b>Figura 5</b> – Identificação da religião dos cuidadores de pacientes com internação domiciliar na cidade de Teresina, PI.....	33
<b>Figura 6</b> – Nível de escolaridade de cuidadores de pacientes em internação domiciliar na cidade de Teresina, PI.....	34
<b>Figura 7</b> – Situação de trabalho dos cuidadores de pacientes em internação domiciliar na cidade de Teresina, PI.....	35
<b>Figura 8</b> – Descrição de dados da escala de Hamilton, categoria I – foi avaliado a Ansiedade Psíquica, onde os participantes foram questionados sobre (humor ansioso, tensão, medos, insônia, dificuldades intelectuais e humor depressivo), para a Categoria II – foi avaliado a Ansiedade somática com a verificação de sintomas sobre os sistemas (muscular, genito-uninário, respiratório, cardiovascular, sensoriais e nervoso).....	40

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	Atenção Domiciliar
APA	American Psychiatric Association
CID	Classificação Internacional de Doenças
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMC	Programa de Melhor Casa
PNAD	Política Nacional de Atenção Domiciliar
ID	Internação Domiciliar
HAM-A	Escala para Ansiedade de Hamilton (HAM-A)
SUS	Sistema Único de Saúde (SUS)
ESF	Estratégia de Saúde da Família (ESF)
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD),
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>18</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 ATENÇÃO DOMICILIAR .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 ANSIEDADE .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2.2 Ansiedade x medo.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2.3 Ansiedade como recurso adaptativo x transtornos ansiosos .....</b>	<b>23</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 TIPO DE PESQUISA .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....</b>	<b>25</b>
<b>4.3 PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>26</b>
<b>4.5 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL.....</b>	<b>26</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento coloca o indivíduo em vivências emocionais que impactam em todos os seus papéis sociais, bem como na sua estrutura familiar. Há, normalmente um processo de despersonalização em que a identidade pessoal é substituída por uma identidade de indivíduo com determinada patologia (MARONESI et al., 2014).

Adoecer promove uma reflexão sobre a finitude, desencadeia quebra de rotina, colocando os sujeitos relacionados ao binômio saúde x doença diante de processos de enlutamento, emergindo sentimentos de dor pela perda da saúde, necessidades de reorganização de papéis no ambiente doméstico. A rotina do ambiente hospitalar traz consigo vários processos não só ao paciente, mas também aos cuidadores (ANGERAMI-CAMON, 2017).

O hospital representa para muitos um espaço de sofrimento psíquico em que o cidadão ativo passa a ser passivo, com uma ruptura da sua rotina, regido por regras de uma instituição de saúde, sofrendo uma cisão com o ambiente domiciliar na perspectiva estática e dinâmica (MARONESI et al., 2014). Diante do processo de adoecimento e necessidade de internação, em algumas situações o processo de internação hospitalar cede espaço para a Internação Domiciliar (ID), que proporciona humanização, em que o paciente retorna para o ambiente familiar, em interação com os moradores do seu domicílio, com apoio e convívio com indivíduos os quais possui vínculos afetivos (ANDRADE et al., 2017; SANCHIS-SOLER et al., 2021).

A ID é uma modalidade de atenção à saúde que busca novas formas de promoção de cuidados e de atuação multidisciplinar, que vem aumentando em ampla escala no Brasil e no mundo. A ID busca uma alternativa à internação hospitalar, reduzindo as consequências de um “ciclo vicioso” de doença-hospitalização-dependência que afeta tanto o paciente em sua condição física quanto emocional (ANDRADE et al., 2017).

As intervenções no ambiente domiciliar requerem uma atenção profissional qualificada, pois alguns dos cuidados que devem ser desenvolvidos necessitam de competências específicas que podem ser obtidas pelos cuidadores e pela mediação do profissional de enfermagem que tem por função a coordenação do plano de cuidados, ações educacionais e orientação de cuidadores e/ou familiares e ações assistenciais (MINAYO, 2019; SILVA et al., 2014).

A gestão do cuidado deve envolver múltiplas dimensões (individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária), ajustando-se a cada fase da vida, buscando a melhor condição de vida para o paciente. O ambiente domiciliar se apresenta como um cenário propício para o cuidado, com vista a reduzir o sofrimento, pois o paciente se encontra em ambiente mais acolhedor e confortável (OLIVEIRA et al., 2017).

O desenvolvimento de cuidados no ambiente domiciliar permite ao paciente a possibilidade de continuar em seu contexto familiar e social, com atenção multiprofissional especializada e disposta a oferecer tanto um suporte ao paciente quando aos familiares ou cuidadores. Com esses cuidados, podem ser evitados internações recorrentes e desnecessárias, o que contribui para uma melhor qualidade de vida do paciente (FALLER et al., 2016).

O cuidador é uma peça fundamental na atenção domiciliar, que pode ou não ter um vínculo familiar com o paciente, podendo ser remunerado ou não. Sua função é acompanhar e auxiliar a pessoa no autocuidado, fazendo somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha, não incluindo procedimentos da área de enfermagem ou fisioterapia (BOAVENTURA; BORGES; OSAKI, 2016).

A prática do cuidado de um paciente em internação domiciliar expõe o cuidador a diversas situações estressantes, desencadeadas muitas vezes por uma jornada diária incessante, repetitiva e desgastante, que envolvem muitas vezes as atividades domésticas e cuidados contínuos. Nesta rotina, costumeiramente não recebem informações adequadas e nem um apoio psicossocial (CESÁRIO et al., 2017).

Os cuidados em domicílio são realizados por cuidadores formais ou informais. Os cuidadores formais são aqueles que recebem remuneração para prestarem os cuidados em domicílio, que têm o processo decisório reduzido e realizam tarefas definidas ou orientadas pela família ou por profissionais especializados. Os cuidadores informais são em sua maioria membros da família, vizinhos ou amigos que assumem os cuidados domiciliares e de saúde do indivíduo enfermo sem remuneração e sem formação técnica para lidar com os cuidados técnicos da patologia (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

As longas rotinas desempenhadas pelos cuidadores podem levá-los a uma sobrecarga, as quais podem comprometer a saúde também deste cuidador, apresentando diferentes formas de manifestação, sendo consequências físicas, psicológicas, sociais e financeiras por vezes mais ou menos explícitas. O cuidador

está tão envolvido com os cuidados que por vezes abdica de seus cuidados pessoais em detrimento ao outro (CRUZ; LECHETA; WACHHOTE, 2009; STACKFLETH et al., 2012).

O estresse vivenciado por pessoas que exercem a função de cuidador leva estes a níveis mais elevados de depressão, ansiedade e outros problemas de saúde, que com a progressão da doença tende a se tornarem mais graves. O indivíduo que apresenta ansiedade exibe sentimentos indesejados, dificuldades como irritabilidade, incômodo na realização das tarefas assistenciais e nas relações familiares (VALENTINI; ZIMMERMANN; FONSECA, 2010, DOURADO et al., 2018).

O perfil dos cuidadores domiciliares é caracterizado em sua maioria por mulheres, filhas e esposas, que não exercem atividades fora do lar, designando muitas horas do dia aos cuidados do ente em processo de adoecimento. Dentre as diversas ações executadas pelos cuidadores, estão os cuidados com o lar, a preparação de alimentos, a ministração de medicamento e os cuidados de higiene, adaptados às restrições impostas pela patologia, que são realizadas em tempo integral, gerando adoecimento físico e psicológico naquele que exerce o ato de cuidar, expondo-o a uma sobrecarga (FELIPE et al., 2020).

Visto a necessidade dos cuidados com o paciente no ambiente domiciliar, algumas famílias com maior poder aquisitivo e/ou que tenham acesso a planos de saúde privados podem garantir a assistência profissional com equipes de *home care*, as quais são compostas por cuidadores formais, profissionais de saúde, especialmente, técnicos de enfermagens, os quais são responsáveis pela assistência das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), administração de medicamentos, cuidados específicos de enfermagem (CESARI et al., 2016).

Os cuidadores informais não possuem nenhum curso de capacitação para o trabalho com os pacientes e trabalham de maneira voluntária, sendo este geralmente membros da família de primeiro ou segundo grau. Por não possuírem um treinamento ou capacitação, acabam aprendendo na rotina os cuidados, o que os colocam em evidência para o desgaste, físico, com sobrecarga do trabalho gerando aumento da ansiedade (DINIZ et al., 2018; MENDES et al., 2019).

A ansiedade é um dos transtornos mentais mais comuns na população em geral, associada à vivências que geram sofrimento. Apresenta grande incidência ao longo da vida, além de ser um gatilho para diversas outras patologias. Trata-se de transtorno multifatorial, sendo mais comum em mulheres. Ressalta-se que pode ser



desencadeada pelo estilo de vida do sujeito, como em situações em que há atividades contínuas de trabalho que geram sobrecarga física e emocional (FELIPE et al., 2020; PAULA et al., 2017).

Há evidências de que os cuidadores apresentam rotineiramente comprometimento da saúde na dimensão biológica (adoecimento físico), psicológico (adoecimento mental) e deficiência ou escassez das interações sociais em ambientes externos ao ambiente familiar (FELIPE et al., 2020).

Pelo exposto, torna-se necessário a realização de estudos que avaliem as condições de saúde dos cuidadores informais de pacientes em internação domiciliar, propondo ações no âmbito da saúde que não se restrinja ao paciente, mas que possam contemplar os cuidadores, no que concerne às instruções para o cuidado do outro, para o autocuidado e para a sua qualidade de vida.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Avaliar os níveis de ansiedade em cuidadores informais de pacientes internados em domicílio na cidade de Teresina-PI.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e de estilo de vida em cuidadores informais de pacientes internados em domicílio.
- Avaliar sintomas de ansiedade psíquicas em cuidadores informais de pacientes em internação domiciliar.
- Identificar alterações psicofisiológicas em cuidadores informais de pacientes em internação domiciliar.
- Propor ações de cuidados à saúde dos cuidadores.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 ATENÇÃO DOMICILIAR

O início dos primeiros serviços de atenção domiciliar ofertados no Brasil data da década de 1960, os quais surgiram como alternativa a crise que se apresentava nos serviços de saúde. Na década de 1990, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), mudando os processos de saúde, surgindo o atendimento domiciliar de caráter municipal e, acompanhando estas mudanças, surgem os serviços privados de Atenção Domiciliar (Home Care) (BRASIL, 2014).

O SUS busca desenvolver políticas de saúde que convergem em modelos assistenciais e de gestão, os quais reforçam as necessidades de reconfiguração das práticas abordadas para a superação do modelo assistencial centrado na doença e nos cuidados prestados no ambiente hospitalar (BRAGA et al., 2017).

Em 2002 é publicada a Lei nº 10424, acrescentando à lei nº 8.080, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. Em 2006, foi publicada a RDC nº 11. Esses documentos regulamentam o funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar. A política Nacional de atenção domiciliar foi instituída pela portaria nº 2.009/2011, modificado pela portaria 2.527/2011, que acrescida pela portaria 1.533/2012 redefine a atenção domiciliar, seguido da portaria nº 963 em 27 de maio de 2013, atualmente regulamentada pela portaria nº 825 de 2016. A Atenção Domiciliar (AD) vem sendo reconstruída ao longo de sua implantação por meio de portarias e resoluções como citadas anteriormente, apesar da crescente demanda, foram observadas lacunas na produção científica que apontam as necessidades dos seus usuários e colaboradores (SILVA et al., 2019).

As maiores mudanças ocorridas na atenção domiciliar foi o desenvolvimento de técnicas e tecnologias que favorecem a promoção à saúde. As mudanças que ocorrem do ambiente hospitalar para o domiciliar, não só acarretam mudanças aos pacientes, mas também a todo o contexto familiar, social, econômico e cultural. As mudanças e desafios por sua vez também acompanham os profissionais, os quais devem atuar diante dos problemas clínicos e não clínicos (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014).

No ano de 2011, foi instituída a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), pela portaria nº 2029, que resultou na criação do Programa Melhor em

Casa (PMC), o qual tem por finalidade normatizar o funcionamento dessa política nos municípios (BRASIL, 2014). A AD se caracteriza como um local de atenção à saúde, em que os profissionais juntamente com os cuidadores, que por meio da estruturação, gestão e execução de um projeto terapêutico, cuidam de pacientes com algum grau de dependência física ou mental, que necessitam de ajuda total ou de maneira parcial (ANDRADE et al., 2017).

A atenção domiciliar possui três modalidades: AD1 - para este estado se enquadram os pacientes que se encontram em um estágio estável, no qual a doença não passa por processo de alterações constantes, sob a responsabilidade de programas municipais de assistência primária a saúde. AD2 - são pacientes que se encontram com afecções agudas ou crônicas com quadro sintomático, sendo que para estes os cuidados se intensificam com ajuda e acompanhamento de equipe multidisciplinar. Para a modalidade AD3 - todos os cuidados do AD2 - são aplicados, no entanto o uso de aparelhos e procedimentos mais complexos se aplicam (BRASIL, 2016).

A qualidade dos cuidados a partir da perspectiva do paciente, especialmente nos cuidados de saúde em casa, passou a ser investigada apenas muito recentemente (PÉRODEAU et al., 2011). O cuidador assume a responsabilidade de cuidar, no entanto, na maioria das vezes não recebeu nenhum tipo de preparo para esta situação, adquirindo experiência pela tentativa e erros, pela repetição ou orientações informais da comunidade adjacente (BRONDANI, 2010).

Há uma necessidade de preparação da equipe hospitalar no sentido de ter um olhar mais direcionado e diferenciado aos cuidadores e com isso ter a garantia da continuidade da assistência no período pós-alta hospitalar (LIMA; SPAGNUOLO; PATRÍCIO, 2013).

Os cuidados prestados no ambiente domiciliar é uma tarefa que deve ser executada pela equipe de atenção primária, principalmente as equipes de saúde da família, desde que a sua regulamentação tenha entre suas atribuições executar ações de assistência na unidade básica de saúde, fornecendo assistência aos pacientes de forma clara e efetiva (SAVASSI, 2016).

O crescimento da quantidade de internações domiciliares está associado ao envelhecimento da população e o crescente número de patologias crônicas, atrelado a uma maior prevalência de morbidades incapacitantes (WACHS et al., 2016).

A boa saúde física e mental do cuidador é de suma importância, pois em seu papel há a necessidade de desenvolver o cuidado com qualidade e atenção. Em se tratando de pacientes com doenças crônicas e degenerativas, ressalta-se que à medida que a patologia do paciente progride, torna-se necessário a qualificação e qualidade de vida do cuidador (LIMA; SALES; SERAFIM, 2019).

O cuidador domiciliar desempenha um papel fundamental nos cuidados aos enfermos, o qual constitui um elo importante entre o doente e a equipe de saúde, por isso é importante que o cuidador seja capacitado, sendo importante verificar as necessidades de identificar as estratégias para auxiliar o tratamento dos pacientes no domicílio (BRONDANI et al., 2010).

Além das limitações dos cuidadores, esses também sofrem um desgaste físico e emocional na execução das suas atividades como cuidador, uma vez que ele também enfrenta as burocracias dos serviços de saúde, falta de conhecimento técnico e apoio profissional, assim como a falta de equipamentos e materiais que deveriam ser utilizados na rotina de cuidados (NEVES; CASTRO; COSTA, 2016).

As longas jornadas dedicadas ao cuidado desencadeiam desgaste físico e emocional, cansaço, comprometimento da qualidade de vida do cuidador, sendo propulsores para o processo de adoecimento mental, como transtornos ansiosos depressivos, dentre outros (REZENDE, 2005).

Os profissionais que atuam na área da saúde devem direcionar as suas práticas não apenas para a saúde dos pacientes assistidos, mas também para a saúde dos cuidadores, que são fundamentais para a realização do atendimento familiar, sendo os provedores das necessidades dos pacientes, precisando gozar de bom estado da saúde (LIMA; SALES; SERAFIM, 2019).

Estudos sobre alterações psicológicas em cuidadores informais de pacientes em internação domiciliar apontam que a maioria dos cuidadores pertence ao sexo feminino, são casadas, sendo a mãe ou esposas dos pacientes hospitalizados, quando se trata de pacientes com doenças crônicas e degenerativas. Em sua maioria, possui um perfil de baixa escolaridade, fato que diminui o ingresso no trabalho formal, direcionando-os para o trabalho doméstico, cuidando de familiares (MANZINI; VALE, 2020).

## **3.2 ANSIEDADE**

### **3.2.1 Ansiedade: definição, causas e tipos**

A ansiedade é compreendida com um sentimento gerador de respostas físicas e psicológicas com vistas a adaptação e sobrevivência do indivíduo. Ela pode variar de um processo de normalidade adaptativo ao psicopatológico, comprometendo a psicofisiologia (PRADO; KAREBAYASHI; SILVA, 2012). A ansiedade, como processo adaptativo, acompanha o homem em sua história evolutiva. Trata-se de um processo de alerta que prepara o indivíduo para lidar com as adversidades, desencadeando uma reação psicofisiológica de luta ou fuga (LEAHY, 2011).

Em se tratando da ansiedade patológica, conhecida de forma generalista por transtorno de ansiedade, é multifatorial acometendo mais o gênero feminino do que o masculino, tendo como fator desencadeante alterações no ciclo circadiano, sedentarismo, conflitos familiares, expectativas e preocupações, dentre outros (PAULA et al., 2017).

De acordo com o CID – 11, o transtorno de ansiedade apresenta a seguinte classificação: CID – F- 41, sendo dividido em seis grupos: Transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, outros transtornos ansiosos mistos, outros transtornos ansiosos específicos e transtornos ansiosos não específicos, descritos no manual supracitado na perspectiva fenomenológica (OMS, 2010).

Há predisposição genética para o aparecimento da ansiedade patológica. No entanto, é importante salientar que o estilo de vida de um indivíduo vai influenciar e modelar a apresentação dos fatores genéticos. Outro ponto que merece destaque, é que apesar das evidências da predisposição genética, ainda não foi identificado o gene da ansiedade (MAGRINELE; RONCARI; TAMBURIN, 2014).

### **3.2.2 Ansiedade x medo**

As sensações de medo e ansiedade podem ser confundidas, mas apresentam definições e conceitos distintos. A ansiedade compreende a um estado de humor orientado para o futuro e associado a possíveis eventos negativos que possam ocorrer com o indivíduo e/ou com seus familiares. Já o medo é uma resposta de

alarme diante de uma situação de perigo presente ou iminente que possa ser real ou perceptível (CRASKE et al., 2009).

O medo traz consigo um instinto animal, o que corresponde a característica da predação. Já a predação corresponde ao potencial ataque predatório e medo corresponde ao estado de um animal durante o contato com o predador (FANSELOW; LESTER, 1988).

Os transtornos de ansiedade são comuns na população em geral e apresentam uma prevalência ao longo da vida em torno de 28,8% da população, estando associado a custos econômicos altos e morbidade cardiovascular (KESSLER et al., 2005; SMOLLER et al., 2007).

O medo excessivo é um componente-chave dos distúrbios da ansiedade. Dessa forma, a busca pela compreensão de neurocircuitos dos transtornos de ansiedade e suas raízes vêm sendo estudados (SHIM; LIBERZON, 2010). Os componentes-chaves do circuito do medo inclui a amígdala, hipocampo, hipotálamo ventromedial, substância cinzenta, núcleos do tronco cerebral, núcleos talâmicos, córtex insular e alguns pré-frontais. Essas regiões têm seus papéis nos vários componentes do processamento do medo, como a percepção de ameaças (MAREN, 2008).

### **3.2.3 Ansiedade como recurso adaptativo x transtornos ansiosos**

A ansiedade é uma reação intrínseca de todos os indivíduos, sendo importante para servir como alerta no funcionamento cognitivo. Para tanto, as reações, quando muito intensas, podem desencadear o chamado transtorno de ansiedade, que é caracterizado como um distúrbio de onde há presença de medo excessivo e perturbações comportamentais relacionadas (APA, 2013).

Os transtornos ansiosos são caracterizados pela ansiedade em excesso junto com preocupações dos eventos da vida cotidiana sem motivos óbvios, sendo as principais características: preocupações persistentes e excessivas, podendo compreender desenvolvimento de atividades domésticas e relacionados ao cuidado, são também percebidos sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de fadigabilidade, irritabilidade e perturbações de sono (DSM-5, 2014).

Anteriormente, a classificação no CID 10 (1994), F41.1 que caracteriza os transtornos ansiosos deixava em destaque que o paciente pode sentir medo que poderá ficar doente ou algo de ruim irá ocorrer para ele ou seus familiares.

No século XVIII, a ansiedade era uma doença apenas vista estritamente sob o enfoque biológico, passando a ser considerado por suas características físicas e destacando os sintomas corporais (STONE, 2009). Durante o século XIX, passou a ser cogitada a possibilidade de as doenças mentais serem psicológicas e não físicas, sendo os ataques de pânico entendidos como crises agudas de angústia. O termo neurose fazia referência a distúrbios orgânicos e somáticos, não estando relacionados a transtornos mentais (NARDI, 2004).

Ainda no século XIX, a ansiedade começou a ser estudada por um dos pioneiros da psiquiatria inglesa Henry Maudsley, descrevendo inicialmente o termo “pânico melancólico”. No fim deste século, os sintomas de ansiedade foram reunidos em um novo conceito nosológico, sendo abordado e cuidado pela área da psiquiatria, tendo como principal colaborador Sigmund Freud (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2014).

No DSM-II, os transtornos mentais continuaram a ser descritos usando a teoria psicanalítica, o transtorno psiconeurótico foi substituído pelo termo neurose (APA, 1968). Na edição III da DSM, a agorafobia é englobada como transtorno do pânico sendo ressaltado seus sintomas.

O DSM -IV incluiu 12 categorias (transtorno de pânico sem e com agorafobia, fobia específica, fobia social, estresse pós-traumático, entre outros) de transtorno de ansiedade de modo a serem utilizados de forma isolada ou associada a outros diagnósticos, sem preencher os critérios para transtorno do pânico propriamente (APA, 2000).

Para o ano de 2022, entra em vigor a partir do dia 1º de janeiro o CID 11, o qual buscou refletir os avanços da tecnologia e da medicina que são regulados pela OMS, incluindo principalmente as ferramentas eletrônicas (OMS, 2018).



## 4 MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

A natureza desta pesquisa é quantitativa e qualitativa, sendo que o uso dessa abordagem proporciona o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno. Quando a pesquisa qualitativa é associada ao emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, favorecem a compreensão dos fenômenos e cenários (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa prima pela compreensão de um determinado fenômeno dentro de um determinado grupo social, com vistas à explicação dos fatos. Os dados obtidos não são métricos e os resultados vislumbram construir informações esclarecedoras. Já a pesquisa qualitativa busca trabalhar com dados sólidos e quantificáveis, levantando dados a respeito de um determinado grau (GIL et al., 2017).

Este estudo utilizou a estratégia do levantamento tipo *survey*, ou seja, a obtenção de dados e informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, que representa uma população-alvo, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário (GIL et al., 2017).

### 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por cuidadores informais contando com a participação de 49 cuidadores. Como critério de participação, o respondente deveria ser o cuidador principal, exercer os cuidados a no mínimo 30 dias consecutivos. Os participantes foram contatados e selecionados por idade mínima de 18 anos e tempo de cuidado.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Brasil, com o parecer nº 4472827. Os aspectos éticos seguiram as normas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foram garantidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais de uma pesquisa envolvendo seres humanos, no qual foram explicados aos participantes por meio dos formulários, as etapas da pesquisa e objetivos dela.

### 4.3 PROCEDIMENTOS

Os protocolos para obtenção de dados ocorreram no período de março e abril de 2021. Os instrumentos para a coleta de dados foram questionário sociodemográfico e de estilo de vida contemplando as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, grau de parentesco, estado civil, religião, quantidade de moradores na residência, situação de trabalho e renda familiar (APÊNDICE A).

O segundo instrumento aplicado foi a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton, composta por duas categorias: Categoria I - Ansiedade Psíquica - avalia o humor ansioso, tensão, medo, insônia, dificuldades intelectuais e humor depressivo; Categoria II – Ansiedade Somática – avalia sintomas musculares, sintomas sensoriais, sintomas cardiovasculares, sintomas respiratórios, sintomas genito-urinário sintomas do sistema nervoso.

Ao responder a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (ANEXO A), o participante deveria relacionar a cada item questionado: 0 (ausente), 1 (ligeira), 2 (moderada), 3 (frequente) e 4 (muito frequente). Após esta etapa, deveria somar a pontuação final e avaliar com base no seguinte resultado: escore inferior a 12 (doze) ansiedade normal e entre 12 e 18, reação patológica ligeira.

### 4.4 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

Todos os participantes da pesquisa foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido na íntegra pela pesquisadora, que posteriormente se disponibilizou a dirimir as dúvidas surgidas em relação à participação na pesquisa, conforme elencado no TCLE.

Após a assinatura do TCLE, os participantes responderam ao questionário sociodemográfico e de estilo de vida e em seguida a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton.

### 4.5 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL

Os tratamentos constituíram de diferentes questionários que foram aplicados em um Delineamento Inteiramente Casualizado (DIC). Os resultados foram submetidos à análise de variância e as médias comparadas pelo teste de Tukey, a nível de 5% de probabilidade, utilizando-se o programa ASSISTAT, versão 7.2 beta (SILVA; AZEVEDO, 2002).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

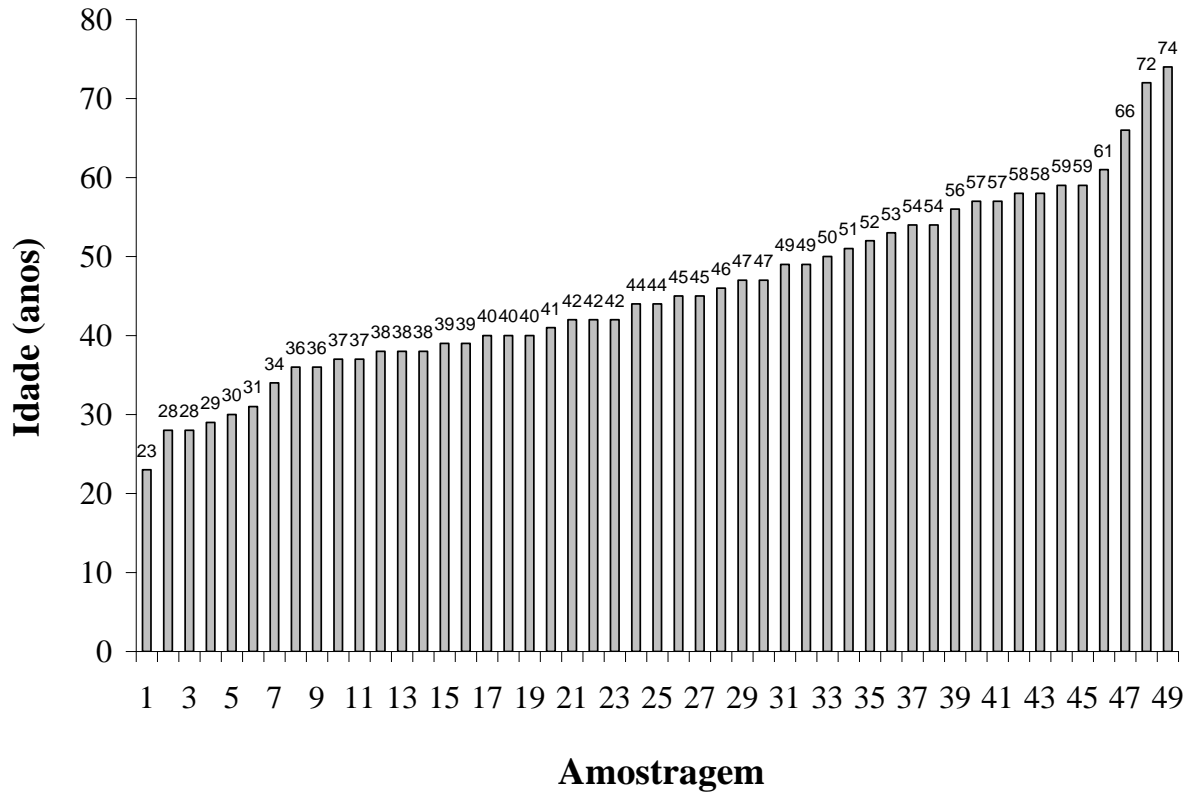
Participaram do estudo 49 cuidadores informais de pacientes internados em domicílio, sendo 45 cuidadores do sexo feminino e 4 cuidadores do sexo masculino. A média de idade foi de 49 anos (Mediana: 23,00; Desvio Padrão: 9,174; Mínimo: 18; Máximo: 55) (Figura 1).

A caracterização social e demográfica dos cuidadores informais de pacientes em internação domiciliar evidenciou idade média geral de 49 anos, sendo a sua maioria do sexo feminino. Os dados corroboram com a pesquisa realizada por Santos e Gutierrez (2013), uma vez que apontaram que 82% dos cuidadores informais eram do sexo feminino, com média de idade de 58 anos (Figura 2).

No estudo realizado por Souza et al. (2015), sobre sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica realizado em Criciúma, em Santa Catarina, com 33 cuidadores vinculados à Estratégia de Saúde da Família - ESF, apontou que 90,9% são do sexo feminino. Com uma faixa de idade de média de 52 anos. Os dados corroboram com o resultado desse estudo, apontando que os cuidadores informais de pacientes em internação domiciliar são em sua maioria do sexo feminino com idade superior a 40 anos.

Os cuidadores mais jovens apresentam escores da qualidade de vida mais baixo. O principal motivo está relacionado diretamente à vida pessoal e profissional, visto que os mais jovens apresentam necessidades profissionais e sociais diferentes de pessoas idosas (QUEIROZ et al., 2018).

**Figura 1** - Amostragem geral por idade dos participantes por internação domiciliar em Teresina – PI.

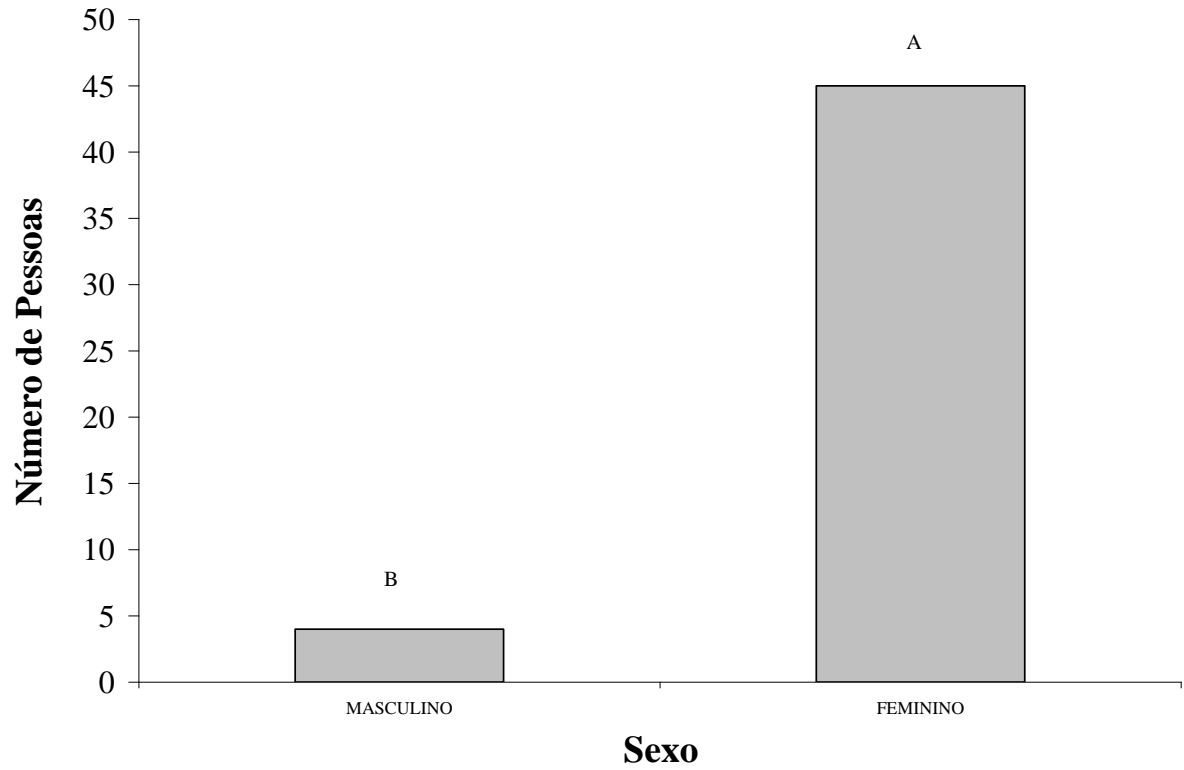


Fonte: Autoria própria.

Mesmo com as mudanças no papel feminino, bem como o exercício de atividades laborais fora do lar, a associação do papel da mulher à responsabilidade pelas atividades domésticas é um paradigma social ainda vigente. Quando a mulher possui jornada de trabalho externa ao lar, ainda lhe compete na maioria das vezes os cuidados e gerenciamento das atividades domésticas.

No que concerne ao grau de parentesco a amostragem apresentou a seguinte composição: filhas (21 = 43%), mães (9 = 18%), esposa (5 = 10%), sobrinha (1 = 2%), neta (1 = 2%), vizinhas (3 = 6%), genros/noras (3 = 6%), tio(a) (1 = 2%), irmão (4=8%) e sem resposta (1 = 2%) (Figura 3). Os dados do estudo revelaram existir uma centralidade nos cuidados ao familiar em internação domiciliar nas filhas e esposas.

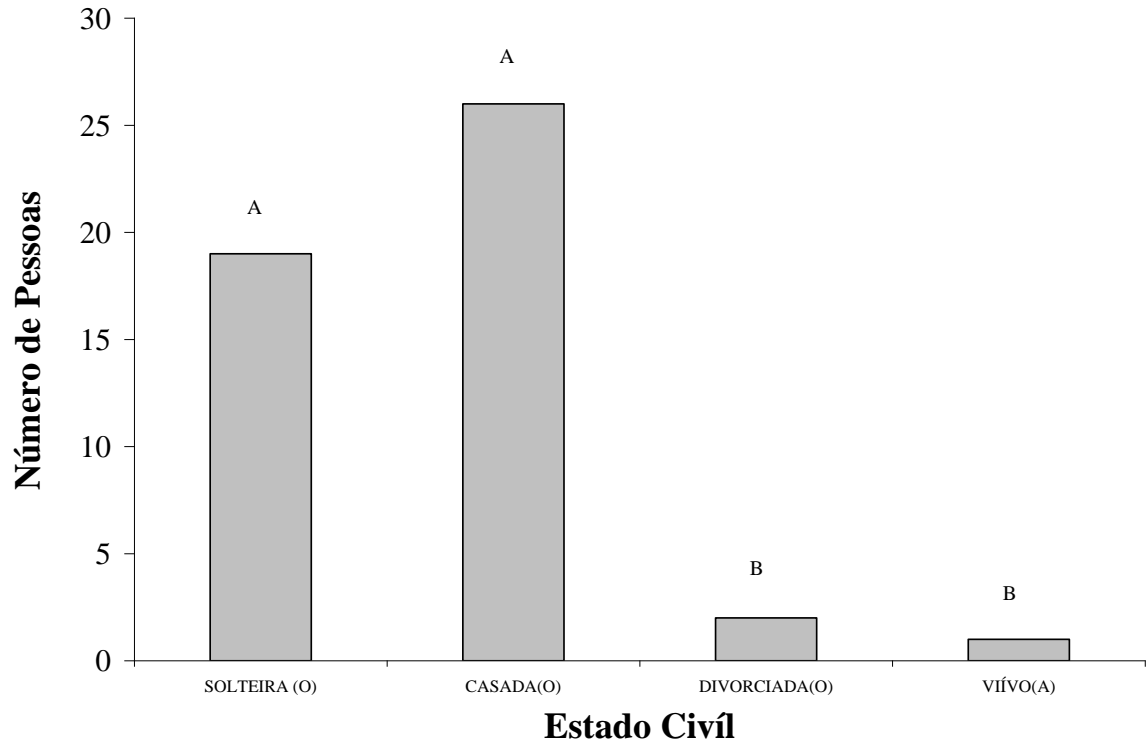
**Figura 2** - Gênero dos cuidadores de pacientes com internação domiciliar em Teresina, PI.



Médias seguidas de mesma letra maiúscula não diferem entre si, de acordo com o teste de Tukey ( $p \leq 0,05$ ).

Fonte: Autoria própria.

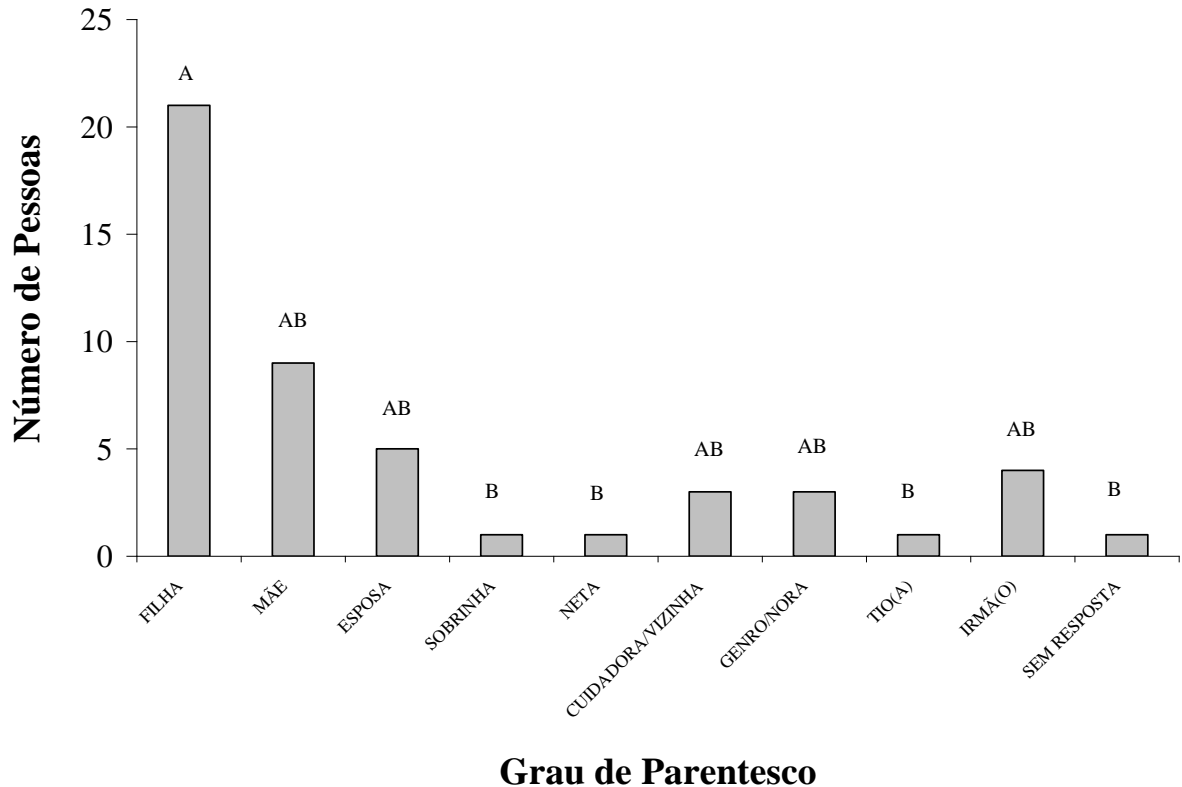
**Figura 3** – Estado civil dos cuidadores de pacientes em internação domiciliar em Teresina, PI.



Médias seguidas de mesma letra maiúscula não diferem entre si, de acordo com o teste de Tukey ( $p \leq 0,05$ ).

Fonte: Autoria própria.

**Figura 4** – Grau de parentesco dos cuidadores de pacientes com internação domiciliar na cidade de Teresina, PI.



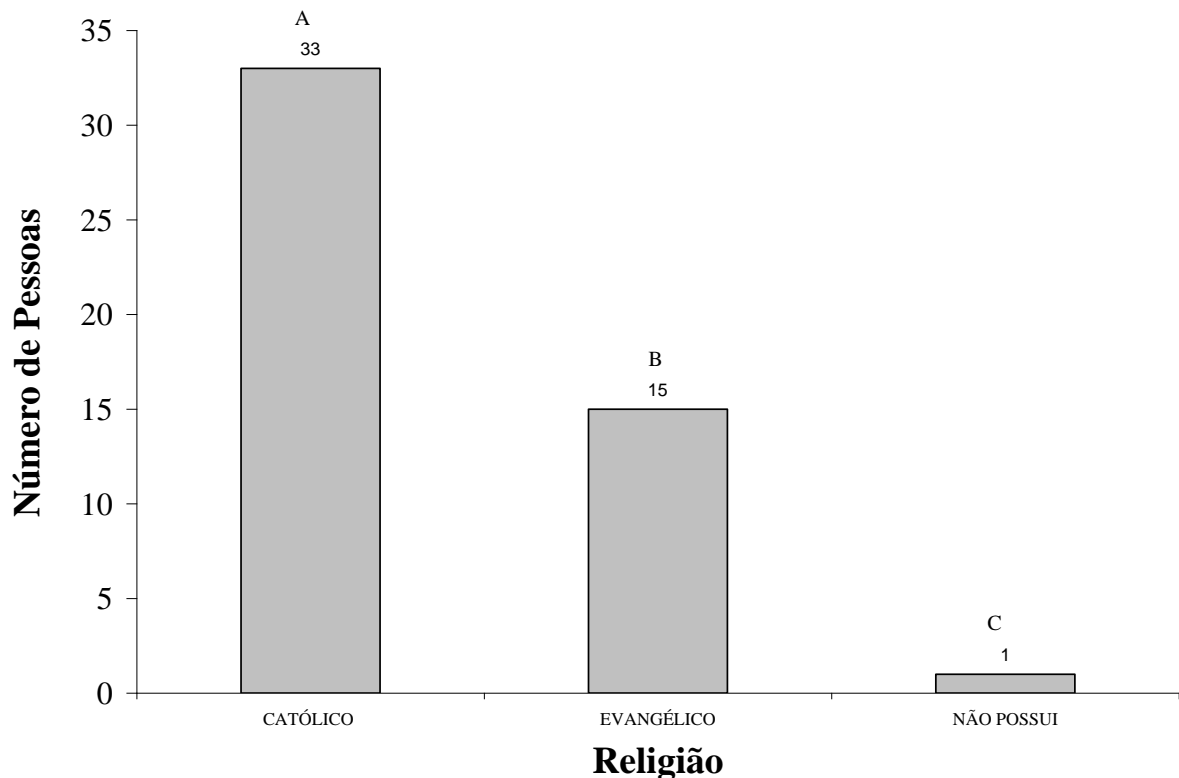
Médias seguidas de mesma letra maiúscula não diferem entre si, de acordo com o teste de Tukey ( $p \leq 0,05$ ).

Fonte: Autoria própria.

No que concerne à religião, 33 respondentes (67%) afirmaram ser católicos, 15 (31%) evangélicos e 1 (2%) não informou possuir uma religião (Figura 3). Pelo exposto, evidencia-se um maior percentual de cuidadores que adotam determinada religião. Para Brondani et al. (2010), a adoção de uma religião proporciona vivências como meditações, orações, que permitem aliviar o sofrimento, em que o cuidador se apoia em um sistema de crenças, a fé de que um ser superior é basilar para o enfrentamento de todos os desafios imbuídos no ato de cuidar.



**Figura 5** – Identificação da religião dos cuidadores de pacientes com internação domiciliar na cidade de Teresina, PI.

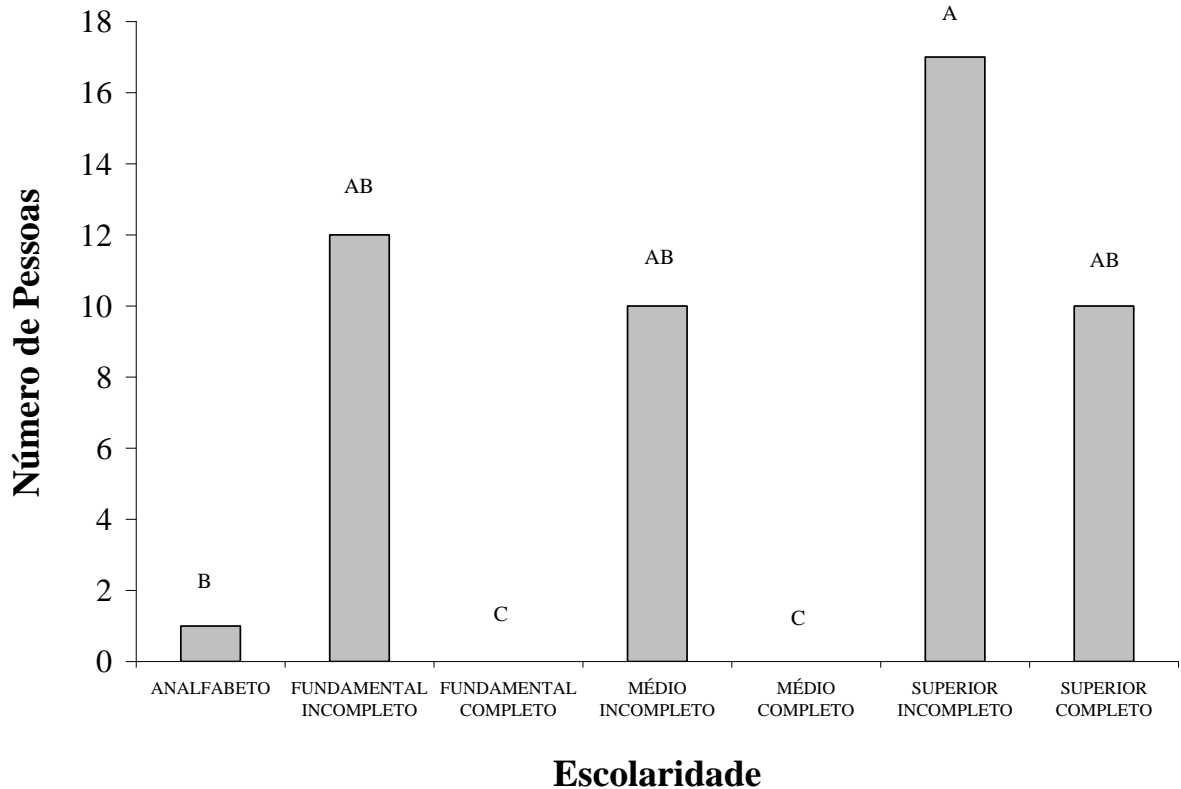


Médias seguidas de mesma letra maiúscula não diferem entre si, de acordo com o teste de Tukey ( $p \leq 0,05$ ).

Fonte: Autoria própria.

No tocante a escolaridade dos cuidadores, 55% chegaram ao ensino superior, no entanto, sendo que os outros 35% não completou o ensino fundamental (Figura 6), sendo em sua maioria mulheres. O nível de escolaridade verificado nos cuidadores foi o mesmo identificado em países desenvolvidos como Canadá (MORAES et al., 2018) e nos Estados Unidos (GRAF et al., 2017). Os estudos apresentam em comum que os cuidadores por possuírem uma sobrecarga de trabalho, acabam por dificultar a conclusão do ensino.

**Figura 6** – Nível de escolaridade de cuidadores de pacientes em internação domiciliar na cidade de Teresina, PI.

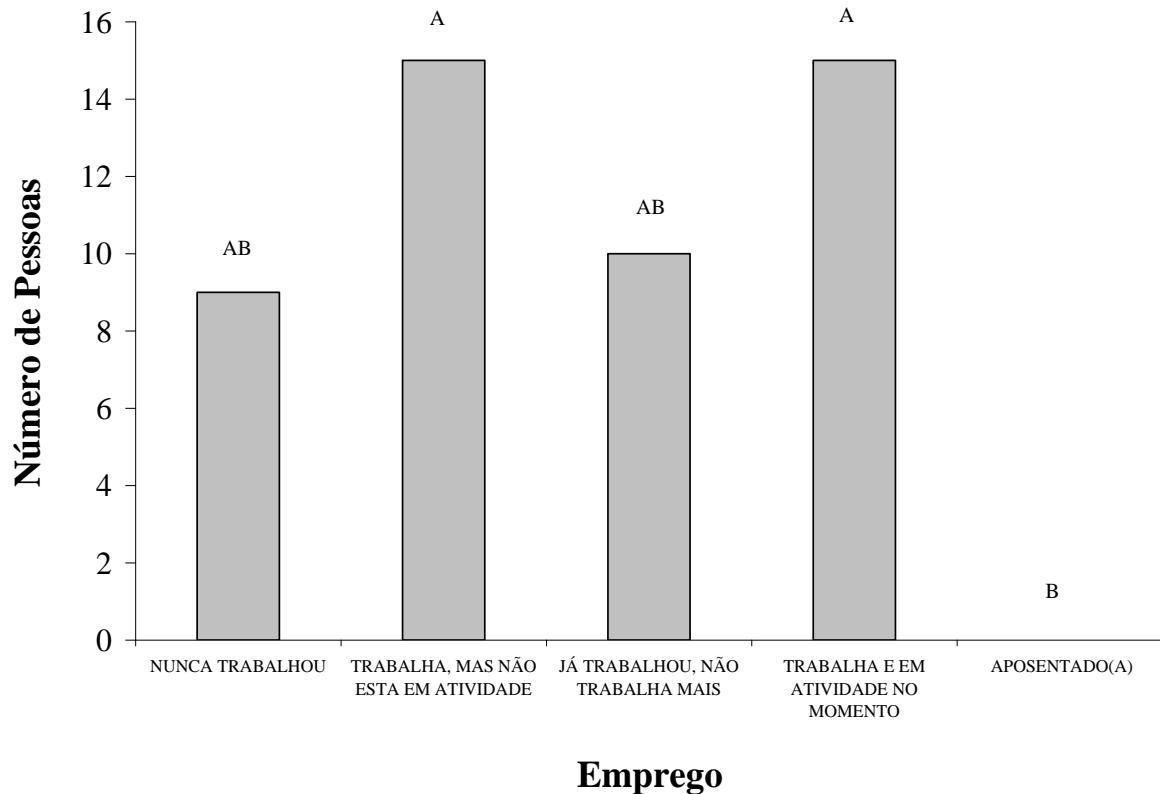


Médias seguidas de mesma letra maiúscula não diferem entre si, de acordo com o teste de Tukey ( $p \leq 0,05$ ).

Fonte: Autoria própria.

Em relação às atividades laborais, os dados coletados apontaram que 9 (18%) nunca exerceu atividades de trabalho formal, 15 (31%) tem profissão, mas não está em atividade, 25 (51%) já exerceu trabalho remunerado, mas atualmente não exerce e 15 (31%) exerce atividades remuneradas (Figura 7). Esses dados corroboram com o estudo realizado por Rezende et al. (2005), em que a amostra apontou que o maior percentual foi de cuidadores domiciliares que não exercem atividades laborais fora do espaço domiciliar.

**Figura 7 – Situação de trabalho dos cuidadores de pacientes em internação domiciliar na cidade de Teresina, PI.**



Médias seguidas de mesma letra maiúscula não diferem entre si, de acordo com o teste de Tukey ( $p \leq 0,05$ ).

Fonte: Autoria própria.

Os dados reafirmam que os cuidados informais são exercidos majoritariamente por mulheres que exercem múltiplos papéis, que se sobrepõem ao ato de cuidar de um paciente em internação domiciliar. Essa predominância do sexo feminino como cuidadores é ainda um perfil histórico onde as responsabilidades dos cuidados aos doentes são destinadas às mulheres.

Essas mulheres, que em sua maioria, apresentam uma sobrecarga de trabalho que também incluem serviços domésticos, cuidados com os filhos, dentre outros e que terá comprometimento da sua qualidade de vida (MINAYO, 2021; QUEIROZ et al., 2018; SANTOS; GUTIERRES, 2013).

Os cuidados informais de pacientes em internação domiciliar são executados, quase sempre, por integrantes da família primária: esposa, filhos, filhas, realizado prioritariamente, neste estudo, pela filha. Com maior incidência, os cuidadores, por

passarem mais tempo no ambiente doméstico com o paciente, acabam realizando todas as atividades domésticas diariamente. Para Rezende et al. (2005), o ato de cuidar é um processo complexo realizado por cuidados domiciliares, associados às atividades domésticas de cuidados com o lar, como os preparos dos alimentos, limpeza, ministração de medicamentos, rotinas de idas aos médicos e cuidados básicos com os outros moradores do domicílio.

Um outro ponto que merece destaque se refere ao tempo disponibilizado ao ato de cuidar. Em média, um cuidador destina de no mínimo três meses e no máximo trezentos e sessenta meses aos cuidados dos pacientes em internação domiciliar, com uma jornada semanal de horas de 15 a 120 horas, em sua maioria sem auxílio de outros membros familiares (FELIPE et al., 2020). A sobrecarga de tarefas centrada em um indivíduo, denominado de cuidador, pode acarretar um processo de adoecimento físico e psicológico. Um dos fatores que pode ser observado é a negligência pessoal em favor das demandas da família e dos pacientes no ambiente domiciliar, lhe causando uma pouca resistência emocional do cuidador familiar podendo aumentar a ansiedade pela carga que significa atender às necessidades básicas da vida diária (ANJOS et al., 2014; MORENO-CÂMARA et al., 2016).

Para o uso do instrumento Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton, os resultados mostram que apresentaram ansiedade normal 65,3%, os que apresentaram reação patológica ligeira 20,40%, ansiedade patológica moderada 12,34% e para ansiedade patológica grave 2,04%. Os cuidados em saúde a outrem é uma tarefa permeada de desafios e dificuldades, por isso o cuidador principal necessita de colaboração de outros membros do arranjo familiar ou do ambiente externo na efetivação dos cuidados. O cuidador necessita de apoio social, uma rede de solidariedade, com vistas a melhoria da sua qualidade de vida, diante da tarefa de cuidar (BRANDONI, 2010; MARQUES; TEIXEIRA; SOUSA, 2012)

Os dados resultantes da aplicação da escala de Hamilton (Tabela 1) apontaram que 32 (65%) dos participantes do estudo apresentaram níveis de ansiedade dentro dos padrões de normalidade, 10 (20,4%) reação patológica ligeira, 6 (12,24%) apresentaram ansiedade patológica e 1 (2,04%) apresentaram ansiedade patológica grave (Figura 8).

**Tabela 1** - Apresentação do resultado da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton.

<b>Resultado Hamilton</b>	<b>Nº</b>	<b>Frequência</b>
Ansiedade Normal	32	65,30%
Reação Patológica Ligeira	10	20,40%
Ansiedade Patológica Moderada	6	12,24%
Ansiedade Patológica Grave	1	02,04%

Fonte: Autoria Própria.

Os dados apresentados são contrários ao que já foi dito sobre estados em ansiedade em cuidadores. Santos e Gutierrez (2013), em estudo, evidenciaram que 80% da sua amostra apresentou na avaliação traços compatíveis com ansiedade, demonstrando comprometimento do estado de saúde mental e qualidade de vida de quem exerce o ato de cuidar. Os transtornos ansiosos são considerados uma problemática de saúde mental, incidente na população mundial, sendo um gatilho para o surgimento de diversas outras patologias, acarretando alterações psicofisiológicas que alteram o funcionamento do organismo (SADOCK, 2017).

A ansiedade é um transtorno que altera o funcionamento do Sistema Nervoso Autônomo – SNA e afeta a liberação das catecolaminas pelo Eixo – Hipotálamo – Adrenal – HPA. O organismo entra em estado de alerta preparado para a reação de luta ou fuga (DALGALONRANDO, 2019). Os Transtornos ansiosos ampliam o estado de alerta do indivíduo acometido, colocando-o em uma situação de alerta contínua, com a atenção focada na situação percebida como ameaçadora, sendo acompanhada por diversas sensações físicas como alterações gastrointestinais, cefaleia, sudorese, precordialgia e sudorese excessiva, dentre outros sintomas físicos (REZENDE et al., 2005)

Felipe et al. (2020) também apresentam dados contrários aos coletados nesta pesquisa, no que concerne ao score de transtornos ansiosos, em que um percentual significativo de cuidadores apresentou características significativas de ansiedade patológica. Outro achado que merece destaque refere-se às características clínicas dos cuidadores, dos quais 48,2% apresentavam comorbidades, 44,7% faziam uso de medicação de uso contínuo e 76,3% relataram sentir dores corporais.

Apesar de ser um recurso adaptativo que acompanha o homem ao longo da sua evolução, a ansiedade em alto grau é compreendida como um transtorno

psicológico, comprometendo o organismo em seu quadro de saúde. Além de desencadear uma diversidade de respostas psicofisiológicas, é gatilho para a manifestação de outras patologias físicas e orgânicas (LEAHY, 2011). Assim, é de suma importância a investigação do sofrimento psicológico diante do binômio saúde x doença.

Apesar do estudo apresentar o maior percentual de ansiedade normal, a ansiedade patológica foi evidenciada em 12% dos participantes do estudo. As síndromes ansiosas são compreendidas como os transtornos mentais nos quais os sintomas de ansiedade se apresentam de forma pura ou quase pura síndrome do pânico e Transtorno de Ansiedade Generalizada – TAG ou aquelas em que o componente ansioso tem importância central: estresse pós-traumático, fobias, transtornos obsessivos – compulsivos, quadros dissociativos e conversivos (DALGALARRONDO, 2019).

É de suma importância a investigação do sofrimento psicológico diante do binômio saúde x doença. Precisa-se pensar na qualidade de vida dos cuidadores, que soma os cuidados informais de saúde a todas as outras funções desempenhadas no lar. No âmbito dos cuidados em saúde pelo Estado, a saúde do cuidador informal tem sido negligenciada, uma vez que não existem ações ou iniciativas voltadas especificamente para esse público. Pelo exposto, urge a necessidade do planejamento e execução de ações/políticas que contemplem a saúde do cuidador diante do ato de cuidar (MINAYO, 2021).

As evidências científicas apontam sobrecarga sobre os cuidadores familiares associada às características da qualidade de vida do paciente, como prognóstico da patologia, capacidade funcional comprometida ou em declínio, pacientes mais dependentes para a realização das Atividades da Vida Diária – AVD e limiar de dor física e psicológica. Quanto maior o comprometimento em relação às características supracitadas, maior a sobrecarga do cuidador (DELALIBERA et al., 2015).

O cuidador lida diariamente com uma séria de dificuldades, dentre eles a não valorização do seu trabalho, a escassez ou ausência de equipamentos e formação que possibilitem o e/ou melhorem o ato de cuidar, o sofrimento do outro pela dor da perda da saúde, uma desestruturação na sua rotina, que é preenchida com ações de cuidados ao outro. No Brasil, um dos fatores que contribuem para a internação domiciliar é a redução de custos com a saúde, em grandes partes dos casos, mesmo os familiares de pacientes em cuidados paliativos não recebem apoio de

maneira correta, pois os cuidadores não possuem conhecimento sobre a doença e sua evolução (MARONESI et al., 2014; VALEBERG; GROV, 2013).

O cuidar é uma ação singular, e na figura do cuidador incide um sujeito que proverá uma série de necessidades do indivíduo que está doente, desde cuidados físicos e de saúde, cuidados psicológicos, como processo de escuta, encorajamento, afeto, até o intermédio de momentos de lazer, como passeio e uso de criatividade para planejar e executar momentos de entretenimento. As atividades psicoeducativas podem contribuir na redução do estresse, ansiedade e sintomas depressivos em cuidadores (BARBORA et al., 2012; BRONDANI et al., 2010).

As práticas dos cuidadores primários necessitam de orientações, conhecimentos e habilidades para que possam prover os cuidados adequados aos pacientes. Em sua maioria, os pacientes requerem ações terapêuticas abrangentes e geralmente realizadas em casa. As habilidades no cuidar em sua maior parte são desenvolvidas diante das necessidades de cada paciente (ESPINO; VALLES; GARCIA, 2021).

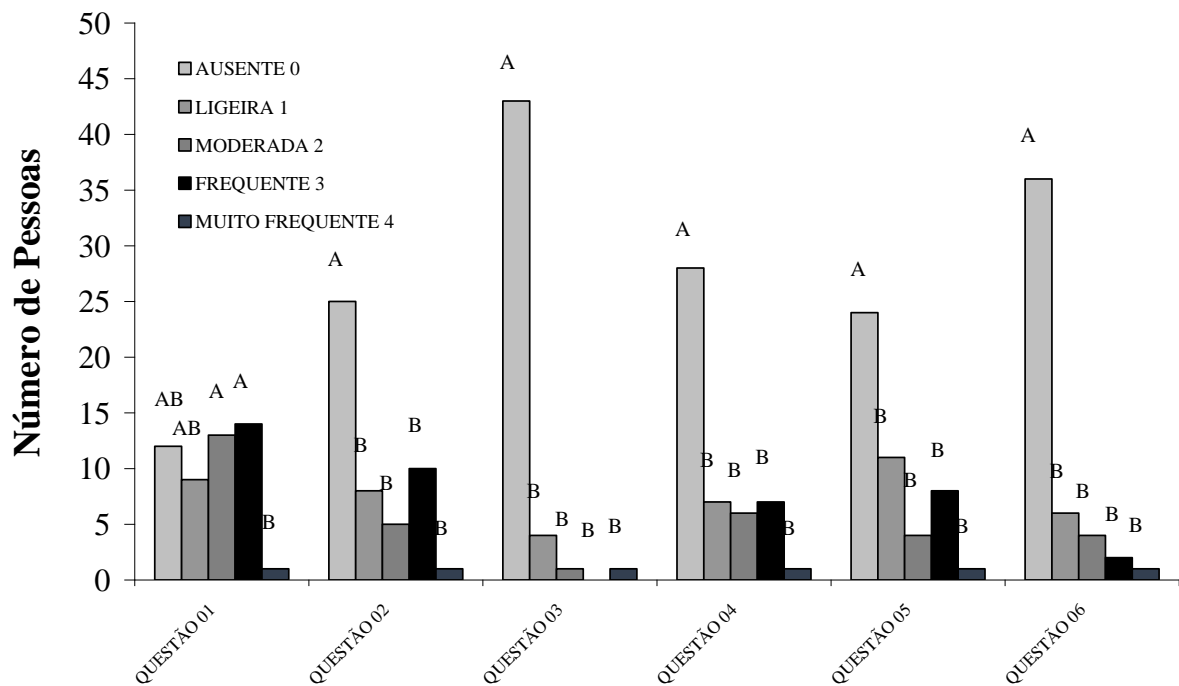
O ato de cuidar desencadeia na vida do indivíduo que cuida, vivências conflituosas, permeadas por sobrecarga de trabalho, o que indubitavelmente contribui para quadros de adoecimento. Assim, compete aos profissionais de saúde a proposição e implantação de políticas de saúde que proporcionem suporte aos familiares do paciente em adoecimento, em especial aos seus cuidadores, considerando que a atividade de cuidar é desgastante e implica em riscos para a saúde (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

A entrega do cuidador ao ato de cuidar do paciente em internação domiciliar tem sido a atividade central em sua vida, que na maioria das vezes se abstém de atividades sociais, estendendo o ato de cuidar inclusive aos finais de semana, não realizar atividades laborais externas ou quando realiza, é em jornada de trabalho reduzido, além da sobrecarga de tarefas associadas ao ato de cuidar do outro, com a saúde comprometida (FELIPE et al., 2020). Cuidar é um fator desencadeador de estresse crônico, relacionado a grande carga emocional e às atividades físicas intensas e exigentes, que precisam ser planejadas, para que se realize o manejo adequado do paciente e que supra as suas necessidades básicas (ESPINO; VALLES; GARCIA, 2021).

A vivência de exercer o cuidado do outro em processo de adoecimento e dependência é relatada pelos cuidadores com uma experiência exaustiva, que

compromete a saúde nas perspectivas biológica, psicológica e social. As tarefas exercidas são ininterruptas, centradas, em sua maioria, em um sujeito, denominado cuidador (COSTA et al., 2020; FELIPE et al., 2020).

**Figura 8** – Descrição de dados da escala de Hamilton, categoria I – foi avaliado a Ansiedade Psíquica, onde os participantes foram questionados sobre (humor ansioso, tensão, medos, insônia, dificuldades intelectuais e humor depressivo), para a Categoria II – foi avaliado a Ansiedade somática com a verificação de sintomas sobre os sistemas (muscular, genito-uninário, respiratório, cardiovascular, sensoriais e nervoso). As questões descritas abaixo estão no Anexo.

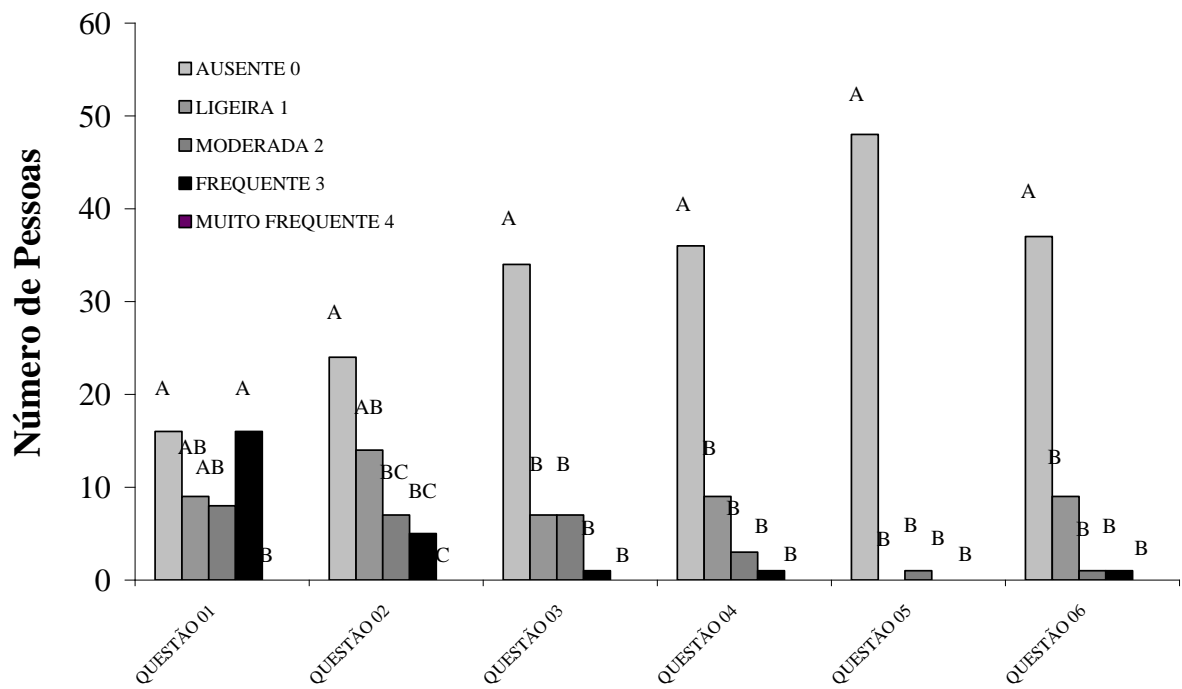


### Categoria I

Médias seguidas de mesma letra maiúscula dentro de cada tratamento, não diferem entre si, de acordo com o teste de Tukey ( $p \leq 0,05$ ).

Fonte: Autoria própria.





## Categoria II

Médias seguidas de mesma letra maiúscula não diferem entre si, de acordo com o teste de Tukey ( $p \leq 0,05$ ).

Fonte: Autoria própria.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade é um transtorno psicológico comum em cuidadores informais de pacientes em internação domiciliar, que afeta a saúde daquele que exerce o ato de cuidar, de forma holística nas perspectivas físicas, psicológicas e sociais. Os dados obtidos no estudo foram contrários à grande maioria das pesquisas, que nas amostras estudadas apresentam o maior percentual de indivíduos avaliados com scores compatíveis com a ansiedade patológica.

Apesar dos baixos escores compatíveis com transtornos ansiosos, foram evidenciados participantes com resultados compatíveis com ansiedade grave, concomitante com perfis sociodemográficos compatíveis com diversos estudos que apontam que o ato de cuidar em saúde, em domicílio, centra-se em figuras femininas, com sobrecarga de tarefas e que em sua maioria não exercem atividades laborais fora do ambiente domiciliar.

Neste íterim, é de suma importância se pensar na saúde do cuidador que não dispõem de ações no âmbito das políticas de saúde voltadas para as suas necessidades. São indivíduos com ações de cuidados em saúde, na maior parte sem preparo técnico, teórico e com sobrecarga de papéis em um domicílio.

É preciso propor, dentro das Políticas Públicas, ações de apoio aos cuidadores, de modo a conferir-lhes informações como instrumento de bem-estar para a execução do cuidado do outro e do autocuidado, primando por sua qualidade de vida, de forma que possam exercer a sua cidadania, como um sujeito de direitos.

É válido ressaltar que o estudo apresenta limitações em relação ao tamanho da amostra, o que dificulta generalizar os achados para todos os cuidadores informais de pacientes em internação domiciliar do cenário nacional. Pelo exposto, sugere-se a realização de mais estudos sobre a manifestação da ansiedade em cuidadores informais de pacientes em internação domiciliar.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II**. 2nd ed. Washington: APA; 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV- TR**. 4th ed. Washington: APA; 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Tradução Maria Inês Correa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, A. M. *et al.* Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70, n. 1, p. 210-219, 2017.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 2017.
- ANJOS K. F.; BOERY R. N. S. O.; PEREIRA R. Quality of life of relative caregivers of elderly dependents at home. **Texto Contexto – Enferm**, v. 23, n. 3, p. 6008-608. 2014.
- BARBOSA A.L.; CRUZ J.; FIGUEIREIDO, D.; *et al.* Cuidar de idosos com demência em instituições: competência, dificuldade e necessidades percebida pelos cuidadores formais. **Psicologia, saúde e doença**, v. 12, n.1, p. 119-129, 2011.
- BOAVENTURA, L. C; BORGES, C. H. OZAKI, A. H. Avaliação da sobrecarga do cuidador de pacientes neurológicos cadeirantes adultos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 10, pp. 3193-3202.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016.
- BRONDANI, C. M. *et al.* Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto & Contexto - Enfermagem**. v. 19, n. 3, 2010. , pp. 504-510. 2010.
- CESARI M. *et al.* An emerging public health priority. **J Am Med Dir Assoc**, v. 17, n. 3, p. 188-192. 2016.

CESÁRIO, V. A. C *et al.* Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. **Saúde em Debate [online]**. v. 41, n. 112, pp. 171-182, 2017.

COSTA, T. F. *et al.* Ansiedade, depressão e estresse em cuidadores de sobreviventes de acidente vascular encefálico. **REME – Rev. Min. Enferm.** v. 24, n. 1312, p. 1-8, 2020.

CRASKE M. G.; ROY-BYRNE P. P.; STEIN M. B.; SULLIVAN G., SHERBOURNE C., BYSTRITSKY A. Tratamento para transtornos de ansiedade: Eficácia à eficácia à implementação. **Comportamento Res**, v. 47, n. 1, p. 931-937. 2009. doi:10.1016/j.brat.2009.07.012

CRUZ M. N. C; LECHETA D. R. WACHHOLZ P. A. Fatores associados à sobrecarga e à depressão em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria & Gerontologia**. v, 3, n.1, p15-23, 2009.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DELALIBERA, Mayra *et al.* Burden of caregiving and its repercussions on caregivers of end-of-life patients: a systematic review of the literature. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2731-2747, 2015.

DINIZ, M. A. A., MELO, B. R. S., NERI, K. H., CASEMIRO, F. G., FIGUEIREDO, L. C., GAIOLI, C. C. L. O. . Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 11, 2018.

DOURADO, D. M.; ROLIM, J. A; AHNERTH, N. M. S.; NEUZILANE, M. G.; GONZAGA, M. BATISTA, E. C. Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. **ECOS, Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. V. 8, n. 1, p.156-167, 2018.

ESPINO, J. M.; VALLES, J. A. D.; GARCÍA, R. Gastón Quality of life in primary caregivers of patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 43, n. 4. 2021.

FALLER, J. W., *et al.* Escala multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos. **Cogitare enferm**. v. 21, n. 2, p. 01-10, 2016.

FANSELOW, M. S.; LESTER, L. S. A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. In R. C. Bolles & M. D. Beecher (Eds.), **Evolution and learning**. Lawrence Erlbaum Associates, p. 185–212. Inc. 1988.

FELIPE, S. G. B. et al. Ansiedade e depressão em cuidadores informais de idosos dependentes: um estudo analítico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 1, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167- 2019-0851.

FREITAS, H., OLIVEIRA, M. SACCOL, A. Z., MOSCAROLA J. . O método survey. **Revista de Administração da USP - RAUSP**, v. 35, n.3, p. 105-112. 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRAF, R., et al. The stroke caregiving trajectory in relation to caregiver depressive symptoms, burden, and intervention outcomes. **Top Stroke Rehabil**, v.27, n. 7, p. 488-495, 2017.

KESSLER, R. C., *et al.* Prevalência ao longo da vida e distribuições por idade de início dos distúrbios do DSM-IV na replicação do National Comorbidity Survey. **Arquivos de Psiquiatria Geral**, v. 62, p. 593-602. 2005.

LEAHY, R. L. **Livre de Ansiedade**. (V. Figueira, trad.). Porto Alegre: Artmed. 2011.

LIMA, A. A.; SPAGNUOLO, R. S.; PATRICIO, K. P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. Reviewing studies on home care for the elderly. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, p. 343–351. 2013.

LIMA, A. G. T.; SALES C. C. S.; SERAFIM, W. F. L. Burden, depression and anxiety in primary caregivers of children and adolescents in renal replacement therapy. **Bras J. Nephrol**. V. 41, n.3., p. 356-363. 2019.

LIMA, A. G. T.; SALES, C. C. D. S.; SERAFIM, W. F. D. L. Sobrecarga, sintomas depressivos e ansiosos em cuidadores principais de crianças e adolescentes em terapia renal substitutiva. **Bras J. Nephrol**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 356- 363, 2019.

MAGRINELLI, A. B. **Bases neurobiológicas da ansiedade**. Neurociências em debate, 2014.

MANZINI, C. S. S.; VALE, F. A. C. Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer’s disease. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 14, n. 1, p 56-61. 2020.

MANZINI, C.S. S.; VALE, F.A.C. Transtornos emocionais evidenciados por cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer. **Dementia & Neuropsychologia**. v. 14, n.1, p. 56-61, 2020.

MARONESI, C.; SILVA, L.; OLIVEIRA CANTU, N. R.; SANTOS, S. R. Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 877-892, 2014.

MARQUES, M. J. F., TEIXEIRA, H. J. C. S.; DAYSE C. D. B. N. Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 1. 2012.

MENDES, P. N.; FIGUEIREDO, M. L. F.; SANTOS, A. M. R.; FERNANDES, M. A.; FONSECA, R. S. B. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 87-94. 2019.

MINAYO M. C. S. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. **Cien Saude Colet.**; v. 24, n. 1, p. 247-252. 2019.

MINAYO, M. C. S. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 01, p. 7-15. 2021..

MORENO-CÁMARA S.; PALOMINO-MORAL P. A.; MORAL-FERNÁNDEZ L.; FRÍAS-OSUNA A.; DEL-PINO-CASADO R. Problemas en el proceso de adaptación a los cambios en personas cuidadoras familiares de mayores con demencia. **Gac Sanit**, v, 30, n.3, p.201-207, 2016.

MORES G.; *et al.* An Evaluation of the Family Informal Caregiver Stroke Self-Management Program. **Can J Neurol Sci**. 2018.

NARDI, A. E. A história dos ataques de pânico. **Ciência Hoje**. v. 34, n. 202, p.71-3. 2004.

NARDI, A. E., QUEVEDO, J., SILVA, A. G. **Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2014.

NEVES, A. C. O. J.; CASTRO, E. A. B.; COSTA, S. R. D. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 01-10, out.-dez. 2016.

OLIVEIRA M. B. P.; SOUZA N. R.; BUSHATSKY M.; DÂMASO B. F. R.; BEZERRA D. M. BRITO JA. Oncological homecare: family and caregiver perception of palliative care. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v., 21, n, 2. 2017.

OLIVEIRA NETO A. V. O; DIAS M. B. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Divulg Saúde Debate**. v. 51, p. 58-71, 2014.

PAULA, F. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade em estudantes de medicina. **Revista Educação em Saúde**, v. 5, n. 1, p.29- 35, 2017.

PÉRODEAU, G. *et al.* Chronic psychotropic drug use among frail elderly women receiving home care services. **Journal of Women & Aging**, v. 23, n. 4, p. 321- 41, oct. 2011.

PRADO, J. M. KUREBAYASHI, L. F, SILVA, M. J. P. Efficacy of auriculotherapy for reduction of stress in nursing students: a randomized clinical trial. **Rev lat Am Enfermagem**, v. 20, n. 4, p 727-735, 2021.

QUEIROZ, R. S. de *et al.* Sociodemographic profile and quality of life of caregivers of elderly people with dementia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 21, n. 02 p. 205-214. 2018.

REZENDE, V. L. *et al.* Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 12, p. 737-743. 2005.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A. SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 801-808. 2008.

SADOCK B.; SADOCK V. RUIZ P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11<sup>th</sup> Porto Alegre: Artmed. 2017.

SANCHIS-SOLER, G. *et al.* Reducción de la sobrecarga del cuidador tras entrenamiento supervisado en ancianos pluripatológicos y paliativos. **CPD**, Murcia, v. 21, n. 1, p. 271-281, 2021.

SANTOS C. F.; GUTIERREZ B. A. O. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer. **Rev Min Enferm**. V. 17, n. 4, p. 792-798. 2013.

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma análise na perspectiva do sistema único de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 1, n. 38, p1-12. 2016.

SHIN, L. M.; LIBERZON, I. The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. **Neuropsychopharmacology Reviews**, v. 1, n.23, 2009.

SILVA L. K.; SENA R. R.; SILVA P. M.; SOUZA C. G.; MARTINS A. C. S. The nurse's role in home care: its implications for the training process. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n.3, p. 503-10, 2014.

SILVA, F. A. S; AZEVEDO, C. A. V. Versão do programa computacional Assistat para o sistema operacional Windows. **Revista Brasileira de Produtos Agroindustriais**, v. 4, n. 1, p. 71-78, 2002.

SMOLLER J. W.; GARDNER-SCHUSTER E.; COVINO J. A base genética dos transtornos de pânico e ansiedade fóbica. **Am J Med Genet Parte C Semin Med Genet** 148C:118–126. 2007.

SOUSA, L. R. HANUS, J. S., LIBERA L. B. D., SILVA, V. M., MANGILI E. M., SIMÕES, P. W., CERETTA, L. B., TUON L.). Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Colet**. v.23, n. 2, p.140-149. 2015.

STACKFLETH, Renata *et al.* Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, pp. 768-774. 2012.

STONE M. H. History of anxiety disorders. In: Stein DJ, Hollander E, Rothbaum BO. Textbook of anxiety disorders. 2. ed. **American Psychiatric Publishing**; 2009.

VALEBERG B. T.; GROV E. K. Symptoms in the cancer patient: of importance for their caregivers' quality of life and mental health? **Eur J Oncol Nurs**. v.17, n. 1, p. 46-51. 2013.

VALENTINI, I. B.; ZIMMERMANN, N.; FONSECA, R. P. Ocorrência de tipo Alzheimer estudos de casos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 197-217, 2010.

WACHS, L. S. *et al.* Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro v. 32, n. 3, p. 1-9, mar. 2016.



**APÊNDICE****QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO**

**1. SEXO MASCULINO ( ) FEMININO ( )**

**2. IDADE \_\_\_\_\_**

**3. ESCOLARIDADE**

- A. Analfabeto/Menos de um ano de instrução
- B. Elementar Incompleto
- C. Elementar Completo e Fundamental Incompleto
- D. Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto
- E. Ensino Médio Completo e Superior Incompleto
- F. Superior Completo

**4. GRAU DE PARENTESCO \_\_\_\_\_**

**5. ESTADO CIVIL**

**A. CASADO(A)**

**B. SOLTEIRO (A)**

**C. DIVORCIADO (A)**

**D. VIÚVO (A)**

**6. RELIGIÃO \_\_\_\_\_**

**7. QUANTIDADES DE MORADORES NA RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_**

**8. SITUAÇÃO DE TRABALHO**

A. NUNCA TRABALHOU

B. TRABALHA, MAS NÃO ESTÁ EM ATIVIDADE

C. JÁ TRABALHO, NÃO TRABALHA MAIS

D. TRABALHA E EM ATIVIDADE NO MOMENTO

E. APOSENTADO(A)

**9. RENDA FAMILIAR** \_\_\_\_\_

**ANEXO**  
**ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON**

<b>Categoria I – Ansiedade Psíquica</b>	AUSENTE 0	LIGEIRA 1	MODERADA 2	FREQUENTE 3	MUITO FREQUENTE 4
Humor ansioso (Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.)					
Tensão (Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação)					
Medos (e escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc.)					
Insónia (Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, pesadelos, terrores noturnos, etc.)					
Dificuldades intelectuais (Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.)					
Humor depressivo (Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.)					
<b>Categoria II – Ansiedade Somática</b>					
Sintomas musculares (Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, etc.)					
Sintomas sensoriais (Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigueiro, câibras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.)					
Sintomas cardiovasculares (Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extrasístoles, vertigens, batimentos irregulares, etc.)					

Sintomas respiratórios (Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia, etc.)					
Sintomas genito-urinários (Polaquiúria, urgência miccional, amenorreia, menorragia, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.)					
Sintomas do sistema nervoso autônomo (Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos erizados, tonturas, etc.)					
<b>TOTAL</b> .....					

**Resultados:**

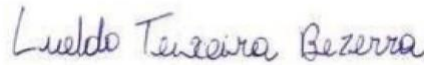
- <12: ansiedade normal;
- >12 e <18: reação patológica ligeira;
- >18 e <25: ansiedade patológica moderada;
- >25: ansiedade patológica grave

## DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO GRAMATICAL

Declaro para os devidos fins e para fazer prova junto ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica da Universidade Brasil que realizei a correção gramatical da Tese de doutorado intitulada: **NÍVEIS DE ANSIEDADE EM CUIDADORES INFORMAIS DE PACIENTES INTERNADOS EM DOMICÍLIOS**, de autoria de Lucélia Campelo de Melo Santos, do curso de doutorado em Engenharia Biomédica, consistindo em correção gramatical, adequação do vocabulário e inteligibilidade do texto.

Por ser esta expressão da verdade firmo a presente.

Teresina-PI, 24 de março de 2022.



---

Lueldo Teixeira Bezerra  
Professor  
Graduado em Letras/Português  
Especialista em Linguística, Literatura e Ensino  
Mestrando em Letras