

# EFEITO DO CURSO CUIDANDO DO CUIDADOR NA AUTOESTIMA E ESTRESSE

Graça MARTINI\*  
Ana Lúcia de Moraes HORTA\*\*

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito do curso Cuidando do Cuidador sobre a autoestima e o estresse. Foram avaliados 26 participantes por meio da aplicação da Escala de autoestima de Rosenberg e Escala de Percepção de Estresse antes e após a realização do curso. Para comparação antes e depois dos desfechos foram utilizados os testes t para amostras dependentes e o teste de *Wilcoxon*, para se avaliar a associação foi utilizado um  $\chi^2$  e ainda, foi realizada uma correlação de *Spearman*. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes demonstrando a melhora destes desfechos após a realização do curso. Ainda, há uma correlação moderada entre a mudança da autoestima e estresse.

**PALAVRAS-CHAVES:** Autocuidado. Autoestima. Estresse psicológico. Terapia.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da família e da nossa sociedade tem percorrido o caminho das relações objetivas cujo foco passa a ser o acúmulo de bens materiais e conseqüentemente em excessiva carga de trabalho, diminuindo

---

\* Coordenadora e Intervisora do Polo Formador CAIFCOM-PR - Centro de Ensino, Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e Comunidade. Psicopedagoga da Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura de Londrina. Londrina - PR - Brasil. 86047-565 - gracapedrazzi@gmail.com

\*\* UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo - Departamento de Enfermagem. São Paulo - SP - Brasil. 04012-060 - analuciahorta18@gmail.com

do os espaços de partilha na família e nos grupos sociais, gerando estresse e afetando a autoestima.

De acordo com Zuardi (2014), o estresse se relaciona a uma resposta adaptativa que prepara o organismo para enfrentar o desafio. A resposta ao estresse envolve uma mobilização de energia em locais do corpo, como, por exemplo, o aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, da frequência respiratória e a mobilização da glicose no corpo, para eventuais situações de risco ou fuga - necessidades primárias dos animais. A autoestima é um importante aspecto na vida, e que se constitui num sentimento de juízo, de apreciação, valorização, bem-estar e satisfação que a pessoa tem de si mesmo, manifestada pelas atitudes que toma em relação a si mesmo.

Os riscos de se colocar em exposição aos eventos estressantes estão sempre presentes em cada momento e em cada lugar. O termo risco tem sido utilizado no campo da saúde mental como o significado do fator estressor ou fator que pode levar a um resultado negativo ou indesejado no desenvolvimento do tema e para a sua saúde.

Autoestima pode ser concebida como essencial para a manutenção da saúde física, mental e social. Fatores de risco estão relacionados a todos os tipos de eventos de vida negativos e atua de forma diferente a depender dos períodos de desenvolvimento do indivíduo. O risco pode gerar um transtorno ou uma doença, de acordo com a sua gravidade, duração, frequência ou intensidade, portanto, não é um evento estático. Não se trata de uma variável por si só, e deve ser pensada como um processo. Um dos caminhos para que esses efeitos sejam minimizados, tratados e até mesmo eliminados é o do autoconhecimento.

Existem diversas e infinitas formas de buscar o autoconhecimento: terapia de família, terapia individual, ioga, meditação, terapias alternativas, TRE-Técnicas de redução de estresse, etc. Uma dessas propostas para a busca do autoconhecimento e autocuidado vem sendo difundido por meio do Curso Cuidando do Cuidador. O curso cuidado do cuidador, objeto desse estudo é proposto para cuidadores do cotidiano. Cuidadores são todas as pessoas que cuidam de alguém: pai, mãe, profissionais de educação, saúde, assistência social, justiça, religiosos e terapeutas.

O Cuidando do Cuidador, trabalho realizado em forma de terapia em grupo, ancora-se nesse ato de cuidar e suas significações. Traz como eixo a palavra e o acolhimento. O alívio do estresse passa pela palavra, pelo olhar para dentro de si e pelo acolhimento nutrido pelo elo estabelecido entre os participantes. Considera em todo seu processo que a cura pode estar na troca entre as pessoas, na partilha, na fala, escuta de si e do outro, na rede

de apoio e afeto em grupo. As pessoas se fortalecem por essa relação de troca, assim como a aranha se nutre e se protege pela sua teia, sua rede de sustentação. O alívio e/ou a cura das dores da alma passa pela relação com o outro, onde cada um aprende a se ver no outro, podendo o sujeito, adoecer por falta de verdadeiros vínculos e “teias” que possibilitem a partilha e as trocas afetivas.

Como lidar com a imprevisibilidade e flexibilidade na relação com o outro se não nos dispuséssemos a tê-las conosco? Se não olhamos para as necessidades de nossa própria alma? Se não acolhemos ou escutamos a nós mesmos? Em que momento o profissional de saúde, educação, o missionário religioso, a mãe e o pai de família, terapeuta ou o cuidador em geral, pode fazer essa troca dialogada consigo e com o outro? Quais são os efeitos causados pelo curso Cuidando o Cuidador nesses indivíduos?

O Curso Cuidando do Cuidador tem sido desenvolvido em alguns estados brasileiros e no exterior, deixando um impacto positivo nos participantes, porém, sem visibilidade e base científica. Ninguém até então, avaliou o efeito do curso sobre o cuidador. Logo, o objetivo do presente estudo foi avaliar o efeito das vivências terapêuticas do curso Cuidando do Cuidador na autoestima e o estresse.

### **Método: tipo e local de Estudo**

Este é um estudo do tipo antes e depois, que foi aplicado no Curso Cuidando do Cuidador, este conduzido pelo seu idealizador Adalberto de Paula Barreto, em espaço reservado no Ceará, no período de execução da atividade.

### **Participantes: critérios de inclusão e exclusão**

Todos os inscritos no curso Cuidando do Cuidador que concordassem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não foram estabelecidos limites de idade, número ou gênero. Os critérios de exclusão foram participantes com transtornos mentais graves que impedissem o preenchimento das escalas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Plataforma Brasil pelo CEP 958272.

### **Amostra**

Vinte e seis participantes foram inclusos neste estudo, entretanto, o cálculo do poder estatístico ( $1-\beta$ ) baseado no tamanho de efeito  $d$  de

Cohen 0,63 para o desfecho autoestima foi de 0,87. Duas participantes vieram de outro país e o restante da amostra foi composta por participantes de diversos estados brasileiros. A Idade dos participantes variou de 26 a 79 anos. Os interessados neste tipo de curso caracterizaram-se em participantes já formados em Terapia Comunitária Integrativa e que já tiveram portanto, contato com as vivências do Cuidando do Cuidador; e participantes que estavam entrando em contato com as vivências pela primeira vez.

### **Procedimentos**

No primeiro dia do curso foi realizada a avaliação inicial. Para isto foi entregue um envelope a cada participante da pesquisa contendo:

- Formulário de Identificação
- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)
- A Escala de Percepção de Stresse (EPS)
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O envelope foi entregue no início das atividades do curso e foi recolhido logo após o preenchimento de seu conteúdo. Após a avaliação inicial os participantes foram encaminhados para as atividades do curso com duração de 7 dias em regime de internato. Após o término do curso foi entregue um segundo envelope contendo: um formulário para avaliação do curso, a EAR e a EPS.

### **Instrumentos**

Neste trabalho foram utilizadas entrevistas estruturadas e semiestruturadas conforme descrição abaixo:

- Formulário de Identificação
- Escala de Autoestima de Rosenberg adaptada por Hutz e Zanon (2014) para ser utilizado com adultos. A EAR foi desenvolvida por Rosenberg, em 1965, e consiste em um instrumento utilizado para a avaliação da autoestima global. Para o autor, a autoestima é a autoavaliação, a qual implica um sentimento de valor, que engloba um componente predominantemente afetivo, expresso numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma. De acordo com Meurer et al. (2012), a EAR é constituída por dez itens, com conteúdo referente aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Metade dos itens é enunciada positivamente.

te e a outra metade negativamente. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta, tipo Likert (concordo totalmente = 4, concordo = 3, discordo = 2 e discordo totalmente = 1). A soma das respostas aos dez itens fornece o escore da escala cuja pontuação total oscila entre dez e quarenta, e a obtenção de uma pontuação alta reflete uma autoestima elevada.

- Escala de Percepção de Estresse, segundo Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), é uma medida global de estresse que se propõe avaliar o grau em que um indivíduo aprecia a sua situação de vida como estressante. Cohen et al. (1983), produziu três escalas, uma de catorze itens, outra com dez desses catorze itens resultado da análise em componentes principais da versão de catorze itens, e ainda uma versão de quatro itens. Para Fliege et al. (2005), Hewitt, Flett e Mosher (1992), Remor (2006), Watson, Logan e Tomar (2008), a escala de catorze itens é referida como uma das mais utilizadas para avaliar a percepção de estresse. Para o Brasil, essa escala foi validada por Reis et al. (2010), numa versão de dez itens. Para cada questão existem cinco opções de resposta, tipo Likert (nunca, quase nunca, às vezes, pouco frequente e muito frequente). Para Reis (2010), os itens das questões 4, 5, 7 e 8 são positivos e por esta razão devem ser pontuados de forma invertida. Após a reversão, todos os itens são somados. O escore obtido com a soma de todos os itens é utilizado como medida de estresse percebido.

## **Desenvolvimento das atividades do Curso Cuidando do Cuidador**

As atividades práticas foram desenvolvidas pelo idealizador do Curso, as principais vivências terapêuticas em grupo foram: resgate da criança interior; trabalhando a centralização do corpo e da mente; trabalhando nossas tensões do corpo e vencendo os desafios; O sol e a lua (trabalhando nosso olhar crítico e o olhar compassivo); a pulsação da vida; a comunidade cuidando de si – massagem; integrando o masculino e o feminino; TRE- Técnica de Redução do Estresse pós-traumático; trabalhando a raiva e a integração, consigo e com os outros e o túnel do amor e da confiança (BARRETO, 2014).

O Curso Cuidando do Cuidador oferece este espaço para um “olhar por e para nós”, para trabalhar as nossas histórias, angústias, aflições e sofrimentos cotidianos, bem como nossos sonhos adormecidos, nossos planos para o futuro, nossa capacidade e de superação que a boca não fala no dia a dia. Há a oportunidade de se abrir um espaço para aprender a importância, ora do silêncio ora da partilha, da troca– silêncio

não só para ouvir o outro, mas um momento de escuta ativa dos próprios sentimentos a partir do outro. Quando você fala de você, você me permite ouvir de mim. Quando eu falo de mim o “outro” escuta de si (BARRETO, 2009).

## **Análise dos Dados**

Os dados foram analisados de forma descritiva e analítica. As variáveis numéricas foram testadas quanto à distribuição de normalidade por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. Nos casos em que os pressupostos foram atendidos, as mesmas foram apresentadas por meio de média ( $\bar{X}$ ) e desvio-padrão, caso contrário por meio de mediana (Md) e seus quartis (1º-3º). As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa. Para se comparar o desfecho autoestima antes e após a realização do curso foi utilizado o teste de *Wilcoxon* e para a comparação da mesma situação para o desfecho estresse foi utilizado o teste t para amostras dependentes. Para se avaliar a diferença entre as pessoas que nunca participaram de vivências terapêuticas no formato criado e difundido por idealizador do curso daquelas que já participaram, para os mesmos desfechos, foi utilizado o teste t para amostras independentes para o desfecho estresse e o teste de *Mann-Whitney* para o desfecho autoestima. Para a avaliação do relacionamento entre autoestima e estresse foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*, a correlação foi considerada baixa entre 0-0,40; moderada entre 0,41 – 0,70 e alta acima de 0,75 (Baquero,1978). E para se avaliar a associação da realização do curso com a melhora da autoestima e do estresse foi utilizado o teste de  $X^2$  rxc. A significância estatística adotada foi de 5% ( $P < 0,05$ ). O programa estatístico utilizado foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 22.0).

## **Resultados**

A amostra avaliada apresentou uma mediana (1º; 3º quartis) de idade de 42 (35; 52,50) anos, 50% da amostra era casada, 38,5% solteira, 7,7% divorciada e 3,8 % classificaram seu estado civil como outros, a mediana de número de filhos foi de 1 (0,0; 2,00) filho. Informações mais detalhadas da amostra encontram-se na tabela 1.

**Tabela 1** – Dados descritivos da amostra.

<b>Variável</b>	<b>n (%)</b>
<i>Gênero</i>	
Feminino	23 (88,5)
Masculino	3 (11,5)
<i>Escolaridade</i>	
3º grau incompleto	2 (7,7)
3º grau completo	11 (42,3)
Pós-graduado	12 (46,2)

**Fonte:** Elaboração própria.

30,8 % eram primogênitos, sendo que 50,3% da amostra estavam entre primeiro e segundo filho na ordem de nascimento de sua família de origem. 65,4 % possuía pelo menos um dos progenitores mortos, sendo que 30,8% destes tinham ambos progenitores mortos, 34,6% ainda possuem seus progenitores vivos. A maioria da amostra (34,6%) possuía uma renda mensal entre 5 – 15 salários mínimos e 61,5 % já participaram das vivências “Cuidando do Cuidador” ou estavam realizando o curso novamente.

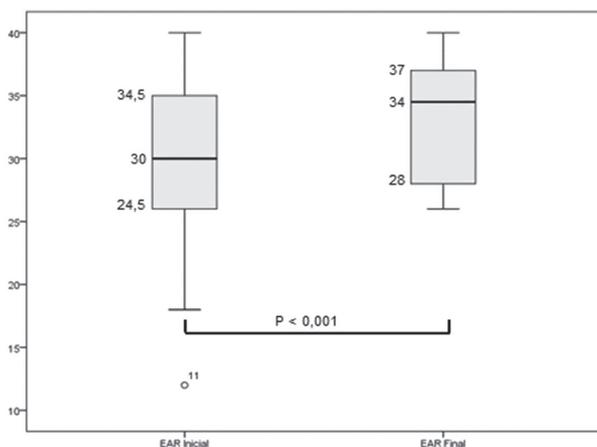
Para o desfecho autoestima, avaliado por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na comparação antes e depois. A mesma diferença foi encontrada para o desfecho estresse, onde os resultados apontam uma diminuição do estresse após a intervenção. Maiores detalhes encontram-se na Figura 1 e 2.

Foi realizada uma comparação dos resultados entre aqueles indivíduos que já haviam participado das vivências e aqueles cuja participação era a primeira vez. Entretanto, não se observou influência desta condição sobre os resultados desta amostra.

Quanto aos resultados da associação da realização do curso cuidando do Cuidador com a mudança na categorização da autoestima, os resultados apontaram associação entre realizar o curso e melhorar sua categorização de autoestima ( $X^2 4,11$ ;  $P = 0,043$ ). Pode-se observar que 6 participantes mudaram da classificação baixa autoestima para autoestima normal no final do curso e que nenhum dos participantes cuja autoestima estava normal ou elevada caiu para baixa autoestima, ou seja, os participantes não pioraram. Entretanto, dois participantes tiveram uma queda na classificação de sua autoestima de elevada para normal, isto

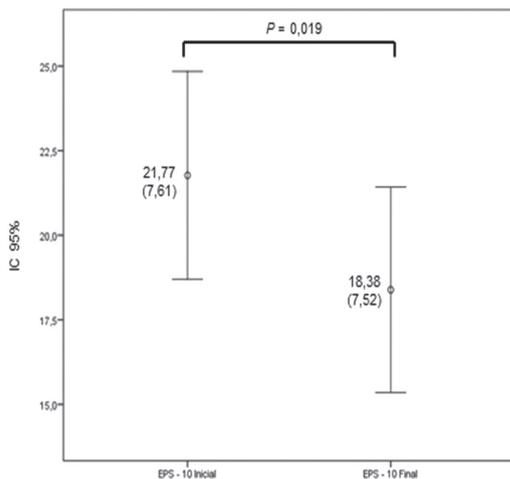
pode ser explicado pela característica individual de dois participantes que chegaram em estado de euforia acima do nível do grupo e ao final do curso estavam mais tranquilos e em consonância com a atmosfera grupal, bem como com mais clareza sobre si mesmos. A referida queda foi de apenas 1 ponto (Tabela 2). Vale ressaltar que os três participantes que foram classificados com autoestima baixa no início do estudo continuaram com baixa autoestima na avaliação final, entretanto quando seus resultados são avaliados pela pontuação do questionário, ao invés de categorizados, pode-se observar uma melhora substancial faltando apenas um ponto para a classificação de autoestima normal, mas não foi grande o suficiente para mudança de categorização. Os resultados encontrados na análise de associação devem ser interpretados com cautela, pois foram encontradas frequências observadas de zero e menores que 5 nas caselas.

**Figura 1** – Mediana e seus quartis da pontuação da Escala de Autoestima e Rosenberg na comparação antes e depois.



**Fonte:** Elaboração própria.

**Figura 2** – Média (DP) da pontuação da Escala de Percepção de Estresse na comparação antes e depois.



**Fonte:** Elaboração própria.

**Tabela 2** – Associação entre realização do curso e mudança na categorização da autoestima.

EAR Inicial	EAR Final			Total
	Autoestima Baixa	Autoestima Normal	Autoestima Elevada	
Autoestima Baixa	3	6	0	9
Autoestima Normal	0	12	3	15
Autoestima Elevada	0	2	0	2
<b>Total</b>	3	20	3	26

EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg.  $X^2 4,11$ ;  $P = 0,043$ .

**Fonte:** Elaboração própria.

Foi realizada ainda, uma análise da correlação entre autoestima e estresse. Pode-se observar um  $r = -0,65$ , ou seja, foi encontrada uma correlação moderada e negativa entre as variáveis, isso quer dizer que quando

a variável autoestima aumenta, a variável estresse diminui ou vice e versa. O  $X^2$  foi de 42%, ou seja, 42% da variabilidade na autoestima pode ser explicada pela variabilidade no estresse e vice e versa e 58% desta variabilidade deve ser explicada devido a outros fatores.

## **Discussão**

Os resultados apontaram uma melhora nos desfechos autoestima e estresse após a realização do curso Cuidando do Cuidador. O estresse e a baixa autoestima trabalhados no curso tiveram sua raiz no sofrimento gerado pelas relações familiares na infância.

Bowen (2009) descreve a família humana como um sistema que segue as leis dinâmicas dos sistemas naturais. O sistema solar, por exemplo, é um subsistema de um sistema mais amplo que é o universo. Dentro desse sistema familiar, toda pessoa tem uma função que a converte num sistema “segmento” imprescindível num todo mais vasto. É possível trabalhar com um membro da família como se todos os demais estivessem “sentados junto a ele, como “fantasmas”.

O estresse gerado pelo sofrimento provém de uma interação entre a pessoa e a situação; se o estresse ocorre em qualquer contexto, depende inteiramente da forma como a situação é avaliada, baseando-se em valores, metas e segurança física ou psicológica de cada indivíduo. Portanto, o estresse e o trauma não são apenas o resultado de um indivíduo no ambiente externo e suas experiências, mas também, o que é mais importante, do que e como uma pessoa pensa sobre elas. Os efeitos negativos do estresse apontam para a necessidade de intervenções que têm um impacto positivo na regulação da resposta ao estresse. Além disso, as respostas psicológicas ao estresse é uma base para intervenções cognitivas e psicocomportamentais. Torna-se possível, então, uma espécie de “vacinação” contra o estresse, para desenvolver habilidades de resiliência que previnem e protegem contra os danos causados pelo estresse crônico, para que a realização de intervenções produza efeitos positivos na função cerebral (FREDRICKSON, 2013).

Mediadores biológicos dão resposta ao estresse, incluindo hormônios do estresse (por exemplo, o cortisol e a adrenalina) causando alterações que podem ser prejudiciais, em um longo prazo, para a saúde física e mental. De fato, o estresse crônico pode afetar negativamente o funcionamento cognitivo e contribuir para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e doenças psiquiátricas, como a depressão grave. O estresse crônico, em pesquisas mais

recentes, tem demonstrado potencial para danificar a estrutura do DNA; por exemplo, a longo termo, o estresse desgasta os telômeros (proteínas de DNA) que protegem as extremidades dos cromossomos do paciente (GOUIN; HANTSOO; KIECOLT-GLASER, 2008).

As ações dos hormônios do estresse são benéficas no curto-prazo, mas podem criar danos se a resposta ao estresse não for atenuada. Para manter o corpo e a mente em um estado de equilíbrio saudável, é necessário manter o controle da ativação dos mediadores da resposta ao estresse, a fim de evitar a exposição excessiva aos efeitos prejudiciais. Um dos aspectos da construção da resiliência é a capacidade de modular a resposta ao estresse, para que os mediadores das respostas físicas e biológicas não sejam ativados incorretamente (FREDRICKSON, 2013).

Existem variações quando a pessoa é encorajada e tem controle, ou quando é impotente e se sente ameaçada – estes fatores contribuem significativamente para as consequências psicológicas de um evento estressante. Os estressores são parte da vida cotidiana; muitos estressores são previsíveis e controláveis, enquanto outros são tão grandes em termos de alcance, sendo prejudiciais ao indivíduo e difíceis para que ele possa resolver. Entretanto, com um devido preparo, é possível que esse indivíduo desenvolva o controle de sua reação frente a um evento estressante (FREDRICKSON, 2013). Desta forma, o estresse é uma das variáveis mais trabalhadas no curso Cuidando do Cuidador. Margiset al. (2003) ressaltam que o estresse implica em um estado gerado pela percepção de estímulos que causam excitação emocional, perturbando a homeostase (equilíbrio) o que leva ao processo de adaptação, aumentando a adrenalina no corpo. Segundo os autores, os estressores - os eventos ou estímulos que provocaram ou conduziram ao estresse - causam distúrbios fisiológicos e psicológicos (MARGIS et al., 2003). De acordo com Souza e Abreu-Rodriguez (2007) o autoconhecimento é capaz de trazer ao indivíduo, controle ao seu próprio comportamento, se manifestando pelas contingências e relações sociais. Porém, embora Souza e Abreu-Rodriguez (2007) defendam a ideia de Skinner (1993) quanto ao autoconhecimento a partir do relato verbal, não se acredita que, na prática, essa questão seja tão simplificada, pois é comum a criação de negação dos comportamentos e/ou sentimentos que não se consideram ética ou moralmente corretos. Isto pode trazer um conceito de autoconhecimento errôneo e, portanto, um discurso verbal e não verbal irreal.

Para Brandenburg e Weber (2005), o autoconhecimento remete a ideia de comportamento consciente, correspondendo a um comportamento verbal de autodescrição. Ter consciência de si corresponde ao com-

portamento de discriminar comportamentos próprios e variáveis que os controlam. O autoconhecimento é autoconsciência, então, autoconhecimento é autodiscriminação de comportamentos e estímulos a eles relacionados. Autoconhecimento é um comportamento verbal discriminativo; expressa um conhecimento sobre o próprio comportamento.

Os pesquisadores acima têm observado que alguns dos desenvolvimentos mais significativos dos indivíduos ocorrem no contexto das relações sociais. Assim, a melhora no apoio social pode ser um mecanismo pelo qual possa se dar desenvolvimento e superação do momento estressor. Ao mesmo tempo em que várias experiências, (sejam geradoras de alto, médio ou baixo nível de estresse), podem servir como veículos de crescimento. É a avaliação interna de uma experiência - mais do que qualquer experiência particular - que fornece o contexto em que o indivíduo compreende o significado das dificuldades e dos sofrimentos vividos. Esse processo pode ocorrer por intervenções psicossociais, orientando o indivíduo a solução de problemas por meio da análise contemplativa das experiências espirituais. A prática contemplativa tem um papel importante para o processo pós-traumático, a busca da cura e dar apoio aos indivíduos saudáveis que desejam prosperar em suas vidas.

O crescimento pessoal pós-traumático pode ser promovido em nível comunitário. Quando reunidos em conjunto, os indivíduos têm o potencial de melhorar sua capacidade de resistir e recuperar-se do estresse, construindo laços desenvolvendo sistemas adaptáveis. O treinamento em conjunto tem o potencial para transformar os indivíduos e as comunidades em que estão imersos. Vale destacar que a proteção não é eliminar os fenômenos psicológicos da situação de estresse vivida, isto é, não significa falta de vulnerabilidade. Mas eles são recursos que afetam positivamente a percepção do sujeito e, conseqüentemente, as suas atitudes, o que leva a uma vida mais funcional e adaptada.

A vulnerabilidade é um termo utilizado para definir cada fraqueza psicológica que vai aumentar as chances de ocorrer um resultado negativo ou indesejável na presença de um risco. Refere-se a variáveis ou predisposição genética inata, adquirida ou aprendida e variáveis situacionais, como baixa autoestima, distúrbios mentais, o desemprego, a pobreza, o acesso à saúde, à educação, entre outros. Quanto à autoestima, outro constructo avaliado neste estudo, entende-se como sendo um importante aspecto na vida, e que se constitui num sentimento de juízo, de apreciação, valorização, bem-estar e satisfação que a pessoa tem de si mesmo, manifestada pelas atitudes que toma em relação a si mesmo.

Para Rosenberg, a autoestima se caracteriza pelo conjunto de sentimentos e pensamentos de um indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete em atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo. Segundo Rosenberg (1965), a baixa autoestima é expressa pelo sentimento de incompetência, de inadequação ou incapacidade de enfrentar os desafios; a autoestima no nível médio se caracteriza pela oscilação de sentimento, ora de aprovação ora de rejeição de si; a alta ou a autoestima adequada consiste num autojulgamento de valor, confiança e competência.

Sbcigo, Bandeira e Dell'Aglio (2010), afirmam que, na literatura nacional, o constructo da autoestima tem sido pouco investigado, principalmente em amostras com grande número de participantes. Tavares (2002) afirma que a expressão autoestima traz implícito o sentido de sucesso e de ser capaz, bem como, também traz em seu bojo a visão de um indivíduo que se ajusta às constantes mudanças da realidade.

Outras abordagens sobre a autoestima, também contribuem para compreendê-la, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Ela se baseia no pressuposto de que as emoções e os comportamentos dos indivíduos são influenciados por sua percepção dos acontecimentos, na sua forma de interpretar a situação (BECK, 1997). Nesta abordagem, a terapia cognitivo-comportamental está preocupada com o nível de pensamento que não são derivadas do raciocínio, que parecem surgir de repente, são os pensamentos automáticos. As pessoas costumam aceitar seus pensamentos automáticos como verdadeiros, sem reflexão ou avaliação. Quando estes pensamentos disfuncionais e não adaptativos se manifestam, podem afetar negativamente as reações emocionais, comportamentais e fisiológicas da pessoa, que responde à situação de acordo com seus padrões de pensamento (BECK, 1997).

Os pensamentos disfuncionais são mais profundos, chamados crenças nucleares, que se desenvolvem desde a infância, e são moldados pelas experiências pessoais. Quando essa crença está ativa, a pessoa interpreta as situações que vivencia no seu cotidiano por meio das lentes dessa crença, que pode ser contraproducente e irreal (KNAPP; BECK, 2008). Alguns eventos fazem parte do ciclo natural da vida, sendo eles inevitáveis, como a morte de um ente querido, o término de um relacionamento, ou em tempos de mudanças climáticas tão intensas, a perda de bens materiais em razão de acidentes naturais. Somados ainda aos sofrimentos trazidos da infância e que são revividos no presente, diante destas adversidades, quando estes são ainda inconscientes, ou seja, a pessoa não passou por processo terapêutico ou de autoconhecimento. A forma para lidar com

esses eventos traumáticos depende de cada um, ou seja, é idiossincrática. Então existem aqueles casos em que uma pessoa sofre a tal ponto de ficar impossibilitada de dar continuidade à própria vida, enquanto para outras, apesar da dificuldade, é possível seguir a vida e obter maneiras de aprender com o momento.

Estresse e baixa autoestima podem estar ligados a traumas do passado. A teoria Polivagal aponta que os traumas vividos no passado podem desencadear manifestações fisiológicas associadas a evolução da regulação neural do coração com a experiência afetiva, a expressão emocional, gestos faciais, comunicação vocal e comportamentos sociais sensíveis às relações com outras pessoas. Aponta também para a regulação da função cardíaca como neuroanatomicamente ligada ao controle dos músculos da face e da cabeça (PORGES, 2012). Assim, problemas ligados ao estresse e a autoestima, podem estar associados a manifestações ligadas diretas ou indiretamente a algum tipo de trauma/sofrimento do passado. Portanto, os resultados apresentados neste estudo apontaram uma melhora na autoestima e no alívio do estresse, mas devem ser interpretados com cautela, pois o desenho metodológico não permite uma generalização dos resultados tendo em vista que foi avaliado o efeito de uma intervenção terapêutica, o que compromete a validade interna do estudo. Ainda, há muita dificuldade de comparação dos resultados com a literatura, pois ainda não existem estudos que investigaram o curso Cuidando do Cuidador.

## **Conclusão**

O ato de cuidar deve ser pautado também no autocuidado. Esta pesquisa aponta um sinal de alerta para que todo cuidador aprenda a importância de cuidar de si enquanto cuida do outro. Portanto, o ato de cuidar pode ser comparado a uma moeda que necessariamente possui dois lados: enquanto eu cuido do outro eu cuido de mim.

Devem ser conduzidos ensaios clínicos aleatórios (ECAs), de alta qualidade, para avaliar o efeito do curso Cuidando do Cuidador sobre novos participantes. Para isto é sugerido que os ECAs sigam as regras do Consort-Statement e que os participantes sejam alocados em três grupos: Grupo Controle, Grupo Cuidando do Cuidador e Grupo Outra Intervenção Terapêutica. Os desfechos primários recomendados são: estresse e autoestima.

Como resultado, podemos concluir que foi encontrado uma diminuição do estresse e o aumento da autoestima após a participação no Cuidando do Cuidador.

*EFFECT OF CARING FOR THE CAREGIVER  
COURSE ON SELF-ESTEEM AND STRESS*

**ABSTRACT:** *The objective of this study was to evaluate the effect of caring for the Caregiver course on self-esteem and stress. 26 participants were assessed by applying the scale of self-esteem Rosenberg and Stress Perception Scale before and after the course. For comparison before and after the outcomes's test for independent samples and the Wilcoxon test were used to evaluate the association we used a X<sup>2</sup> RxC and was even held a Spearman correlation. Statistically significant differences were found demonstrating the improvement of these outcomes after the completion of the course. Still, there is a moderate correlation between the change in self-esteem and stress.*

**KEY WORDS:** *Self care. Self concept. Stress psychological. Therapy.*

## REFERÊNCIAS

BAQUERO, M. G. **Métodos de pesquisa pedagógica:** estatística psico-educacional. São Paulo: Loyola, 1978.

BARRETO, A. P. **Resgate da autoestima passo a passo.** Fortaleza: Projeto Viravida, 2014.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo.** Fortaleza: LCR, 2009.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva:** teoria e prática. Tradução de S. Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BOWEN, M. **De la familia al individuo:** la diferenciación del si mismo e nel sistema. Barcelona: Paidós, 2009.

BRANDENBURG, O. J.; WEBER, L. N. D. Autoconhecimento e liberdade no behaviorismo radical. **Psico-USF**, BragançaPaulistav.10, n. 1, p. 87-92, 2005.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, Albany, v. 24, n. 4, p.385-396, Dec. 1983.

FLIEGE, H. et al. The perceived stress questionnaire (PSQ) reconsidered: validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. **Psychosomatic Medicine**, New York, v.67, n. 1, p. 78-88, 2005.

FREDRICKSON, B. L. Updated thinking on positivity ratios. **American Psychologist**, Washington, v. 68, p. 814-822, July 2013.

GOUIN, J. P.; HANTSOO, L.; KIECOLT-GLASER, J. K. Immune dysregulation and chronic stress among older adults: a review. **Immunomodulation**, [S.l.], v. 15, n. 4-6, p. 251-259, 2008.

HEWITT, P.; FLETT, G.; MOSHER, S. The perceived stress scale: factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 247-257, Set. 1992.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. **Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s54-s64, out. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2016.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 65-74, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

MEURER, S. et al. Validade de construto e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. **Motricidade**, Santa Maria da Feira, v. 8, n. 4, p. 5-15, 2012.

PORGES, S. P. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. **International Journal of Psychophysiology**, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 123-146, 2012.

REIS, R. S.; AKIRA, A. F. H.; AÑEZ, C. R. R. Perceived stress: reability and validity in Brazil. **Journal of Health Psychology**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 107-114, Jan. 2010.

REMOR, E. Psychometric properties of a european spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). **The Spanish Journal of Psychology**, Madrid, v. 9, n. 1, p. 86-93, 2006.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 15, n. 3, p. 395-403, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a12.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2015.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

SOUZA, A. S.; ABREU-RODRIGUES, J. Autoconhecimento: contribuições da pesquisa básica. **Psicologia em Estudos**, Maringá, v. 12, n. 1, p.141-150, 2007.

TAVARES, M. **Auto-estima: o que pensam os professores?** 2002. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

WATSON, J. M.; LOGAN, H. L.; TOMAR, S. L. The influence of active coping and perceived stress on health disparities in a multi-ethnic low income sample. **BMC Public Health**, [S.l.], p. 8-41, 2008.

ZUARDI, A. W. **Fisiologia do estresse e sua influência na saúde**. [Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto], [Ribeirão Preto], [2014]. Disponível em: <[http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34894091/Fisiologia\\_do\\_estresse\\_1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1479836104&Signature=59T2CrYd8GeOtt1EO3477YnAykw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFISIOLOGIA\\_DO\\_ESTRESSE\\_E\\_SUA\\_INFLUENCIA.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34894091/Fisiologia_do_estresse_1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1479836104&Signature=59T2CrYd8GeOtt1EO3477YnAykw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFISIOLOGIA_DO_ESTRESSE_E_SUA_INFLUENCIA.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2015.

