

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA DO CUIDADOR
INFORMAL

Dissertação

Dissertação de Mestrado orientada pelo Prof. Doutor Carlos Sequeira

Jacinta M. Oliveira Nunes da Silva

PORTO, 2011

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,

Ao Tiago.

AGRADECIMENTOS

Aos cuidadores que participaram neste estudo, o meu mais profundo agradecimento, sem eles nada teria sido possível.

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Alberto Sequeira pelo seu apoio, estímulo e pelo acolhimento que recebi.

Aos amigos, pelos seus ombros nos momentos de maior tensão, desalento, desmotivação ou simplesmente quando os índices desformatam.

À Sofia pela boa disposição e companheirismo,

À equipa de enfermagem da USF-Famílias pelo apoio,

Aos meus pais, por tudo.

À Puca, por literalmente estar sempre ao meu lado.

À minha irmã de coração Joana que estás sempre presente.

Ao Tiago, pela compreensão, pela paciência, pelo amor e por teres feito toda esta caminhada ao meu lado.

A todos os outros que estiveram presentes nesta jornada e que colaboraram de forma directa ou indirecta na realização deste trabalho.

“Quanto mais crescer o meu amor, mais desejarei que o outro seja o melhor e o mais perfeito possível, em suma, que se realize o máximo; e assim estarei preparado para o ajudar a alcançá-lo. Vejo com uma clareza cada vez maior como a minha auto-realização pessoal consiste em ajudar o outro a realizar-se.”

Jutta Burggraf, in “O desafio do amor humano”

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

% - Percentagem

ABVD - Actividades Básicas de Vida Diária

ARS - Administração Regional de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BSI - Brief Symptom Inventory

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CI - Cuidador Informal

CID-10 - 10ª Revisão Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DSM-IV -Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EF - Enfermeiro de Família

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAM - Sistema de Apoio Médico

SCL-90 - Symptom Check List-90

SCL-90-R - Symptom Check List-90 - Revised

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Título: Sintomatologia Psiquiátrica do Cuidador Informal

O envelhecimento e as doenças degenerativas caracterizam-se por uma progressiva deterioração cognitiva, funcional e emocional que interfere nas ABVD e na qualidade de vida do indivíduo. A perda progressiva da independência obriga, de forma natural ou não, que alguém assuma o papel de cuidador. Esse papel recai habitualmente sobre a família e em particular sobre as mulheres que tradicionalmente adoptam essa posição.

Cuidar de uma pessoa dependente é um processo complexo que envolve situações potenciadoras e/ou responsáveis por alterações na saúde e bem-estar do CI.

Este estudo apoia-se na teoria do *stress* e das transições, tendo como objectivo compreender a relação entre sintomatologia psiquiátrica dos cuidadores informais dos doentes dependentes e o cuidar. Para além disso, pretende ainda analisar a sua relação com as variáveis sociodemográficas de contexto e clínica.

Para atingir estes objectivos optou-se por um estudo quantitativo de carácter exploratório e transversal. Através de uma entrevista estruturada aplicou-se um questionário para recolha da informação sociodemográfica, de contexto e clínica, e dois instrumentos, já validados, para a população portuguesa:

- Escala de actividades de vida diária de *Lawton* e *Brody* aplicada a pessoas com dependência;
- BSI aplicada aos cuidadores informais.

Participaram no estudo 72 cuidadores informais.

Os principais resultados válidos à questão colocada e que dão título ao trabalho, ou seja, “a existência de sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores informais de doentes dependentes inscritos numa Unidade Saúde Familiar do distrito de Aveiro”, são semelhantes aos de alguns estudos nacionais,

designadamente o facto dos cuidadores informais serem maioritariamente do sexo feminino, com 59 anos de idade, de baixa escolaridade, domésticas, prestando cuidados numa média de 5 h/dia, há mais de 6 anos. Cuidam sozinhas de idosos com uma média de 75 anos, moderadamente dependentes e recebem apoio instrumental. Estes cuidadores apresentam níveis médios superiores, comparativamente à população geral, de ideação paranóide, depressão e ansiedade. Apela frequentemente para a necessidade de serem substituídos temporariamente no desempenho das suas funções.

As diferentes experiências, relativas ao processo de cuidar, oferecem uma melhor compreensão dos determinantes psicossociais do bem-estar subjectivo, da saúde e qualidade de vida dos cuidadores e um leque de possibilidades de intervenção, que só assim promovem a qualidade de vida ao cuidador informal.

A complexidade e a natureza dinâmica da prestação de cuidados ressaltam a importância de avaliação sistemática do cuidador, como parte da prática dos profissionais de saúde. Embora os responsáveis e decisores políticos reconheçam o papel central que os cuidadores informais desempenham na coordenação e prestação de cuidados de longa duração a pessoas dependentes, dão pouca atenção à avaliação sistemática da situação e do bem-estar do cuidador para determinar a assistência que o cuidador pode precisar.

Palavras-chave: Cuidador Informal; Sintomatologia Psiquiátrica; Dependência.

ABSTRACT

Title: Psychiatric symptomatology of the informal caregiver.

Aging and degenerative diseases are characterized by a progressive cognitive, functional and emotional deterioration that interferes with the basic activities of daily life and the quality of life of an individual. The progressive loss of independence obliges some people, in a natural way or not, to assume the role of caregiver. This role is usually assumed by family members and in particular by women, who traditionally adopt this role.

To take care of a dependent person is a complex process that involves situations which can potencialize, or even be responsible, for changes in the health and well-being of the Informal Caregivers.

This study is based on stress theory and on transition theory, in order to understand the relationship between psychiatric symptoms of the informal caregivers of dependent patients and the caregiving, and investigate its relationship with sociodemographic, clinical and context variables.

To achieve these goals we decided to implement a exploratory and transversal quantitative study. Using a structured interview, a questionnaire was applied to collect socio-demographic, clinical and context information, and two instruments previously validated for the Portuguese population:

- Scale of activities of daily living of Lawton and Brody applied to dependent people;
- BSI applied to informal caregivers.

This study analyzed was applied to 72 informal caregivers.

The main valid results for the investigated question is the title of this work, “the existence of psychiatric symptomatology on the informal caregivers of dependent patients registered in a Family Health Unit of the Aveiro’s district”. These results are similar to some national studies, namely the fact that informal caregivers are mostly 59 years old women, with low education, household women, providing care in average 5 hours a day for over 6 years.

Alone, they take care of elderly individuals who are in average 74 years old, moderately dependent and receiving instrumental support. Compared to the general population they have in average higher levels of paranoid ideation, depression and anxiety. They also reveal the need to be temporarily replaced on the performance of their duties.

The different experiences of carrying process provides a better understanding of the psychosocial determinants of the subjective well-being, health and quality of life of caregivers and a range of intervention possibilities, being the only way to promote the quality of life of the informal caregiver.

The complexity and dynamic nature of health care emphasizes the importance of systematic evaluation of the caregiver as a constituent part of the practice of health professionals. Although people responsible for health care system and political deciders recognize the central role that informal caregivers play in coordinating and providing long-term care for dependent people, little attention has been paid to systematic evaluation of the situation and well-being of the caregiver to determine the assistance that the caregiver may need.

Keywords: Informal caregiver; psychiatric symptomatology; dependence.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	22
------------------	----

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - UMA VISÃO SOBRE A DEPENDÊNCIA.....	26
2 - CUIDADOR INFORMAL: COMO CENTRO DE ATENÇÃO E DE CUIDADOS.....	30
3 - CONSEQUÊNCIAS DO CUIDAR.....	36
4 - CONTEXTUALIZAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS...	40
5 - ESTADO DA ARTE.....	44

PARTE II

METODOLOGIA

1 - CONTEXTO	48
2 - JUSTIFICAÇÃO	50
3 - FINALIDADE E OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	52
4 - METODOLOGIA	54
4.1 - Tipo de Estudo	54
4.2 - Questões de Investigação	55
4.3 - População e Amostra.....	55
4.4 - Variáveis.....	56
4.5 - Instrumentos de Colheita de Dados	57
4.5.1 - <i>Questionário</i>	58
4.5.2 <i>Escala de Lawton e Brody</i>	58

4.5.3 - BSI.....	59
4.6 - Pré-Teste do Questionário	62
4.7 - Procedimentos para a Recolha de Dados.....	63
4.8 - Estratégias para a Análise dos Dados	63
4.9 - Considerações Éticas	65

PARTE III

RESULTADOS

1 -APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	68
1.1- Caracterização dos Doentes Dependentes.....	69
1.2 - Caracterização dos Cuidadores Informais.....	76
1.3 - Relações entre as Variáveis.....	86
2 - DISCUSSÃO	96
3 - CONCLUSÃO	104
4 - BIBLIOGRAFIA	108
ANEXOS.....	116
Anexo I - Consentimento Informado.....	118
Anexo II -Questionário.....	122
Anexo III - Autorização para aplicação da BSI pela Professora Canavarro.....	136
Anexo IV - Autorização do Director Executivo do ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca	140
Anexo V - Autorização da CES da ARS-Norte.....	144
Anexo VI - Autorização para aplicação dos questionários pelo Coordenador da USF	148

LISTA DE TABELA

TABELA 1: Revisão da literatura	45
TABELA 2: Subescalas do BSI, exemplos de itens e valores de consistência interna	61
TABELA 3: Distribuição das pessoas com dependência de acordo com o sexo ..	69
TABELA 4: Medidas de localização e dispersão para a variável idade dos doentes dependentes.	69
TABELA 5: Distribuição dos doentes dependentes de acordo com o estado civil.	69
TABELA 6: Distribuição dos doentes dependentes de acordo com o grau de escolaridade.	70
TABELA 7: Distribuição dos doentes dependentes de acordo com a profissão antes da reforma.	70
TABELA 8: Distribuição dos participantes em função da relação de parentesco com o doente.	71
TABELA 9: Distribuição dos doentes em função do sistema que o tornou dependente.	71
TABELA 10: Distribuição dos doentes em função da afecção que o tornou dependente.	72
TABELA 11: Distribuição dos dependentes em função dos antecedentes pessoais.	72
TABELA 12: Distribuição da vigilância de saúde dos dependentes.	73
TABELA 13: Níveis de dependência apresentados pelos idosos nas ABVD de acordo com a escala de <i>Lawton e Brody</i>	73

TABELA 14: Distribuição dos doentes dependentes de acordo com o grau de dependência em cada item da Escala de Actividades de Vida Diária de <i>Lawton e Brody</i>	74
TABELA 15: CI's de acordo com o sexo.....	76
TABELA 16: Medidas de localização e dispersão para a variável idade dos cuidadores informais.....	76
TABELA 17: Distribuição dos CI's de acordo com o estado civil	76
TABELA 18: Distribuição dos CI's de acordo com o grau de escolaridade	77
TABELA 19: Distribuição dos CI's em função da sua situação profissional.	77
TABELA 20: Distribuição dos CI's em função da frequência de cuidados.....	77
TABELA 21: Distribuição dos CI's em função do tipo de cuidados que prestam.	78
TABELA 22: Número de CI's por doente dependente	78
TABELA 23: Distribuição dos CI's em função da distribuição de tarefas.	79
TABELA 24: Distribuição dos CI's em função do tipo de apoio que recebe.	79
TABELA 25: Distribuição dos cuidados informais que referiram pelo menos um episódio de doença mental	80
TABELA 26: Distribuição dos participantes em função do grau de parentesco do familiar com doença mental	81
TABELA 27: Distribuição dos participantes de acordo com as opções de resposta escolhidas em cada item do BSI	82
TABELA 28: Resultados descritivos obtidos nas dimensões e índices globais do BSI.	85
TABELA 29: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função da idade do cuidador.	86
TABELA 30: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do género do cuidador.....	87
TABELA 31: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do número de cuidadores.	88
TABELA 32: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função da existência de apoio instrumental ao cuidador.....	89

TABELA 33: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função da idade do doente dependente.	89
TABELA 34: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do género do doente dependente.	90
TABELA 35: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do nível de dependência do doente dependente.	91
TABELA 36: Resultados Kruskal-Wallis obtidos para as dimensões e índices globais do BSI em função do nível de dependência do doente dependente.	92
TABELA 37: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função de episódio de doença mental no passado do cuidador	92

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Proporção de pessoas que relataram qualquer doença crónica ou problema de saúde de longa data	27
FIGURA 2: Papéis do CI (Adap. Sequeira, 2010).....	31
FIGURA 3: Tipologia do cuidar (Adap. Sequeira, 2010)	31
FIGURA 4: Fases do processo de recolha de dados	63
FIGURA 5: Distribuição dos cuidadores informais em função de patologias relatadas	80
FIGURA 6: Distribuição dos cuidadores informais em função da tipologia da doença mental do familiar.....	81

INTRODUÇÃO

As temáticas relacionadas com a dependência têm, nas últimas décadas, vindo a ser alvo de crescente interesse por parte de políticos e profissionais das diversas áreas, na Europa e no mundo industrializado em geral. Encontra-se no topo da hierarquia dos problemas com que hodiernamente a sociedade se depara (Feinberg, 2002).

Portugal não é excepção. As transformações políticas e sociais que têm ocorrido no nosso país, nos últimos anos, levam à constante reorganização dos cuidados de saúde.

Várias situações vão-se mantendo inalteradas; por vezes ganham novos contornos, mas a essência do problema continua a prevalecer.

É o que podemos verificar na transição de doentes dependentes para a família. Se durante o internamento hospitalar, todos os aspectos relacionados com dependência assumem um carisma problemático, no momento da alta que, na maioria das vezes se efectua de forma precoce, atingem um carácter ainda mais complexo.

A problemática facilmente se justifica pela escassez de recursos na comunidade e pelas dificuldades sentidas pela família, quando esta assegura o papel de cuidador.

O aumento da longevidade surge quase sempre associado a um incremento substancial das necessidades de apoio e cuidados pessoais e de saúde. Para isso, basta consultar os dados estatísticos do INE. Verifica-se um crescente aumento do índice de envelhecimento, acarretando todas as consequências que daí advêm, nomeadamente com as repercussões a nível económico, social e da saúde em geral (INE, 2009).

Não podemos esquecer as mudanças sociais e demográficas que interferem no apoio aos doentes dependentes, que infelizmente tendem a limitar, para não dizer anular, a capacidade de ajuda das famílias aos seus entes dependentes.

Outro factor condicionante é a entrada das mulheres no mundo do mercado do trabalho, que até então eram consideradas o suporte emocional da família.

Perante as conjunturas, a permanência no domicílio, não é apenas uma alternativa menos dispendiosa.

Porém, o assumir do papel de cuidador tem repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social dos CI's, tornando-os mais vulneráveis a conflitos. Com frequência entram em crise, apresentando sintomas como: tensão, fadiga, *stress*, constrangimento, frustração, redução do convívio, depressão, redução da auto-estima, entre outros. Esta tensão ou sobrecarga pode dar origem a problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que interferem com o bem-estar do doente e cuidador (Martins, et al., 2003). O CI enfrenta constantemente situações novas de sobrecarga física, psicológica e social, capazes de desencadear mudanças ao nível da qualidade de vida (Garre-Olmo, et al., 2000).

Este estudo surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da ESEP que, após a leitura e reflexão de vários estudos e da constatação da nossa prática clínica diária, sugere que as pessoas que prestam cuidados a familiares dependentes física e/ou mentalmente (idosos ou não) sofrem mudanças, geralmente desfavoráveis, na vida familiar, social e económica, mas sobretudo a nível mental.

Como tal, sentimos a necessidade de realizar um estudo sobre a sintomatologia psiquiátrica dos CI's inscritos numa USF do distrito de Aveiro, pela relevância que este pode trazer, tanto a nível das decisões políticas em saúde mental, quanto à criação de novos projectos direccionados e especializados nesta temática da enfermagem em saúde mental e psiquiatria.

Este tipo de estudos tem proporcionado uma compreensão mais ampla da ocorrência e influência que a sintomatologia psiquiátrica possa ter sobre os CI's, bem como as consequências directas e indirectas para o funcionamento individual, familiar e social (Lima, 1999).

Para alcançar este objectivo recorreu-se à identificação dos doentes dependentes inscritos na USF em questão e dos respectivos CI's, aos quais se aplicou um questionário (incluindo a BSI) e se procedeu à caracterização sociodemográfica. O mesmo foi submetido a um grupo de peritos e posteriormente a um pré-teste.

O segundo objectivo prende-se com a identificação de factores associados com a sintomatologia psiquiátrica dos CI's. Para isso, e através de um estudo de natureza descritivo começa-se por analisar as variáveis objectivas e subjectivas de

forma a avaliar a existência de sintomatologia psiquiátrica resultante do acto de cuidar.

Será também de referir que, no âmbito deste estudo foram avaliadas as características psicométricas da escala BSI, em termos de consistência interna, num grupo de CI's, considerando-se assim, mais um instrumento útil para os profissionais de saúde poderem avaliar de forma mais específica a saúde mental dos CI's.

A dissertação encontra-se estruturada em três partes distintas. Na primeira parte é realizado o enquadramento teórico do estudo, subdividido em cinco grandes capítulos: uma breve revisão de diversos estudos sobre dependência, CI's, sintomatologia psiquiátrica e cuidados de saúde primários, bem como a reflexão das teorias que consideramos poderem contribuir para a sua compreensão.

Na segunda parte é apresentado o estudo empírico, composto por quatro capítulos principais: os primeiros relativos aos objectivos e procedimentos metodológicos do estudo e instrumento de colheita de dados utilizado.

Na terceira parte estão caracterizadas as amostras, concomitantemente a apresentação e análise dos resultados obtidos.

Para finalizar o relatório, são apresentadas as conclusões que se julgaram pertinentes e as limitações do estudo.

A bibliografia encontra-se de acordo com a norma ISO690 também esta aceite nas normas para elaboração e apresentação de dissertações e relatórios da ESEP.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - UMA VISÃO SOBRE A DEPENDÊNCIA

Nas últimas duas a três décadas, fruto do aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de natalidade, assistiu-se ao envelhecimento da população o que conduziu a uma crise dos sistemas de protecção social e de saúde (INE, 2009).

O efeito mais evidente do processo de envelhecimento é a limitação progressiva das capacidades do indivíduo para satisfazer, de forma autónoma e independente, as suas necessidades.

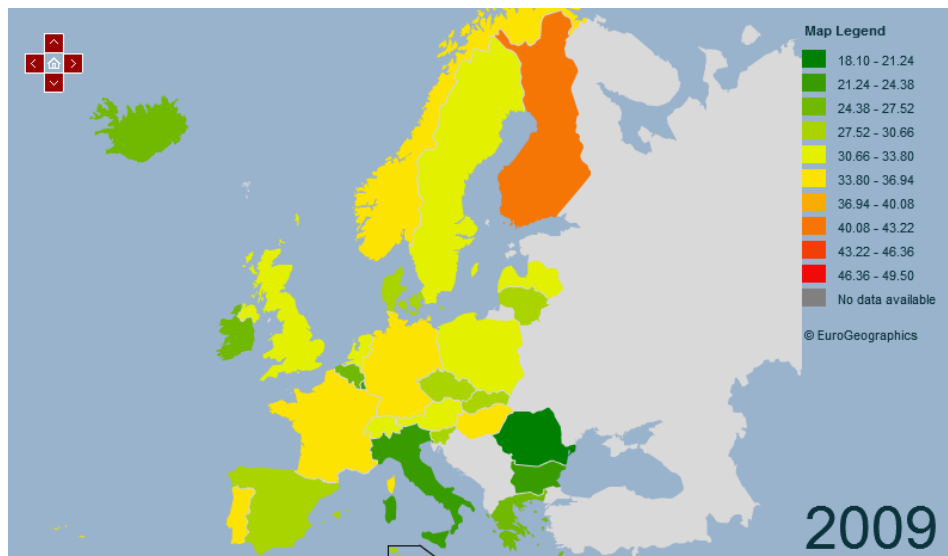
Esta vulnerabilidade à qual os idosos estão sujeitos pelas mudanças que vão ocorrendo ao longo do processo de envelhecimento, contribui para o aumento efectivo das doenças crónicas e degenerativas, que levam inevitavelmente à dependência de terceiros.

Também o progresso científico, sobretudo na medicina, prolongando a sobrevivência e aumento das fases crónicas, tem sido outro factor fundamental para que cada vez mais existam pessoas em situação de dependência.

Conforme explicitam as estatísticas do EURODEM (2011), Portugal em 2009 tinha uma proporção de 34,1 habitantes que sofriam de doença crónica, conforme se pode comparar (Figura 1) com os restantes países da União Europeia.

FIGURA 1: Proporção de pessoas que relataram qualquer doença crónica ou problema de saúde de longa data

(Fonte: http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm)



Vive-se mais tempo, mas é necessário que a nossa sociedade esteja preparada para responder a esta nova realidade. Recaindo novamente na família a responsabilidade de cuidar dos seus membros doentes (Harwood, et al., 2004).

Este evento pode causar transformações no seio da família, designadamente, perturbações e/ou conflitos até se organizar, nomeadamente quando surge no grupo, um ou mais membros dispostos a cuidar.

Apesar das famílias serem responsáveis pela prestação de cuidados de manutenção, cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade da prestação de cuidados de reparação, o que nem sempre acontece (Salgueiro, 2006).

Os cuidados existentes, precisamente em hospitais, estão direccionados para a doença aguda inspirados no modelo biomédico e que perdem o ponto de vista da intervenção global na doença crónica em fases mais avançadas (Silva, 2009). É necessário que os sistemas de saúde, reconheçam as novas exigências da conjuntura actual e das necessidades dos doentes dependentes e das suas famílias, de forma a criar respostas para a diminuição do sofrimento associado à situação de dependência e garantir uma qualidade de vida (Silva, 2009 citando Davies e Higginson, 2004).

Cresce assim, a exigência real e potencial de cuidados complexos por longos períodos de tempo e cresce também a possibilidade de que as famílias e, em particular as mulheres, se tornem cuidadoras (Matthews, Dunbar, Jacob, Serika e McDowell, 2004) citados por Lage (2007). De acordo com Pearlin e Zarit (1993) citados pela mesma autora, cuidar de um familiar dependente é, nos dias

de hoje, uma experiência cada vez mais normativa, que obriga as famílias a definir e redefinir as relações, obrigações e capacidades.

Neri (2000) considera quatro domínios, nos quais se enquadram os cuidados prestados pelos CI's a indivíduos com perda de autonomia: i) suporte nas actividades instrumentais da vida diária, como por exemplo cuidar da casa, preparar as refeições, ir às compras, pagar as contas, etc.; ii) assistir nas dificuldades funcionais de autocuidado, como dar banho, vestir, alimentar, posicionar e deambular; iii) apoiar emocionalmente o doente, fazer companhia e conversar; iiiii) lidar com as pressões resultantes do cuidar.

Também Paúl (1997) citando Bowers define cinco categorias distintas de cuidados prestados pelos CI's: antecipatórios, preventivos, de supervisão, instrumentais e protectores. Salienta-se o facto de apenas uma destas cinco categorias, cuidados instrumentais, integrar aquilo que habitualmente é considerado cuidar de alguém, ou seja, as tarefas e os comportamentos de cuidar. As restantes quatro categorias não traduzem comportamentos observáveis mas são processos fundamentais do cuidar de pessoas dependentes e da compreensão dos cuidados intergeracionais. Os cuidados antecipatórios integram comportamentos ou decisões baseadas na antecipação das necessidades, traduzem um acontecimento mental sendo intencionalmente invisível; cuidados preventivos têm como objectivo evitar a doença, as complicações e a deterioração física e mental, são mais activos e de supervisão quando comparados com os cuidados antecipatórios, incluindo por exemplo, as modificações do ambiente físico com vista a melhorar a segurança; cuidados de supervisão são habitualmente reconhecidos como o olhar pelo familiar dependente, implicam um envolvimento directo e activo; cuidados instrumentais estão relacionados com o bem-estar e com o corpo, integram o fazer por ou assistir com o objectivo de assegurar a integridade física e o estado de saúde da pessoa dependente; cuidados protectores estão relacionados com a protecção relativa ao que não se pode evitar e têm a ver com as ameaças à auto-imagem, identidade e bem-estar emocional, como por exemplo, evitar que a pessoa doente se aperceba da inversão de papéis. Os familiares consideram o cuidado protector o mais importante, já os profissionais escolhem o preventivo e o instrumental (Paúl, 1997).

Avaliar os diferentes níveis de incapacidade torna-se um objectivo fundamental para a planificação adequada dos cuidados de saúde. De facto, segundo o Ministério da Saúde (2004) citado por Araújo, et al. (2007), os cuidados não estão organizados de forma a darem melhor resposta a uma população cada

vez mais envelhecida e dependente. Desta forma, seleccionou-se um dos instrumentos utilizados para avaliação da capacidade funcional para a realização das ABVD instrumentais mais complexas e indicadores da capacidade do doente dependente - a escala de *Lawton e Brody*.

Não sendo a idade biológica um indicador preciso das alterações que acompanham o envelhecimento, a probabilidade de experimentar graves incapacidades físicas e cognitivas aumenta significativamente nas idades mais avançadas e o grupo dos *mais velhos* é o que tem evidenciado o mais rápido crescimento, em Portugal e no Mundo (Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe, 2000).

2 - CUIDADOR INFORMAL: COMO CENTRO DE ATENÇÃO E DE CUIDADOS

Além dos aspectos socioeconómicos e demográficos, é fundamental compreender que a prestação de cuidados a pessoas dependentes inclui muito mais do que os aspectos instrumentais e físicos como a alimentação, a higiene, a mobilidade e a medicação, que normalmente são considerados e medidos.

O processo de prestação de cuidados é um processo complexo e dinâmico, caracterizado por constantes variações, ao longo do tempo, nas necessidades e sentimentos de quem recebe os cuidados e de quem presta cuidados, em função da própria evolução da doença e da situação de dependência, do contexto familiar e da fase do ciclo familiar, das redes de apoio social, dos sistemas de crenças e, fundamentalmente, de como o CI percebe todos esses factores ((Nolan et al, 1996; Paúl, 1997) citados por Brito, 2000; Santos, 2008; Salgueiro, 2006; Santos 2006).

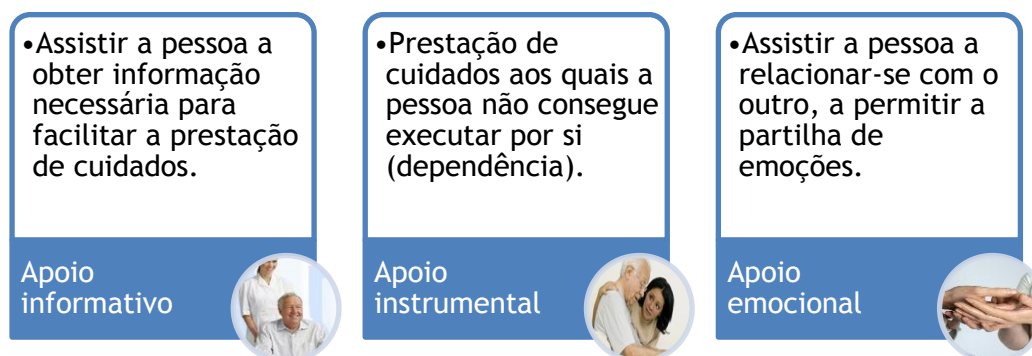
Para Cuidar é necessário reconhecer que o indivíduo é um todo, na sua fase da doença ou dependência. É a busca de uma abertura de espírito e tolerância, de calor humano, de autenticidade, de respeito, com o objectivo de construção de uma relação de confiança e segurança respeitando as escolhas do doente. É assisti-lo na satisfação das suas actividades básicas de vida diária, é aceitá-lo sem julgamentos. É manter a esperança e ajudá-lo a encontrar as suas próprias opções de vida (Grelha, 2009).

O conceito de prestação de cuidados é definido por Whitlatch, et al. (1996) como acto de prover assistência ou cuidado a um elemento da família/amigo. Esta assistência, pode ser de ordem instrumental, afectiva, financeira ou qualquer necessidade solicitada pela pessoa que recebe cuidados. Grelha (2009) completa ao referir que a acção de cuidar visa promover não só o bem-estar físico do doente dependente, mas também da sua dor e sofrimento; do bem-estar mental, ajudando-o a enfrentar angústias, medos e inseguranças; o seu bem-estar social,

garantindo as suas necessidades socioeconómicas e relacionais, pela vivência solidária e apoio nos valores de fé e felicidade.

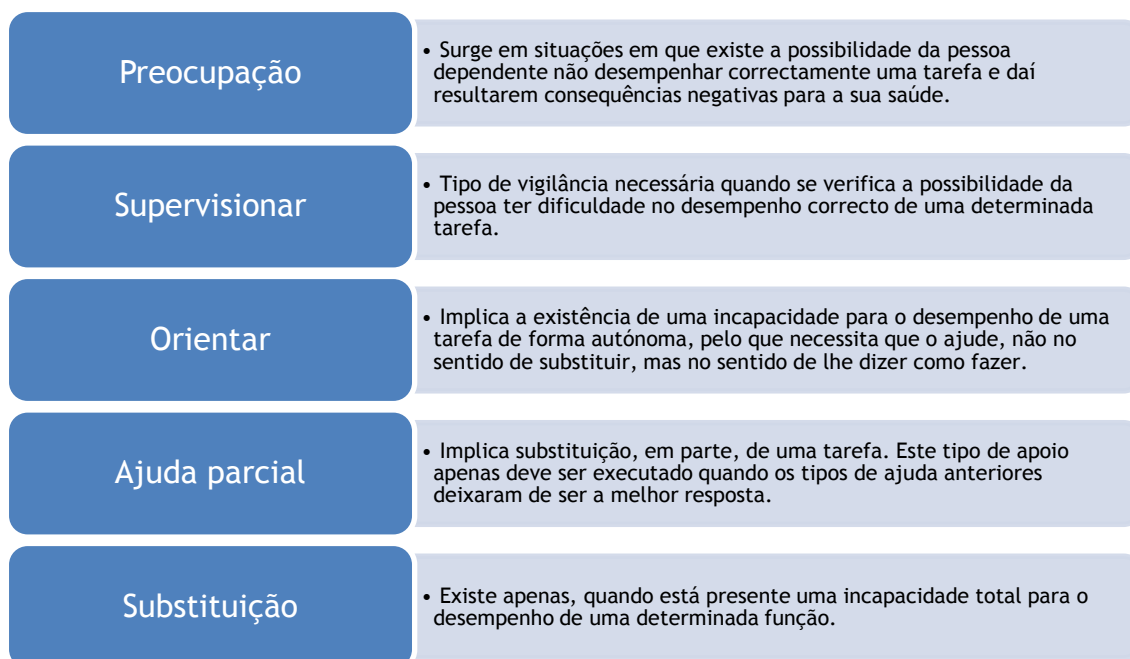
Podemos dividir o papel do CI em três grandes áreas (Sequeira, 2010):

FIGURA 2: Papéis do CI (Adap. Sequeira, 2010)



De acordo com os apoios referidos, o cuidar poderá ser catalogado em cinco tipos podendo estes aparecer de forma isolada ou, como na maior parte dos casos ocorre, em simultâneo (Sequeira, 2010):

FIGURA 3: Tipologia do cuidar (Adap. Sequeira, 2010)



Para além do crescimento da proporção de idosos, do número crescente de idosos a necessitarem de cuidados, de doentes com patologias crónicas e dependentes, e segundo vários autores, há todo um conjunto de outras condições demográficas que tornam premente a questão da prestação de cuidados (Brito, 2000; Sequeira, 2010).

Com efeito, o número cada vez mais reduzido de filhos por família, o facto das várias gerações já não coabitarem, até pelas reduzidas dimensões das habitações, e a participação crescente das mulheres no mercado de trabalho, progressivamente têm vindo a condicionar e a limitar a capacidade de ajuda das famílias aos seus familiares (Barreto, 1996; Paúl, 1997).

Os motivos que levam com que o familiar seja o cuidador principal são, na generalidade: a disponibilidade de tempo para o fazer, o sentimento de obrigação e/ou de dever e a solidariedade. Caldas (1995) qualifica que os factores que influenciam o familiar a assumir a responsabilidade do cuidar são: a influência histórica, os imperativos culturais e os preceitos religiosos.

É vulgar aferir que muitos indivíduos aceitam, de forma súbita e inesperada, o papel de cuidador sem que para isso se tenham preparado adequadamente. Aliás, frequentemente, num acto impulsivo, assumem ou sem perceber vão assumindo pequenos cuidados e quando se dão conta já estão completamente envolvidos e comprometidos com a situação. No entanto, revela-se que na maior parte das situações, o cuidador assume esse mesmo papel que lhe é imposto pelas circunstâncias e não por escolha própria, apesar de reconhecer que esta missão, naturalmente, seja sua (Sequeira, 2010 cita INSERSO, 1995; De LaCuesta, 2004; Sequeira, 2007).

É fundamental que no momento da alta exista um planeamento que permita ao familiar, que irá desempenhar a função de cuidador, obter informações importantes durante o processo de hospitalização, facilitando a planificação do regresso a casa e o processo de transição. Porém, o enfermeiro deve ter atenção a alguns pontos como Driscoll (2000) enumera:

1. A percepção da informação por parte do cuidador;
2. A suficiência dessa informação;
3. A devida utilização dessa informação.

Quanto ao primeiro ponto é importante a realização de um planeamento adequado a cada situação específica e de acordo com as necessidades sentidas. No que diz respeito ao segundo, é imprescindível que os cuidadores recebam informação suficiente para que se diminua a ansiedade e a probabilidade de

complicações domiciliares. E finalmente, deverá ser realizada uma monitorização aos actos dos CI's para averiguar a correcta utilização dessa informação, de forma a tornar os cuidados domiciliares mais eficazes, contribuindo para a redução do número de readmissões e do tempo de permanência dos doentes ao nível hospitalar (Marques, et al., 2010).

Todo este processo de mudança do estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas, requer que o ser humano interiorize um novo conhecimento, susceptível de alterar o comportamento e, conseqüentemente, mudar a definição de si no contexto social (Meleis citada por Abreu, 2008).

O propósito da enfermagem consiste em facilitar esses processos de transição no sentido de ser alcançado um estado de bem-estar nos CI's (Abreu, 2008).

As transições são, ao mesmo tempo um resultado de um acontecimento, e resultam numa mudança na vida, na saúde, nos relacionamentos e/ou no ambiente, como tal, são os enfermeiros os cuidadores primários dos utentes que estão a experimentar uma transição (Meleis, 2000).

Existe pois, uma dramática dimensão temporal associada à cronicidade que tem enorme impacto no doente e no sistema familiar, contribuindo para um desgaste do doente e dos seus cuidadores. A emergência de uma doença crónica constitui um acontecimento não normativo e altamente *stressante* que, segundo Leventhal, et al. (1984) citado por Silva, et al. (2007) requer que doente e família adquiram estratégias de *coping* para transitarem eficazmente na doença e no seu impacto.

Assim, estas incluem a consciência, envolvimento, mudança e diferença, duração da transição e pontos críticos e eventos. No entanto, estas propriedades não são necessariamente distintas ou isoladas. Na verdade, são propriedades interligadas de um processo complexo. Chick, et al. (1986) incluíram a consciência como uma característica essencial da transição e alegaram que para estar numa transição, uma pessoa deve ter alguma consciência das mudanças em curso.

Para compreender completamente um processo de transição é necessário descobrir e descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas nos CI's. Dimensões da mudança que devem ser exploradas incluem a natureza, temporalidade, importância percebida ou gravidade, e ainda normas e expectativas pessoais, familiares e sociais. Confrontar a diferença é outra

propriedade das transições, exemplificada por expectativas frustradas ou divergentes, sentir-se diferente, ser visto como diferente ou ver o mundo e os outros de formas diferentes (Meleis, 2000).

Nas transições, há pontos críticos finais, que se caracterizam por uma sensação de estabilidade relativamente a novas rotinas, competências, estilos de vida e actividades de autocuidado (Meleis, 2000).

As condições pessoais, comunitárias e sociais podem facilitar ou restringir os processos de transição saudáveis e o resultado das transições. Os significados atribuídos aos eventos desencadeantes de uma transição e ao próprio processo de transição podem facilitar ou restringir transições saudáveis. O que acontece quando as pessoas percebem que há algo errado com elas, o que isso significa, quais as explicações que dão às sensações que estão a ocorrer, quais as crenças, as expectativas envolvidas, os medos e fantasias que são activados, como encaram e procuram ajuda, são realidades individuais que requerem uma análise individual e específica aos CI's por parte dos enfermeiros.

Ao examinar as consequências da prestação informal de cuidados, os investigadores distinguem duas dimensões da sobrecarga, a objectiva e a subjectiva. A objectiva respeita à exigência dos cuidados prestados mediante a gravidade e tipo da dependência e comportamento do doente, e com as consequências ou impacto na dependência e comportamento do doente, bem como as consequências ou impactos nas várias dimensões da vida do cuidador, quer familiar, social, económica ou profissional (Figueiredo, et al., 2001). Também Sequeira (2010, p. 197) faz referência a um conjunto de variáveis determinantes, acrescentando *“a idade; o sexo; o rendimento; a escolaridade; o grau de parentesco; a ocupação/ actividade profissional, as atitudes e crenças; (...)”*.

O âmbito da natureza subjectiva resulta da atitude e respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar. Valoriza a percepção do cuidador acerca da repercussão emocional das exigências ou problemas associados à prestação de cuidados. A vantagem na distinção destas dimensões reside na possibilidade de analisar separadamente as tarefas da prestação informal de cuidados e as respostas emocionais do cuidador (Figueiredo, et al., 2001), p. 6). Sequeira (2010, p. 197) cita Hooker, et al (1994) acrescentando variáveis como: *“autoconceito, o «locus» de controlo, as aptidões pessoais, que sobretudo na vertente relacional e de resolução de problemas, que representam um papel determinante na percepção da sobrecarga.”*

Também é necessário referir a influência que o cuidador tem em relação ao familiar doente, nomeadamente, Melo (2005) estabelece a relação entre a educação do cuidador com o aparecimento da morbilidade do doente. Ampliando este conceito com Sequeira (2010) que refere que a ausência de treino dos CI's constitui um factor preditivo de deterioração cognitiva e funcional do indivíduo dependente.

3 - CONSEQUÊNCIAS DO CUIDAR

Cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação.

Cuidar de quem cuida deverá ser uma preocupação constante e também uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, para que quem cuida não fique por cuidar.

Com isso é necessário identificar as fases no processo de transição do familiar cuidador ao longo do tempo do exercício do seu papel, definidas pelo estudo de Rotondietal (2007) citado por Petronilho (2008): 1) na fase aguda da doença do doente, 2) na fase de reabilitação, 3) no regresso a casa e, por último, 4) na fase de integração na comunidade. Tendo por base estas fases, elas constituem um óptimo ponto de partida para que os enfermeiros considerem que existem diferentes necessidades nas diferentes fases do processo de adaptação do cuidador na transição do hospital para o domicílio, bem como a necessidade de desenvolver uma abordagem inovadora e adaptada a cada situação específica até aquele atingir um padrão estável de cuidar.

Segundo o mesmo autor, citando Grimmer, et al (2001) refere-nos que há necessidade de desenvolver um modelo na preparação da alta hospitalar. Há uma associação significativa entre a preparação da alta hospitalar e a qualidade de vida dos cuidadores.

Segundo Braithwaite, referido por Martins, et al (2003), a sobrecarga do CI é uma perturbação que resulta do facto de se lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo a quem se prestam cuidados, correspondendo desta forma à percepção subjectiva que o cuidador tem das ameaças às suas necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas. Para a autora, cuidar de um familiar idoso e/ou dependente é um processo contínuo, raramente reversível que encerra cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitação de tempo, relação afectiva entre cuidador e sujeito alvo dos cuidados e a falta de alternativas de escolha.

A procura por parte do cuidador das unidades de saúde ocorre, em muitos casos, em momentos de extremo sofrimento. Os enfermeiros devem estar atentos e procurar investigar a possibilidade da relação entre os motivos desta procura e o possível desgaste físico e mental proveniente do processo de cuidar. Contudo, na maioria das vezes, o modelo biomédico aplicado impede que seja detectada a verdadeira razão dessa procura e o seu real estado de saúde, pois limita-se simplesmente ao tratamento sintomático do problema.

A ineficácia dos programas públicos de saúde de cuidados ao domicílio, não só traz graves prejuízos a todo o sistema, como também à grande massa de cuidadores. Monis, et al (2005) relatam que o cuidado formal de saúde prestado no domicílio não é mais de que a ponta do *iceberg*, no qual o sistema informal constitui um verdadeiro sistema invisível de cuidados de saúde.

Um outro ponto a ter em conta é a sobrecarga que o cuidador vive devido aos factores geradores de *stress* e ansiedade. Esta sobrecarga pode estar ligada a uma dimensão objectiva como é o caso dos acontecimentos e actividades concretas como a dependência económica, mudança na sua rotina, a falta de tempo para si mesmo, entre outros ou a uma dimensão subjectiva que inclui os sentimentos de culpa, de vergonha, baixa auto-estima e a preocupação excessiva com o familiar doente.

O cuidador que se dedica ao cuidar de uma pessoa totalmente dependente sem qualquer tipo de apoio formal, tende a vir a sofrer desgastes físicos e emocionais consideráveis, provenientes da sobrecarga imposta, principalmente quando o doente assistido apresenta além de incapacidade física algum défice cognitivo. Marote, et al (2005) dão exemplos de alguns sinais de desgaste físico referenciados pelos cuidadores: lombalgias, cansaço físico, hipertensão arterial, anorexia, cefaleias, entre outras. Referem também a ocorrência de alterações no sistema imunológico, para além de problemas como fadiga crónica, alterações cardiovasculares, depressão e ansiedade em níveis superiores aos da população em geral.

Tendo o CI como o principal responsável pela assistência ao nível domiciliário, este trabalho traça o seu perfil, avalia a sintomatologia psiquiátrica, mas também descreve sentimentos, dificuldades, necessidades e recomenda algumas acções que devem ser realizadas pelo sistema formal de saúde.

O CI tende a valorizar em primeiro lugar as necessidades da pessoa que cuida, deixando para um segundo plano as suas próprias necessidades. Muitas vezes, após assumir a responsabilidade do cuidar, experimentam

dificuldades/necessidades como: a pouca ou nenhuma informação acerca da doença, dúvidas quanto à prestação de cuidados, falta de recursos e de apoio económico além das relacionadas ao suporte emocional (Pereira, 2008).

Uma característica fundamental dos cuidados prestados pelos CI's é a diversidade, na medida em que as actividades desenvolvidas visam assegurar a satisfação de um conjunto de necessidades que contribuem para o bem-estar dos doentes: suporte psicológico, emocional, financeiro e assistência nas actividades instrumentais e básicas da vida diária. A duração, assim como, a intensidade e frequência do cuidado estão relacionadas com as exigências objectivas do mesmo, nomeadamente as perturbações comportamentais, a deterioração cognitiva e dependência funcional para as ABVD, no entanto, também não podem deixar de se considerar as variáveis relacionadas com o cuidador, nomeadamente nas situações de sobreprotecção e negligência (Martín, 2002).

Outro factor a ter em conta é o *stress*. Apesar de ser um fenómeno adaptativo dos seres humanos que contribui, de certo modo, para a sua sobrevivência, para um adequado rendimento nas suas actividades e para um desempenho eficaz em muitas esferas da vida. O *stress* pode tornar-se nocivo quando é excessivo e difícil de controlar.

Sobretudo na área do *stress*, verifica-se que têm sido realizadas algumas investigações sobre a influência dos factores psicossociais na saúde e na doença mental e sobre os mecanismos que podem levar essas variáveis a contribuir para o desenvolvimento e manutenção de comportamentos inadequados. Gonçalves (2003) citado por Ricarte (2009) destaca os seguintes factores stressantes, identificados pelos cuidadores informais:

- Cuidadores directos, contínuos, intensos e a necessidade de vigilância constante;
- Desconhecimento ou falta de informação para o desempenho do cuidado;
- Sobrecarga de trabalho para um único cuidador, especialmente os problemas de saúde desencadeados pela idade avançada do cuidador;
- Conflitos familiares vinculados ao trabalho solidário do cuidador (sem ajuda) e ao não reconhecimento do seu esforço por parte dos demais familiares;
- A dificuldade em adaptar as exigências do cuidar aos recursos disponíveis, incluindo os recursos financeiros, a redução das

actividades sociais e profissionais, o abandono das actividades de lazer, entre outras.

Com base no modelo de *stress* de Vaz Serra (1999)¹, a avaliação dos acontecimentos por parte do cuidador dá-lhe a percepção de ter ou não recursos suficientes para lidar com a situação. Se as exigências do cuidar colocadas pela situação forem superiores aos recursos disponíveis no CI, então este sente que não tem capacidades de controlo e pode “entrar em *stress*”. Contudo, a intensidade do *stress* pode ser atenuada se o CI tiver acesso a apoio social, o qual deve estar disponível e ser considerado suficiente. De acordo com esta perspectiva, o *stress* desencadeia uma tripla resposta: de natureza biológica, cognitiva e de comportamento observável. Por outro lado, o *stress* faz-se acompanhar de emoções negativas que variam em função da situação em que o CI se encontra. As emoções têm uma componente motivacional que nalguns casos inibem a pessoa e noutros incentivam-na a agir.

Cabe então ao profissional de saúde analisar as situações indutoras de *stress*, das experiências de *stress*, das designadas por estratégias de *coping*², e das consequências das mesmas, pela sua importância no ambiente de trabalho e a sua relação com a saúde mental dos CI's. Isto, porque as circunstâncias indutoras de *stress* devem ser identificadas e analisadas adequadamente, para que seja possível uma intervenção eficaz, no sentido de as modificar ou de minimizar os seus efeitos negativos.

A transição para o exercício do papel de cuidador é um processo complexo, uma experiência única para cada família. Tal como afirma Petronilho (2008), grande parte dos cuidadores assumem esse mesmo papel sem uma preparação adequada e se os profissionais de saúde não autenticam plenamente esse papel, permitem que os mesmos não se sintam reconhecidos. Para atingir essa finalidade, a existência de uma parceria de cuidados mais eficaz para dotar os cuidadores de conhecimentos adequados ao desenvolvimento da sua actividade dando, essencialmente preferência às necessidades de cada cuidador que vão mudando ao longo do exercício do tempo.

¹Vaz Serra desenvolveu um modelo descritivo de *stress*, através do qual procurou apresentar uma síntese clara e actual do processo de *stress* e de *coping* (estratégias de confronto). Este autor elaborou também um instrumento de medida do *coping* (o inventário de resolução de problemas, Vaz Serra, 1987) que conduziu a numerosas investigações.

²termo utilizado no sentido simbólico de “enfrentar”, “seguir em frente”.

4 - CONTEXTUALIZAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Em 1978, 134 países e 67 organismos internacionais, reuniram-se em Alma - Ata numa Conferência Internacional onde definiram, para todos os Países participantes, entre os quais se encontrava Portugal, o conceito sobre CSP, que a seguir transcrevemos:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Declaration of Alma-Ata, 1978).

Actualmente, devido à sobrecarga do sistema de saúde, observa-se uma tendência para diminuir ao mínimo possível o tempo de permanência dos indivíduos nos hospitais e para transferir muitos cuidados, que antes eram tidos como hospitalares, para os serviços de apoio à comunidade e com isso para as famílias. Collière (1999) refere que a família é o eixo dos cuidados que detém em si próprio um valor terapêutico. Por ser uma unidade viva, é nesta que se encontra o maior número de CI's, destacando-se as mulheres, pois desenvolvem este ofício desde o início da humanidade.

A insistência no modelo biomédico centrado na doença, deixa de lado aquele que mais intervém no doente, o cuidador, pois não permite que o seu trabalho tenha a visibilidade merecida e todo o apoio necessário. Compete à

Enfermagem a responsabilidade pelo aprimoramento e desenvolvimento de acções que sejam verdadeiramente centradas na família, tendo em conta o seu contexto.

No entanto, devido à relação cada vez mais desfavorável que se verifica entre a população activa e a população dependente, nos vários países, a situação económica obriga à contenção das despesas públicas na área da Saúde e Segurança Social. Assim, tendo como objectivo a autonomia e a qualidade de vida e de cuidados, mas também por motivos meramente económicos, tem-se vindo a manifestar, em termos políticos, um redobrado ênfase e interesse nos cuidados comunitários, especialmente no que se refere aos cuidados prestados por familiares no domicílio (Nolan e Grant, 1989; INE, 1996; Barreto, 1996, 1998; Nolan *et al*, 1996; Paul, 1997 citados por Brito, 2000).

Confirma-se assim, mesmo em termos de alcance numérico relativo, a necessidade de se reforçarem as estruturas informais e comunitárias de apoio, tanto aos doentes dependentes, como ao CI.

Portugal nesta matéria está a dar os primeiros passos com a implementação da RNCCI, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, com o objectivo de prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Ao longo dos últimos anos, o modelo de EF - ou enfermeiro de saúde familiar - preconizado *Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe* (2000) assumiu grande relevo nos debates sobre o actual estado CSP em Portugal. Sobretudo depois da explosão do número de USF's a funcionar no país, serviços desenhados a pensar numa oferta de cuidados que têm a família e não o doente isolado como ponto de referência. As principais responsabilidades do EF consistem em assegurar que os problemas de saúde das famílias sejam tratados em estadios iniciais, através da detecção imediata; identificar os efeitos dos factores socioeconómicos na saúde familiar e referenciá-los à instituição adequada através do conhecimento das questões sociais, institucionais e de saúde pública; facilitar a alta precoce do hospital, através da prestação de cuidados no domicílio; actuar como elo de ligação entre a família e o médico de saúde familiar, substituindo o médico nas situações em que as necessidades identificadas são de natureza relevante para a acção de enfermagem.

O enfermeiro deve observar a família como uma unidade, um grupo e não como uma simples soma de pessoas. Deve entender que qualquer alteração de um dos seus membros se pode repercutir no funcionamento do grupo como um todo.

Durante a visita domiciliar deverá estar atento não só ao doente como também ao seu cuidador, ambos inseridos num contexto próprio e envolvido em relações sociais e afectivas. Crespo, et al (2007) ressaltam que é importante que os profissionais, particularmente os enfermeiros, desenvolvam e incentivem vários tipos de intervenções com a finalidade de salvaguardar a integridade física e emocional dos cuidadores e citam: 1º) apoios formais mediante serviços comunitários de alívio; 2º) programas psicoeducativos; 3º) formação de grupos de ajuda mútua; 4º) intervenções psicoterapeutas; 5º) combinações das anteriores. Já Pera (2000) sugere outras medidas que também devem ser incentivadas: 1ª) proporcionar formação adequada aos cuidadores, objectivando a melhoria dos cuidados prestados, prevenção de lesões e redução do *stress*; 2ª) fornecer informação sobre técnicas de planeamento com a finalidade de gerir melhor o tempo; 3ª) identificação, diagnóstico e tratamento imediatos de problemas por parte dos profissionais; 4ª) proporcionar opções de escolha (sistemas de apoio) para que, em momentos de dificuldade, o cuidador possa recorrer e procurar a ajuda necessária.

É importante adequar a aplicação de qualquer programa às necessidades das pessoas. Uma das estratégias é a de envolver as famílias nos cuidados prestados ao nível hospitalar, numa tentativa de capacitá-las para a futura transferência do doente para o domicílio, facto já observado em muitas unidades de saúde. Porém, não deixa de ser imprescindível mais investimentos em políticas de intervenção comunitária, onde os profissionais possam desenvolver planos de saúde de interesse das famílias, onde o conjunto de acções não foquem somente a pessoa dependente mas também o seu cuidador.

5 - ESTADO DA ARTE

De forma a contextualizar a investigação, foi realizada uma revisão de literatura. Para tal utilizamos o método de PICOD: participantes; intervenção; contexto do estudo; resultados (*outcomes*) e tipo de estudo (Ramalho, 2005 citado por Petronilho, 2008).

Tendo como linha orientadora a nossa questão de investigação, foi realizada uma pesquisa utilizando o inglês como idioma preferencial e sem qualquer limitação de datas. Para o efeito recorremos à pesquisa em base de dados como: *CINAHL Plus with Full Text, Nursing Reference Center* (via *EBSCOhost*) e da *B-On*. De acordo com o tema foram escolhidas as palavras-chave: cuidador e sintomatologia psiquiátrica (*caregiver and psychiatric symptomatology*) e não foram identificados resultados.

Numa segunda tentativa, foram escolhidas as palavras-chave: cuidador, sobrecarga do cuidador e idoso (*caregiver, caregiver burden e elderly*). Como critério de exclusão foram seleccionados conceitos relacionados com o cuidador nas primeiras fases da vida (*child, adolescent, parenthood*).

Não foram encontrados estudos sobre a sintomatologia psiquiátrica e os cuidadores, no entanto alguns trabalhos incluem sobrecarga, ansiedade e depressão do cuidador.

Da pesquisa surgiram 216 resultados nas diferentes bases de dados, dos quais, 111 foram eliminados por se encontrarem com texto incompleto, 86 foram rejeitados pelo título, e 10 foram rejeitados pela leitura do resumo. Foram seleccionados 5.

A tabela 1 tem como objectivo apresentar os artigos seleccionados, especificando a informação relativa aos seus autores, ano de publicação, a fonte e o país, bem como, os participantes no estudo, a intervenção do estudo e a metodologia utilizada pelos autores.

Sintomatologia psiquiátrica do cuidador informal

Autor, Ano, Fonte, País	Ricarte, 2009, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal	Santos, 2008, Universidade Aberta, Portugal	Pereira e Filgueiras, 2009, Res. APS, Brasil	Ocampo, et al, 2007, Revista Colombia Médica, Colombia	Garlo, et al, 2010, Journal of the American Geriatrics Society, EUA
Participantes - Amostra	78 CI's de idosos dependentes	30 CI's de idosos dependentes	CI's de idosos dependentes	35 Cuidadores informais de idosos dependentes, com idade superior a 60 anos.	179 CI's de indivíduos com idade superior a 60 anos e com cancro, insuficiência cardíaca ou doença pulmonar obstrutiva crónica.
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o perfil do CI; - Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador, as características sociodemográficas do mesmo e o nível de dependência do idoso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as características sociodemográficas e familiares do cuidador e os aspectos inerentes ao cuidar; - Conhecer as repercussões associadas ao cuidar (sobrecarga, dificuldades e necessidades); - Conhecer as estratégias de <i>coping</i> mobilizadas pelo cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o perfil do CI; - Identificar os tipos de cuidados realizados pelo CI; - Identificar os factores que induzem a sobrecarga do cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os níveis de sobrecarga do cuidador; - Analisar os factores que influenciam a presença de sobrecarga no cuidador; - Verificar se existe relação entre a funcionalidade familiar e a sobrecarga do cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar se existe relação entre a sobrecarga do cuidador de indivíduos com doença crónica grave.
Metodologia	Estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa.	Estudo exploratório, descritivo e analítico, segundo uma abordagem quantitativa e análise de conteúdo, numa abordagem qualitativa.	Revisão sistemática da literatura, constituída por artigos e dissertações, publicados entre 1997 e 2007.	Estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa.	Estudo de corte com entrevistas durante 12 meses.
Resultados Major	<ul style="list-style-type: none"> - CI's apresentam níveis baixos de sobrecarga; - Necessidade de maior intervenção dos profissionais, com objectivo de potencializar as capacidades dos CI's. 	<ul style="list-style-type: none"> - CI's revelaram alterações significativas negativas ao nível familiar, rotina diária, carreira profissional, bem como, alterações no domínio físico, psicológico e social (restrição na actividade social). 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de prover um suporte de qualidade aos CI's; - Necessidade de aumentar o conhecimento sobre a temática, considerando especificidades socioculturais, para criação e/ou melhoria de serviços de assistência a CI's. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe uma associação entre idosos dependentes fisicamente e o desgaste do cuidador; - Sugere a realização de mais estudos com objectivo de identificar e realizar intervenções para prevenir o declínio da saúde mental do CI e a perda de qualidade de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe sobrecarga nos CI's; - Necessidade de ajuda nas actividades diárias e na capacidade de adaptação ao papel de cuidador.

TABELA 1: Revisão da literatura

O papel do CI representa uma participação imensa quer para a manutenção dos doentes dependentes no domicílio, quer para a protecção de um envelhecimento o mais activo possível, pois é o CI que melhor sabe reconhecer o ciclo social e familiar do doente dependente, dando assim continuidade ao seu ciclo vital.

Vários estudos foram realizados na tentativa de compreender as consequências do CI no acto de cuidar.

Do estudo de Ricarte (2009) podemos retirar algumas conclusões, nomeadamente que a amostra de dependentes são idosas (75 anos), baixa escolaridade e sem fontes de rendimento com sequelas de AVC, retratando um elevado grau de dependência.

Já a população de CI's do mesmo estudo são, maioritariamente as filhas entre os 40-59 anos, casadas, com baixo nível de escolaridade, exercendo actividades domésticas. Referem níveis de saúde fracos e elevados índices de sobrecarga.

O acto de cuidar influencia o quotidiano e o contexto de vida, e torna-se necessário o reconhecimento das responsabilidades através de um maior apoio, motivação e valorização pelo trabalho desenvolvido.

A investigação de Santos (2008) analisa em que medida as vivências do cuidar influenciam a vida do CI familiar principal do idoso dependente inserido num Programa de Cuidados Continuados.

Da investigação referida anteriormente, podemos concluir que as características sociodemográficas do CI são muito semelhantes ao estudo de Ricarte (2009), no entanto realça que as dificuldades sentidas pelo cuidador foram: a fadiga, doença, sobrecarga ligada ao tipo de trabalho executado e a não-aceitação do estado de dependência do idoso. O apoio cedido por parte da rede informal que assume maior evidência é o emocional/ psicológico.

Santos (2008) conclui que para compreender qual o apoio formal, é necessário verificar que as mudanças sentidas pelo acto de cuidar passam por alterações ao nível familiar, com maior incidência numa maior aproximação entre o CI e o idoso e um afastamento por parte da rede informal familiar. Ao nível das alterações da rotina diária verificamos que o cuidador refere ter menor disponibilidade de tempo para si próprio, bem como uma menor disponibilidade de tempo para a execução das actividades domésticas. No âmbito profissional, em algumas situações o cuidador foi obrigado a renunciar ao emprego, faltar ao trabalho e/ou ajustar o seu horário de acordo com as necessidades do idoso

dependente. Na saúde, verificamos alterações no domínio físico e psicológico. Por último, no campo social evidenciou-se uma restrição na actividade social do prestador de cuidados.

Pereira e Filgueiras (2009) realizaram uma revisão sistemática com artigos e dissertações publicados entre 1997-2007 para uma melhor compreensão dos CI's e concluíram sobre a importância de dispor de um suporte de qualidade aos CI's. De facto, considerando as especificidades socioculturais, incentivam a investigação nesta temática para a criação e/ou aperfeiçoamento de serviços de apoio aos CI's.

Na investigação de Garlo, et al (2010) destacam a sobrecarga do CI de doentes com patologias crónicas, como DPOC. Revelam ainda que a elevada sobrecarga foi associada com a necessidade de ajuda nas tarefas diárias e não na assistência na diminuição dos sintomas, por exemplo, sugerindo que pode ser uma incapacidade do cuidador em se adaptar ao papel de CI.

Do estudo de Ocampo, et al. (2007) concluímos que cuidadores de idosos dependentes nas ABVD foram associados a elevados níveis de sobrecarga física. Como as famílias são as principais cuidadores, sugerem que novas investigações de deveriam concentrar-se na identificação e implementação de intervenções que possam prevenir ou diminuir a deterioração da saúde mental e perda de qualidade de vida dos CI's. Referem também que apesar de todas dificuldades que surgem em assumir esse papel, quase todos os CI's aceitam o desafio de cuidar do seu ente querido na família e não procuram ajuda até que haja uma intensa sobrecarga.

O impacto dos cuidados prestados a pessoas dependentes no sistema familiar, tem sido habitualmente reconhecido como uma experiência física e emocionalmente desgastante, que pode afectar o bem-estar psicossocial, a saúde física e a qualidade de vida dos cuidadores, o que sugerem os vários estudos que: as pessoas que prestam cuidados a familiares dependentes frequentemente sofrem alterações adversas na vida familiar e social, para além de manifestarem um aumento sensível da sua morbilidade, sobretudo ao nível da saúde mental.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

1 - CONTEXTO

Ao longo do seu ciclo de vida, a família passa por alguns eventos significativos que compõem uma transição ou acontecimento de vida e que, de algum modo, determinam as relações familiares e o seu potencial de assistência, ou seja, exigem um processo de mudança não só na estrutura como nas funções da família. As transições (acontecimentos de vida) nas famílias que têm pessoas dependentes ocorrem no momento em que papéis e responsabilidades se começam a transferir entre gerações, particularmente quando os pais recorrem a qualquer tipo de ajuda. A relevância das transições para toda a dinâmica familiar reside, não apenas na aprendizagem que daí advém, mas também na aceitação de novos papéis, tanto por parte da pessoa dependente, como dos restantes membros da família. Este processo é frequentemente vivido como uma crise, não só pelas exigências materiais que determina, mas também pelas transformações na forma de definir todos os elementos presentes na experiência familiar (Ângelo, 2000 citado por Lage, 2007).

Frequentemente, as mudanças que intervêm na vida dos indivíduos assumem particular importância porque podem ser determinantes para colocar as famílias numa situação de população de risco. As famílias em risco são, por isso, vulneráveis à deterioração física, mental e de função.

Daí a importância do CI, como eixo da assistência familiar, no contexto da comunidade.

2 - JUSTIFICAÇÃO

As diferentes experiências relativas ao processo de cuidar oferecem uma melhor compreensão dos determinantes psicossociais do bem-estar subjectivo, da saúde e qualidade de vida dos CI's e um leque de possibilidades de intervenção. Este conhecimento é fundamental para ajudar no controlo das emoções negativas e na identificação dos preditores dos ganhos. Uma melhor compreensão da percepção dos CI's acerca dos cuidados ajudará também a identificar necessidades, estimular estratégias e a activar e gerar recursos capazes de optimizar a vida quotidiana dos cuidadores que, por escolha ou obrigação, se vêm confrontados com a situação de cuidar uma pessoa/familiar dependente.

3 - FINALIDADE E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A finalidade de um trabalho no âmbito da sintomatologia psiquiátrica dos CI's inscritos na USF do distrito de Aveiro, prende-se pela relevância que estes podem trazer, tanto a nível das decisões políticas em saúde mental, quanto à criação de novos projectos direccionados e especializados nesta temática. Este tipo de estudos tem proporcionado uma compreensão mais ampla da ocorrência e influência que a sintomatologia psiquiátrica possa ter sobre os CI's, bem como as consequências directas e indirectas para o funcionamento individual, familiar e social (Lima, 1999).

Este estudo é de carácter exploratório e descritivo: pretendem-se conhecer algumas características sociodemográficas e clínicas dos CI's inquiridos, de quem cuidam e do contexto da prestação de cuidados, bem como a sua percepção acerca do seu estado de saúde e dos vários aspectos associados à situação de cuidar de pessoas dependentes.

Essencialmente, permitirá conhecer e analisar alguns dos factores relacionados com a problemática da saúde mental dos CI's de pessoas dependentes, para que os responsáveis pelos serviços de saúde e apoio social, e em particular os profissionais dos serviços mais orientados para a comunidade, possam identificar as necessidades, prioridades e formas de intervenção adequadas à manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida de todos os envolvidos, já que o bem-estar dos CI's se irá reflectir, necessariamente, no bem-estar dos que deles recebem cuidados.

Sendo assim, os objectivos deste trabalho são:

- Avaliar o índice de dependência dos doentes dependentes nas ABVD;
- Descrever as características sociodemográficas dos doentes dependentes inscritos numa USF do distrito de Aveiro;
- Descrever as características sociodemográficas dos CI's dos doentes dependentes inscritos numa USF do distrito de Aveiro;
- Avaliar a sintomatologia psiquiátrica dos CI's;

- Analisar a relação entre a sintomatologia psiquiátrica do CI e os níveis de dependência das ABVD;
- Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e de interação (sexo, idade, estado civil, situação profissional, relação de parentesco, tempo como cuidador, tipo de cuidados, patologias existentes) com a sintomatologia psiquiátrica dos CI's;

4 - METODOLOGIA

Seguindo os objectivos e modelos de análise atrás delineados, iremos descrever os aspectos principais da metodologia escolhida para os concretizar, nomeadamente a população em estudo e o tipo de amostra constituída, as características dos instrumentos utilizados, os procedimentos adoptados para a recolha de dados e as técnicas utilizadas no tratamento estatístico dos dados.

4.1 - Tipo de Estudo

O presente estudo insere-se no paradigma quantitativo de carácter exploratório, dada a escassez de trabalhos realizados na avaliação da sintomatologia psiquiátrica numa população de CI's em Portugal. O objectivo desta investigação é descrever com precisão o fenómeno e as relações entre as variáveis, através da colheita e quantificação dos dados de uma forma sistematizada, tal como foram apresentados pelos CI's, sem qualquer controlo do investigador (Fortin, 2003).

É um estudo transversal, na medida que fornece informações acerca de uma situação num determinado momento, ou seja neste tipo de estudos a colheita de dados é realizada uma única vez e num intervalo de tempo.

No entanto, foi colocada uma questão aberta para possibilitar aos CI's referencias a outros sintomas/sentimentos sobre a experiência de cuidar.

4.2 - Questões de Investigação

A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar (Fortin, 2003). Estas variáveis resultam directamente do objectivo que se pretende alcançar com o processo de investigação, e especificam os aspectos a estudar. A forma de as apresentar determina os métodos que irão ser utilizados para obter uma resposta.

Tendo por base a pesquisa realizada e a estrutura teórica de referência, este estudo centrou-se num conjunto de questões de investigação designadamente:

- (1) Qual a sintomatologia psiquiátrica mais frequente nos CI's?
- (2) Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia psiquiátrica?
- (3) Quais os factores que interferem na presença de sintomatologia psiquiátrica no CI?

Esperamos, no final do estudo, ser capazes de dar resposta às questões que agora se levantam, permitindo analisar e compreender a sintomatologia psiquiátrica que os cuidadores de doentes dependentes possam apresentar.

4.3 - População e Amostra

População é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação (Fortin, 2003).

A caracterização da população alvo é feita pelo investigador, que estabelece critérios de selecção para o estudo, precisa a amostra e determina o seu tamanho (Fortin, 2003).

A população alvo é aquela para a qual, serão generalizados os resultados de uma investigação obtidos a partir de uma amostra, ou seja, uma população particular que é submetida a um estudo. A escolha dos participantes será

efectuada por meio de critérios de selecção que asseguram uma relação íntima dos participantes com a experiência que iremos descrever e analisar.

A população alvo em estudo será constituída por todos os CI's de doentes que tenham algum tipo de dependência, inscritos numa Unidade de Saúde Familiar pertencente à ARS Norte no distrito de Aveiro; que participem no estudo com a assinatura do consentimento informado.

Entenda-se por “*Cuidados Informais os que são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos*” (Sequeira, 2010 p. 156).

Na impossibilidade de estudar a população e tendo em conta a natureza dos fenómenos em estudo procedeu-se a uma amostragem não probabilística por selecção racional (cerca de 100 indivíduos), ou seja, os elementos da população foram escolhidos devido à correspondência entre as suas características e os objectivos os estudo.

No presente estudo estipularam-se os seguintes critérios de inclusão na amostra:

- Maiores de 18 anos;
- Apoiarem indivíduos que, de acordo com a escala de *Lawton e Brody* tenham alguma situação de dependência;
- CI's cujos dependentes estejam inscritos na USF em questão;
- CI's que aceitem entrar no estudo através do consentimento informado.

4.4 - Variáveis

Em relação às variáveis de controlo, Carmo e Ferreira citados por Silva (2009), são variáveis que podem ser definidas como os factores que são controlados pelo investigador para neutralizar quaisquer efeitos que possam ter no fenómeno que está a ser observado.

Quanto ao doente dependente:

- Sexo;
- Data de nascimento;
- Estado civil;

- Escolaridade;
- Profissão principal antes da reforma;
- Patologia que o tornou dependente e associadas;
- Grau de dependência (através da escala de *Lawton e Brody*).

Quanto ao CI:

- Sexo;
- Data de nascimento;
- Estado civil;
- Escolaridade;
- Situação profissional;
- Patologias, incluindo doença mental;
- Sintomatologia Psiquiátrica (através da escala BSI).

Relativamente ao contexto:

- Parentesco;
- Número de doentes dependentes que cuida;
- Tempo como cuidador;
- Tempo despendido na prestação de cuidados;
- Tipologia de cuidados prestados;
- Apoio social formal e informal.

4.5 - Instrumentos de Colheita de Dados

Dado a natureza do estudo, optou-se por instrumentos de colheita de dados que se baseiam na auto-avaliação e relatos de vários aspectos inerentes ao processo de cuidar de alguém dependente. A selecção dos instrumentos obedeceu à sua especificidade e adequação aos objectivos do estudo, bem como às características dos participantes.

4.5.1 - Questionário

Para se proceder à avaliação dos cuidadores informais, torna-se imperativo a utilização de instrumentos para caracterizar essa mesma população. Para tal foi elaborado um conjunto de questões que irão permitir avaliar as características sociodemográficas dos doentes dependentes, dos CI's e algumas informações clínicas pertinentes para a investigação.

Este questionário é constituído por questões abertas e fechadas. Foi construído tendo por base os objectivos, a revisão bibliográfica e outros estudos realizados.

Com as variáveis de caracterização, pretendeu-se avaliar os CI's do ponto de vista da sua situação sociodemográfica (ex.: sexo, idade, estado civil, escolaridade, entre outras) e da prestação de cuidados.

Estas variáveis foram operacionalizadas em escalas qualitativas (ordinais e nominais) e quantitativas (discretas de razão), com perguntas fechadas e mistas de resposta única ou múltipla.

4.5.2 Escala de Lawton e Brody

A escala de *Lawton e Brody* (1969) tem sido amplamente utilizada para avaliação do grau de dependência.

Este instrumento baseia-se não apenas na dependência das ABVD, mas também nas actividades instrumentais da vida diária em indivíduos com e sem demência: cuidados pessoais, cuidados domésticos, trabalho, recreação/lazer, compras e gestão do dinheiro, locomoção, comunicação e relações sociais.

A opção por este instrumento prendeu-se com o facto deste se mostrar útil para avaliação do grau de dependência do indivíduo em sete grupos de actividades de vida diária. Uma pontuação mais elevada corresponde a um maior grau de dependência global.

4.5.3 - BSI

A BSI foi desenvolvida na tentativa de responder à desvantagem apresentada pelo SCL-90-R, de onde a análise das correlações dos itens com as escalas a que pertencem sugeriam que, cinco ou seis itens de cada escala têm peso suficiente para suportar sozinhos a definição operacional de cada dimensão psicopatológica, seleccionando-se os itens com maior peso em cada dimensão para formar a BSI. As correlações encontradas para as nove dimensões psicopatológicas entre a BSI e o SCL-90-R permitiram concluir que os dois instrumentos avaliam o mesmo constructo (Canavarro, 1999).

A BSI é um inventário constituído por 53 itens, de auto-administração, com uma aplicação de 8-10 minutos onde os indivíduos respondem o que sentem face a cada item numa escala de *Likert* de 5 pontos, de 0 (zero) que equivale ao “nunca” a 4 (quatro) que equivale ao “muitíssimas vezes”. Avalia sintomas psicopatológicos de nove dimensões de sintomatologia psiquiátrica e três índices globais (avaliações sumárias de perturbação emocional), essencialmente uma forma reduzida do SCL-90-R (Canavarro, 1999).

Estas nove dimensões primárias foram definidas por Derogatis (1982) como:

Somatização: Reflecte o mal-estar da percepção do funcionamento somático, centralizando as queixas no funcionamento dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, ou qualquer outro com clara mediação autonómica. Dores, desconforto localizado a nível muscular ou equivalentes de ansiedade são também componentes do índice (inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37);

Obsessões-Compulsões: Inclui sintomas identificados com a síndrome clínica com o mesmo nome. Focaliza-se nas cognições, impulsos e comportamentos experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Inclui ainda comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36);

Sensibilidade Interpessoal: Esta dimensão centraliza-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente na comparação com outros indivíduos. A auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interacções sociais são manifestações desta dimensão (inclui os itens 20, 21, 22 e 42);

Depressão: Os sintomas da dimensão depressão reflectem o grande número de indicadores da depressão clínica. Estão representados sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50);

Ansiedade: Esta dimensão é composta por sintomas e sinais associados clinicamente a elevados níveis de manifestações de ansiedade. Sinais como o nervosismo e tensão estão incluídos, tal como ataques de pânico e ansiedade generalizada. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade são também considerados (inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49);

Hostilidade: Inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado negativo da cólera (inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46);

Ansiedade Fóbica: É definida como uma resposta de medo persistente, face a uma pessoa, lugar, objecto ou situação específica, que sendo irracional e desproporcional em relação ao estímulo, conduz a um comportamento de evitamento. Os itens centram-se nas manifestações do comportamento fóbico e outros quadros clínicos como a agorafobia (8, 28, 31, 43 e 47);

Ideação Paranóide: Esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo de perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação (inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51);

Psicoticismo: Esta escala foi desenvolvida de forma a representar um constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).

Existem quatro itens na BSI (itens 11, 25, 39 e 52), que embora contribuam com algum peso para as dimensões descritas clinicamente, não pertencem a nenhuma delas devido a critérios estatísticos, contribuindo exclusivamente para as pontuações dos três índices globais. Os itens que constituem as nove dimensões da BSI constituem no seu conjunto importantes elementos da psicopatologia, tal como são considerados nos manuais de classificação diagnóstica mais utilizados, CDI-10 e DSM-IV (Canavarro, 1999).

Para se obter as pontuações em cada dimensão, deverá somar-se os itens relativos a cada dimensão, dividindo-se o resultado pelo número de itens dessa dimensão.

O cálculo dos três índices globais obedece às seguintes fórmulas:

Índice Geral de Sintomas - Soma-se as pontuações de todos os itens, dividindo-se em seguida pelo número total de respostas (53 se não existirem respostas em branco).

Total de Sintomas Positivos - Conta-se o número de itens assinalados com uma resposta positiva (isto é, maior que zero).

Índice de Sintomas Positivos - Calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo Total de Sintomas Positivos.

A versão portuguesa da BSI, traduzida e validada por Cristina Canavarro (1999), e utilizada neste estudo, teve como objectivo permitir a manipulação científica de variáveis psicopatológicas, medidas através de um questionário que possa ser utilizado em contextos onde a brevidade do tempo de preenchimento é um requisito importante. As características psicométricas ofereceram segurança da BSI ser um bom indicador de sintomas do foro psicopatológico e bom discriminador de saúde mental, embora não permita a formulação de um diagnóstico.

TABELA 2: Subescalas do BSI, exemplos de itens e valores de consistência interna

Subescalas	Nº de itens	Alfa de <i>Cronbach</i> (Canavarro, 1999)	Alfa de <i>Cronbach</i> (Presente estudo)
Somatização	7	,797	,74
Obsessões-compulsões	6	,773	,57
Sensibilidade interpessoal	4	,760	,63
Depressão	6	,728	,78
Ansiedade	6	,766	,53
Hostilidade	5	,759	,72
Ansiedade fóbica	5	,624	,67
Ideação paranóide	5	,718	,58
Psicoticismo	5	,621	,54

No presente estudo, também calculamos o Alfa de *Cronbach* para determinar a consistência interna dos dados obtidos através da BSI. Os índices de consistência interna variaram entre 0,53 (Ansiedade) e 0,78 (Depressão). Note-se

que apenas as subescalas Depressão, Somatização e Hostilidade apresentam valores de consistência interna considerados razoáveis.

4.6 - Pré-Teste do Questionário

A realização do pré-teste do questionário é determinante no sucesso da pesquisa.

Neste sentido, o pré-teste foi aplicado no mês de Abril de 2011 a onze cuidadores informais, cujos doentes dependentes se encontravam inscritos na USF. Para este fim, foi efectuado contacto com os cuidadores da lista de utentes da investigadora, para formalizar o pedido e solicitada colaboração para aplicação dos questionários.

Os questionários foram respondidos oralmente (cerca de 15-20 minutos de tempo despendido), em que a investigadora foi questionando os cuidadores informais e escrevendo as respostas numa grelha pré-definida.

Foram registadas algumas dificuldades na resposta à questão 7 “Qual a patologia que o tornou dependente?”. Para resolução foi dividida em 2 questões de forma a conseguir descrever com maior exactidão qual o motivo da dependência.

Também a questão 8 “Patologias associadas” e a questão 9 “Tipo de vigilância que o doente dependente faz?”, foram alteradas, para que o cuidador possa responder a mais que uma opção de resposta.

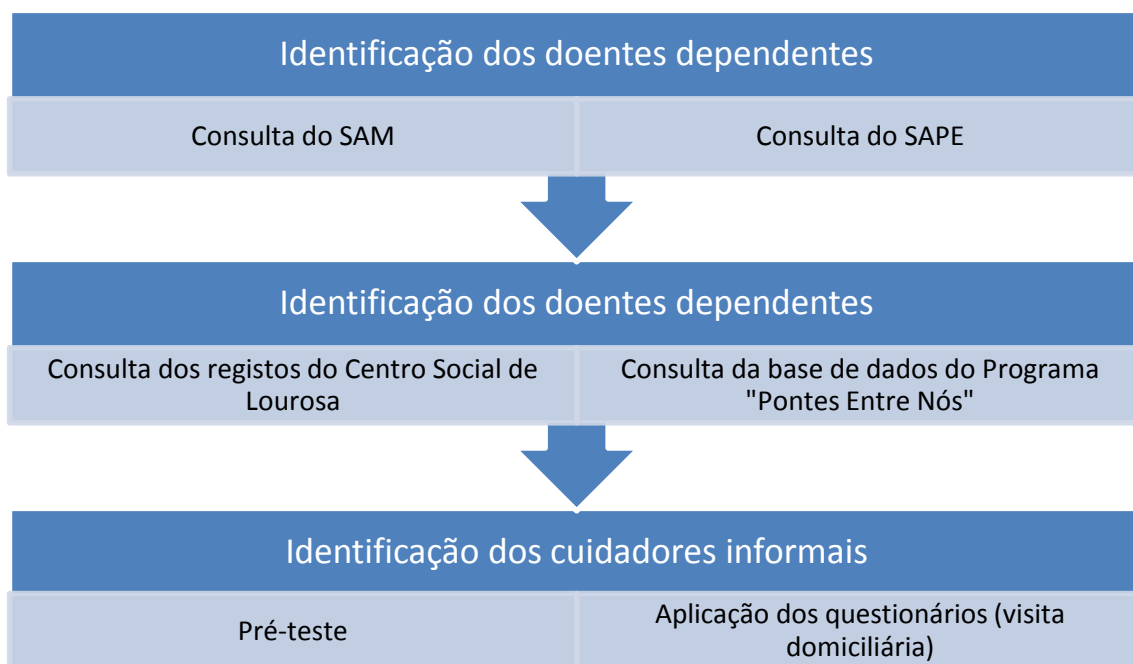
Devido à existência de alguns CI's que prestam cuidados a mais que um doente dependente, foi acrescentada na parte II do questionário, uma questão que pergunta exactamente “Actualmente, cuida de quantas pessoas?”

Por fim, foi colocada uma questão aberta “Para além dos sintomas descritos nas questões anteriores, existe algum que queira acrescentar”, para que seja possível que o CI transmita mais algum sentimento e/ou sintoma que o acto de cuidar lhe causa.

4.7 - Procedimentos para a Recolha de Dados

Este estudo tem como parte dos seus objectivos identificar as características dos CI's de doentes dependentes. Dado não existir conhecimento prévio sobre o perfil dos CI's, optou-se por não excluir da amostra os cuidadores analfabetos. Atendendo ao interesse em caracterizar o melhor possível o perfil dos cuidadores, a investigadora contactou pessoalmente todos os CI's, em visita domiciliária, identificados e inscritos numa USF do distrito de Aveiro, solicitando a autorização e esclarecendo sobre os objectivos do estudo a realizar.

FIGURA 4: Fases do processo de recolha de dados



4.8 - Estratégias para a Análise dos Dados

No presente estudo a análise descritiva foi efectuada com o apoio do programa estatístico, SPSS versão 17.0 para Windows.

As variáveis quantitativas são expressas em média; desvio padrão; mínimo e máximo. As variáveis categóricas/dicotómicas são apresentadas em frequências absolutas e relativas.

O tratamento estatístico, é baseado na análise inferencial. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi usado para se testar a normalidade da distribuição das variáveis.

Após o resultado negativo e para descobrir relações entre variáveis utilizaram-se os testes não-paramétricos, *Mann-Whitney* na comparação de duas amostras independentes e o teste de *Kruskall Wallis* seguido do teste de *Mann-Whitney*, aplicando-se a correção de *Bonferroni* para comparações múltiplas.

Também foi utilizado Alfa de *Cronbach* para determinar consistência dos instrumentos utilizados.

O coeficiente de correlação de *Spearman* foi utilizado como medida de associação entre duas variáveis, tendo em conta a não obtenção dos pressupostos para a aplicação da estatística paramétrica correspondente. Trata-se de uma medida de associação entre variáveis quantitativas, indicando que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou no sentido inverso (Morteira citado por Pestana e Gageiro, 2003). Referindo-se a valores absolutos, os coeficientes de correlação inferiores ou iguais a 0,3 indicam uma associação fraca, os valores entre 0,4 e 0,7 indicam uma correlação moderada e acima deste valor pode considerar-se uma correlação forte (Pestana e Gageiro, 2003).

Relativamente à operacionalização das variáveis e segundo Ribeiro (1999), as ciências sociais referem nas suas investigações a existência de dois tipos de variáveis - independente e dependente - geralmente utilizadas em estudos experimentais. No entanto, quando se pretende observar e relacionar, sem manipular variáveis, devemos denominar de variáveis principais.

No nosso estudo existem duas variáveis principais: sintomatologia psiquiátrica, uma variável principal dependente, em que será utilizada numa escala numérica, tipo *Likert* de 0 a 4 (BSI). Em relação à dependência podemos catalogá-la como variável independente e será utilizado a escala: Índice de *Lawton e Brody*.

Outras variáveis individuais e independentes serão avaliadas no questionário e encontram-se relacionadas com características sociodemográficas do CI, serão utilizadas variáveis do tipo numérico (por exemplo: em relação ao item idade) e variáveis nominais (por exemplo: item sexo, escolaridade).

Estas variáveis encontram-se controladas no questionário, uma vez que nos permitiram fazer associações sobre a existência ou não de doença psiquiátrica

anterior do CI, ou se o acto em si de cuidar de alguém dependente é a origem de psicopatologia.

4.9 - Considerações Éticas

Fazer investigação em saúde implica, não raramente, estudar populações constituídas por indivíduos fragilizados de forma física ou psicológica, de modo temporário ou permanente, e tal facto deve contribuir para que a enfermagem valorize o dever de protecção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis Art.º 81 da OE (2009).

Apesar da ciência se desenvolver através da investigação, é necessário que o processo do conhecimento científico ofereça garantias morais e éticas. As formas de agir em relação aos outros estão baseadas no reconhecimento explícito do valor absoluto das pessoas e do seu direito a se decidirem livremente.

A ética coloca dificuldades particulares decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa, à pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 1999,2003).

Sendo o objectivo deste estudo conhecer até que ponto a prestação de cuidados a pessoas dependentes pode gerar sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores informais, na sua concretização foram feitas todas as formalidades necessárias à garantia de protecção dos direitos e liberdades das pessoas envolvidas.

Neste sentido, formalizou-se o consentimento informado (Anexo I) sobre a finalidade do estudo e aos que se disponibilizaram para participar, apresentaram-se todas as informações que consideramos pertinentes para o seu consentimento livre e esclarecido, para além disto, foi entregue, anexado ao questionário (Anexo II), um formulário onde se apresentam (Anexo II):

- Etapas e objectivos do estudo;
- Finalidade do estudo;
- Garantia do respeito pela vontade dos cuidadores em colaborar ou não no estudo qualquer que seja a fase em que se encontre;

- Garantia do anonimato das informações e de estas servirem apenas para a realização do estudo;
- Investigadores envolvidos.

Construído o modelo empírico a estudar e seleccionados os instrumentos de avaliação, foi solicitada à autora a devida autorização para a utilização do mesmo. Sempre que possível foram seleccionadas adaptações de versões portuguesas de forma a melhorar as características psicométricas dos instrumentos: Professora Canavarro (Anexo III) por correio electrónico.

Antes de iniciar qualquer abordagem com os cuidadores informais, foi feito o pedido oficial de autorização ao Director Executivo do ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca (Anexo IV), e depois de obtida a autorização da CES da ARS-Norte para a recolha de dados (Anexo V), e por fim a autorização pelo coordenador da USF (Anexo VI). Foi estabelecido contacto pessoal com os cuidadores informais, de forma a marcar visita domiciliária, convidá-los a participar no estudo e recolher os dados através da resposta ao questionário.

PARTE III

RESULTADOS

1 -APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os cálculos estatísticos utilizados, assim como os resultados obtidos no sentido de ir de encontro aos objectivos traçados para este estudo. Assim, organizámos os resultados em três partes: na primeira parte, apresentam-se os resultados relativos aos doentes dependentes, em termos da sua caracterização sociodemográfica (sexo, grupo etário, estado civil, grau de escolaridade), relação de parentesco com o CI, actividade profissional, antecedentes pessoais, dependência e nas actividades instrumentais de vida diária.

Na segunda parte, apresentam-se os resultados relativos aos cuidadores informais, também no que se refere à sua caracterização sociodemográfica (sexo, grupo etário, estado civil, grau de escolaridade), situação profissional, caracterização do estado de saúde, há quanto tempo presta cuidados, tempo de cuidados prestados por dia, tipo de cuidados, apoios que recebe, patologias do CI, incluindo antecedentes de doença mental. Por fim, os resultados referentes à BSI.

Para realizar a caracterização sociodemográfica do nosso estudo optamos por apresentar os resultados em tabelas de forma a facilitar a sua leitura.

Na terceira parte, apresentamos a relação entre as principais variáveis analisadas no presente estudo.

Relativamente aos resultados obtidos através das análises inferenciais é dada especial ênfase aos que se mostram significativos, ou aos tendencialmente significativos ($p > 0,05$, mas $< 1,0$).

1.1- Caracterização dos Doentes Dependentes

Nesta parte pretende-se caracterizar os doentes dependentes em relação a algumas características sociodemográficas e em termos do grau de dependência do doente, avaliado através da Escala de Actividades de Vida Diária de *Lawton* e *Brody*, considerando a informação recolhida junto dos cuidadores informais.

Os participantes do presente estudo assumiram-se como prestadores de cuidados de 33 doentes do sexo masculino e 39 do sexo feminino.

TABELA 3: Distribuição das pessoas com dependência de acordo com o sexo

Sexo da pessoa com dependência	<i>n</i>	%
Masculino	33	45,8
Feminino	39	54,2
Total	72	100,0

Os doentes dependentes apresentam uma média de idades de 74,72. Tendo o doente mais jovem 24 anos e o mais velho 95 anos (cf. Tabela 4).

TABELA 4: Medidas de localização e dispersão para a variável idade dos doentes dependentes.

	Média	DP	Min-Max
Idade	74,72	16,34	24 - 95

Relativamente ao estado civil, constatamos que os indivíduos são maioritariamente casados (41,7%) ou viúvos (43,1%).

TABELA 5: Distribuição dos doentes dependentes de acordo com o estado civil.

Estado civil do doente dependente	<i>n</i>	%
Solteiro(a)	9	12,5
Casado(a)	30	41,7
Divorciado(a)	2	2,8
Viúvo(a)	31	43,1
Total	72	100,0

Como é possível verificar na Tabela 6, aproximadamente metade dos doentes que se encontram aos cuidados dos participantes do presente estudo é analfabeta e cerca de 44% possui o 1º Ciclo do Ensino Básico.

TABELA 6: Distribuição dos doentes dependentes de acordo com o grau de escolaridade.

Escolaridade do doente dependente	<i>n</i>	%
Sem escolaridade	34	47,2
1º ciclo do ensino básico	32	44,4
2º/3º ciclo do ensino básico	4	5,6
Ensino secundário	2	2,8
Total	72	100,0

Em relação à profissão dos dependentes, podemos desde já assumir que o total da amostra se encontra na situação reformado por idade ou invalidez, sem outra fonte de rendimentos. O item “doméstica” representa mulheres sem reforma, sem outra fonte de rendimento.

Na tabela 7, podemos observar que cerca de 33% dos dependentes trabalhou como operário fabril na indústria da região. 15% dos doentes nunca foram remunerados por desempenho de trabalho.

TABELA 7: Distribuição dos doentes dependentes de acordo com a profissão antes da reforma.

Profissão principal antes da reforma	<i>n</i>	%	Frequência acumulada
Corticeiro(a)	24	33,3	33,3
Estofador móveis	1	1,4	34,7
Motorista	2	2,8	37,5
Agricultor(a)	18	25,0	62,5
Empregada limpeza	4	5,6	68,1
Doméstica	8	11,1	79,2
Empresário(a)	4	5,6	84,7
Carpinteiro	1	1,4	86,1
Nunca trabalhou	3	4,2	90,3
Funcionário público	2	2,8	93,1
Comerciante / Feirante	5	6,9	100
Total	72	100,0	100,0

Em relação ao grau de parentesco com o cuidador, optou-se por considerar “Outros” o grau de parentesco nora, cunhada e empregadas contratadas para cuidar do doente dependente. Como tal se pode verificar na tabela 8.

O grau de parentesco entre o doente e o cuidador é predominantemente de pai ou mãe (48,6%) e cônjuges (29,2%) dos cuidadores.

TABELA 8: Distribuição dos participantes em função da relação de parentesco com o doente.

Grau de parentesco	<i>n</i>	%
Cônjuge	21	29,2
Filho(a)	6	8,3
Irmão(ã)	2	2,8
Pai/Mãe	35	48,6
Outro	8	11,1

Perante a dificuldade de atribuir apenas uma patologia responsável pela dependência, optou-se por dividir a questão em duas. A primeira em que é referenciado qual o sistema que esteve na origem da dependência e a segunda a afecção responsável pela mesma. Os dados aqui expostos referem-se ao sistema que tornou o doente dependente. Destacam-se por ordem decrescente de predomínio nos doentes as seguintes: neurológico (40,3%) e músculo-esquelético/osteoarticular (23,6%).

TABELA 9: Distribuição dos doentes em função do sistema que o tornou dependente.

Qual o sistema que o tornou dependente?	<i>n</i>	%	Frequência acumulada
Mental	10	13,9	13,9
Neurológico	29	40,3	54,2
Cardiovascular	1	1,4	55,6
Respiratório	5	6,9	62,5
Digestivo	2	2,8	65,3
Génito-urinário	1	1,4	66,7
Endócrino e metabólico	4	5,6	72,2
Músculo-esquelético / osteoarticular	17	23,6	95,8
Dermatológico	2	2,8	98,6

Oftálmico e do foro otorrinolaringológico	1	1,4	100,0
Total	72	100,0	

Os dados aqui expostos referem-se a situações clínicas que foram diagnosticadas. Em relação ao tipo de afecção, destacam-se por ordem decrescente de predomínio nos doentes as seguintes: degenerativa (51,4%) e enfarte (29,2%). Afecções do tipo oncológico (8,3%), traumático (6,9%) e infeccioso (4,2) foram relatadas apenas por uma minoria dos cuidadores informais.

Relativamente a afecção associadas ao motivo da dependência, verifica-se que os enfartes e o envelhecimento são as causas mais comuns.

TABELA 10: Distribuição dos doentes em função da afecção que o tornou dependente.

Qual a afecção?	<i>n</i>	%	Frequência acumulada
Oncológico	6	8,3	8,3
Degenerativo	37	51,4	59,7
Trauma	5	6,9	66,7
Enfarte	21	29,2	95,8
Infeção	3	4,2	100,0
Total	72	100,0	

Quanto aos antecedentes pessoais, na análise à tabela 11, verifica-se que a maior parte dos dependentes apresentam comorbilidades, sendo as mais comuns a hipertensão (68,1%), a diabetes (45,8%), o consumo de substâncias (16,7%) e úlceras de pressão (16,7%). Das entrevistas realizadas podemos verificar que alguns problemas respiratórios são causa de reformas precoces e limitadores das ABVD (doenças profissionais nomeadamente suberose).

TABELA 11: Distribuição dos dependentes em função dos antecedentes pessoais.

Antecedentes pessoais	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Hipertensão	49	68,1	23	31,9
Diabetes Mellitus	33	45,8	39	54,2
Úlceras de Pressão	14	19,4	58	80,6
Consumo de substâncias	12	16,7	60	83,3
Outra	42	58,3	30	41,7

Verificou-se também, que cerca de 91,7% dos dependentes são polimedicados para os seus problemas, enquanto 8,3% não o faz.

Em relação ao novo modelo dos CSP, quisemos verificar até que ponto os dependentes procedem à vigilância de saúde no médico de família e se o novo conceito de EF consta da vigilância.

Podemos verificar na tabela 12 que 97,2% dos dependentes vigiam a sua saúde no médico de família. Apesar da % de vigilância pelo enfermeiro de família ser inferior à vigilância do médico de família, podemos verificar a importância da vigilância do mesmo.

TABELA 12: Distribuição da vigilância de saúde dos dependentes.

Vigilância da saúde do dependente	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Médico de família	70	97,2	2	2,8
Médico privado	6	8,3	66	91,7
Enfermeiro de família	55	76,4	17	23,6
Psicólogo	0	0,0	72	100
Psiquiatra	2	2,8	70	97,2
Outro	28	38,9	44	61,1

Considerando que a pontuação total na Escala de Actividades de Vida Diária de *Lawton* e *Brody* pode variar entre 0 e 90 e que uma pontuação mais elevada significa uma maior dependência, podemos considerar que os doentes que se encontram aos cuidados dos participantes do presente estudo apresentam uma dependência moderada ($M = 66,71$, $DP = 13,69$). No entanto, considerando os valores mínimos (34,00) e máximos obtidos (84,00), podemos considerar que estamos perante um grupo de doentes heterogéneos em termos de dependência.

TABELA 13: Níveis de dependência apresentados pelos idosos nas ABVD de acordo com a escala de *Lawton* e *Brody*.

	Média	DP	Min-Max
Cotação global das ABVD	66,71	13,69	34-84

De forma a compreender melhor o grau de dependência das pessoas que encontram aos cuidados dos participantes do presente estudo, apresentamos na

Tabela 14 os resultados obtidos em cada item da Escala de Actividades de Vida Diária de *Lawton* e *Brody* de acordo com cada grupo de actividades.

TABELA 14: Distribuição dos doentes dependentes de acordo com o grau de dependência em cada item da Escala de Actividades de Vida Diária de *Lawton* e *Brody*

Escala ABVD de <i>Lawton</i> e <i>Brody</i>	0	1	2	3
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
CUIDADOS PESSOAIS				
Alimentação ^a	8 (11,3)	20 (28,2)	24 (33,8)	19 (26,8)
Vestir-se ^a	5 (7,0)	12 (16,9)	7 (9,9)	47 (66,2)
Banho ^a	1 (1,4)	5 (7,0)	23 (32,4)	42 (59,2)
Eliminações fisiológicas	14 (19,4)	12 (16,7)	17 (23,6)	29 (40,3)
Medicação ^a	10 (14,1)	9 (12,7)	9 (12,7)	43 (60,6)
Interesse na aparência pessoal	2 (2,8)	8 (11,1)	23 (31,9)	39 (54,2)
CUIDADOS DOMÉSTICOS				
Preparação da alimentação	1 (1,4)	6 (8,3)	2 (2,8)	63 (87,5)
Arrumação da mesa	1 (1,4)	7 (9,7)	3 (4,2)	61 (84,7)
Trabalhos domésticos	1 (1,4)	1 (1,4)	6 (8,3)	64 (88,9)
Tarefas domésticas	1 (1,4)	0 (0,0)	9 (12,5)	62 (86,1)
Lavar a roupa	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	71 (98,6)
TRABALHO, RECREAÇÃO/LAZER				
Trabalho	0 (0,0)	2 (2,8)	2 (2,8)	68 (94,4)
Recreação	1 (1,4)	4 (5,6)	22 (30,6)	45 (62,5)
Organizações	3 (4,2)	3 (4,2)	15 (20,8)	51 (70,8)
Viagens	2 (2,8)	16 (22,2)	12 (16,7)	42 (58,3)
COMPRAS E GESTÃO DO DINHEIRO				
Compras	5 (6,9)	0 (0,0)	2 (2,8)	65 (90,3)
Gestão do dinheiro	11 (15,3)	7 (9,7)	4 (5,6)	50 (69,4)
Administração das finanças	9 (12,5)	5 (6,9)	2 (2,8)	56 (77,8)
LOCOMOÇÃO				
Transporte público	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	72 (100)
Condução de veículos ^a	0 (0,0)	2 (2,8)	1 (1,4)	68 (94,4)
Mobilidade pela sua vizinhança	5 (6,9)	9 (12,5)	2 (2,8)	56 (77,8)
Locomoção fora de locais familiares	7 (9,7)	5 (6,9)	8 (11,1)	52 (72,2)
COMUNICAÇÃO				
Uso do telefone	4 (5,6)	7 (9,7)	28 (38,9)	33 (45,8)
Conversas	15 (20,8)	29 (40,3)	10 (13,9)	18 (25,0)
Compreensão	28 (38,9)	14 (19,4)	17 (23,6)	13 (18,1)

Leitura	6 (8,3)	10 (13,9)	9 (12,5)	47 (65,3)
Escrita	4 (5,6)	11 (15,3)	19 (26,4)	38 (52,8)
RELAÇÕES SOCIAIS				
Relações familiares	58 (80,6)	11 (15,3)	3 (4,2)	0 (0,0)
Relações familiares (crianças)	16 (22,2)	18 (25,0)	2 (2,8)	36 (50,0)
Amigos	1 (1,4)	11 (15,3)	56 (77,8)	4 (5,6)

^a N = 72

De acordo com as respostas dos cuidadores informais, podemos verificar que a maioria dos doentes demonstra dependência total, particularmente no que diz respeito a tarefas relacionadas com *Cuidados domésticos*, *Locomoção* e *Trabalho, recreação/lazer*.

O grupo de actividades *Compras e gestão do dinheiro* parece ser outra área que se encontra particularmente afectada para a maioria das pessoas que encontram aos cuidados dos participantes do presente estudo (cf. Tabela 14).

Pela análise da tabela é possível ainda verificar que, a nível dos *Cuidados pessoais*, grande parte dos doentes apresenta dependência moderada a elevada, particularmente nas actividades vestir-se, banho, medicação e interesse na aparência pessoal. Nota-se uma maior variabilidade no grau de dependência nas actividades alimentação e eliminações fisiológicas.

Relativamente à *Comunicação*, apesar da maioria dos participantes necessitar parcialmente ou totalmente de terceiros para desempenhar tarefas que exijam competências de leitura e de escrita e o uso do telefone, verificamos que mais de metade dos doentes é independente ou ligeiramente dependente a nível das conversas e compreensão.

Finalmente, no que concerne as Relações sociais, podemos constatar que, apesar da maioria dos doentes não demonstrar problemas a nível das relações familiares, o mesmo já não acontece a nível das relações com as crianças e com os amigos.

Em suma, da análise de todas as actividades incluídas na Escala de Actividades de Vida Diária de *Lawton* e *Brody*, destacamos as ABVD nas quais a maior parte dos doentes (acima de 90%) apresenta dependência total de terceiros. São elas, por decrescente: lavar a roupa, trabalho, condução de veículos e trabalho. Pelo contrário, as actividades de vida diária nas quais os doentes demonstram independência total são as relações familiares (80,6%).

1.2 - Caracterização dos Cuidadores Informais

Segue-se a caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais participantes no presente estudo, bem como os resultados descritivos obtidos a nível da sintomatologia psicopatológica obtida através do BSI.

A amostra é constituída por 72 CI's, dos quais 19,4% são homens e 80,6% são mulheres, conforme se verifica na tabela 15.

TABELA 15: CI's de acordo com o sexo.

Sexo do CI	<i>n</i>	%
Masculino	14	19,4
Feminino	58	80,6
Total	72	100,0

Os CI's apresentam uma média de idades de 59,25. Tendo o participante mais jovem 32 anos e o mais velho 86 anos (Tabela 16).

TABELA 16: Medidas de localização e dispersão para a variável idade dos cuidadores informais.

	Média	DP	Min-Max
Idade	59,25	11,43	32-86

Conforme se verifica na tabela 17, a maioria dos CI's são maioritariamente casados ou vivem em união de facto (80,6%).

TABELA 17: Distribuição dos CI's de acordo com o estado civil

Estado Civil	Solteiro(a)	Casado(a) / União de Facto	Divorciado(a)	Viúvo(a)	Total
n	4	58	6	4	72
%	5,6	80,6	8,3	5,6	100

No que se refere à escolaridade, aproximadamente 60% dos participantes possui apenas o 1.º Ciclo do Ensino Básico. De destacar ainda que 11 participantes não frequentou a escolaridade básica (Tabela 18) e que nenhum frequentou o ensino superior.

TABELA 18: Distribuição dos CI's de acordo com o grau de escolaridade

Escolaridade do CI	<i>n</i>	%
Sem escolaridade	11	15,3
1º ciclo do ensino básico	43	59,7
2º/3º ciclo do ensino básico	14	19,4
Ensino secundário	4	5,6
Total	72	100,0

Em relação à actual situação profissional, podemos verificar na Tabela 19 que 30,6% dos participantes se encontra empregado, 36,1% estão reformados (sendo que 20,8% por invalidez e 15,3 por idade), 19,4% encontram-se em casa a desempenhar tarefas domésticas e 13,9% estão desempregados.

TABELA 19: Distribuição dos CI's em função da sua situação profissional.

Situação Profissional do CI	<i>n</i>	%
Empregado(a)	22	30,6
Desempregado(a)	10	13,9
Doméstico(a)	14	19,4
Reformado(a) por idade	11	15,3
Reformado(a) por invalidez	15	20,8

Em relação à questão 6 do questionário aplicado “actualmente, cuida de quantas pessoas?” 62 indivíduos (86,1%) responderam que cuidam de uma pessoa, enquanto que 10 (13,9%) cuidam de 2 pessoas.

Os CI's referem exercer esse papel, em média, há 80,66 meses ($\pm 87,12$), sendo que o cuidador que desempenha o papel há mais tempo fazia-o há 360 meses (30 anos) e o cuidador mais recente assumiu esse papel há 2 meses.

Relativamente à frequência de cuidados, podemos constatar que a maioria dos participantes presta cuidados informais ao longo do dia (59,7%) ou duas a três vezes por dia (29,2%) (tabela 20).

TABELA 20: Distribuição dos CI's em função da frequência de cuidados.

Cuida desta pessoa	<i>n</i>	%
Ao longo do dia	43	59,7
Duas a três vezes por dia	21	29,2
Uma vez por dia	6	8,3

Rotativamente ^a	1	1,4
Sazonalmente ^b	1	1,4

Nota: ^a Alguns meses com cada filho; ^b Inverno.

Em relação ao tempo despendido diariamente na prestação de cuidados aos doentes dependentes, verificou-se que os cuidadores despendem entre 2 a 24 horas nesses cuidados ($M = 4,50$; $DP = 3,43$).

Na tabela 21 demonstra-se que 55,6% dos CI's necessitam de assistir totalmente e 54,2% assistem parcialmente.

TABELA 21: Distribuição dos CI's em função do tipo de cuidados que prestam.

Tipo de cuidados	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Supervisionar	20	27,8	52	72,2
Orientar	16	22,2	56	77,8
Informar	4	5,6	68	94,4
Assistir parcialmente	39	54,2	33	45,8
Assistir totalmente	40	55,6	32	44,4
Preocupação	38	52,8	34	47,2

Em relação ao número de cuidadores, podemos verificar na tabela 22 que 43,1% cuidam sozinhos.

TABELA 22: Número de CI's por doente dependente

Número de cuidadores	<i>n</i>	%
1	31	43,1
2	29	40,3
3	7	9,7
4	5	6,9

No entanto, na nossa amostra cerca de 94,4% dos CI's inquiridos eram os cuidadores principais.

Naqueles casos em que havia mais do que um cuidador, procuramos perceber a forma como os cuidadores organizavam a divisão de tarefas entre si. Conforme a tabela 23, dos 41 participantes que referiram partilhar a prestação de cuidados com outras pessoas, a maioria (82,9%) refere a existência de entre ajuda na realização das tarefas de cuidados aos doentes dependentes.

TABELA 23: Distribuição dos CI's em função da distribuição de tarefas.

Distribuição de tarefas	<i>n</i>	%
Rotativo	2	4,9%
Mensal	1	2,4
Entre ajuda	34	82.9
Outro	4	9.8

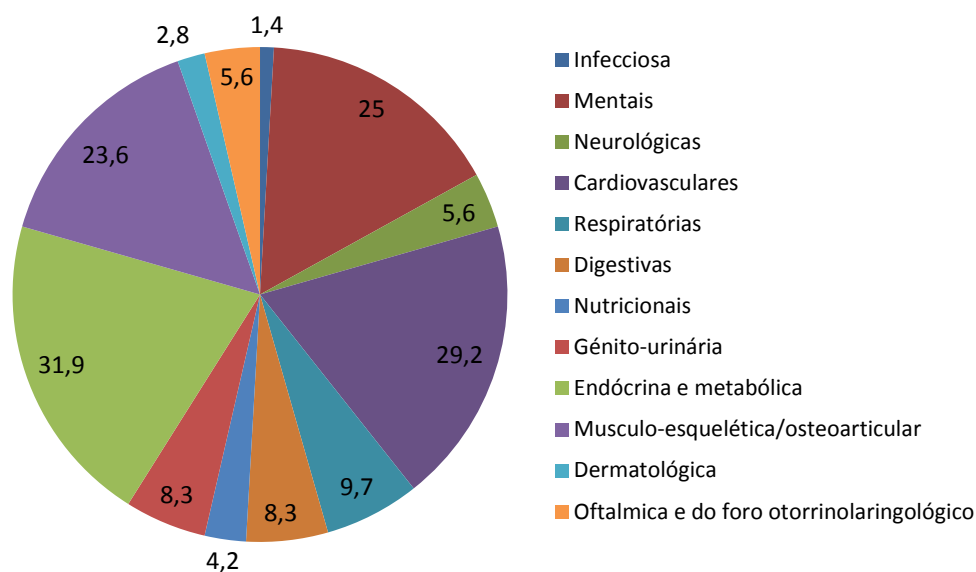
Como é possível verificar na Tabela 24, mais de metade dos participantes refere receber apoio instrumental (58,3%), existindo um número reduzido de participantes que refere receber apoio informativo (11,1%) e emocional (11,1%) ou outro tipo de apoio (15,3%).

TABELA 24: Distribuição dos CI's em função do tipo de apoio que recebe.

Tipo de Apoio	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Informativo	8	11,1	64	88,9
Emocional	8	11,1	64	88,9
Instrumental	42	58,3	30	41,7
Outro	11	15,3	61	84,7

No que diz respeito à auto-percepção do estado de saúde dos CI's, podemos constatar que aproximadamente metade dos participantes (45,8%) percebe a sua saúde como aceitável, 27,8% como fraca, 18,1% como boa e 8,3% como muito fraca.

FIGURA 5: Distribuição dos cuidadores informais em função de patologias relatadas



Quanto às patologias relatadas pelos participantes e apresentadas na Figura 5, podemos destacar que 31,9% dos cuidadores referem ter uma patologia endócrina e metabólica, seguido de 29,2% com uma patologia cardiovascular, 25% com uma patologia mental e 23,6% com uma patologia músculo-esquelética/osteoarticular.

Aproximadamente 76% dos participantes referiram estar a tomar algum tipo de medicamento para os problemas de saúde que os afectam.

Relativamente ao tipo de vigilância que os participantes fazem, verificamos que a maioria afirma consultar o médico de família (95,8%). O enfermeiro de família parece constituir outro recurso importante para aproximadamente 38% dos participantes. Uma minoria de cuidadores referiu ir a médico privado (7,7%) e ao psiquiatra (5,6%).

Cerca de metade dos participantes (51,4%) relataram pelo menos um episódio de doença mental anterior, sendo que em mais de metade dos casos este episódio foi associado à depressão. Note-se que houve necessidade de internamento em 5 destes casos.

TABELA 25: Distribuição dos cuidados informais que referiram pelo menos um episódio de doença mental

	Depressão	Ansiedade	Insónia	Stress Pós-traumático	Violência Doméstica
n	23	6	6	1	1
%	62,2	16,2	16,2	2,7	2,7

Actualmente, cerca de 56% dos participantes faz algum tipo de medicação psiquiátrica. Onze cuidadores fazem ansiolíticos e outros 11 fazem hipnóticos, sedativos ou tranquilizantes, seguido de 10 que fazem antidepressivos, cinco fazem antidepressivos e hipnóticos, dois fazem ansiolítico, antidepressivo, antipsicótico e hipnótico e apenas um faz antidepressivo e ansiolítico.

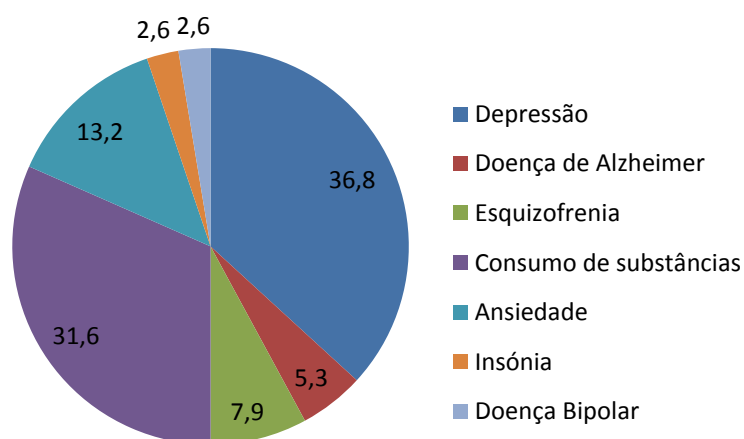
Aproximadamente metade dos participantes (52,8%) referiu ter um familiar com doença mental. De destacar que destes participantes, 36,8% indicou o pai ou a mãe, 31,6% indicou o(a) filho(a) e 21,1% indicou o(a) irmão(ã) como sendo o familiar com doença mental.

TABELA 26: Distribuição dos participantes em função do grau de parentesco do familiar com doença mental

Grau de Parentesco	n	%
Cônjuge	1	2,6
Filho(a)	12	31,6
Irmão(ã)	8	21,1
Pai/Mãe	14	36,8
Outro	3	7,9

Na Figura 6 apresentamos o tipo de doença mental dos familiares dos cuidadores. Como é possível verificar, a maioria dos cuidadores relatou problemas de depressão (36,8%) e consumo de substâncias (31,6%).

FIGURA 6: Distribuição dos cuidadores informais em função da tipologia da doença mental do familiar



Procedeu-se, ainda, a uma análise descritiva dos itens que compõem cada uma das dimensões do BSI. Na Tabela 27 apresentamos o número de participantes que indicaram cada uma das opções de resposta em cada item e respectiva percentagem.

TABELA 27: Distribuição dos participantes de acordo com as opções de resposta escolhidas em cada item do BSI

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
SOMATIZAÇÃO					
2. Desmaios ou tonturas	55 (76,4)	9 (12,5)	7 (9,7)	1 (1,4)	0 (0,0)
7. Dores sobre o coração ou no peito	55 (76,4)	9 (12,5)	4 (5,6)	2 (2,8)	2 (2,8)
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	58 (80,6)	5 (6,9)	7 (9,7)	1 (1,4)	1 (1,4)
29. Sensação de que lhe falta o ar	55 (76,4)	7 (9,7)	8 (11,1)	1 (1,4)	1 (1,4)
30. Calafrios ou afrontamentos	64 (88,9)	3 (4,2)	2 (2,8)	1 (1,4)	2 (2,8)
33. Sensação de anestesia no corpo	59 (81,9)	4 (5,6)	4 (5,6)	2 (2,8)	3 (4,2)
37. Falta de forças em partes do corpo	43 (59,7)	8 (11,1)	7 (9,7)	12 (16,7)	2 (2,8)
OBCESSÕES-COMPULSÕES					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	40 (55,6)	10 (13,9)	7 (9,7)	12 (16,7)	3 (4,2)
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	46 (63,9)	10 (13,9)	5 (6,9)	7 (9,7)	4 (5,6)
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	32 (44,4)	10 (13,9)	16 (22,2)	10 (13,9)	4 (5,6)
27. Dificuldade em tomar decisões	48 (66,7)	7 (9,7)	16 (22,2)	1 (1,4)	0 (0,0)
32. Sensação de vazio na cabeça	45 (62,5)	10 (13,9)	10 (13,9)	5 (6,9)	2 (2,8)
36. Ter dificuldade em se concentrar	47 (65,3)	9 (12,5)	14 (19,4)	1 (1,4)	1 (1,4)
SENSIBILIDADE INTERPESSOAL					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	30 (41,7)	12 (16,7)	18 (25,0)	9 (12,5)	3 (4,2)
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	51 (70,8)	5 (6,9)	12 (16,7)	5 (5,6)	0 (0,0)
22. Sentir-se inferior aos outros	56 (77,8)	5 (6,9)	8 (11,1)	3 (4,2)	0 (0,0)

42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	61 (84,7)	7 (9,7)	2 (2,8)	1 (1,4)	1 (1,4)
DEPRESSÃO					
9. Pensamentos de acabar com a vida	62 (86,1)	8 (11,1)	1 (1,4)	1 (1,4)	0 (0,0)
16. Sentir-se sozinho	34 (47,2)	4 (5,6)	18 (25,0)	8 (11,1)	8 (11,1)
17. Sentir-se triste	17 (23,6)	13 (18,1)	16 (22,2)	17 (23,6)	9 (12,5)
18. Não ter interesse por nada	52 (72,2)	3 (4,2)	9 (12,5)	5 (6,9)	3 (4,2)
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	43 (59,7)	7 (9,7)	10 (12,3)	5 (6,9)	7 (9,7)
50. Sentir que não tem valor	57 (79,2)	3 (4,2)	9 (12,5)	1 (1,4)	2 (2,8)
ANSIEDADE					
1. Nervosismo ou tensão interior	6 (8,3)	7 (9,7)	18 (25,0)	13 (18,1)	28 (38,9)
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	56 (77,8)	4 (5,6)	8 (11,1)	2 (2,8)	2 (2,8)
19. Sentir-se atemorizado	64 (88,9)	5 (6,9)	1 (1,4)	1 (1,4)	1 (1,4)
38. Sentir-se em estado de tensão e aflição	41 (56,9)	10 (13,9)	7 (9,7)	7 (9,7)	7 (9,7)
45. Ter ataques de terror ou pânico	68 (94,4)	2 (2,8)	2 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado/quieto	47 (65,3)	2 (2,8)	9 (12,5)	9 (12,5)	5 (6,9)
HOSTILIDADE					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	22 (30,6)	13 (18,1)	15 (20,8)	10 (13,9)	12 (16,7)
13. Ter impulsos que não se podem controlar	55 (76,4)	1 (1,4)	13 (18,1)	2 (2,8)	1 (1,4)
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	54 (75,0)	7 (9,7)	8 (11,1)	1 (1,4)	2 (2,8)
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	63 (87,5)	6 (8,3)	2 (2,8)	0 (0,0)	1 (1,4)
46. Entrar facilmente em discussão	49 (68,1)	6 (8,3)	5 (6,9)	6 (8,3)	6 (8,3)
ANSIEDADE FÓBICA					
8. Medo na rua ou praça públicas	65 (90,3)	1 (1,4)	4 (5,6)	1 (1,4)	1 (1,4)
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	69 (95,8)	0 (0,0)	2 (2,8)	0 (0,0)	1 (1,4)

31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	63 (87,5)	4 (5,6)	4 (5,6)	1 (1,4)	0 (0,0)
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	62 (86,1)	6 (8,3)	1 (1,4)	2 (2,8)	1 (1,4)
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	62 (86,1)	3 (4,2)	4 (5,6)	1 (1,4)	2 (2,8)
IDEAÇÃO PARANÓIDE					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	49 (68,1)	4 (5,6)	8 (11,1)	7 (9,7)	4 (5,6)
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	30 (41,7)	11 (15,3)	17 (23,6)	12 (16,7)	2 (2,8)
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	48 (66,7)	8 (11,1)	14 (19,4)	1 (1,4)	1 (1,4)
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	28 (38,9)	7 (9,7)	13 (18,1)	11 (15,3)	13 (18,1)
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	34 (47,2)	5 (6,9)	16 (22,2)	11 (15,3)	6 (8,3)
PSICOTICISMO					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	63 (87,5)	4 (5,6)	4 (5,6)	0 (0,0)	1 (1,4)
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	47 (65,3)	6 (8,3)	11 (15,3)	7 (9,7)	1 (1,4)
34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados	65 (90,3)	4 (5,6)	2 (2,8)	1 (1,4)	0 (0,0)
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa	57 (79,2)	3 (4,2)	8 (11,1)	2 (2,8)	2 (2,8)
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça	62 (86,1)	2 (2,8)	6 (8,3)	2 (2,8)	0 (0,0)

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 27, podemos verificar que a maior parte dos participantes indicou a opção *Nunca* na maioria dos itens que constituem o BSI, particularmente a nível das seguintes dimensões: Somatização, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo.

Pelo contrário, ao analisar os resultados obtidos a nível dos itens que compõem as dimensões Depressão e Ideação Paranóide, é possível observar maior dispersão nas respostas dos participantes. De destacar que nos itens 16 (Sentir-se sozinho) e 17 (Sentir-se triste), que fazem parte da dimensão Depressão, e nos itens 48 (Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades) e 51 (A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se

aproveitariam de si) da dimensão Ideação Paranóide, se verifica uma percentagem considerável de participantes que referem ter sentido estas situações *Algumas vezes*, *Muitas vezes* ou *Muitíssimas vezes*. Saliente-se, ainda, que mais de metade da amostra afirmou ter sentido nervosismo ou tensão interior (item 1 - dimensão Ansiedade) *Muitas vezes* ou *Muitíssimas vezes*.

TABELA 28: Resultados descritivos obtidos nas dimensões e índices globais do BSI.

Dimensões e Índices da BSI	M	DP	Min	Max
Somatização	0,45	0,58	0,00	2,71
Obsessões-compulsões	0,82	0,65	0,00	3,17
Sensibilidade interpessoal	0,62	0,68	0,00	3,75
Depressão	0,91	0,82	0,00	3,33
Ansiedade	0,90	0,59	0,00	3,17
Hostilidade	0,73	0,77	0,00	3,20
Ansiedade fóbica	0,22	0,47	0,00	2,80
Ideação paranóide	1,11	0,80	0,00	3,00
Psicoticismo	0,37	0,50	0,00	2,20
Índice Geral de Sintomas	0,71	0,47	0,04	2,38
Total de Sintomas Positivos	16,82	9,33	1,00	45,00
Índice de Sintomas Positivos	2,20	0,54	1,25	3,80

Tal como é possível verificar, as dimensões que apresentam resultados médios superiores são por ordem decrescente: a Ideação paranóide (1,11), a Depressão (0,91) e a Ansiedade (0,90). Pelo contrário, as dimensões que apresentaram resultados médios mais baixos foram a Ansiedade fóbica (0,22) e o Psicoticismo (0,37).

No âmbito do estudo do BSI para a população portuguesa foi definido um ponto de corte entre a população geral e os indivíduos que se podem encontrar em situação de perturbação emocional. Assim, os indivíduos que obtiverem um valor ≥ 1.7 no Índice Geral de Sintomas exibem muito provavelmente uma perturbação emocional (Canavarro, 1999). Tomando como referência este ponto de corte, podemos concluir que os cuidadores participantes no presente estudo não demonstram valores indicadores de psicopatologia.

1.3 - Relações entre as Variáveis

Considerando que a distribuição dos dados da maior parte das variáveis referentes à sintomatologia psiquiátrica não respeitavam aos requisitos da distribuição normal, optou-se por recorrer aos testes não-paramétricos *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* para analisar as diferenças entre os resultados obtidos nos grupos.

Idade do cuidador

Tendo em consideração a distribuição da variável idade do cuidador, agrupámos os participantes em dois grupos de acordo com o seguinte intervalo de idades: 32 aos 59 anos e 60 aos 86 anos. O primeiro corresponde ao Grupo 1, incluindo 37 dos participantes, e o segundo corresponde ao Grupo 2 com 35 participantes.

TABELA 29: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função da idade do cuidador.

Dimensões e Índices da BSI	Grupo 1 32 aos 59 anos (n = 37)	Grupo 2 60 aos 86 anos (n = 35)		
	M (DP)	M (DP)	U	p
Somatização	0,28 (0,41)	0,63 (0,68)	398,50	,004
Obsessões-compulsões	0,53 (0,37)	1,14 (0,73)	307,50	,000
Sensibilidade interpessoal	0,49 (0,56)	0,76 (0,78)	507,00	,106
Depressão	0,76 (0,67)	1,06 (0,94)	552,50	,282
Ansiedade	0,85 (0,54)	0,95 (0,65)	602,50	,610
Hostilidade	0,76 (0,75)	0,70 (0,79)	607,50	,649
Ansiedade fóbica	0,11 (0,24)	0,33 (0,61)	514,00	,073
Ideação paranóide	0,98 (0,74)	1,26 (0,84)	526,00	,169
Psicoticismo	0,30 (0,40)	0,44 (0,58)	583,50	,442
Índice Geral de Sintomas	0,59 (0,38)	0,84 (0,52)	460,50	,035
Total de Sintomas Positivos	14,68 (9,11)	19,09 (9,14)	446,50	,023
Índice de Sintomas Positivos	2,11 (0,55)	2,30 (0,52)	496,00	,088

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a nível das dimensões somatização e obsessões-compulsões, do Índice Geral de Sintomas e do Total de sintomas Positivos. De referir ainda que foram encontradas diferenças marginalmente significativas a nível da dimensão Ansiedade fóbica e do Índice de Sintomas Positivos. Com efeito, os cuidadores mais velhos (i.e., com idades compreendidas entre 60 e 86 anos) apresentam mais sintomatologia psicopatológica em relação a estes indicadores.

Género do cuidador

Analizamos também a relação entre o género dos cuidadores e a sintomatologia psicopatológica apresentada pelos mesmos. No entanto, tal como é possível verificar na Tabela 30, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões avaliadas no BSI entre os cuidadores do sexo masculino e os cuidadores do sexo feminino.

TABELA 30: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do género do cuidador.

Dimensões e Índices da BSI	Grupo 1 Masculino (n = 14)	Grupo 2 Feminino (n = 58)		
	M (DP)	M (DP)	U	p
Somatização	0,39 (0,40)	0,47 (0,62)	400,00	,930
Obsessões-compulsões	1,01 (0,95)	0,78 (0,55)	383,00	,742
Sensibilidade interpessoal	0,66 (0,48)	0,61 (0,73)	332,50	,285
Depressão	1,11 (0,99)	0,86 (0,78)	348,50	,411
Ansiedade	0,80 (0,56)	0,92 (0,61)	356,50	,478
Hostilidade	0,86 (0,83)	0,70 (0,75)	360,00	,508
Ansiedade fóbica	0,07 (0,15)	0,26 (0,51)	333,00	,215
Ideação paranóide	1,14 (0,75)	1,11 (0,81)	384,50	,759
Psicoticismo	0,51 (0,63)	0,33 (0,46)	332,50	,265
Índice Geral de Sintomas	0,77 (0,49)	0,69 (0,47)	361,50	,526
Total de Sintomas Positivos	17,57 (8,84)	16,64 (9,51)	372,00	,628
Índice de Sintomas Positivos	2,22 (0,54)	2,20 (0,55)	387,00	,787

Número de cuidadores

Para a realização desta análise, agrupámos os participantes em dois grupos em função do número de pessoas que prestam cuidados aos doentes: o Grupo 1

inclui os participantes que cuidam dos doentes que têm apenas um cuidador ($n = 31$) e o Grupo 2 inclui os participantes que cuidam dos doentes que têm mais do que um cuidador ($n = 41$).

TABELA 31: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do número de cuidadores.

Dimensões e Índices da BSI	Grupo 1 Um cuidador ($n = 31$)	Grupo 2 Mais cuidadores ($n = 41$)	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Somatização	0,40 (0,58)	0,49 (0,59)	584,00	,547
Obsessões-compulsões	0,76 (0,58)	0,87 (0,70)	606,50	,740
Sensibilidade interpessoal	0,67 (0,76)	0,59 (0,62)	595,50	,642
Depressão	0,79 (0,72)	0,99 (0,89)	566,50	,430
Ansiedade	0,90 (0,62)	0,90 (0,58)	604,00	,718
Hostilidade	0,59 (0,72)	0,84 (0,79)	513,00	,159
Ansiedade fóbica	0,30 (0,65)	0,16 (0,26)	627,00	,908
Ideação paranóide	1,32 (0,90)	0,96 (0,68)	485,50	,087
Psicoticismo	0,36 (0,46)	0,38 (0,53)	628,50	,932
Índice Geral de Sintomas	0,70 (0,49)	0,72 (0,45)	602,50	,707
Total de Sintomas Positivos	16,52 (9,44)	17,05 (9,36)	617,50	,838
Índice de Sintomas Positivos	2,25 (0,60)	2,17 (0,50)	614,50	,811

Conforme a Tabela 31, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos indicadores de sintomatologia psicopatológica entre os grupos definidos em função do número de pessoas que presta cuidados aos doentes dependentes. Refira-se, no entanto, que se registou a nível da dimensão Ideação paranóide uma diferença marginalmente significativa entre os grupos, sendo o Grupo 1 aquele que apresenta valores mais elevados.

Existência de apoio instrumental ao cuidador

Em seguida, procurámos analisar a existência de diferenças de: Grupo 1 inclui os participantes que referiram receber apoio instrumental ($n = 42$) e o Grupo 2 inclui os participantes que referiram não receber apoio instrumental ($n = 30$).

TABELA 32: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função da existência de apoio instrumental ao cuidador.

Dimensões e Índices da BSI	Grupo 1 Recebe apoio (n = 42)	Grupo 2 Não recebe apoio (n = 30)	U	p
	M (DP)	M (DP)		
Somatização	0,57 (0,58)	0,28 (0,55)	372,50	,002
Obsessões-compulsões	0,96 (0,70)	0,64 (0,51)	465,00	,058
Sensibilidade interpessoal	0,67 (0,79)	0,56 (0,50)	628,00	,981
Depressão	1,05 (0,87)	0,70 (0,71)	475,50	,076
Ansiedade	0,98 (0,57)	0,78 (0,62)	467,50	,062
Hostilidade	0,84 (0,89)	0,59 (0,53)	590,00	,644
Ansiedade fóbica	0,24 (0,53)	0,19 (0,38)	618,50	,875
Ideação paranóide	1,09 (0,73)	1,15 (0,89)	620,00	,909
Psicoticismo	0,43 (0,55)	0,29 (0,41)	550,00	,330
Índice Geral de Sintomas	0,79 (0,49)	0,60 (0,42)	472,00	,071
Total de Sintomas Positivos	17,79 (8,67)	15,47 (10,18)	515,00	,188
Índice de Sintomas Positivos	2,28 (0,51)	2,09 (0,58)	470,50	,068

Relativamente à variável existência de apoio instrumental aos cuidadores, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas a nível da dimensão somatização entre os grupos em questão. Foram ainda encontradas diferenças marginalmente significativas a nível das dimensões obsessões-compulsões, depressão, ansiedade, do Índice Geral de Sintomas e do Índice de Sintomas Positivos.

Resultados superiores para os participantes incluídos no grupo que afirmou receberem apoio instrumental.

Idade do doente

TABELA 33: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função da idade do doente dependente.

Dimensões e Índices da BSI	Grupo 1 24 aos 75 anos (n = 28)	Grupo 2 76 aos 95 anos (n = 44)	U	p
	M (DP)	M (DP)		
Somatização	0,40 (0,44)	0,48 (0,66)	604,00	,887
Obsessões-compulsões	0,88 (0,66)	0,79 (0,64)	559,00	,507
Sensibilidade interpessoal	0,75 (0,84)	0,54 (0,56)	548,00	,422

Depressão	1,02 (0,92)	0,83 (0,75)	547,50	,426
Ansiedade	1,12 (0,65)	0,76 (0,52)	396,00	,011
Hostilidade	0,86 (0,86)	0,65 (0,70)	535,50	,347
Ansiedade fóbica	0,20 (0,54)	0,23 (0,42)	563,50	,469
Ideação paranóide	1,15 (0,83)	1,09 (0,79)	601,50	,866
Psicoticismo	0,48 (0,55)	0,30 (0,46)	505,50	,174
Índice Geral de Sintomas	0,79 (0,52)	0,66 (0,43)	518,50	,260
Total de Sintomas Positivos	18,61 (10,27)	15,68 (8,61)	519,50	,264
Índice de Sintomas Positivos	2,22 (0,51)	2,19 (0,57)	579,00	,669

Quando consideramos a variável idade do doente dependente, encontramos apenas diferenças estatisticamente significativas a nível da dimensão Ansiedade, sendo que são os cuidadores de doentes mais novos que apresentam resultados superiores.

Género do doente

TABELA 34: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do género do doente dependente.

Dimensões e Índices da BSI	Grupo 1 Masculino (n = 33)	Grupo 2 Feminino (n = 39)		
	M (DP)	M (DP)	U	p
Somatização	0,50 (0,62)	0,41 (0,55)	576,00	,433
Obsessões-compulsões	0,92 (0,59)	0,74 (0,69)	499,50	,101
Sensibilidade interpessoal	0,74 (0,81)	0,52 (0,55)	546,50	,262
Depressão	0,98 (0,76)	0,84 (0,88)	530,50	,199
Ansiedade	1,07 (0,65)	0,76 (0,50)	451,00	,029
Hostilidade	0,70 (0,80)	0,76 (0,74)	608,00	,685
Ansiedade fóbica	0,35 (0,63)	0,11 (0,22)	536,50	,149
Ideação paranóide	1,26 (0,87)	0,99 (0,71)	524,50	,177
Psicoticismo	0,41 (0,47)	0,34 (0,53)	573,00	,396
Índice Geral de Sintomas	0,80 (0,48)	0,63 (0,46)	507,00	,123
Total de Sintomas Positivos	18,09 (8,73)	15,74 (9,79)	507,50	,124
Índice de Sintomas Positivos	2,33 (0,49)	2,10 (0,57)	460,00	,038

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a nível da dimensão ansiedade e do Índice de Sintomas Positivos. Com efeito, os participantes que prestam cuidados a doentes dependentes do sexo masculino apresentam mais sintomatologia psicopatológica em relação a estes indicadores.

Nível de dependência do doente dependente

Finalmente, analisou-se a relação entre o nível de dependência dos doentes dependentes, avaliado através da Escala de Actividades de Vida Diária de *Lawton e Brody*, e a sintomatologia psicopatológica dos cuidadores. Para a realização desta análise, a amostra total de participantes foi dividida em 3 grupos: o Grupo 1 é constituído pelos participantes cuidadores de doentes com pontuações entre 34 e 52; o Grupo 2 inclui os participantes cuidadores de doentes com pontuações entre 53 e 75; e, finalmente, o Grupo 3 inclui os participantes cuidadores de doentes com pontuações entre 76 e 84.

TABELA 35 Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do nível de dependência do doente dependente.

Dimensões e Índices da BSI	Grupo 1 AVD 34 - 52 (n = 14)	Grupo 2 AVD 53 - 75 (n = 37)	Grupo 3 AVD 76 - 84 (n = 21)
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Somatização	0,56 (0,69)	0,41 (0,60)	0,46 (0,47)
Obsessões-compulsões	0,81 (0,53)	0,76 (0,61)	0,95 (0,78)
Sensibilidade interpessoal	0,54 (0,37)	0,71 (0,86)	0,52 (0,47)
Depressão	0,70 (0,80)	1,08 (0,83)	0,74 (0,79)
Ansiedade	0,89 (0,73)	0,91 (0,62)	0,88 (0,47)
Hostilidade	0,51 (0,40)	0,88 (0,87)	0,62 (0,72)
Ansiedade fóbica	0,17 (0,48)	0,29 (0,56)	0,13 (0,22)
Ideação paranóide	1,23 (0,96)	1,16 (0,72)	0,95 (0,82)
Psicoticismo	0,34 (0,31)	0,37 (0,54)	0,38 (0,54)
Índice Geral de Sintomas	0,67 (0,48)	0,75 (0,49)	0,66 (0,44)
Total de Sintomas Positivos	18,29 (11,26)	16,65 (9,27)	16,14 (8,35)
Índice de Sintomas Positivos	1,94 (0,45)	2,38 (0,55)	2,07 (0,49)

Neste caso, calculou-se o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Como é possível verificar na Tabela 35, as análises indicaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos apenas a nível do Índice de Sintomas Positivos. Por sua vez, o teste *Mann-Whitney* com correcção *Bonferroni* revelou diferenças estatisticamente significativas unicamente entre o Grupo 1 e o Grupo 2 ($U = 142,50$, $p = ,014$).

TABELA 36: Resultados *Kruskal-Wallis* obtidos para as dimensões e índices globais do BSI em função do nível de dependência do doente dependente.

Dimensões e Índices da BSI	<i>H</i> (2)	<i>p</i>
Somatização	2,22	,329
Obsessões-compulsões	0,87	,647
Sensibilidade interpessoal	0,11	,948
Depressão	3,85	,146
Ansiedade	0,26	,880
Hostilidade	1,86	,394
Ansiedade fóbica	1,47	,479
Ideação paranóide	1,24	,537
Psicoticismo	0,61	,736
Índice Geral de Sintomas	0,77	,681
Total de Sintomas Positivos	0,15	,930
Índice de Sintomas Positivos	7,98	,019

Antecedentes psiquiátricos do cuidador

Tendo em conta a variável antecedentes psiquiátricos do cuidador, procuramos analisar ainda a existência de diferenças a nível da sintomatologia psiquiátrica manifestada actualmente entre os cuidadores que referiram no passado pelo menos um episódio de doença mental (Grupo 1) e os cuidadores que referiram nunca ter tido (Grupo 2).

TABELA 37: Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função de episódio de doença mental no passado do cuidador

Dimensões e Índices da BSI	Grupo 1 Com episódio mental (<i>n</i> = 37)	Grupo 2 Sem episódio mental (<i>n</i> = 35)		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>
Somatização	0,59 (0,68)	0,31 (0,41)	464,50	,034
Obsessões-compulsões	0,90 (0,61)	0,75 (0,68)	523,50	,159
Sensibilidade interpessoal	0,67 (0,61)	0,57 (0,76)	541,50	,222
Depressão	0,97 (0,79)	0,83 (0,86)	564,50	,347
Ansiedade	1,01 (0,57)	0,78 (0,60)	469,00	,043
Hostilidade	0,82 (0,80)	0,65 (0,73)	581,50	,452
Ansiedade fóbica	0,23 (0,38)	0,21 (0,55)	578,00	,350
Ideação paranóide	1,19 (0,75)	1,03 (0,84)	540,00	,224

Psicoticismo	0,44 (0,52)	0,29 (0,47)	531,50	,164
Índice Geral de Sintomas	0,79 (0,43)	0,62 (0,50)	460,00	,035
Total de Sintomas Positivos	18,57 (9,49)	14,97 (8,92)	492,50	,080
Índice de Sintomas Positivos	2,28 (0,48)	2,12 (0,60)	521,50	,156

Tal como é possível verificar na Tabela 37, o teste *Mann-Whitney* permitiu identificar diferenças estatisticamente significativas a nível das dimensões somatização e ansiedade, bem como a nível do Índice Geral de Sintomas. Note-se ainda uma diferença marginalmente significativa a nível do Total de Sintomas Positivos. Como seria de esperar, são os cuidadores que relataram pelo menos um episódio de doença mental no passado que apresentam resultados médios superiores a nível destes indicadores de sintomatologia psiquiátrica na actualidade.

Dos discursos emitidos constata-se que das expectativas manifestadas pelos CI's emergem alguns temas de reflexão, tais como:

- No âmbito da prestação de cuidados ao doente:
 - Assistir nos cuidados de higiene;
 - Prevenção de complicações da doença;
 - “gostaria de requisitar apoio do centro social para dar banho ao meu marido”;
 - “medo de não saber o que fazer quando ela está doente”.
- No âmbito da prestação de cuidados ao cuidador informal:
 - Substituição do cuidador informal;
 - Apoio emocional;
 - “ter alguém de confiança que pudesse tomar conta do meu filho para eu poder ir dar uma volta”;
 - “sou muito doente. Preciso que agora, alguém cuidasse de mim”.
- Sem expectativas:
 - Por falta de apoio à situação de doença do familiar:
 - “Falta de esperança por não voltar a ter o meu marido como ele era”.
- Realização pessoal:
 - Apoio dos centros de dia, médico e enfermeiro de família;
 - Reconhecimento e valorização pessoal pelo papel de CI:

- “tenho muito orgulho em olhar para a minha mãe e a ver limpa e confortável”;
- “fico muito feliz por alguém se lembrar de nós: os cuidadores”;
- “sinto-me bem no papel de cuidadora, mas chega ao fim do dia e tenho a impressão que o trabalho não termina nunca”.

2 - DISCUSSÃO

De acordo com Pereira (2008), Ocampo, et al (2007) e a nossa prática clínica constatamos que a problemática do CI de doentes dependentes tem sido negligenciada pelos profissionais de saúde. Cuidar de um doente dependente não pode ser encarado como um problema individual mas sim, de toda a sociedade em geral. O crescente envelhecimento populacional e o número de doenças crónicas e incapacitantes que acompanham este grupo etário fazem com que as famílias sejam cada vez mais solicitadas para cuidar (Harwood, et al., 2004; ICF, 2001). Adoptar o papel de cuidador implica reajustamentos dos papéis familiares e alterações socioeconómicas complexas (Feinberg, 2002).

Com base no que foi referido anteriormente, e na evidência científica, é necessário assegurar o bem-estar do CI e dos doentes que dele dependem de uma forma antecipada e eficaz.

Com este capítulo pretende-se analisar os aspectos do estudo empírico que se considera serem mais relevantes, pelo seu significado intrínseco ou pela comparação com estudos desenvolvidos sobre o tema.

Após alguma reflexão sobre as limitações, e também sobre os aspectos positivos das opções metodológicas que foram tomadas, passa-se a comentar brevemente os resultados obtidos de acordo com a ordem de apresentação do capítulo anterior.

Algumas observações sobre os aspectos metodológicos deste trabalho tornam-se indispensáveis, principalmente no que diz respeito ao tipo de amostra e ao instrumento de colheitas de dados utilizado, pelas limitações e reservas que impõem na interpretação dos resultados encontrados, assim como nas conclusões que deles se podem retirar.

A amostra é constituída por cuidadores informais que estivessem de acordo com os critérios definidos e que se mostraram acessíveis e disponíveis para o estudo durante o tempo dedicado à colheita de dados. Por essa razão, não foi possível obter uma amostra aleatória e como tal compromete as generalizações.

Devido à linguagem característica, ao número elevado de questões e, atendendo à iliteracia de alguns participantes, foi aplicado um questionário com a presença da investigadora para eventuais esclarecimentos no decorrer das respostas ao mesmo.

Salientamos o facto de se optar por uma escala que em Portugal não é utilizada neste contexto, no entanto, confirma-se a importância de conhecer a diversidade de características da psicopatologia existente nos CI's. Para minimizar os riscos realizou-se a análise da consistência interna (Alfa de *Cronbach*) que se revelou consistente em algumas subescalas.

Em relação aos doentes dependentes, concluímos que a maioria são idosos (74,72 anos), apesar do doente mais jovem ter 24 anos e o mais velho 95 anos de idade, o que reflecte a transição demográfica presente em diversos estudos, nomeadamente o de Harwood, et al (2004).

A razão pela qual o doente se torna dependente são os AVC's (Ricarte, 2009), seguidos de doenças degenerativas do foro mental e osteoarticular. De facto, estudos internacionais alertam para a transição epidemiológica, isto é, uma diminuição da taxa de mortalidade infantil com predominância das doenças crónicas (Harwood, et al., 2004; ICF, 2001).

O nosso estudo foca a atenção nos CI's uma vez que são estes que executam um papel fundamental no bem-estar e na qualidade de vida do doente dependente. Novas investigações evidenciam que é no CI que incide a maior sobrecarga ao cuidar (Brito, 2003; Brito, 2000; Ricarte, 2009; Sequeira, 2010), pelo que este deverá ser alvo de atenção privilegiada.

De acordo com os resultados obtidos a nível da caracterização sociodemográfica dos CI's, podemos concluir que o nosso estudo está de acordo com outros estudos realizados neste domínio. Investigações de Grelha (2009); Marote, et al (2005) e Sequeira (2010) referem que a maioria dos CI's é do sexo feminino, sendo a relação de parentesco com o doente "cônjuge" ou "filha". Aliás, Brito (2003, p. 32) menciona que *"praticamente todos os estudos apontam para o facto de a maior parte dos cuidadores (...) serem prestados pelas filhas"*. Embora Pereira e Filgueiras (2009) citem estudos de Gonçalves et al (2006) e Vilela et al (2006) que ressaltam a participação dos homens no exercício do papel de cuidador, 15,7% e 12,5% respectivamente. Na nossa investigação esse número chegou aos 19%.

Ao depararmo-nos com os resultados anteriores, foi analisada a relação entre a sintomatologia psiquiátrica e o sexo do CI, no entanto não se verificaram

diferenças estatisticamente significativas nas diferentes dimensões da BSI uma vez que Pereira e Filgueiras (2009) citam Gonçalves e Menezes (2004) que apesar de reconhecerem na literatura, que as mulheres costumam apresentar maiores níveis de impacto do que os homens, mas não observaram essa associação no seu estudo, possivelmente pelo pequeno tamanho da amostra.

Relativamente à média de idades dos CI's encontra-se nos 59 anos. A idade pode ser um factor agravante, p.e. no caso de conjugues. Santos (2006, p. 30) afirma que *“(...) conjugues que prestam cuidados encontram-se mais expostos a problemas de saúde do que os descendentes, têm menos resistência (...) Parece haver unanimidade no facto de existir uma forte tendência para que os prestadores de cuidados sintam efeitos físicos relacionados com o esforço”*. No nosso estudo os cuidadores mais velhos (idade superior a 60 anos) apresentam mais sintomatologia psiquiátrica ao nível da somatização, obsessões- compulsões, Índice Geral de Sintomas e do Total de Sintomas Positivos.

A maioria dos CI's é casado ou vive em união de facto (80%), situação esta idêntica aos resultados apresentados por (Ricarte, 2009; Santos, 2008; Lage, 2007; Santos, 2006).

Quanto à situação profissional, verificou-se o predomínio dos cuidadores que não desempenham uma actividade remunerada, facto explicado pela maior parte das cuidadores serem domésticas e pelas exigências que o cuidar delimita. Aliás, apenas 30% dos CI's são trabalhadores. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Mendonça, et al (2000), onde cerca de 38% dos CI's desempenhavam uma actividade profissional remunerada.

Em média os cuidadores cuidam há mais 6 anos, o que é compreensível no contexto de um prolongamento da esperança média de vida e vai ao encontro de outros estudos, tais como o de Silva (2009). No entanto, nos estudos de Ricarte (2009) e Lemos, et al (2006) os CI's prestavam cuidados 3 e 4 anos respectivamente.

Relativamente ao número de horas de cuidados disponibilizadas por dia aos doentes dependentes, estudos como o de Ricarte (2009) e Santos (2008) revelaram que 78,1% dos CI cuidam durante o dia todo (24h), Pereira e Filgueiras (2009) citam Gratão (2006) que refere tempos na média de 15 horas e 10 minutos horas/dia. Na presente investigação a média ronda as 4h e 30 minutos. Este resultado pode ser explicado pela especificidade do diagnóstico, mas de facto comparando os resultados da presença de apoio instrumental, nomeadamente dos centros de dia que prestam apoio à higiene do dependente, refeições e até

serviços de limpeza dos próprios domicílios diminuem em grande parte o tempo despendido por parte dos CI's. Não desprezando que a preocupação é algo que está presente em mais 50% dos CI's.

Aliás quando se cruzou a variável existência de apoio instrumental aos cuidadores com a variável sintomatologia psiquiátrica, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas a nível da dimensão somatização. Foram ainda encontradas diferenças marginalmente significativas a nível das dimensões obsessões-compulsões, depressão, ansiedade, do Índice Geral de Sintomas e do Índice de Sintomas Positivos, sendo que foi o grupo de cuidadores com apoio instrumental que obtiveram resultados mais baixos a nível destas dimensões. O que mais uma vez demonstra que uma boa rede apoio aos CI's é fundamental para o bem-estar dos mesmos.

Quanto ao grau de comprometimento na prestação dos cuidados, Pereira e Filgueiras, (2009) citam Medeiros et al. (1998); Laham (2003) e Gonçalves et al. (2006) que classificam o cuidador em duas categorias: primário e secundário. Define-se o cuidador primário como o indivíduo com a principal ou total responsabilidade no fornecimento de ajuda à pessoa necessitada e cuidador secundário como quaisquer outras pessoas que forneçam assistência de forma complementar, isto é, sem ter a principal responsabilidade sobre o cuidar. Os resultados do nosso estudo mostram que 43,1% dos CI's são os únicos a desempenharem esse papel. Note-se que se registou a nível da dimensão ideação paranóide uma diferença marginalmente significativa entre os grupos, sendo o Grupo 1 (correspondente a apenas um CI) aquele que apresenta valores mais elevados. No grupo 2 (referente a mais que um cuidador) cerca de 82,9 % referem se entre ajudarem.

Quanto à frequência da prestação de cuidados, a maioria dos cuidadores informais prestam cuidados ao longo do dia ao doente dependente, o que poderá estar relacionado com o grau de dependência do doente dependente e com a situação actual de emprego.

Analisando a situação de saúde dos cuidadores destaca-se que 31,9% dos cuidadores referem ter uma patologia endócrina e metabólica, seguido de 29,2% com uma patologia cardiovascular, 25% com sintomatologia compatível com uma patologia mental e 23,6% com uma patologia músculo-esquelética/osteoarticular, no entanto, deve ter-se em conta a variável idade, sendo que a média de idade dos cuidadores é de 59 anos, o que pode explicar alguns destes dados. Salienta-se

o facto de as perturbações músculo-esqueléticas aparecerem como uma das perturbações mais frequentes no estudo de (Brito, 2000).

Outra curiosidade acerca da nossa investigação seria analisar até que ponto o conceito de enfermeiro de família estaria presente, não apenas numa vertente curativa (sobretudo no tratamento de feridas) mas também no acompanhamento das famílias e do doente dependente. Podemos constatar que dos doentes dependentes estudados 19% tinham úlceras de pressão, no entanto cerca de 70% dos dependentes são seguidos pelos seus enfermeiros de família. Tal como o estudo de Marques e Dixe (2010) que constatam que a maioria dos inquiridos (CI's) de doentes readmitidos no serviço de urgência sente apoio do médico e do enfermeiro, ao contrário do pressuposto que existe que os doentes não têm apoio dos CSP.

Para a avaliação das ABVD recorremos ao Índice de *Lawton e Brody*; no entanto, este deve ser utilizado com prudência relativamente a idosos do sexo masculino, principalmente em itens como o cozinhar, lavar a roupa e o cuidar da casa, pois a inadaptabilidade do idoso poderá estar relacionada com factores pessoais/culturais e não com a incapacidade.

Em relação ao nível das ABVD dos doentes dependentes, o nosso estudo revela uma média de 66,71 com valores mínimos e máximos muito divergentes.

Analizando individualmente cada item, observamos que 66,2% necessitam de ajuda total para o banho e 40,3% não tem controlo sobre esfíncter anal e /ou vesical. Cerca de 8,3% dos doentes dependentes executam tarefas leves e que 1,4% destes cuidam da casa sem ajuda. Em contrapartida, 88,9% necessita de alguém para cuidar da casa, pois estes necessitam de ajuda ou são incapazes de executar tarefas domésticas; no que se refere a lavar a roupa, 98,6% dos indivíduos não consegue tratar da totalidade da sua. Quanto à alimentação, só uma minoria (11,3%) alimenta-se de forma normal, enquanto a grande maioria (88,7%) necessita de ajuda e, destes, 87,5% é incapaz de preparar uma refeição. Verificamos que a maioria dos indivíduos (90,3%) não é capaz de ir às compras e que apenas uma minoria (2,8%), consegue fazer as compras acompanhado. Uma minoria de indivíduos (9,7%), só liga para lugares familiares e a maioria (45,8%), é incapaz de usar o telefone.

Apenas 3,2% conduz com limitações e ninguém é capaz de usar o transporte público. Isto também pode reflectir a inexistência de uma rede de transportes públicos adequada à população em causa.

A maioria dos indivíduos (69,4%) é incapaz de gerir o dinheiro. Por fim, 60,6% dos indivíduos são incapazes de se responsabilizar pela sua medicação.

Também de referir 94,4% dos doentes dependentes não trabalham.

Para melhor compreender a relação entre o grau de dependência dos doentes e a sintomatologia psiquiátrica dos CI's, dividimos os participantes cuidadores de doentes com pontuações entre 34 e 52, os participantes cuidadores de doentes com pontuações entre 53 e 75 e, finalmente, os participantes cuidadores de doentes com pontuações entre 76 e 84. Verificou-se que quanto maior o grau de dependência mais sintomas psiquiátricos tem os CI's, o que está de acordo com estudos sobre saúde mental do CI de Lage (2007).

Quanto à idade dos CI's, verificou-se que os cuidadores mais velhos (i.e., com idades compreendidas entre 60 e 86 anos) apresentam mais sintomatologia psicopatológica em relação a estes indicadores.

Em relação aos antecedentes psiquiátricos dos CI's, cerca de metade dos participantes referiram pelo menos um episódio de doença mental, nos quais 23 (31,9%) referiram depressão. Estes dados demonstram um número superior à média da população portuguesa, uma vez que estatísticas referidas no Portal do Ministério da Saúde (2006) indicam que cerca de 20% da população portuguesa é afectada por depressão.

Destaca ainda que indivíduos com antecedentes psiquiátricos apresentam sintomatologia psiquiátrica superior na actualidade.

Podemos ainda referir que cerca de metade da amostra tem história psiquiátrica familiar, nomeadamente depressão e consumo de substâncias.

O estudo não se cingiu apenas aos CI's de idosos, apesar de constituir uma parte significativa da amostra. No entanto, verificou-se que CI's de doentes dependentes mais jovens apresentam resultados superiores a nível da dimensão Ansiedade. Isto pode-se explicar pela relação de parentesco (pais de doentes dependentes), facto do envelhecimento dos CI's, o aumento de doenças físicas e mentais, e até à iminência da morte.

De seguida iremos abordar a temática por outra perspectiva. Uma importante e pouco estudada análise acerca de benefícios do acto de cuidar.

Embora seja adequado considerar que alguns CI's são levados a assumir este papel por ser a única opção disponível, quando se trata dos sentimentos de identidade do cuidador diante das actividades de cuidar do idoso, os dados revelam que a maioria percebe o cuidado como algo que o dignifica como pessoa ou como cumprimento de um dever moral e de princípios religiosos (Gonçalves et

al., 2006 citado por Pereira e Filgueiras, 2009). Durante o processo de colheita de dados surgiram expressões como: *“tenho muito orgulho em olhar para a minha mãe e a ver limpa e confortável”* ou *“sinto-me bem no papel de cuidadora”*. Estas expressões demonstram a satisfação pela manifestação de gratidão pelo familiar, reconhecimento da família e da comunidade (Ocampo, et al., 2007).

3 - CONCLUSÃO

Existe uma tendência cada vez maior para se transferir o cuidar para o domicílio, responsabilizando assim as famílias pelos doentes dependentes. Verifica-se que, em muitas ocasiões, essa transferência não é acompanhada com a devida avaliação quanto, às condições dos familiares para que o acolhimento do doente dependente seja feito sem qualquer tipo de risco. Alguns estudos destacam a importância das unidades hospitalares e outras a nível comunitário de se organizarem no sentido de planejar melhor a transferência do doente para o domicílio e para o desenvolvimento de programas de formação para cuidadores em diversas áreas.

Dentre as estratégias sugeridas encontra-se: a criação de um serviço comunitário de alívio, onde o cuidador possa fazer pausas de descanso sempre que necessitar; o fornecimento de formação e informação suficiente aos familiares; maiores investimentos em políticas de intervenção comunitária que garantam a integridade física e psicológica dos cuidadores. Por outro lado, novas dinâmicas de intervenção devem ser pensadas como a criação de serviços de aconselhamento, linhas telefónicas de apoio 24 horas por dia e a utilização das tecnologias da comunicação (telemedicina), no sentido facilitar a comunicação entre os sistemas formal e informal.

Grupos de apoio e de auto-ajuda constituem um recurso de ajuda ao cuidador importante pelo que devem ser fomentados, na medida em que, permitem a partilha de experiências e sentimentos.

Concluindo, podemos afirmar que a perspectiva de sobrecarga, que tem dominado a literatura, indicia a prestação de cuidados informais como algo gerador de condições patológicas. Impõe-se, assim, uma mudança de abordagem, através de uma política salutogénica que aposte principalmente, na promoção da saúde, que vá além da prevenção da doença e, sobretudo, deixe de se basear, essencialmente, num modelo curativo.

A realização deste trabalho permitiu alargar os conhecimentos sobre o impacto do cuidar e detectar indicadores de psicopatologia que colocam em risco não só a qualidade de vida do CI, mas também, em situação de risco o próprio doente dependente.

A realização deste trabalho sugere que se faça a monitorização da sintomatologia psiquiátrica dos CI's, de forma a que se possa intervir precocemente. Isso é possível, introduzindo um dos instrumentos utilizados pela enfermagem para intervir no processo de cuidado informal: visita domiciliária. Este método faz com que o profissional conheça melhor o indivíduo dentro do contexto ou ambiente que é caracterizado: condições de habitação, higiene, relações sócio-afectivas. Além de proporcionar um melhor relacionamento do profissional com a família, assegura uma prática menos formal, explorando alternativas favorecidas pelo próprio meio ambiente dos familiares.

Outras sugestões seriam a criação de programas de voluntariado que permitam que os CI's possam ter outras actividades por determinados períodos de tempo, enquanto um voluntário ficaria no domicílio; a existência de grupos de apoio, com presença de CI's e ex-CI's, dando oportunidade de troca de opiniões, sentimentos, ajudas técnicas, entre outras, sobre a sua própria experiência do cuidar.

Os CI's são pessoas da família ou da comunidade que prestam cuidados de forma parcial ou integral a doentes com défice de autocuidado e deles se exige compromisso, conhecimento, experiência, capacidade de entender as necessidades do outro e muitas outras qualidades. Diante de tantas exigências é frequente vivenciarem depressão, problemas cardíacos e nervosos ou outras doenças, se sentirem carentes de atenção e afecto, pois, as vidas passam a girar em torno do que o doente dependente sente, quer e precisa. É consensual que os enfermeiros dos CSP constituem o grupo profissional privilegiado no contacto com essas mesmas situações. Mas também é responsável não só pelos cuidados de saúde do doente, como também do CI. Daí que seja importante e necessário incluir na avaliação de enfermagem todos os níveis de cuidados, dando igual importância a factores psicológicos, sociais e físicos.

A avaliação do perfil psicopatológico nas suas diferentes dimensões (obsessões-compulsões, ansiedade, ansiedade fóbica, ideação paranóide, depressão, psicoticismo, somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade) dos CI's através da BSI sugere que, de facto, o cuidar de alguém dependente

poderá diminuir a qualidade de vida dos CI's, e com isso colocar em risco a qualidade do exercício do seu papel de cuidador.

Os CI's são mulheres, com 59 anos, casadas, com baixo nível de escolaridade e domésticas que referem níveis de saúde aceitáveis. Cuidam há 6 anos, da mãe (75 anos) moderadamente dependente, durante 4h e 30 minutos. Recebem apoio instrumental.

Os resultados obtidos demonstram que a população de CI's apresentam resultados médios superiores à população de ideacção paranóide, depressão, e ansiedade. No entanto, pensamos ser pertinente salientar factores: idade do CI, numero de cuidadores, existência de apoio instrumental e a própria idade do doente dependente influenciam a presença ou não de psicopatologia.

Os enfermeiros devem estar conscientes do seu papel de promotores da saúde, porque para prestar cuidados de saúde de qualidade devem ter conhecimentos das técnicas de comunicação, mediar emoções e identificar situações de psicopatologia de modo a intervir precocemente.

Aspectos positivos e negativos podem coexistir em situações como as experimentadas por CI de doentes dependentes e, por isso, sugere-se que estudos nesta área dediquem atenção também aos efeitos positivos da percepção de ganhos mencionados por cuidadores, a fim de ampliar a discussão sobre o tema.

Até a data, existem muitos estudos que avaliam o CI, no entanto sugere-se a realização de investigações no futuro sobre ferramentas para compreender as necessidades da família.

As principais limitações durante a realização desta investigação prendem-se com o tempo limitado para cumprimento da entrega das datas estabelecidas.

Espera-se que com estudo acerca do tema possa trazer um acréscimo para a compreensão de quem é o doente dependente e as suas características, o cuidador informal, e das repercussões do cuidar, assim como dar um panorama das intervenções possíveis junto ao CI. Pretende-se, assim, oferecer informações teóricas que incitem à reflexão sobre as questões relacionadas ao aspectos psicopatológicos que o cuidar poderá desencadear, auxiliando tanto os profissionais que trabalham com estes grupos, quanto os CI's.

4 - BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. C. 2008. *Transições e contextos multiculturais - Contributos para anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra : Formasau - Formação e Saúde, Lda, 2008. 978-972-8485-96-2.

Almeida, I.S. e Freire, T. 2003. *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga : Psiquilíbrios, 2003.

Anderson, W.G, Arnorld, R. M e Angus, D. 2008. Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members os Patients in the Intensive Care Unit. *Society of General Internal Medicine*. 2008.

Araújo, F., et al. 2007. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Julho/Dezembro, 2007, Vol. 25, pp. 59-66.

Azevedo, C.A. e Azevedo, A.G. 2000. *Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. 5ª Edição. Porto : s.n., 2000.

Barreto, J. 1996. *Relatório do grupo de trabalho de Gerontopsiquiatria*. Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde. Lisboa : s.n., 1996.

Brito, M. E. C. 2003. *Cuidar da pessoa idosa em casa: uma perspectiva dos prestadores de cuidados formais*. Universidade Aberta. Lisboa : s.n., 2003. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde.

Brito, M. L. S. 2000. *A Saúde Mental dos Prestadores de cuidados a familiares idosos*. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. Coimbra : s.n., 2000. Tese de Mestrado.

- Caldas, C. P. 1995.** Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. *Revista de Enfermagem*. 1995, Vol. 3.
- Canavarro, M.C. 1999.** Inventário de Sintomas Psicopatológicos. B.S.I. [autor do livro] M.R. Simões e M., Leandro, S. Gonçalves. *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Braga : SHO-APPORT, 1999, Vol. II, pp. 87-109.
- Chick, N. e Meleis, A. I. 1986.** Transitions: a nursing concern. [autor do livro] P. L. Chinn. *Nursing research methodology*. Aspen : s.n., 1986, pp. 237-257.
- Collière, M. F. 1999.** *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa : Edições Técnicas, 1999.
- Crespo, M. e López, J. 2007.** Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*. 2007, Vol. 19. <http://web.ebscohost.com/ehost/results>.
- Declaration of Alma-Ata. Health, International Conference on Primary. 1978.** Alma-Ata : s.n., 1978.
- Derogatis, L.R. 1982.** *The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, & Procedures: Manual*. Baltimore : Clinical Psychometric Research, 1982.
- Driscoll, A. 2000.** Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carers perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. [Online] 2000. [Citação: 2 de 11 de 2010.] <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid>.
- EURODEM. 2011.** Public Health. [Online] 26 de 04 de 2011. [Citação: 23 de 07 de 2011.] http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm.
- Feinberg, L. F. 2002.** The state of the art: caregiver assessment in practice settings. *Caregiver assessment in practise settings*. 2002.
- Figueiredo, D. e Sousa, L. 2001.** EASYCARE: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso. *Geriatrics*. 2001, Vol. nº130.
- Fortin, M. F. 2003.** *O processo de investigação*. Loures : Lusociência, 2003.
- Fortin 1999.** *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa : Lusociência, 1999.

Garlo, K., et al. 2010. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *Journal Of The American Geriatrics Society*. 12, 2010, Vol. 58, pp. 2315-22.

Garre-Olmo, J., et al. 2000. Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurologia*. 31, 2000, Vol. 6, pp. 522-527.

Grelha, P. A. S. S. 2009. *Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário: Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida*. Universidade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa. Lisboa : s.n., 2009. Tese de Mestrado.

Harwood, R. H. e Sayer, A. A. e Hirschfeld, M. 2004. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bull World Health Organ*. Apr. de 2004, Vol. 82, 4, pp. 251-258.

ICF. 2001. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva : World Health Organization, 2001.

INE. 2009. *Instituto Nacional de Estatística*. [Online] 2009. [Citação: 01 de 11 de 2010.] http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&selTab=tab2.

Lage, M. I. G. S. 2007. *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Instituto de Ciencias Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. 2007. Tese de Doutoramento.

Lawton, M.P. e Brody, E. 1969. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969, Vol. 9.

Lemos, N. D., Gazzola, J. M. e Ramos, L. R. 2006. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saude soc*. 3, 2006, Vol. 15, pp. 170-179.

Lima, M.S. 1999. Epidemiologia e impacto social. *Bras. Psiquiatr*. 1999, Vol. 21.

Mangas, A. A. A. D. 2009. *"Viver aos Bocadinhos" (O Papel do Cuidador Informal do Idoso em Contexto Domiciliário)*. Universidade Fernando Pessoa. 2009. Tese de Mestrado.

- Marote, A., et al. 2005.** Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da Região Autónoma da Madeira. *Revista de Investigação Sinais Vitais*. Julho de 2005, 61, pp. 19-24.
- Marques, R. e Dixe, M. A. 2010.** Dificuldades dos cuidadores de doentes dependentes. *International Journal os Developmental and Educational Psychology*. 1, Abril de 2010, Vol. 1, pp. 487-497.
- Martín, I. 2002.** *Psicologia da doença de Machado-Joseph: estudo sobre doentes e seus cuidadores*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. 2002. Tese de Doutoramento.
- Martins, T., Ribeiro, J. P. e Garret, C. 2003.** Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 4, 2003, Vol. 1, pp. 131-148.
- Martins, T., Ribeiro, J. P. e Garret, C. 2004.** Ansiedade e depressão em Cuidadores Informais de pessoas com incapacidade funcional. *A psicologia da saúde num mundo em mudança: resumos do 5º congresso nacional de psicologia da saúde*. 2004.
- Meireles, C. 2008.** *Portal de Saúde Pública*. [Online] 2008. [Citação: 02 de 11 de 2010.] http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/EnvelhecimentoActivoldoso_CMeireles.htm.
- Meleis, A. e Trangenstein, P. 1994.** Facilitation transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 1994, Vol. (6), 42, pp. 255-259.
- Meleis, A. 2000.** Experiencing transitions: An emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 2000, Vol. September.
- Melo, G. 2005.** Apoio ao doente no domicílio. [autor do livro] A. C. Caldas e A. Mendonça. *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa : Lidel - edições técnicas Lda, 2005.
- Mendonça, F., Martinez, M. e Rodrigues, M. 2000.** Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Geriatrics*. 2000, Vol. XIII, pp. 33-49.
- Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe. WHO. 2000.** Copenhagen : s.n., 2000.

Ministério da Saúde. 2006. Portal da Saúde. [Online] 2 de 1 de 2006. [Citação: 21 de 7 de 2011.] <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>.

Monis, C., et al. 2005. Sobrecarga do Cuidador Informal. *Informar*. 2005, Vol. XI, 35. Dep. Legal nº 86 748/95.

Neri, A.L. 2000. *Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário*. In: *Atendimento domiciliar Um enfoque gerontológico*. S. Paulo : Atheneu, 2000.

Ocampo, J. M., et al. 2007. Caregiver burden in dependent elderly. *Revista Colombia Médica*. 1, 2007, Vol. 38, pp. 40-46.

OE. 2009. Código Deontológico. [Online] 16 de Setembro de 2009. [Citação: 17 de 07 de 2011.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Paúl, M. C. 1997. *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra : Livraria Almedina, 1997.

Pera, I.P. 2000. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Revista de Enfermaria y Humanidades*. Consejo de Enfermaria de la Comunidad Valenciana, 2000, Vol. 3.

Pestana, M.H. e Gageiro, J. N. 2003. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 2003

Pereira, M. F. C. 2008. *Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2008. Tese de Mestrado.

Pereira, M.J.S.B e Filgueiras, M.S.T. 2009. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Rev. APS*. jan./mar., 2009, Vol. 12, pp. 72-82.

Petronilho, F.A.S. 2008. *A transição da família para o exercício do papel de cuidadora*. Universidade de Lisboa. Lisboa : s.n., 2008. Tese de Doutoramento.

Ribeiro, J. L. P. 2005. *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra : s.n., 2005.

- Ribeiro, J.P. 1999. *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa : Climepsi Editores, 1999.
- Ricarte, L. F. C. S. 2009. *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2009. Tese de Mestrado.
- Rolo, L. C. A. A. 2008. *Sobrecarga e satisfação com a vida : a percepção dos cuidadores informais de idosos*. Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro. 2008. Tese de Mestrado.
- Salgueiro, H. 2006. *Dinâmica, saúde e qualidade de vida na família do idoso dependente*. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. Lisboa : s.n., 2006. Tese de Mestrado.
- Santos, D. I. F. A. 2008. *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente - Um estudo no concelho da Lourinhã*. Universidade Aberta. Lisboa : s.n., 2008. Tese de Mestrado.
- Santos, M. I. S. 2006. *Os cuidadores informais dos idosos dependentes em casa*. Universidade Aberta. Lisboa : s.n., 2006. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- Sequeira, C. 2010. *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 1ª. Lisboa : Lidel - Edições técnicas, Lda, 2010. 978-972-757-717-0.
- Sequeira. 2007. *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2007. Tese de Doutoramento.
- Silva, A.M. A. 2009. *Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência*. Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa. Lisboa : s.n., 2009. Tese de Mestrado.
- Silva, C. e Gonçalves, S. 2007. Aspectos psicológicos da epilepsia. [autor do livro] D. Alves. *Livro Básico da Epilepsia*. 2007, pp. 309-324.
- Teixeira, B. 2009. *Cuidar de Pessoas Dependentes com Úlceras de Pressão: Percursos e Discursos dos Cuidadores Informais*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2009. Tese de Mestrado.

Vaz Serra, A. 1999. *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra : s.n., 1999.

Whitlatch, C.J. e Noelker, L. 1996. Caregiving and care. J. Birren. *Encyclopaedia of gerontology, agy, aging and the aged*. San Diego : Academic Press, 1996, pp. 256-268.

ANEXOS

Anexo I - Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo: “Sintomatologia Psiquiátrica do Cuidador Informal”.

Nome do/da Participante: _____

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação, bem como os objectivos do estudo e da confidencialidade da informação. Foi-me possibilitado fazer as perguntas que considerei necessárias.

Declaro, sob palavra de honra, (riscar a frase seguinte que se não aplicar)

- que obtive da pessoa de quem sou cuidador autorização para preencher as questões relacionadas com a sua saúde.
- que, não sendo possível obter da pessoa de quem sou cuidador autorização para preencher as questões relacionadas com a sua saúde, me considero sua representante para este efeito e confio nas garantias dadas sobre a utilização deste questionário pela investigadora.

Foi-me comunicado que tenho direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal na assistência que nos é prestada.

Por isso, aceito participar de livre e espontânea vontade neste estudo, respondendo às questões que me forem colocadas.

Lourosa, ____ de _____ de 201__

Assinatura do/da participante no estudo:

Esta página deste documento é duplicada: uma via para o processo, outra via para entrega à pessoa que consente.

Anexo II -Questionário

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

“SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA DO CUIDADOR INFORMAL”

Silva, J. (2011)

O envelhecimento da população, os avanços dos Cuidados de Saúde, as mudanças sociais da nossa sociedade e o bem-estar do doente dependente, tornam o cuidador informal tema central e prioritário no contexto da prestação de cuidados, nomeadamente no âmbito da saúde mental.

Este projecto de investigação encontra-se em desenvolvimento no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Universidade do Porto, sendo a investigadora, a enfermeira Jacinta M. Oliveira Nunes da Silva, e tendo como o orientador o Professor Carlos Sequeira.

Os dados obtidos destinam-se exclusivamente ao estudo em causa, assegurando-se absoluta confidencialidade dos mesmos.

De salientar que não existem respostas certas ou erradas, mas sim respostas singulares que correspondem à sua realidade, pelo que deve assinalar, a resposta que melhor descreve a sua situação, ou que melhor reflecte a sua apreciação.

Durante o preenchimento do questionário a investigadora estará presente para assistência do mesmo.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer sem quais prejuízos de natureza assistencial ou outros. Agradecemos de igual modo a sua atenção.

Resultados da investigação em curso podem ser solicitados a jacintasilva21@hotmail.com.

A investigadora

Ass.: _____

QUESTIONÁRIO

Por favor coloque uma X no quadrado ou quadrados que melhor correspondem à sua situação, ou resposta por breves palavras nos espaços e linhas em branco onde é solicitado.

Data de Preenchimento: //

Contexto:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comunidade | <input type="checkbox"/> Cuidados Intermédios |
| <input type="checkbox"/> Cuidados Intensivos 1 | <input type="checkbox"/> Cuidados Intensivos 2 |

I Parte – Dados do doente dependente

Nesta primeira parte pretende-se uma caracterização sociodemográfica da pessoa dependente.

1 – Sexo

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Feminino |
|------------------------------------|-----------------------------------|

2 – Data de Nascimento: //

3 – Estado Civil(marque apenas uma opção)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) |
| <input type="checkbox"/> Casado(a) | <input type="checkbox"/> Separado(a) de Facto |
| <input type="checkbox"/> União de Facto | <input type="checkbox"/> Viúvo(a) |

4 – Escolaridade: (número de anos que completou com sucesso)

5 – Profissão principal antes da reforma: _____

6 – Relação de parentesco com o Cuidador

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cônjuge | <input type="checkbox"/> Neto(a) |
| <input type="checkbox"/> Filho(a) | <input type="checkbox"/> Genro / Nora |
| <input type="checkbox"/> Irmão(ã) | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pai / Mãe | |

7 – Qual o sistema que o tornou dependente

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mental | <input type="checkbox"/> Endócrinas e metabólicas |
| <input type="checkbox"/> Neurológico | <input type="checkbox"/> Músculo-esqueléticas/
osteoarticulares |
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Dermatológicas |
| <input type="checkbox"/> Hematológico | <input type="checkbox"/> Oftálmicas e do foro
otorrinolaringológico |
| <input type="checkbox"/> Respiratório | |
| <input type="checkbox"/> Digestivo | |
| <input type="checkbox"/> Génito-urinárias | |

7.1 – Qual a afecção?

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oncológico | <input type="checkbox"/> Cirurgia |
| <input type="checkbox"/> Degenerativo | <input type="checkbox"/> Enfarte |
| <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Infecção |
| <input type="checkbox"/> Transplante | |

8 – Patologias associadas

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Consumo substâncias |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Úlceras de Pressão | |

9 – Tipo de vigilância de saúde que o doente dependente faz?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médico de família | <input type="checkbox"/> Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> Médico privado | <input type="checkbox"/> Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro de família | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

10 – Faz algum tipo de medicação

- ☐ Não
- ☐ Sim. Qual(s): _____

I PARTE – Escala de actividades de vida diária de Lawton e Brody

Nesta parte pretende-se fazer uma caracterização da dependência do utente a quem são prestados cuidados através da aplicação da Escala de Actividades de Vida Diária de Lawton e Brody.

1.Cuidados Pessoais

1 – Alimentação <input type="checkbox"/> (0) Normal <input type="checkbox"/> (1) Independente <input type="checkbox"/> (2) Necessita de ajuda para cortar ou servir <input type="checkbox"/> (3) Deve ser alimentado(a) na maioria das refeições	2 - Vestir-se <input type="checkbox"/> (0) Normal <input type="checkbox"/> (1) Independente, mas lento(a) <input type="checkbox"/> (2) Sequência errada, esquece itens <input type="checkbox"/> (3) Necessita de ajuda para vestir-se
3 – Banho <input type="checkbox"/> (0) Normal <input type="checkbox"/> (1) Toma banho sozinho(a) mas necessita de ser lembrado(a) <input type="checkbox"/> (2) Toma banho sozinho(a) com assistência <input type="checkbox"/> (3) Toma banho sozinho(a) com ajuda total de outros	4 - Eliminações fisiológicas <input type="checkbox"/> (0) Vai à casa de banho sozinho(a) <input type="checkbox"/> (1) Vai à casa de banho quando lembrado(a); pequenos problemas <input type="checkbox"/> (2) Precisa de ajuda para a actividade <input type="checkbox"/> (3) Não tem controlo sobre o esfíncter anal <input type="checkbox"/> e/ou vesical
5 – Medicação <input type="checkbox"/> (0) Toma sem ajuda <input type="checkbox"/> (1) Lembra-se quando a medicação é deixada em local especial <input type="checkbox"/> (2) Necessita de lembretes escritos ou falados <input type="checkbox"/> (3) Necessita que outros lhe dêem a medicação	6 - Interesse na aparência pessoal <input type="checkbox"/> (0) O mesmo de sempre <input type="checkbox"/> (1) Interessa-se quando vai sair, mas não em casa <input type="checkbox"/> (2) Preocupa-se quando solicitado <input type="checkbox"/> (3) É necessário ser vestido (a) por terceiros

Cuidados Domésticos

7 - Preparação da alimentação, cozinhar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) Planeia e prepara a refeição sem dificuldades <input type="checkbox"/> (1) Cozinha, mas menos do que o habitual ou com menos variedade <input type="checkbox"/> (2) Prepara a refeição com ajuda (ingredientes previamente seleccionados) <input type="checkbox"/> (3) Incapaz de preparar a comida 	8 - Arrumação da mesa <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) Normal <input type="checkbox"/> (1) Independente, mas lento(a) <input type="checkbox"/> (2) Esquece-se de itens ou coloca-os em local errado <input type="checkbox"/> (3) Não realiza esta actividade
9 - Trabalhos domésticos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) Mantém a casa como de costume <input type="checkbox"/> (1) Faz apenas metade do seu trabalho <input type="checkbox"/> (2) Ocasionalmente varre a casa ou faz pequenos serviços <input type="checkbox"/> (3) Não cuida da casa 	10 - Tarefas domésticas <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) Realiza todos os arranjos habituais <input type="checkbox"/> (1) Realiza, pelo menos, metade dos trabalhos habituais <input type="checkbox"/> (2) Ocasionalmente faz arranjos <input type="checkbox"/> (3) Não faz nenhum trabalho
11 - Lavar roupa <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) Lava-as como de costume (rotina) <input type="checkbox"/> (1) Lava com menos frequência <input type="checkbox"/> (2) Lava apenas quando lembrado <input type="checkbox"/> (3) Não lava as roupas 	

Trabalho, Recreação/Lazer

12 - Trabalho <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) Trabalha normalmente <input type="checkbox"/> (1) Problemas leves com responsabilidades de rotina <input type="checkbox"/> (2) Trabalha mas em actividades mais fáceis ou durante períodos de tempo mais curto <input type="checkbox"/> (3) Não trabalha 	13 - Recreação <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) A habitual <input type="checkbox"/> (1) Actividade menos frequente <input type="checkbox"/> (2) Perdeu certas habilidades necessárias para actividades recreativas <input type="checkbox"/> (3) Não participa em actividades recreativas
14 - Organizações <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) Comparece a encontros <input type="checkbox"/> (1) Comparece menos frequentemente <input type="checkbox"/> (2) Comparece ocasionalmente <input type="checkbox"/> (3) Não comparece a encontros 	15 - Viagens <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) O habitual <input type="checkbox"/> (1) Viaja com a ajuda de alguém <input type="checkbox"/> (2) Viaja com a ajuda de cadeira de rodas <input type="checkbox"/> (3) Limitado (a) à casa ou ao hospital

Compras e gestão do dinheiro

16 - Compras <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) Normal <input type="checkbox"/> (1) Esquece-se de itens ou compra itens desnecessários <input type="checkbox"/> (2) Necessita de ser acompanhado (a) enquanto faz as compras <input type="checkbox"/> (3) Não faz compras 	17 - Gestão do dinheiro <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) Normal <input type="checkbox"/> (1) Tem dificuldade em pagar valores exactos, contar o dinheiro <input type="checkbox"/> (2) Perde ou coloca o dinheiro em local errado <input type="checkbox"/> (3) Não gere o dinheiro
18 - Administração das finanças <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) Pagamento de contas e serviços bancários normais <input type="checkbox"/> (1) Paga contas atrasadas, dificuldade para preencher cheques <input type="checkbox"/> (2) Esquece-se de pagar as contas, 	

<p>problemas para administrar o saldo bancário; necessita da ajuda de terceiros</p> <p><input type="checkbox"/> (3) Não gere as finanças</p>	
--	--

Locomoção

<p>19 - Transporte publico</p> <p><input type="checkbox"/> (0) Utiliza transporte publico normalmente</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Utiliza transporte publico menos frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Perde-se quando utiliza transporte público</p> <p><input type="checkbox"/> (3) Não usa transporte publico</p>	<p>20 - Condução de veículos</p> <p><input type="checkbox"/> (0) Conduz normalmente</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Conduz com cuidado</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Dificuldade em conduzir, perde-se enquanto conduz</p> <p><input type="checkbox"/> (3) Não conduz</p>
<p>21 - Mobilidade pela sua vizinhança</p> <p><input type="checkbox"/> (0) Normal</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Sai de casa menos frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Perde-se nas proximidades de casa</p> <p><input type="checkbox"/> (3) Só sai acompanhado(a)</p>	<p>22 - Locomoção fora de locais familiares</p> <p><input type="checkbox"/> (0) Normal</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Ocasionalmente fica desorientado(a) em locais estranhos</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Fica muito desorientado(a), necessita de ser acompanhado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> (3) Não é capaz de sair sozinho(a) ou acompanhado(a)</p>

Comunicação

<p>23 - Uso do telefone</p> <p><input type="checkbox"/> (0) Normal</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Telefona apenas para alguns números familiares</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Apenas atende o telefone</p> <p><input type="checkbox"/> (3) Não usa o telefone</p>	<p>24 - Conversas</p> <p><input type="checkbox"/> (0) Normal</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Menos comunicativo(a), dificuldade em lembrar-se de certas palavras</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Comete erros ocasionais de linguagem</p> <p><input type="checkbox"/> (3) A fala é quase ininteligível</p>
<p>25 - Compreensão</p> <p><input type="checkbox"/> (0) Compreende tudo o que lhe é dito</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Solicita repetição para compreender</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Ocasionalmente tem dificuldade em compreender conversações ou palavras específicas</p> <p><input type="checkbox"/> (3) Não compreende o que as pessoas falam na maior parte do tempo</p>	<p>26 - Leitura</p> <p><input type="checkbox"/> (0) Normal</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Lê com menor frequência</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Tem dificuldade em compreender ou lembrar-se do que leu</p> <p><input type="checkbox"/> (3) Não lê</p>
<p>27 - Escrita</p> <p><input type="checkbox"/> (0) Normal</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Escreve com menor frequência, dá erros ocasionais</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Apenas assina o nome</p> <p><input type="checkbox"/> (3) Não escreve</p>	

Relações sociais

<p>28 - Relações familiares</p> <p><input type="checkbox"/> (0) Normais</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Pequenos problemas</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Sérios problemas</p>	<p>29 - Relações familiares (crianças)</p> <p><input type="checkbox"/> (0) Normais</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Facilmente irritável, punições intempestivas</p>
--	--

<input type="checkbox"/> (3) Divorciado(a), separado(a), sem relacionamentos	<input type="checkbox"/> (2) Negligencia as necessidades físicas e emocionais dos filhos <input type="checkbox"/> (3) Incapaz de cuidar das crianças
30 – Amigos <input type="checkbox"/> (0) Encontra os amigos com a mesma frequência <input type="checkbox"/> (1) Encontra os amigos com menos frequência <input type="checkbox"/> (2) Aceita visitas, mas não procura companhia <input type="checkbox"/> (3) Recusa a vida social; insulta os visitantes <input type="checkbox"/>	

Pontuação total: a pontuação oscila entre 0 e 90, e uma mais elevada pontuação significa uma maior dependência.

III PARTE – Dados do cuidador informal

Nesta terceira parte pretende-se uma caracterização sociodemográfica do cuidador informal.

1 – Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

2 – Data de Nascimento: / /

3 – Estado Civil

☐ Solteiro(a)

☐ Divorciado(a)

☐ Casado(a)

☐ Separado(a) de Facto

☐ União de Facto

☐ Viúvo(a)

4 – Escolaridade: (número de anos que completou com sucesso)

5 – Situação Profissional / Ocupação

☐ Desempregado(a)

☐ Estudante

☐ Doméstico(a)

☐ Reformado(a) por idade

☐ Empregado(a)

☐ Reformado(a) por invalidez

6 – Actualmente, cuida de quantas pessoas?

7 – Há quanto tempo cuida do doente dependente: (anos) e (meses)

8 - Cuida desta pessoa:

☐ Uma vez por dia

☐ Duas a três vezes por semana

☐ Sazonalmente (ex. Inverno)

☐ Duas a três vezes por dia

☐ < 1 vez por semana

☐ Rotativamente (ex. Meses com cada filho)

☐ Ao longo do dia

☐ Ocasionalmente (ex. Doença)

☐ Outra: _____

9 - Quanto tempo (em média) demora a cuidar do doente dependente: ____ (minutos)

10 - Tipo de cuidados presta:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Supervisionar | <input type="checkbox"/> Substituição |
| <input type="checkbox"/> Orientar | <input type="checkbox"/> Preocupação |
| <input type="checkbox"/> Ajuda – parcial | |

11 -Número de cuidadores ____

11.1 - É o cuidador principal?

- ☐ Sim
☐ Não

11.2 - Tipologia de distribuição de tarefas (se for mais do que um cuidador):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rotativo; | <input type="checkbox"/> Entreadajuda; |
| <input type="checkbox"/> Mensal; | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <input type="checkbox"/> Fim-de-semana; | |

12 - Que tipo de apoio recebe? (Pode assinalar mais do que uma resposta)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Informativo | <input type="checkbox"/> Instrumental |
| <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____ |

13 - Em geral, considera que a sua saúde é:

- ☐ Muito Boa ☐ Boa ☐ Aceitável ☐ Fraca ☐ Muito fraca

14 - Tem alguma patologia?

- ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

15 - Ingere alguns medicamentos para esses problemas?

- ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

16 - Tipo de vigilância de Saúde que faz?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico de Família | <input type="checkbox"/> Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro de Família | <input type="checkbox"/> Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Médico privado | <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____ |

17 - Já teve algum episódio de doença mental anterior?

- ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

18 - Se a resposta anterior foi sim, houve necessidade de internamento?

- ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

19 - Faz algum tipo de medicação psiquiátrica?

- ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

20 - Tem algum familiar com doença mental?

- ☐ Não
☐ Sim. Grau de parentesco: _____ Patologia: _____

IV PARTE - Brief Symptom Inventory

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços á direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o **GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA**. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afectado pelos seguintes	Nunca (0)	Poucas Vezez (1)	Algumas Vezez (2)	Muitas Vezez (3)	Muitíssimas Vezez (4)
1. Nervosismo ou tensão interior					
2.Desmaios ou tonturas					
3.Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4.Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5.Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8.Medo na rua ou praça públicas					
9.Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13.Ter impulsos que não se podem controlar					
14.Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15.Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18.Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20.Sentir-sefacilmente ofendido nos seus sentimentos					
21.Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23.Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25.Dificuldade em adormecer					

Em que medida foi afectado pelos seguintes	Nunca (0)	Poucas Vezez (1)	Algumas Vezez (2)	Muitas Vezez (3)	Muitíssimas Vezez (4)
26.Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27.Dificuldade em tomar decisões					
28.Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29.Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32.Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34.Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35.Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38.Sentir-se em estado de tensão e aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40.Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41.Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42.Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43.Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44.Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa					
45.Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47.Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho					
48.Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49.Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado/quieto					
50.Sentir que não tem valor					
51.A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça					

21 – Para além dos sintomas descritos nas questões anteriores, existe algum que queira acrescentar? _____

BSI

PATOLOGIAS	ITENS							TOTAL
Somatização	2	7	23	29	30	33	37	
Obsessões-Compulsões	5	15	26	27	32	36		:6=
Sensibilidade interpessoal	20	21	22	42				
Depressão	9	16	17	18	35	50		
Ansiedade	1	12	19	38	45	49		
Hostilidade	6	13	40	41	46			
Ansiedade Fóbica	8	28	31	43	47			:5=
Ideação Paranóide	4	10	24	48	51			:5=
Psicoticismo	3	14	34	44	53			:5=

ÍNDICE	FÓRMULA		RESULTADO
Índice Geral de Sintomas (IGS)	Somatório das pontuações de todos os itens: Nº total de itens		
Total de Sintomas Positivos (TSP)	Contagem dos itens assinalados com resposta positiva (>0)		
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	Somatório das pontuações de todos os itens : TSP	:__=	

FIM

Por favor verifique se respondeu a todas as questões que lhe colocámos.

Mais uma vez, muito obrigado pela sua colaboração.

**Anexo III - Autorização para aplicação da BSI pela Professora
Canavarro**

De: **MariaCristinaCanavarro** <mccanavarro@netcabo.pt>

Data: 15 de Fevereiro de 2011 21:18

Assunto: Re: Pedido de autorização para aplicação da "Brief Symptom Inventory"

Para: Jacinta Silva <jacintasilva21@hotmail.com>

Cara En^a Jacinta Silva,

Está autorizada a utilizar a versão Portuguesa do BSI, da qual sou autora e que envio em anexo.

Para conhecer dados relativos aos procedimentos de passagem e cotação, bem como informação sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar bibliografia indicada na nossa página web <http://www.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>. (Envio, em anexo, capa de livro esgotado).

Cumprimentos da

Maria Cristina Canavarro

.....

MariaCristinaCanavarro

mccanavarro@fpce.uc.pt
<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>
<http://www.huc.min-saude.pt/unipmaternidade>

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153
3001-802 Coimbra Portugal
Tel. (+351239851450) Fax (+351239851465)

Unidade de Intervenção
Psicológica (UnIP) Maternidade
Doutor Daniel de Matos Avenida
Miguel Torga
3030-165 Coimbra Portugal
Tel. (+351239403060) Fax (+351239403062)

From: jacintasilva21@hotmail.com

Sent: Tuesday, February 15, 2011 8:45 PM

To: MariaCristinaCanavarro

Subject: Re: Pedido de autorização para aplicação da "Brief Symptom Inventory"

Exma. Professora Doutora Maria Cristina Canavarro

Envio o formulário para autorização da utilização do BSI.

Aguardando a sua resposta, envio os meus cumprimentos

En^a Jacinta Silva

Nodia 4 de Fevereiro de 2011 22:20, MariaCristinaCanavarro <mccanavarro@netcabo.pt> escreveu:

Cara En^a Jacinta Silva,

Convido-a a visitar a nossa página (<http://www.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>) e a preencher o formulário que nela pode encontrar, relativo à utilização do BSI, para que lhe possa enviar o instrumento e respectivas informações.

Aguardando o seu contacto, envio os meus cumprimentos,

Maria Cristina Canavarro

.....

MariaCristinaCanavarro

mccanavarro@fpce.uc.pt<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm><http://www.huc.min-saude.pt/unipmaternidade>

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153
3001-802 Coimbra Portugal
Tel.(+351239851450) Fax(+351239851465)

Unidade de Intervenção
Psicológica (UnIP) Maternidade
Doutor Daniel de Matos Avenida
Miguel Torga
3030-165 Coimbra Portugal
Tel.(+351239403060) Fax(+351239403062)

From:jacintasilva21@hotmail.com

Sent:Friday, February 04, 2011 9:31PM

To:mccanavarro@fpce.uc.pt

Subject:Pedido de autorização para aplicação da "Brief Symptom Inventory"

Exma. Professora Doutora Maria Cristina Canavarro

Projecto: Estudo de investigação para avaliação da Sintomatologia Psiquiátrica nos Cuidadores Informais de utentes inscritos na USF-Famílias (Lourosa – Santa Maria da Feira).

Solicita-se a Vossa Excelência a autorização para a aplicação da "Brief Symptom Inventory", no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto a decorrer na USF-Famílias (Lourosa – Santa Maria da Feira).

Como meu agradecimento e na perspectiva de uma resposta positiva, fico grata,

Atentamente,

Jacinta M. Oliveira Nunes da Silva
(Enfermeira mestranda da ESEP)

**Anexo IV - Autorização do Director Executivo do ACES Entre Douro e
Vouga I - Feira/Arouca**

Enfermagem usf famílias

De: "ACES Feira-Arouca" <acesfeira-arouca@csfeira.min-saude.pt>
Para: "Enfermagem usf_familias" <enf.usf_familias@csfeira.min-saude.pt>
Enviado: terça-feira, 17 de Maio de 2011 11:26
Assunto: RE: Mestrado - pedido de autorização

Exma. Enfermeira Jacinta Silva:

Face ao parecer da Comissão de Ética da ARS Norte, esta autorizada a iniciar o seu trabalho de investigação. Aproveito para lhe desejar o maior êxito pessoal e profissional.

Cumprimentos

Dias Costa

Director Executivo do ACES Entre Douro
e Vouga I Feira-Arouca
Telem.: 927810778

De: Enfermagem usf_familias [mailto:enf.usf_familias@csfeira.min-saude.pt]
Enviada: terça-feira, 17 de Maio de 2011 18:50
Para: director aces
Assunto: Mestrado – pedido de autorização

Exmo. Director Executivo do ACES Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário na Unidade Saúde Familiar-Família

Após ter recebido o ofício por parte do Dr. Rosalvo Almeida (presidente da Comissão de ética da ARS-Norte) que também enviou o mesmo a vossa excelência, venho por este meio pedir a sua autorização para dar início à colheita de dados (através da aplicação do questionário) aos cuidadores informais dos utentes inscritos na USF-Famílias.

Sem outro assunto de momento

Cumprimentos

Jacinta Silva

Enfermeira USF-Famílias

Enfermagem usf_familias-Centro Saúde de Sta. Maria da Feira
Morada: Ruado Infantilário, 276 -4535-068 - Lourosa Telefone :
227443057
Email: enf.usf_familias@csfeira.min-saude.pt

17-05-2011

Anexo V - Autorização da CES da ARS-Norte



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

1/2

PARECER Nº 27/2011

Sobre o estudo “Sintomatologia psiquiátrica do cuidador informal”

A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) deu início ao Processo n.º27.11 CES com base no pedido formulado pela Enfermeira Jacinta M. Oliveira Nunes da Silva dirigido a esta CES em 14 de Março de 2011.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: 1.pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados no âmbito do trabalho de investigação; 2.projecto do trabalho de investigação, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação do Prof. Carlos Sequeira, com os seguintes anexos: questionário dirigido aos cuidadores informais e o modelo de consentimento livre e informado e esclarecido; 3.declaração do orientador do estudo de investigação; 4.declaração de compromisso da investigadora de entregar a esta CES o relatório final e os relatórios anuais da evolução da investigação.

A.3.A investigadora pretende identificar a sintomatologia psiquiátrica dos cuidadores informais inscritos na USF- Famílias (Lourosa–Santa Maria da Feira), através de um estudo de carácter exploratório e quantitativo. A população alvo é constituída por todos os cuidadores informais dos doentes dependentes identificados nas listas de utentes inscritos na USF–Famílias. O instrumento de recolha de dados é um questionário.

A.4.Após análise da documentação a CES solicitou esclarecimentos complementares dos seguintes pontos: *i)* identificação da dimensão da amostra da população; *ii)* clarificação sobre se os potenciais participantes são cuidadores de doentes a que assiste nas suas funções de enfermeira da USF ou se vai abordar pessoas que desconhece; *iii)* declaração simples no caso de serem os profissionais a abordar as pessoas, onde conste que pediram autorização verbal para serem referenciadas para eventualmente participarem no estudo; *iv)* reformulação do modelo de consentimento informado cumprindo o preconizado no documento-guia desta CES para o efeito; *v)* sugestão de que o modelo de consentimento deverá, ao pedir ao cuidador dados de saúde da pessoa alvo dos seus cuidados, incluir uma referência a que esta também consente que os seus dados sejam fornecidos a uma investigadora porque acredita que serão mantidos sem referência do seu nome e apenas utilizados para o estudo; *vi)* referência, na introdução do modelo de consentimento informado, a que a aplicação do questionário será realizada na presença da investigadora, dada a relativa complexidade do questionário.

A.5.A investigadora informou que a amostra é de cerca de 100 utentes dependentes e que acolheita de dados será feita a través de visitas domiciliárias aos cuidadores informais dos utentes dependentes que aceitem participar no estudo, após terem tido conhecimento prévio através da equipa multidisciplinar (médico/enfermeiro de família). A investigadora aceitou todas as sugestões referidas por esta CES, nomeadamente, em relação ao modelo de consentimento informado.

B–IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1.Reconhecendo a mais-valia deste estudo, porque o preenchimento dos questionários poderá afetar o normal funcionamento do serviço, esta CES chama a atenção para a necessidade de a investigadora escolher uma oportunidade de abordagem que evite esse inconveniente.



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

2/2

B.2. Face às respostas aos pedidos de esclarecimentos formulados, não se detetam questões éticas que obstaculizem a concretização do projeto, estando dadas as garantias de confidencialidade e de respeito pelos participantes.

C—CONCLUSÕES

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo. A Relatora, *Susana Teixeira*

Aprovado em reunião do dia 13 de Maio de 2011, por unanimidade.

Rosalvo Almeida, Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

**Anexo VI - Autorização para aplicação dos questionários pelo
Coordenador da USF**

PáginaWeb1de1

USF Famílias-ADM

De: Coord.usf_familias[Coord.usf_familias@csfeira.min-saude.pt]

Enviado: terça-feira, 17 de Maio de 2011 12:12

Para: 'USF Famílias-ADM'

Assunto: RE: Mestrado-pedido de autorização

Exma.Sra.Enfermeira
Jacinta Silva

Face ao parecer da Comissão de Ética da ARS Norte, está autorizada a iniciar o seu trabalho de investigação
Cumprimentos,

Nunes de Sousa
Coordenador da USF

De: Enfermagem usf_familias[mailto:enf.usf_familias@csfeira.min-saude.pt]

Enviada: terça-feira, 17 de Maio de 2011 12:22

Para: USF Famílias

Assunto: Mestrado - pedido de autorização

Exmo.Coordenador USF-Famílias do
ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário em Unidade de Saúde Familiar – Famílias

Após ter recebido o ofício por parte do Dr. Rosalvo Almeida (presidente da Comissão de ética da ARS-Norte) que também enviou o mesmo a vossa excelência, venho por este meio pedir a sua autorização para dar início à sua colheita de dados (através da aplicação de questionários) aos cuidadores informais dos utentes inscritos na USF-Famílias.

Sem outro assunto de momento

Cumprimentos

Jacinta Silva

Enfermeira USF-Famílias

17-05-2011