

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

"Sintomatologia psiquiátrica dos familiares cuidadores
de doentes com internamento em Cuidados Intensivos"

Dissertação

Dissertação de Mestrado Orientada pelo Prof. Doutor Carlos Alberto da
Cruz Sequeira

José Filipe Dos Santos Costa

PORTO, 2012

DEDICATÓRIA

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

A todos os familiares cuidadores que participaram neste estudo o meu sincero agradecimento.

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Sequeira pelo seu apoio construtivo.

Aos profissionais do Serviço Cuidados Intensivos pela disponibilidade.

À minha família e amigos pelo apoio e estímulo permanente.

“Quanto mais desejo realizar alguma coisa, menos a chamo de trabalho.”

Richard Bach

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

% - Percentagem

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

BSI - *Brief Symptom Inventory*

CI - Cuidador Informal

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

DP - Desvio Padrão

DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - 4ª Revisão

EUA - Estados Unidos da América

H - Teste *Kruskal Wallis*

IGS - Índice Geral de Sintomas

INE - Instituto Nacional de Estatística

ISP - Índice de Sintomas Positivos

M - Média

N - Número de casos

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - significância estatística

PSPT - Perturbação de *stress* pós-traumático

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

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TSP - Total de Sintomas Positivos

UCI - Unidade Cuidados Intensivos

U - *Mann-Whitney*

RESUMO

Título: Sintomatologia psiquiátrica dos familiares cuidadores de doentes com internamento em Cuidados Intensivos.

A insistência por um modelo biomédico centrado na doença, deixa de lado aquele que mais intervém no doente, o Familiar Cuidador, pois não permite que o seu trabalho tenha a visibilidade merecida e todo o apoio necessário. Compete à Enfermagem, a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações que sejam centradas na família, tendo em conta o seu contexto. O assumir do papel de cuidador tem repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores informais, tornando-os mais vulneráveis a desenvolver uma patologia mental. Acompanhar a experiência dos familiares cuidadores de doentes que estiveram internados em UCI, com dependência nas ABVD e que se encontram em processo de recuperação no domicílio, despertou-nos para a problemática da necessidade de cuidados dos familiares no que respeita à Saúde Mental.

Este estudo tem como objetivo compreender a relação entre sintomatologia psiquiátrica dos familiares cuidadores de pessoas dependentes e o exercício do papel no cuidar, bem como a sua relação com as variáveis sociodemográficas de contexto e clínicas. Para melhor fundamentar este estudo, recorreremos ao apoio da teoria do *stress* e das transições.

Optámos por um estudo quantitativo de carácter exploratório e transversal. Recorreu-se à entrevista, por contacto telefone, utilizando como guião um questionário para recolha da informação sociodemográfica de contexto e clínica, e dois instrumentos já validados para a população portuguesa: Escala de atividades de vida diárias de Lawton e Brody aplicada aos doentes com dependências e o BSI aplicado aos familiares cuidadores.

Os principais resultados encontrados no domínio dos familiares cuidadores que participaram neste estudo são semelhantes aos de outros estudos nacionais e

internacionais. Os cuidadores informais principais são mulheres com 57 anos, casadas, com escolaridade ao nível do 1.º Ciclo do Ensino Básico. A situação profissional, é de reformado por idade, ter um emprego e desempenhar funções domésticas em casa. Em termos de prestação de cuidados cuidam do doente em média há 11 meses, prestam cuidados ao longo do dia, demoram em média 210 minutos por dia a cuidar do doente e 1/4 cuidam de duas ou mais pessoas. A tipologia de cuidados que prestam é de supervisionar, preocupação e assistir parcialmente, e referem não receber qualquer tipo de apoio. Consideram o seu estado de saúde entre fraco e aceitável, referem a existência de problemas de saúde. O médico de família é o principal recurso para a vigilância da saúde, e recorrem pouco ao enfermeiro de família. Não relatam antecedentes de patologia mental.

Concluimos que, os cuidadores participantes no presente estudo não demonstram valores indicadores de sintomatologia psiquiátrica avaliados pelo BSI. Analisando a sintomatologia psiquiátrica de forma mais detalhada, assumimos como variáveis associadas a índices mais elevados de sintomatologia psiquiátrica o ser mulher, ser mais velho(a) e ser doméstica ou desempregada para a predisposição de somatização e obsessões-compulsões. Verificamos também que ter menos escolaridade, ter uma perceção negativa da sua saúde e ter antecedentes de doença mental aumentam a predisposição para a somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica e psicoticismo. Outra conclusão está relacionada com o passar mais tempo por dia nos cuidados, mais de 200 minutos, o grau de dependência da pessoa que recebe os cuidados e o tipo de cuidados que prestam, assistir parcialmente, predispõe os familiares cuidadores a desenvolverem sintomatologia relacionada com a somatização, obsessões-compulsões, depressão, ansiedade e psicoticismo.

O BSI revela-se como um bom instrumento para avaliar situações de maior vulnerabilidade do Familiar Cuidador, ou seja, níveis mais elevados de sintomatologia psiquiátrica, que devem ser alvo da atenção dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros especialistas em saúde mental, de modo a que continuem a exercer o seu papel de prestador de cuidados sem colocarem em risco a sua saúde.

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

ABSTRACT

Title: Psychiatric symptomatology of family caregivers of patients with hospitalization in intensive care.

The insistence on a biomedical model based on disease, one that sets aside more involved in the patient, the Family Caregiver, because it allows your work to have the visibility they deserve and all necessary support. It is for the Nursing responsibility for the development of activities that are family-centered, taking into account its context. The assumption of the role of caregiver has an impact on personal life, family, work and social informal caregivers, making them more vulnerable to developing a mental illness. Accompany the experience of family caregivers of patients who were hospitalized in ICU with ABVD and dependence in which they are in recovery at home, awakened us to the problem of need for care of family members in relation to Mental Health.

This study aims to understand the relationship between psychiatric symptomatology of family caregivers of dependent people and the exercise of the caring role and their relationship to sociodemographic and clinical context. To better support this study, we used to support the theory of stress and transition.

We chose a quantitative study of exploratory nature and transverse. Appealed to the interview, contact phone, using a questionnaire as a guide for collection of sociodemographic information and clinical context, and two instruments previously validated for the Portuguese population: Scale activities of daily living of Lawton and Brody applied to patients with addictions BSI and applied to family caregivers.

The main findings in the field of family caregivers who participated in this study are similar to other national and international studies. The main informal caregivers are women 57 years old, married, with the schooling level 1. First cycle of Basic Education. The professional status is retired by age, having a job and

performs domestic duties at home. In terms of care of the patient care on average for 11 months, providing care throughout the day, it takes on average 210 minutes per day caring for the sick and fourth takes care of two or more people. The type of care they provide is to oversee concern and partially watch and report not receiving any support. Consider their health status between poor and acceptable, report the existence of health problems. The family physician is the primary resource for health surveillance, and uses just the nurse family. Do not report a history of mental illness.

We conclude that the caregivers participating in this study did not show values indicators of psychiatric symptoms assessed by the BSI. Looking at the psychiatric symptoms in more detail, we take as variables associated with higher rates of psychiatric symptoms being female, being older home and be unemployed or predisposition to somatization, obsessions and compulsions. We also have less education, have a negative perception of their health and have a history of mental illness increases the predisposition to somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, phobic anxiety and psychoticism. Another conclusion is related to spending more time in a day care, more than 200 minutes, the degree of dependency of the person receiving the care and type of care they provide, watch part, predisposes family caregivers to develop symptoms related to somatization , obsessions, compulsions, depression, anxiety, and psychoticism.

The BSI is revealed as a good tool to assess situations of greater vulnerability of the Family Caregiver, ie, higher levels of psychiatric symptoms, which should be the focus of attention of health professionals, especially nurses' mental health experts, so to continue to exercise their role of caregiver without jeopardizing your health.

Keywords: Intensive Care, Informal Caregiver; Psychiatric Symptomatology; Dependence.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1 - INTERNAMENTO EM CUIDADOS INTENSIVOS	23
2 - CUIDAR DA PESSOA COM DEPENDÊNCIA.....	29
3 - CONCEITO DE CUIDADOR INFORMAL.....	35
4 - SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA.....	45
5 - ESTADO DA ARTE.....	55
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	63
6 - CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO	63
7 - FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO	65
8 - MATERIAL E MÉTODOS	67
8.1 - Tipo de Estudo.....	67
8.2 - Questões de Investigação.....	68
8.3 - População e Amostra	68
8.4 - Variáveis	69
8.5 - Instrumento de Colheita de Dados.....	70
8.5.1 - <i>Questionário sociodemográfico e clínico</i>	70
8.5.2 - <i>Escala de Lawton e Brody</i>	71
8.5.3 - <i>Brief Symptom Inventory</i>	71
8.6 - Pré-teste	75
8.7 - Procedimento para a Colheita de Dados.....	75
8.8 - Estratégias para Análise dos Dados	77
8.9 - Considerações Éticas	78
9 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	79

9.1 - Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Doentes	79
9.2 - Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Cuidadores Informais.....	85
9.3 - Relação entre as Variáveis	92
10 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	103
CONCLUSÃO	113
BIBLIOGRAFIA	117
ANEXOS.....	125
Anexo I - Questionário	127
Anexo II - Autorização do Gabinete Coordenador de Investigação/Departamento Ensino, Formação e Investigação e da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital	139
Anexo III - Consentimento Informado	143

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Estado da Arte.....	60
Tabela 2:	Estado da Arte.....	61
Tabela 3:	Valores de consistência interna das dimensões incluídas no BSI....	74
Tabela 4:	Resultados da população de doentes após seleção da amostra.....	77
Tabela 5:	Distribuição das pessoas com dependência por profissão principal antes do internamento.....	80
Tabela 6:	Distribuição das pessoas com dependência em função do tipo do sistema afetado pela patologia.....	81
Tabela 7:	Distribuição das pessoas com dependência em função do tipo de patologias associadas.....	81
Tabela 8:	Distribuição das pessoas com dependência em função da vigilância de saúde.....	82
Tabela 9:	Distribuição das pessoas com dependência em função do grau de dependência em cada item da Escala de Atividades de Vida Diária de <i>Lawton e Brody</i>	83
Tabela 10:	Distribuição das pessoas com dependência em função do grau de dependência em cada item da Escala de Atividades de Vida Diária de <i>Lawton e Brody</i>	84
Tabela 11:	Distribuição dos cuidadores por situação profissional atual.....	85
Tabela 12:	Distribuição dos cuidadores em função da regularidade da prestação de cuidados ao doente internado na UCI.....	86
Tabela 13:	Distribuição dos cuidadores em função do tipo de cuidados que presta.....	86
Tabela 14:	Distribuição dos cuidadores em função do tipo de apoio que recebe.....	87

Tabela 15:	Distribuição dos cuidadores relativamente ao tipo de patologia relatada.....	87
Tabela 16:	Distribuição dos cuidadores em função da vigilância de saúde.....	88
Tabela 17:	Resultados descritivos obtidos nas dimensões e índices globais do BSI.....	88
Tabela 18:	Distribuição dos participantes de acordo com as opções de resposta escolhidas em cada item do BSI.....	89
Tabela 19:	Distribuição dos participantes de acordo com as opções de resposta escolhidas em cada item do BSI.....	90
Tabela 20:	Distribuição dos participantes de acordo com as opções de resposta escolhidas em cada item do BSI.....	91
Tabela 21:	Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do género do cuidador.....	92
Tabela 22:	Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> para as variáveis idade, escolaridade, dimensões e índices globais do BSI.....	93
Tabela 23:	Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função da situação profissional do cuidador.....	94
Tabela 24:	Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função da sua saúde percebida.....	95
Tabela 25:	Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do número de patologias do cuidador.....	96
Tabela 26:	Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função de antecedentes psiquiátricos do cuidador.....	96
Tabela 27:	Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função do género do familiar dependente.....	97
Tabela 28:	Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função do grau de dependência do familiar dependente.....	98
Tabela 29:	Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> para as variáveis tempo médio de cuidados aos familiares dependentes, dimensões e índices globais do BSI.....	99

Tabela 30: Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função do tipo de cuidados que prestam.....	99
Tabela 31: Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função do tempo de prestação de cuidados.....	100
Tabela 32: Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função do número de doentes ao seu cuidado.....	101

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Comparação dos critérios de diagnósticos da perturbação de *stress* pós-traumático com a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico ou a depressão (adaptado de (Filho, et al., 2001)..... 47
- Figura 2:** Identificação da população do estudo..... 76

INTRODUÇÃO

As transformações políticas e sociais que têm ocorrido no nosso país, nos últimos anos, levaram à reorganização dos cuidados de saúde. No entanto, várias situações mantêm-se 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 aspetos relacionados com a dependência assumem um carisma problemático, é no momento da alta, por vezes efetuado de forma precoce, que estes adquirem um carácter ainda mais complexo, o que facilmente se justifica pela escassez de recursos na comunidade e pelas dificuldades sentidas pela família, quando esta assegura o papel de cuidador.

O contacto com os familiares dos doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) permitiu uma reflexão do momento quase sempre difícil para a família, que pode experimentar sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro do seu familiar, sentimentos que, também envolvem as suas próprias perspetivas de vida.

Vila, Grazziano e Lesk, citados por Maruiti, et al. (2008), referem que a constatação de uma doença em um indivíduo adulto, e a sua hospitalização podem gerar desequilíbrio em toda a estrutura familiar. A hospitalização acarreta uma quebra do vínculo familiar, levando o doente e familiares a vivenciarem profundas mudanças nas suas vidas. Durante essa fase, é comum ocorrerem alterações de papéis e sentimentos de medo e insegurança que podem precipitar crises.

O medo da morte, as incertezas relacionadas com o prognóstico, o tratamento, os conflitos emocionais, a preocupação com a condição financeira, as alterações de papel e a quebra de rotina podem gerar ansiedade, depressão em alguns membros da família. As limitações das doenças podem privar o cuidador da

sua sociabilidade quotidiana e interromper o curso normal da vida para os doentes e seus familiares (Luzardo, et al., (2006), citado por Sales, et al. (2010)).

Acompanhar a experiência dos familiares cuidadores de doentes que estiveram internados em UCI, e que se encontram em processo de recuperação, levou-nos a questionar se a este papel de cuidador pode estar associada a necessidade de ajuda no que respeita á Saúde Mental.

O assumir do papel de cuidador tem repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores informais, 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 autoestima, 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).

Proporcionar cuidados durante um longo período de tempo pode ser física e psicologicamente esgotante, como pode interferir adversamente na saúde e bem-estar do cuidador. As consequências da prestação informal de cuidados têm sido descritas em termos de mal-estar psicológico e de morbilidade física. Apesar da dificuldade em apurar se um problema de saúde resulta da situação da prestação de cuidados, sabe-se que raramente o efeito é positivo.

Poucos estudos se desenvolveram com o propósito de avaliar a sintomatologia psiquiátrica de familiares cuidadores. Existem trabalhos publicados sobre Cuidador Informal, mas não direcionados para a sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores familiares de doentes internados em UCI.

Considerando que a enfermagem tem vindo a desenvolver estudos com famílias, notamos certa dificuldade destes profissionais em desenvolver pesquisas sobre famílias que cuidam de um doente que por uma vicissitude, esteve em risco de vida. Assim, acreditamos que este estudo possa contribuir para melhorar a assistência prestada a esses cuidadores, como também avivar nos profissionais de enfermagem a importância de ver a família dentro deste contexto como alguém que também se encontra doente.

Esta dissertação surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Após a leitura e reflexão de vários estudos e da constatação na prática clínica que sugere que as pessoas que prestam cuidados a familiares dependentes física e/ou mentalmente,

que estiveram internados numa UCI, sofrem mudanças, geralmente desfavoráveis, na vida familiar, social e económica, mas sobretudo a nível mental.

Neste sentido, propomos realizar um estudo descritivo e exploratório sobre a sintomatologia psiquiátrica dos familiares cuidadores de doentes com internamento em cuidados intensivos, pela relevância que este pode trazer, tanto a nível das decisões políticas em saúde mental, quanto à criação de novos projetos direcionados e especializados nesta temática. Pretende-se com este estudo, proporcionar uma compreensão mais ampla da ocorrência e influência que a sintomatologia psiquiátrica possa ter sobre os cuidadores informais, bem como as consequências diretas e indiretas para o funcionamento individual, familiar e social.

Sendo assim, os objetivos deste trabalho são:

- Caracterizar os doentes e familiares cuidadores inquiridos, em relação às características sociodemográficas e clínicas;
- Identificar a Sintomatologia Psiquiátrica mais frequente nos familiares cuidadores de pessoas que estiveram internadas em UCI;
- Identificar fatores associados com a dependência do doente, e a Sintomatologia Psiquiátrica, dos familiares cuidadores;

Para atingir os objetivos propostos, foi elaborado um estudo no paradigma quantitativo e de natureza descritivo, com a análise das variáveis dependentes e independentes e como se relacionam diretamente com a sintomatologia psiquiátrica e a prestação de cuidados. Para tal foi elaborado um questionário e aplicado à população alvo deste trabalho.

Esta dissertação está estruturada em duas partes. Na primeira parte é apresentado o enquadramento teórico, no qual é feita uma breve revisão da literatura sobre cuidados intensivos, dependência, cuidadores informais e sintomatologia psiquiátrica. Também é apresentado o estado da arte com a abordagem de alguns estudos que consideramos poderem contribuir para o nosso.

Na segunda parte é apresentado o estudo empírico propriamente dito. Em relação ao qual são expostos, de forma mais detalhada, a metodologia adotada para a concretização deste estudo, seguida da apresentação e discussão dos resultados obtidos.

Por fim, são apresentadas as conclusões, limitações e aplicações do estudo. Seguem-se as referências bibliográficas e os anexos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - INTERNAMENTO EM CUIDADOS INTENSIVOS

O conceito moderno de medicina intensiva nasceu há mais de um século quando Florence Nightingale em 1852 se apercebeu da importância de manter juntos, em determinada área da enfermaria, alguns doentes que tinham necessidades de atenção especial (Pereira, 2000).

A Medicina Intensiva surge com a epidemia de poliomielite de Copenhaga em 1952. Até aí conheciam-se já alguns dos princípios básicos da fisiologia respiratória e dispunha-se de uma tecnologia capaz de produzir equipamentos de prótese respiratória (Velo, 2000). A Medicina Intensiva fez a sua estreia com a reanimação respiratória.

Em toda a Europa, o crescimento da Medicina Intensiva está intimamente relacionado com o crescimento da Anestesia. Em Portugal, nos primeiros doentes em que foram utilizadas próteses ventilatórias, no pós-operatório, submetidos a cirurgia pulmonar, cirurgia cardíaca, neurocirurgia, politraumatizados e traumatizados craneoencefálicos, estiveram presentes anestesistas. Em 1962, o Serviço de Neurologia do Hospital de Santo António, no Porto, criou o primeiro serviço de reanimação com a colaboração do serviço de Anestesia. Na mesma altura, o Hospital de São João organizou um Serviço de reanimação, cuja direção foi entregue à Anestesia (Veríssimo, et al., 2000) e (Moreno, 2000).

As UCI deixaram progressivamente de ser exclusivamente de reanimação respiratória para se transformarem em unidades polivalentes. Quanto ao tipo de doentes são divididas em médicas, cirúrgicas e polivalentes, existindo ainda UCI agregadas às especialidades em que se encontram inseridas e, por isso, monovalentes ou específicas - pneumologia, coronária, neurocirúrgicas,

cardiorácicas. Sejam polivalentes ou monovalentes as unidades são áreas com necessidades estruturais específicas, organização própria e equipas médicas e de enfermagem de dimensões consideráveis. Destas, algumas adquiriram o estatuto de serviços, mas a maioria funcionam mais ou menos independentes e com médicos agregados aos serviços de origem (Silva, 2000) e (Veloso, 2000).

Na Europa, quanto aos níveis de cuidados, Miranda, et al., (1990), citado por Silva (2000), avançam com um sistema de classificação correlacionando os níveis de carga de trabalho e os recursos humanos atribuídos. A avaliação da gravidade da doença em doentes críticos é feita através da utilização de índices de gravidade e de modelos prognósticos. Os primeiros são instrumentos que visam apenas estratificar os doentes de acordo com a sua gravidade, atribuindo a cada doente uma pontuação crescente à medida que a sua gravidade aumenta. Os modelos prognósticos, para além desta vertente de estratificação de gravidade, destinam-se a prever um determinado resultado, geralmente o resultado à alta do hospital, baseados num determinado conjunto de variáveis preditivas (Moreno, 2000).

Para possibilitar a igualdade de acesso aos cuidados de saúde foi necessário planeamento, estruturas adequadas e profissionais qualificados. Existia uma grande assimetria assistencial do país, a favor da Grande Lisboa e Porto, uma concentração de meios no litoral e nos grandes centros, e uma relação camas hospitalares/camas de UCI muito baixa, quando comparada com as médias europeias (Moreno, 2000).

Esta política, era desfavorável para os doentes. Um doente grave tinha obrigatoriamente de ser deslocado da sua zona de residência quando precisasse de ser internado em UCI, com prejuízos económicos e familiares que daí advêm.

O aparecimento de novas patologias, como por exemplo, a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, o envelhecimento generalizado da população e a maior agressividade no tratamento dos doentes, com a consequente iatrogenia, levou a um aumento da gravidade dos doentes internados, mudando gestos e atitudes com recurso cada vez maior a técnicas e monitorização evasivas, e a atos diagnósticos/terapêuticos mais evasivos (Fevereiro, et al., 2000).

Os profissionais de saúde das UCI, na sua formação técnica e ética devem pensar primariamente no doente e no resultado que para ele desejam obter, em termos de quantidade e qualidade de vida. O objetivo último destes profissionais é devolver à sociedade cidadãos ativos, úteis e com boa qualidade de vida. Esta

preocupação tem todavia de ter igualmente uma base equalitária e de justiça social, fundamentais na repartição de recursos, sem as quais não existe verdadeira qualidade nos cuidados de saúde (Matos, et al., 2000).

Sue, e Bongard, (1996) citados por ALAPSA (2009), afirmam que o cuidado ao doente crítico é único entre as especialidades da medicina. Enquanto outras especialidades estreitam o foco de conhecimento e interesse para um particular tipo de patologia, ou um particular grupo de idades, a medicina intensiva é dirigida a doentes com ampla variedade de patologias, cujo denominador comum é a extrema severidade da patologia ou o potencial para o desenvolvimento de severas complicações da doença envolvendo risco de vida. Uma UCI concentra os recursos humanos e materiais necessários ao adequado atendimento aos doentes, cujo estado clínico exige cuidados médicos e de enfermagem constantes, especializados e ininterruptos. O seu objetivo principal é restabelecer, nestes doentes considerados graves, o funcionamento de um ou vários sistemas orgânicos, gravemente alterados, até que a patologia que motivou o internamento seja adequadamente compensada ou até que os parâmetros fisiológicos atinjam níveis aceitáveis (Seca, 2000).

A política relativa às unidades de cuidados intensivos e os critérios de admissão de doentes nestas, não podem ser baseadas apenas em critérios técnicos mas devem entrar em conta com a dimensão social, cultural e moral da população e assentar em princípios éticos e de justiça distributiva. Os princípios da ética médica e de enfermagem obrigam estes profissionais a promover os benefícios do doente (beneficência), a não prejudicá-lo (não-maleficência), a respeitar a sua autonomia e a disponibilizar informação adequada (Pereira, 2000).

Se existir uma boa colaboração e diálogo entre todos os que desenvolvem a sua atividade no hospital, se os interesses e os desejos dos doentes, dos seus familiares e da sociedade forem respeitados tanto nas enfermarias como nas UCI estaremos mais aptos a proporcionar cuidados de saúde com qualidade (Pereira, 2000).

Segundo Moreno (2000), é consensual que todos os métodos de avaliação de qualidade e de melhoria de qualidade nas organizações de saúde devem focar três alvos: as estruturas, nelas as características das unidades e dos profissionais que nelas trabalham; os processos, ou conjunto de operações executadas e articuladas entre si, utilizando um determinado conjunto de procedimentos, que crie valor acrescentado; e os resultados, ou o estado de saúde subsequente à prestação dos

cuidados de saúde. Neste último incluímos o estado de saúde da família, e nesta, o do Familiar Cuidador.

Existe hoje a noção clara de que os gastos associados aos cuidados de saúde não podem manter o crescimento verificado nas últimas décadas (Moreno, 2000). Numa era em que a noção da limitação de recursos existentes está presente na mente de todos, temos de começar a basear a nossa atividade em métodos quantitativos objetivos, que justifiquem as nossas opções, e o apoio à família contribuirá de certa forma para a diminuição dos custos.

Humanização dos cuidados nas UCI

As condições físicas e os equipamentos particulares despertam curiosidade a todos que utilizam estes serviços. A estrutura física da UCI, associada às condições dos doentes, normalmente críticas, e a intensa atividade da equipa de enfermagem, fazem com que o ambiente seja considerado hostil. Sem cadeiras para familiares, logo, sem um convite para uma visita prolongada, a entrada de familiares é permitida durante curto período de tempo e em horários pré-estabelecidos.

Segundo Pauli, et al. (2003) a humanização do cuidado de enfermagem na UCI vai além de permitir ou não a visita do familiar, inclui também a criação de uma relação de confiança e de ajuda, na qual a equipa de enfermagem tem a função de identificar as reais necessidades dos familiares. Quanto mais cedo a interação enfermeiro/familiares ocorrer melhor será para a família e, conseqüentemente, para o doente.

Silva (2002), considera que, a intervenção do enfermeiro, torna-se pertinente e de grande relevância junto da família e/ou pessoa significativa, no sentido de desmistificar conceitos, ajudar na melhoria das competências diárias como prestador de cuidados, com o objetivo que o doente permaneça o maior tempo possível sem necessidade de internamento e sobretudo na prevenção da doença mental ao próprio prestador de cuidados, como por exemplo ansiedade.

O debate sobre a humanização do ambiente hospitalar, a doentes e famílias, prestada pelos profissionais de saúde tem sido enfatizado, porém, o cuidado nas UCI, com aspetos mais diretamente relacionados ao apoio psicossocial do doente e, principalmente da família, tem tido um crescimento mais demorado.

É importante que os profissionais de saúde compreendam a família e os seus papéis de modo a poderem proporcionar conhecimentos mais profundos dos procedimentos da família entre os seus elementos e dentro da comunidade e da sociedade. Os papéis dentro de uma família tanto influenciam como são influenciados pelo seu estado de saúde. Os indivíduos dentro de uma família distribuem papéis e têm expectativas sobre como cada membro os desempenha (Martins, et al., 2005); (Silva, 2002).

Nesse cenário, a família reconhece-se como doente, pela desestruturação holística, causada pela vivência do risco iminente da perda, a sensação de impotência diante da doença, o sentimento de culpa, a impossibilidade de manter os seus papéis diários e tantas outras modificações que a doença e a hospitalização acarretam no seu quotidiano (Cunha, et al., 2006). Por outro lado, a equipa acaba por não perceber a necessidade do acolhimento ao familiar, que muitas vezes entra e sai da UCI, no horário de visita, sem receber a atenção que necessita para encarar a situação crítica de saúde do seu familiar.

Muitas são as necessidades presentes nos familiares que não são percebidas e/ou acompanhadas pelos profissionais de saúde da UCI, ocasionando, dessa forma, o não-acolhimento. Freitas (2005), realizou um estudo sobre as necessidades de familiares de doentes na UCI, as de maior destaque estavam relacionadas à segurança, à informação e à proximidade. A informação adequada, honesta e uniforme é de vital importância para evitar e diminuir os fatores de *stress*, tanto para o doente quanto para a família. A falta de divulgação da informação para os familiares sobre as reais condições do doente e sobre as estratégias diagnósticas e terapêuticas utilizadas são as principais falhas apontados pelos familiares.

Silveira, et al. (2005), referem que a família pode contribuir muito para a recuperação do doente, mas para que isso aconteça, ela precisa ser orientada sobre as rotinas da UCI e do estado de saúde do seu familiar, necessita de se sentir acolhida, respeitada e, também, cuidada. Por isso, é importante permitir a sua presença, assegurar que a equipa está ali para ajudar a enfrentar esse momento difícil. Assim, considera necessário e fundamental dar prioridade a estabelecer uma relação terapêutica com os doentes e os seus familiares. Acredita que será difícil proporcionar um cuidado humanizado ao doente crítico e seus familiares, enquanto não for valorizada a comunicação e o relacionamento terapêutico como a essência deste tipo de cuidado. Não se pode negar que

também somos seres humanos com sentimentos, capazes de amar, de chorar, de rir e buscar a contínua compreensão do processo de viver, adoecer e morrer.

Para Silva (2002), o estabelecimento de um relacionamento empático e de ajuda com os membros da família em situação de crise é fundamental, uma vez que estas pessoas estão altamente recetivas à ajuda. Continuando, salienta que uma parte vital do processo de solução de problemas é ajudar a família a afirmar claramente qual é o problema imediato. Traduzir o problema em palavras ajuda o doente/família a alcançar um grau de controlo cognitivo, que reduz a ansiedade e ajuda a família a perceber que alcançou algum tipo de compreensão sobre o que está a acontecer. Definir o problema ajuda a família a atribuir e orientar as ações necessárias.

Atualmente, devido à sobrecarga do sistema de saúde, observa-se uma tendência para se diminuir ao mínimo possível o tempo de permanência dos indivíduos nos hospitais e para transferir muitos cuidados, que dantes eram tidos como hospitalares, para os serviços de apoio na comunidade e com isso para as famílias. A insistência por um modelo biomédico centrado na doença, deixa de lado aquele que mais intervém no doente, o Cuidador Informal, pois não permite que o seu trabalho tenha a visibilidade merecida e todo o apoio necessário.

Collière (1999), refere que a família é o eixo dos cuidados, e que esta detém em si própria um valor terapêutico. Por ser uma unidade viva, é nesta que se encontra o maior número de cuidadores informais, destacando-se as mulheres, pois desenvolvem este ofício desde o início da humanidade.

A ausência de programas públicos de saúde de atenção ao domicílio não só traz graves prejuízos a todo o sistema como também aos familiares cuidadores. Sequeira (2010), diz que é necessário otimizar o papel do cuidador informal como via para a preservação do sujeito, para a melhoria do seu desempenho e para a promoção/manutenção da qualidade de vida do cuidador. Continuando, assume que em muitas situações, estes cuidados são implementados por uma pessoa sem formação específica no cuidar, pelo que a prestação de cuidados pode não representar um rigor técnico e científico adequado, mas representar um valor simbólico e humano elevado, envolvendo vínculos afetivos e peculiares da história de vida de cada família.

2 - CUIDAR DA PESSOA COM DEPENDÊNCIA

Uma dependência resulta habitualmente do declínio funcional da pessoa, em consequência do aparecimento de complicações de uma patologia ou devido a um acidente (Sequeira, 2010).

Segundo Abrantes, et al. (2000), o aparecimento de UCI abriu novos horizontes e novas responsabilidades quer para a equipa médica, quer para a de enfermagem. O aumento da esperança de vida, a melhoria dos cuidados pré-hospitalares e o aumento de conhecimentos do público em geral implicou um aumento do número de doentes em estado crítico. Por outro lado, o número de indivíduos com perda de autonomia, invalidez e dependência não para de aumentar, devido à maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes (Oliveira, et al., 2007).

No entanto, o internamento em UCI ocorre, geralmente, de forma aguda e inadvertida, o que condiciona, ainda mais, o ajustamento familiar. Diante dessa situação geradora de *stress*, os familiares podem sentir-se desorganizados, desamparados e com dificuldades para se mobilizarem (Freitas, 2005).

Abelha (2007), refere no seu estudo sobre “Resultados Após Admissão em Cuidados Intensivos Cirúrgicos” que o doente crítico pode ter diferentes motivos para ser admitido numa UCI, e essas diferenças, principalmente para aqueles admitidos após cirurgia, são suscetíveis de ter expectativas diferentes em relação à sua saúde. A permanência prolongada pode afetar negativamente o prognóstico, aumentando o risco de complicações tais como infeção e mesmo a morte. O autor defende que o estudo da qualidade de vida após a alta hospitalar é útil como medida para avaliar os benefícios do tratamento e alocação de recursos.

Segundo Mcgloin, et al. (1999), citados por Pereira (2000), tão importante como identificar as situações de instabilidade é o seguimento dos doentes transferidos para as enfermarias. Os indicadores clínicos de deterioração podem

não ser reconhecidos ou os doentes serem deficientemente tratados, conduzindo por vezes a mortes não admissíveis ou a resultados piores que se esperariam após a alta da UCI.

Abelha (2007), em relação ao tempo de internamento salienta que este pode afetar negativamente o estado de saúde através do aumento do risco de infeção, complicações e mesmo a morte. Embora alguns doentes apenas necessitem de internamento de alguns dias, outros têm cursos complicados e necessitam de períodos mais prolongados.

Orem (2001), Backman (2001) e Pereira (2008), citados por Petronilho, et al. (2010) referem que a investigação produzida diz que a capacidade para o desempenho do autocuidado está estritamente relacionada com vários fatores intrínsecos ao sujeito, como a idade, o sexo, a orientação sociocultural, a satisfação com a vida, a autoestima, a perceção de auto-eficácia, a capacidade funcional e a capacidade cognitiva. Os fatores extrínsecos ao sujeito que os autores referem são os recursos familiares e da comunidade disponíveis, o ambiente, a pessoa significativa e as terapêuticas de enfermagem.

Salientam que as dificuldades no desempenho das atividades inerentes ao autocuidado estão muito relacionadas com as alterações dos processos corporais resultantes do evento crítico agudo (Petronilho, et al., 2010).

No seu estudo, caracterização do doente após evento crítico, os mesmos autores identificaram fatores importantes que ao nível das alterações dos processos corporais, parecem determinantes para a perda de autonomia das pessoas após evento crítico gerador de dependência, que são: a perda da força muscular no geral; a perda do equilíbrio; a perda da capacidade para realizar movimentos articulares “finos”; a perda da capacidade na coordenação dos movimentos.

Referem também que o autocuidado no domínio da atividade física, de transferir-se e de andar, salientam-se como foco com impacto relevante na autonomia das pessoas. E que as alterações corporais ao nível do sistema neurológico são as que provocam sequelas mais significativas na autonomia das pessoas para a realização das atividades básicas diárias.

Os custos e a efetividade em medicina intensiva têm particular importância numa área em que a par da utilização de tecnologias mais dispendiosas e de medicamentos mais caros, aumentaram as expectativas das populações

relativamente aos serviços de saúde em geral e aos cuidados intensivos em particular. Estamos hoje a tratar doentes mais idosos, estimando-se que 35 a 40% dos doentes admitidos nas UCI, nos Estados Unidos da América e na Europa Ocidental, tem hoje mais de 65 anos (Fevereiro, et al., 2000) e (Matos, et al., 2000).

Alguns estudos, sobretudo ao idoso, têm já demonstrado que a prestação de cuidados a uma pessoa mais ou menos dependente gera, frequentemente, problemas de saúde física e mental, sentimentos de frustração, ansiedade, *stress* e uma preocupação constante.

Todavia, a situação de cuidar de alguém dependente, exerce diferentes impactos sobre os cuidadores: apesar do bem-estar de alguns ser desfavoravelmente afetado, outros parecem conseguir minimizar ou mesmo evitar esses danos.

Em Portugal o número de idosos tem apresentado um aumento significativo, à semelhança dos países desenvolvidos. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, (INE, 2009) em valores absolutos, a população idosa aumentou quase 1 milhão de indivíduos, passando de 708570, em 1960, para 1702120, em 2001, dos quais 715073 homens e 987047 mulheres. O índice de envelhecimento passou de 27 idosos por cada 100 jovens, (1960), para 106 idosos por cada 100 jovens, (2004).

Acresce a estes fatores, a perspetiva de aumento do índice de dependência, atingindo em 2050 os 57,8% (WHO, 1992), o que significa que mais de metade dos idosos se encontrarão numa situação de dependência de outrem. Estes dados representam um desafio para todos, pelo que é necessário elaborar plataformas de intervenção que otimizem os diferentes atores envolvidos, (cuidadores formais e informais), de forma a potenciar a sua articulação e a evitar a sobrecarga das redes de suporte.

Outro aspeto relevante inscreve-se no domínio da família. Esta tem sofrido diversas alterações ao longo dos tempos, das quais se destaca a predominância das famílias nucleares, as famílias monoparentais, os agregados familiares reduzidos, a instabilidade familiar e o elevado fosso existente entre as gerações, (avós e netos), que, na maioria das vezes, é aumentado por inexistência de convívio efetivo (Alarcão, 2000).

Karsch (2003) refere que os pressupostos, nem sempre presentes, de um modelo estável de família nuclear, e de que qualquer família pode sempre contar com a disponibilidade de um dos seus membros para assistir às necessidades da pessoa dependente, fazem parte, sem nenhuma crítica, das propostas de Serviços de Assistência Domiciliar.

Gonçalves (2003), afirma que, relativamente ao enquadramento familiar em que os idosos se inserem, verifica-se um aumento progressivo das famílias constituídas só por idosos, que incluem as chamadas famílias unipessoais, (idosos a viverem sós), e as famílias constituídas por duas ou três pessoas, todas com mais de 65 anos.

Com toda esta conjuntura, recai novamente na família a responsabilidade de cuidar dos seus membros doentes, e a responsabilidade pela prestação de cuidados de manutenção, e cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade da prestação de cuidados de reparação, no entanto este último tipo de cuidados é por vezes assumido pela família, nem sempre com a orientação dos profissionais de saúde (Salgueiro, 2006).

Neste sentido, devem-se sensibilizar as famílias para a importância do regresso/manutenção da pessoa dependente ao domicílio e criar incentivos ou implementar estratégias que permitam a articulação entre o cuidar da pessoa dependente, o trabalho e a família de forma sadia e positiva.

São considerados quatro domínios, nos quais se enquadram os cuidados prestados pelos cuidadores informais a indivíduos com perda de autonomia: suporte nas atividades instrumentais da vida diária, como por exemplo cuidar da casa, preparar as refeições, ir às compras, pagar as contas, entre outras; assistir nas dificuldades funcionais de auto-cuidado, como dar banho, vestir, alimentar, posicionar e deambular; apoiar emocionalmente o doente, fazer companhia e conversar; lidar com as pressões resultantes de cuidar (Neri, 2000).

Também Bowers citado por Paúl (1997), define cinco categorias distintas de cuidados prestados pelos cuidadores informais: antecipatórios, preventivos, de supervisão, instrumentais e protetores. 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 da pessoa dependente 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 objetivo evitar a doença, as complicações e a deterioração física e mental, são mais ativos 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 pela pessoa dependente, implicam um envolvimento direto e ativo; cuidados instrumentais estão relacionados com o bem-estar e com o corpo, integram o fazer por ou assistir com o objetivo de assegurar a integridade física e o estado de saúde da pessoa dependente; cuidados protetores estão relacionados com a proteção relativa ao que não se pode evitar e tem a ver com as ameaças à autoimagem, identidade e bem-estar emocional, como por exemplo evitar que a pessoa doente se aperceba da inversão de papéis.

Os familiares consideram o cuidado protetor como mais importante, já os profissionais escolhem o preventivo e o instrumental (Paúl, 1997).

As diferentes formas de assumir o papel de cuidador podem ser atribuídas às opções sociopolíticas e à ideologia cultural da família. As expectativas sociais no que se refere à manutenção da pessoa dependente no seu meio variam entre os diferentes países europeus. Nos países nórdicos, não se espera da família responsabilidade pelos cuidados ao familiar, esta cabe ao estado. Nos países do sul da Europa, é esperado que a família assuma a responsabilidade pelos cuidados ao familiar dependente. Conclui-se que o dever ou a pressão social, que assenta no modelo tradicional da família, tem sido indicado como um dos mais poderosos motivos para a assunção dos cuidados. O que implica que as pessoas se sintam desvalorizadas se não tomarem conta dos cuidados dos seus familiares dependentes e se sintam valorizadas quando assumem esses cuidados (Figueiredo, et al., 2006).

Pimenta, et al. (2009), salientam que os Cuidadores Informais, apresentam ambíguo sentimento de estar cansado, em *stress* e insatisfeito por não poder cuidar de si, e ao mesmo tempo a sensação de dever cumprido e de dignificação e gratificação.

Leuschner (2005), citado por Sequeira (2010), acrescenta que a permanência no domicílio da pessoa dependente traz vantagens a nível da autonomia, na promoção da qualidade de vida com a sua permanência no

ambiente habitual e da constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados, dando maior relevância ao cuidador informal.

Continuando, Sequeira (2010), refere que a avaliação precoce e a monitorização das limitações e défices da pessoa dependente possibilita identificar as necessidades reais e adequadas intervenções, aumentando o potencial terapêutico, prevenindo a deterioração e melhorando a satisfação. Como tal, torna-se pertinente a utilização de instrumentos de medida para um diagnóstico rigoroso.

Existem vários instrumentos de avaliação da dependência, entre eles, o Índice de Barthel, Índice de Kartz e salientamos a Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody, escolhida para o nosso estudo.

Petronilho, et al. (2010), referem que existe uma necessidade dos enfermeiros valorizarem e terem a consciência de promoverem junto da família, através das terapêuticas de enfermagem, a reconstrução da autonomia do doente, após transições geradoras de dependência.

Concluindo, o aparecimento de uma dependência implica uma transição para uma nova vida, devido a um acontecimento não previsto na maioria das vezes, que pode surgir de forma abrupta ou de forma progressiva, e que na maioria dos casos está associado a uma diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo (Sequeira, 2010).

3 - CONCEITO DE CUIDADOR INFORMAL

A falta de literatura sobre os Familiares Cuidadores em contexto de UCI levantou algumas dificuldades em relacionar o conceito com a realidade em que desenvolvemos o nosso estudo. Na pesquisa realizada, o conceito é abordado mais em contexto do idoso, sendo esta a literatura na qual nos apoiamos, numa tentativa de explicar o processo de transição destes familiares para o papel de cuidadores informais .

Silva (2002) diz que, quando a doença atinge um dos membros da família, esta encontra-se também envolvida, em maior ou menor grau, e procura compreender não só o tipo de intervenção, mas também a doença em si mesma e respetivas causas. Quando a doença leva ao internamento em UCI, a família, é convidada a ocupar um papel na equipa terapêutica, e é através dela que os técnicos obtêm informações acerca do doente, como também lhe transmite diretrizes quanto ao modo particular de agir naquela situação concreta, em que um dos membros está perturbado. O autor afirma que a família deverá “converter-se” para promover e aliviar a situação de *stress*.

A dependência tem repercussões de um modo global na vida do doente, o que implica uma necessidade crescente de cuidados de outrem. Em contexto domiciliar, parte significativa ou a totalidade dos cuidados, ficam habitualmente sob a responsabilidade do familiar cuidador. É importante, por isso, que quando se propõem os cuidados familiares, seja examinada a estrutura familiar na sociedade e na cultura em que estes cuidados devem ser desenvolvidos.

Drubach e Peralta (1996) citados por ALAPSA (2009) referem que os doentes internados em UCI podem apresentar comportamentos alterados, psiquiátricos ou emocionais exacerbados. Referem-se às anomalias na função psicológica, incluindo perturbações no comportamento, no humor, no afeto, na perceção e no pensamento. As reações psicológicas são inerentes às severas condições médicas

que causaram a hospitalização e também o meio ambiente da UCI. Os sintomas psiquiátricos como ansiedade, *stress* pós-traumático e depressão, apresentados pelo doente, também podem ser fonte importante de *stress* para a equipa e a família (Bambauer, et al., 2006); (de Miranda, et al., 2010); (Wendy, et al., 2008). Estes sintomas podem complicar seriamente o curso da hospitalização e a compreensão do evento que ameaça a vida, gerando sequelas de longa permanência.

Conceito de cuidador

O contexto da prestação de cuidados pode assumir duas formas distintas. No âmbito do cuidado formal (atividade profissional), trata-se do tipo de cuidados executados, habitualmente por profissionais devidamente qualificados, (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais), os quais são designados cuidadores formais, uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel, e estão integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com as competências próprias de cada profissional de saúde. No âmbito do cuidador informal, trata-se de outra forma que a prestação de cuidados pode assumir e está inserida na prestação de cuidados executados, preferencialmente, no domicílio e que habitualmente ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, dos amigos, vizinhos ou outros, sendo designados por cuidadores informais. Os amigos e vizinhos, apenas assumem a responsabilidade pelo cuidar em situações pontuais devido à inexistência de família ou quando não existe nenhum elemento capaz de assumir o papel de cuidador (Insero, 1995; De La Cuesta, citados por Sequeira, (2010)).

Neri e Carvalho, (2002), citados por Sequeira (2010), fazem um tipo de diferenciação, de acordo com o contexto do cuidar. Assim, diferenciam o cuidador informal em cuidador principal primário, cuidador secundário e cuidador terciário, sugerindo, deste modo, a existência de uma “rede” de cuidadores e não apenas um único cuidador.

Davies, (1992) e Carrero, (2002), citados por Lage (2007), definem o cuidador principal como a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados, que não é remunerada e sobre quem recai a responsabilidade pelo cuidar. O cuidador secundário é habitualmente alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar, ou seja, são habitualmente familiares que dão apoio ao cuidador principal. Esta ajuda pode ser

ao nível da prestação direta de cuidados ou a outro nível, como a nível económico, a nível de apoio em atividades de lazer, a nível de apoio em atividades sociais, entre outras. Este cuidador pode substituir o cuidador principal nas suas ausências ou em situações de emergência.

O cuidador terciário é alguém familiar, amigo ou vizinho próximo, que ajuda muito esporadicamente ou apenas quando solicitado, em situações de emergência, mas não tem qualquer responsabilidade pelo cuidar.

Este tipo de nomenclatura, apesar de por vezes apresentar pequenas alterações, é utilizado em gerontologia, em diversos trabalhos internacionais. (Silverstein e Litwark, 1993; Aneshensel e col., 1997; Kromer, 1997; Neri e Carvalho, 2002; Martin, 2005; Oliveira, et al., 2007; Sequeira, 2010.)

Papel social do cuidador

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

Também Whitlatch, et al., (1996) definem prestação de cuidados como ato de promover assistência ou cuidado a um elemento da família/amigo. Assistência, esta que pode ser de ordem instrumental, afetiva, financeira ou qualquer necessidade que requer a pessoa que recebe cuidado. Grelha (2009), completa ao referir que a ação 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.

O cuidar não é apenas mais uma função ou uma tarefa, mas sim, uma forma de “estar no mundo”, um ato solidário que envolve respeito, reciprocidade, complementaridade e constitui uma dimensão ontológica do ser humano. A função de cuidar, ao longo dos tempos, tem estado vinculada essencialmente à família (Oliveira, et al., 2007).

Os Familiares Cuidadores têm vindo a assumir uma importância acrescida, evidenciada pelas investigações desenvolvidas, tendo como alvo esta população, em grande parte devido à congregação de fatores demográficos, políticos e sociais. Estes familiares assumem um papel de primordial importância na sociedade com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos. Em muitas situações, esses cuidados são implementados por uma pessoa sem formação específica no cuidar, pelo que a prestação de cuidados pode não apresentar um rigor técnico e científico adequado, mas representa um valor simbólico e humano elevado, envolvendo vínculos afetivos e peculiares da história de vida de cada família (Sequeira, 2010).

O papel do familiar cuidador

Denominam-se “...de 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).

Surgem várias definições à medida que o conceito vai sendo sobreposto às mais variadas temáticas da saúde, o que sugere que é um conceito que quando desprovido de um âmbito devidamente balizado e debatido enquanto entidade isolada em si mesma, perde relevância. Em suma, o cuidador só existe quando cuida de alguém (Oliveira, et al., 2007).

Segundo Sequeira (2010), o papel de Cuidador Informal pode ser complementado em três grandes áreas de apoio, quer na informação e orientação, quer emocional ou instrumental. Consistem respetivamente em: ajudar a pessoa a obter informação necessária para a prestação de cuidados, resolução de problemas e adquirir estratégias de *coping*; estar presente e possibilitar a partilha de emoções, contribuindo para preservar a autoestima do doente; e prestação de cuidados, de forma altruísta, os quais a pessoa dependente não os pode executar por si.

Neste seguimento, o autor refere que o Cuidar poderá ser catalogado em cinco tipos, podendo aparecer de forma isolada ou em simultâneo. São eles:

Preocupação - quando a pessoa dependente não desempenha corretamente determinadas tarefas, podendo resultar em consequências negativas para a sua saúde;

Supervisão - a pessoa ainda tem capacidade para executar atividades, mas existe uma preocupação de segurança, evitando que das atividades resulte prejuízo para a sua saúde;

Orientação - a pessoa não é capaz, de forma autónoma realizar uma atividade, necessitando de ajuda no sentido de dizer como se faz, e não em a substituir;

Ajuda parcial - implica a substituição, não na totalidade mas em parte, numa determinada tarefa;

Substituição - surge quando existe uma incapacidade total para a pessoa realizar determinada função, que tenha por objetivo proporcionar a satisfação das necessidades do doente.

Contexto Português do Familiar Cuidador

Segundo Moreno (2000), a UCI é apenas parte de todo um trajeto que o doente percorre desde o início da sua doença até à resolução da mesma. Se a articulação entre os vários componentes dos cuidados falhar, o resultado final sairá comprometido independentemente do desempenho individual de cada um dos seus componentes.

Para Seca (2000), os profissionais da UCI têm a perceção do hospital onde trabalham, do tipo de cuidados que o doente ainda necessita e não são insensíveis à angústia que o doente e familiares sentem, quando chega o momento de abandonar a UCI, sobretudo após atitudes terapêuticas bem sucedidas.

O número cada vez mais reduzido de filhos por família, o facto de as 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).

Por outro lado, Caldas (1995) refere que 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. Salienta que os fatores que influenciam o familiar a assumir a responsabilidade do cuidar são: a influência histórica, os imperativos culturais e os preceitos religiosos.

A maior parte da investigação acerca da prestação informal de cuidados privilegia a análise dos impactos negativos. Tal tem sido criticado, pois proporciona uma imagem aquém da realidade. A exclusão dos aspetos positivos é incapaz de proporcionar uma explicação compreensiva acerca das consequências da prestação informal de cuidados. Aliás, a capacidade e vontade do cuidador para prestar cuidados parece ser medida pela sua capacidade em encontrar significado e gratificação no papel de cuidador (Figueiredo, et al., 2006).

No seu estudo Figueiredo, et al. (2006), salientam a importância das gratificações intrapsíquicas como o preenchimento do sentido de dever, como uma fonte de satisfação mencionado por 96% no estudo de Figueiredo e Sousa, afastam-se ligeiramente dos 67% obtidos por Nolan, Grant e Keady (1996) no Reino Unido, e ainda mais dos de 54% de Andrén e Elmstahl (2005), ou dos 23% de Kuuppelomäki, et al. na Finlândia (2004), o que se pode dever à influência da cultura.

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 ato impulsivo, assumem ou sem perceber vão assumindo com 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 (INSERSO, 1995; De La Cuesta, 2004; Sequeira, 2007; citados por Sequeira, (2010)).

Segundo Santos e Gonçalves, citados por Pimenta, et al. (2009), os motivos que contribuem para que uma pessoa se torne cuidador são: a obrigação moral com raízes nos aspetos culturais e religiosos; a condição de esposa ou esposo; a ausência de outra pessoa para o fazer, assumindo o papel por força das circunstâncias; as dificuldades financeiras como são o caso de filhas desempregadas que cuidam em troca de sustento.

Sequeira (2010), na caracterização que fez dos cuidadores em contexto português, descreve que são uma amostra com idade avançada, na maioria mulheres, casadas, com baixa escolaridade, sem atividade profissional, com uma boa relação com a pessoa a cuidar, sem expectativas positivas face à situação da pessoa dependente, com algumas queixas de saúde e com pouca informação sobre dependência/prestação de cuidados.

Na sua maioria, os Cuidadores Informais cuidam de forma isolada, sem ajudas na prestação de cuidados, o que está relacionado com a tipologia e o contexto em que a maioria das famílias se encontra (INE, 2002; Brito, 2002; Santos, 2003; Lage, 2005; Gil e Mendes, 2005 citados por Sequeira, (2010).

Desta forma, o *burden* ou sobrecarga, pode ganhar expressividade quando contextualizado na problemática do cuidador, sendo definido como um estado psicológico resultante da combinação do trabalho físico, da pressão emocional, das restrições sociais e das exigências económicas que surgem do cuidar de um doente (Dillehay & Sandys, 1990; England, 2000; citados por Oliveira, et al., (2007).

Transição para o papel de Cuidador Informal

No internamento na UCI, o membro doente da família está basicamente em crise biológica, enquanto os restantes membros apresentam uma crise emocional. À medida que o internamento se prolonga, o estado de *stress* aumenta, e o sistema familiar tende a desintegrar-se, exceto se houver intervenções baseadas na realidade da situação.

Aos profissionais compete, segundo Silva (2002), avaliar as causas de rutura e tentar ajudar as famílias a atribuir prioridades às suas necessidades, de forma que possam agir em acordo. A compreensão dos parâmetros da situação de crise pode fornecer a orientação para a ação. Os profissionais devem direcionar as intervenções para ajudar as famílias a: Alcançar um maior nível de adaptação após a experiência de crise; Recuperar o estado de equilíbrio; Conhecer os sentimentos envolvidos na crise para evitar depressões tardias e permitir um futuro crescimento emocional.

Santos (2004), realizou um estudo sobre a comunicação dos profissionais de saúde com os familiares em UCI e concluiu que entre os fatores que dificultam esse processo está o desconhecimento por parte dos profissionais do modo de ser e de perceber da família. Em geral, observa-se que o foco da assistência de enfermagem é o atendimento às necessidades do doente. No entanto, o doente não é o único a sofrer com a doença e com a hospitalização, os familiares e outras pessoas envolvidas diretamente com o doente, compartilham a angústia, o medo e o sofrimento desse momento. Sendo assim, é importante que o profissional de saúde dispense atenção aos familiares, com o objetivo de facilitar a transição dessa nova experiência (Maruiti, et al., 2007). A emergência de uma doença crónica constitui um acontecimento não normativo e promotor de *stress*, que

segundo Leventhal, Nerez e Steel (1984) citados por Silva, et al. (2007), requer que doente e família adquiram estratégias de *coping* para transitarem eficazmente com a doença e o seu impacto.

Para Lage (2007) , a enfermagem tem o seu foco de atenção na família e como fenómeno de maior interesse a resposta aos problemas de saúde reais ou potenciais de indivíduos, famílias e grupos. Tem a missão de maximizar o nível de bem-estar e o grau de auto realização, e ajudar os indivíduos, famílias e grupos a determinar e a adquirir o seu potencial físico, mental e social e deve fazê-lo no contexto do meio no qual eles vivem e trabalham.

Oliveira, et al. (2007), referem a teoria do sujeito autopoieico, teoria que foi desenvolvida por Agra em 1990, e que nos remete para a influência da Teoria dos Sistemas e para o modelo da Epistemopsicologia. Nesta ótica, cada indivíduo deve ser perspectivado como um sistema com outros subsistemas e como parte de sistemas mais abrangentes, sendo o comportamento humano ilustrado de um modo dinâmico e refletor do seu carácter biopsicossocial.

Ao falarmos do cuidador é quase impossível destrinçá-lo daquele que é o alvo do cuidado. Os dois elementos desta relação interagem e inter-influenciam-se entre si, sendo ainda influenciados por sistemas mais abrangentes (Oliveira, et al., 2007).

As autoras referem que a estabilidade dos sistemas cuidador e doente depende, em grande parte, das ligações que estabelecem com o seu meio e com os seus subsistemas. O carácter flexível destas conexões permite que quer o cuidador, quer o doente vão desconstruindo e reconstruindo a realidade da doença, compondo simultaneamente sistemas e configurações macroscópicas paralelas, cada vez mais complexas e auto-organizadas. Neste sentido, as autoras referem que a relação “cuidador - cuidado” pode modificar-se ao longo da doença que os faz interagir.

Facilmente se percebe que, o papel do Enfermeiro é de relevante importância em todo este processo de transição na vida de quem cuida. Na preparação da alta o enfermeiro deve estar sensível para avaliar o cuidador informal de forma a estabelecer um plano adequado e adaptado, que permita ao familiar, 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: A percepção da informação por parte do cuidador; A suficiência dessa informação; A devida utilização dessa informação.

Tendo por base a teoria das transições de Afaf Melleis, estas são, ao mesmo tempo um resultado de, e resultam numa mudança na vida, na saúde, nos relacionamentos e no ambiente. São os enfermeiros os cuidadores primários das pessoas que estão a experimentar uma transição (Meleis, 2000).

São as transições que nos remetem para uma mudança do estado de saúde, dos papéis desempenhados socialmente, das expectativas de vida, das habilidades socioculturais ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas. Para Melleis, para ocorrer transição o ser humano deve interiorizar um novo conhecimento, suscetível de alterar o comportamento e, conseqüentemente, mudar a definição de si no contexto social (Melleis, citado por Abreu, (2008). O propósito da enfermagem consiste em facilitar esses processos de transição no sentido de ser alcançado um estado de bem-estar (Abreu, 2008).

“A transição é fundamentalmente um processo que acompanha a mudança de um estado de saúde para outro, não implicando obrigatoriamente situações de doença.” (Abreu, 2008 p. 25). O mesmo autor refere que enquanto processo, a transição possui um potencial de repercussão nas esferas motora, cognitiva e afetiva do indivíduo, podendo projetar-se na capacidade de auto-cuidado. Os momentos de transição na vida do homem, mesmo os que dependem do desenvolvimento psicomotor ou social são fontes potenciais de desequilíbrios e de problemas na esfera da saúde, como é o caso da transição para o papel de Cuidador.

Nas transições, há pontos críticos finais que se caracterizam por uma sensação de estabilidade relativamente a novas rotinas, competências, estilo de vida e atividades de auto-cuidado. Na disciplina da Enfermagem, os seres humanos são definidos como seres ativos que têm percepções e atribuem significados às situações de saúde e de doença. Estas percepções e significados são influenciados e por sua vez influenciam as condições em que uma transição ocorre. Assim, para perceber as experiências dos Cuidadores Informais durante as transições, é necessário por a descoberto as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso no sentido de atingir uma transição saudável (Meleis, 2000).

Os significados atribuídos aos eventos desencadeantes de uma transição, as condições pessoais, comunitárias e sociais podem facilitar ou restringir os

processos de transições saudáveis e o resultado das transições. 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 ativados, como encaram e procuram ajuda, são realidades individuais que requerem uma análise individual e específica.

No papel de Familiar Cuidador, Figueiredo, et al. (2006), referem estudos em que as satisfações derivadas do cuidador predominam, podendo ter várias origens e coexistindo com as dificuldades. As razões de tais recompensas e satisfações variam desde manter a dignidade da pessoa dependente, ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz, ter a consciência de que se dá o melhor, encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressão de amor e afeto, manter a pessoa de quem se cuida fora de uma instituição, perceber que as necessidades da pessoa dependente são atendidas, encarar a prestação de cuidados como uma possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal, desenvolvimento de novos conhecimentos e competências.

Melleis (2000), afirma que uma transição saudável caracteriza-se por indicadores de processo e de resultado. Uma vez que as transições se estendem pelo tempo, a identificação de indicadores de processo que guiam os Cuidadores Informais ou em direção da saúde ou em direção à vulnerabilidade e ao risco permite uma avaliação e uma intervenção precoce por parte dos enfermeiros de modo a ajudar os Cuidadores Informais a chegar a resultados saudáveis. A necessidade de se sentir integrado é um tema recorrente nas narrativas sobre transições. Através da interação, o significado da transição e os comportamentos desenvolvidos em resposta à transição revelam-se, clarificam-se e são apreendidos.

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 Sequeira (2010), refere que a ausência de treino dos cuidadores informais constitui um fator preditivo de deterioração cognitiva e funcional do indivíduo dependente.

Os resultados do estudo de Figueiredo, et al. (2006), sugerem que as satisfações que derivam da prestação de cuidados estão presentes e coexistem a par das dificuldades.

4 - SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA

O internamento em UCI torna-se um momento quase sempre difícil para a família, que pode experimentar sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro do seu familiar, sentimentos que, também, envolvem as suas próprias perspectivas de vida. Muitas questões se colocam e emergem por parte da família: “a cura será completa?”, “haverá sequelas?”, “iminência da morte?”, “ele consegue compreender?”, “sente dor?” (Corrêa, et al., 2002).

Quando há no meio familiar um ente que sofre de uma doença aguda ou crónica, todos os outros membros da família estão sujeitos a sofrer de *stress* e ansiedade. Os membros da família, ao preocuparem-se com a gravidade da doença, com o sofrimento e a possível morte do familiar, podem provar diversos sentimentos, entre eles, o medo, o desamparo, a vulnerabilidade, a insegurança, a frustração e até mesmo a depressão (Martini et al., 2007, citados por Sales, et al., (2010)).

Abelha (2007), diz que a admissão em cuidados intensivos não é homogênea e há diferenças entre doentes críticos médicos e cirúrgicos, e que generalizar conclusões para todos os internamentos pode ser enganosa. Refere que o doente crítico cirúrgico tem algumas características particulares, nomeadamente os que são submetidos a cirurgia programada. Salienta que provavelmente este já teve uma redução da qualidade de vida, adquirindo alguma dependência, e que a cirurgia surge como uma tentativa de melhorar a qualidade de vida e sobrevivência.

Halm e Alpen (1994) citados por ALAPSA (2009), consideram que a contínua evolução da super especialização na medicina e a maneira tecnológica de providenciar o cuidado na UCI têm, potencialmente, efeitos danosos no estado físico e psicológico de doentes e familiares. O ambiente da UCI possui

características indesejáveis que predisõem os doentes e seus familiares a sequelas emocionais.

Foram detetadas e observadas em várias UCI, por ALAPSA (2009), condições geradoras de *stress*, que podem desencadear agravamento da saúde global do doente e o agravamento de condições emocionais, inclusive de “cunho” catártico, tanto para este, quanto para os seus familiares. São o caso dos doentes transplantados e os seus familiares, acidentes graves, tentativas de suicídio, politraumatizados, doentes com entubação oro-traqueal, conscientes e com agitação psicomotora e, posteriormente, na presença dos seus familiares; familiares de doentes que necessitam de entubação oro-traqueal de emergência e estavam conscientes até esse momento, doentes com patologias oncológicas e com agudização das patologias oportunistas, conscientes inicialmente e posteriormente com perda da consciência, a presença dos seus familiares, doentes numa cama próxima a uma de um óbito.

Franco (1989), já referia que a hospitalização é considerada um evento gerador de *stress*, dadas as circunstâncias nas quais ela ocorre, geralmente motivada por doença ou acidente. Tal situação pode ser compreendida se considerar que a presença do familiar ainda não está institucionalizada na maioria dos hospitais, permanecendo esse familiar distante do doente, o que ocasiona sofrimento psíquico.

Albuquerque, et al. (2003) dizem que a PSPT é a única doença psiquiátrica cujo diagnóstico exige que um fator de *stress* específico preceda o seu aparecimento. É caracterizada por sintomas que se desenvolvem a seguir à exposição a uma situação de trauma psicológico a que a pessoa reage com medo intenso, horror ou desespero. Não podemos no entanto esquecer que a experiência traumática pode também trazer consequências positivas, como por exemplo a reorganização da vida pessoal, dos seus valores e objetivos. A PSPT aparece quase sempre logo após à exposição ao trauma e em cerca de metade dos casos prolonga-se para além de três meses (fase crónica), com frequência durante anos ou até toda a vida. Neste caso, está com frequência associada a um risco aumentado de depressão, suicídio, perturbação de pânico, ansiedade generalizada, alcoolismo e toxicodependência, disfunções sexuais e doença com forte componente psicossomático (aparelho digestivo, cardiovascular, dermatológico, etc.). Pode ainda conduzir ao aparecimento de uma perturbação da personalidade (CID-10).

Apontou ainda para a severa comorbilidade com outras perturbações mentais e o seu curso crónico em cerca de um em cada três casos de PSPT. Chamou-se assim a atenção para o facto de que a prevalência encontrada é maior do que previamente se pensava e o seu curso é com frequência persistente.

Filho, et al. (2001), referenciando Friedman & Yehuda dizem que a coexistência de transtornos psiquiátricos com a PSPT é muito alta, chegam a afirmar que se um indivíduo preenche os critérios diagnósticos para a PSPT provavelmente também os preencherá para outros transtornos.

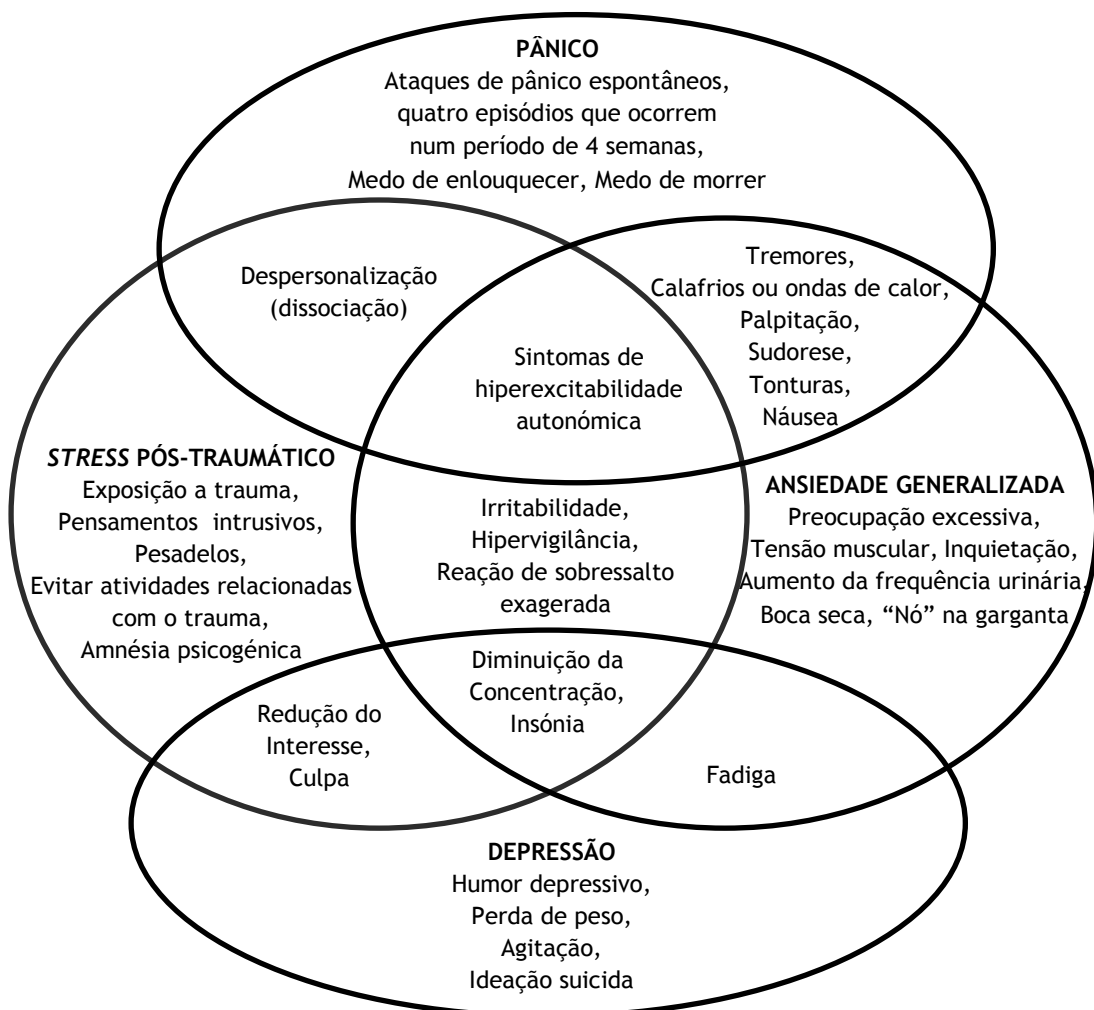


Figura 1 - Comparação dos critérios de diagnósticos da perturbação de *stress* pós-traumático com a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico ou a depressão (adaptado de (Filho, et al., 2001))

Ao se comparar os critérios diagnósticos da PSPT com, por exemplo, o do perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico ou depressão (figura 1), nota-se que eles compartilham entre si de vários sintomas, como insónia, diminuição da concentração, irritação, isolamento, desinteresse,

pessimismo na depressão e na PSPT (os próprios sintomas relacionados à constrição afetiva e ao distanciamento emocional confundem-se com o humor depressivo), hiperexcitação autonómica, insónia, irritabilidade, reações de sobressalto na ansiedade generalizada e na PSPT.

Para Silva (2002), a família entra em crise sob várias condições: Uma situação de *stress* acontece e ameaça alterações persistentes para a família; As atividades habituais de resolução de problemas são inadequadas ou não são empregues, e portanto, não levam rapidamente ao estado de equilíbrio; O estado atual de desequilíbrio familiar não pode ser mantido e levará às melhoras do doente e adaptação familiar, ou à diminuição da adaptabilidade familiar e aumento da propensão a situações de *stress*.

Martins (2004), citando Peiró (1993) refere o *stress* como um fenómeno adaptativo dos seres humanos que contribui, de certo modo, para a sua sobrevivência, para um adequado rendimento nas suas atividades e para um desempenho eficaz em muitas esferas da vida. O que pode tornar-se nocivo é que o *stress* seja excessivo e difícil de controlar. Salienta que quando este ajuste é inadequado e a pessoa percebe que não dispõe de recursos suficientes para o enfrentar ou neutralizar surgem as experiências de *stress*. Tais experiências são com frequência negativas e podem ter consequências graves e por vezes irreparáveis, para a saúde e o bem-estar físico, psicológico e social. A autora salienta que a condição de *stress* só existe quando o indivíduo a percebe como tal. Cabe ainda referir que as definições de *stress* como transação entre a pessoa e o ambiente supõem que o *stress* só se caracteriza adequadamente, se tiver em conta o contexto social e a posição em que a pessoa se encontra, nesse mesmo contexto, ao longo do tempo. Verifica-se uma grande influência por parte das características estáveis da personalidade sobre o modo de perceber a realidade, a forma de responder perante a realidade percebida e o modo como essas respostas incidem sobre a saúde e o bem-estar psicológico.

A autora no seu trabalho sobre fatores de risco psicossociais para a saúde mental faz referência a algumas teorias sobre *stress*:

- A Teoria transaccional de *stress*, proposta por Lazarus e colaboradores, realça a interdependência entre as cognições, as emoções e os comportamentos. Trata-se duma perspetiva na qual se destacam dois tipos de processos, a avaliação e o *coping*, os quais se referem à relação que se estabelece entre o indivíduo e o seu meio ambiente. Aqui, o *coping* influencia a relação pessoa - meio e a resposta

emocional, das seguintes formas: A atividade cognitiva modifica o significado subjetivo da situação para o bem-estar do indivíduo; As ações transformam as relações pessoa - meio.

O *stress* é uma relação entre a pessoa e o ambiente, relação essa que é avaliada pelo indivíduo como relevante para o seu bem-estar e na qual os recursos pessoais são esgotados ou excedidos (Figueiredo, 2007, citado por Sequeira, (2010)).

Stress é uma condição ou sensação vivida quando a pessoa percebe que as exigências ou as ameaças ao seu bem-estar excedem os recursos pessoais e individuais que este pode mobilizar. Este modelo tem como fulcral o fator humano, ou seja, *stress* tem o significado de resposta do organismo quando sujeito a pressões quer externas quer internas. Entre o estímulo e a resposta está a pessoa nas suas circunstâncias, dependendo do tipo de avaliação que esta faz de toda a situação, dos seus próprios recursos e dos mecanismos de *coping* que põe em marcha para responder às exigências (Guerreiro, et al., 2007).

Figueiredo (2007), citado por Sequeira (2010), refere que os modelos transacionais de *stress*, nomeadamente o de Lazarus são os mais adequados à situação do cuidador informal.

- No modelo de Harrison, o que produz as experiências de *stress* é a falta de adaptação entre as solicitações do contexto e os recursos da pessoa para as enfrentar. Assim sendo, o *stress* é concebido como a falta de ajustamento entre as habilidades e capacidades disponíveis, e as exigências e solicitações do trabalho a desempenhar, e também entre as necessidades do indivíduo e os recursos disponíveis para as satisfazer (Martins, 2004).

- No modelo de *stress* de Vaz Serra, o autor desenvolveu um modelo descritivo de *stress*, através do qual procurou apresentar uma síntese clara e atual do processo de *stress* e de *coping*. Segundo o referido modelo, o *stress* só se verifica perante situações de tensão que desencadeiam experiências de *stress*. Tais situações podem ser acontecimentos subjetivos (pensamentos, imagens ou sensações internas) ou objetivos (acontecimentos importantes da vida, ou acontecimentos incomodativos do dia a dia). A avaliação dos acontecimentos por parte do indivíduo dá-lhe a perceção de ter ou não recursos suficientes para lidar com a situação. Se as exigências colocadas pela situação forem superiores aos recursos disponíveis no indivíduo, então este sente que não tem capacidades de controlo e pode “entrar em *stress*”. Contudo, a intensidade do *stress* pode ser

atenuada se o indivíduo 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 a pessoa se encontra. As emoções têm uma componente motivacional que nalguns casos inibem a pessoa e noutros incentivam-na a agir (Martins, 2004).

Por sua vez, as estratégias utilizadas para lidar com o *stress*, designadas por estratégias de *coping*, podem ser orientadas para o problema ou para a emoção. As segundas são usadas quando o indivíduo sente que nada pode fazer em relação ao problema. Estas estratégias podem ser adequadas ou inadequadas, sendo que, no primeiro caso, a pessoa “deixa de estar em *stress*” e, no segundo caso, a condição de *stress* mantém-se.

A autora assinala a importância dos vários modelos desenvolvidos, no avanço da compreensão do *stress*. As suas principais contribuições podem configurar-se, numa perspectiva integradora com as seguintes variáveis: As variáveis ambientais; As discrepâncias; As características da pessoa; A experiência subjetiva; As respostas do indivíduo; Os resultados da experiência de *stress*; As consequências do *stress* (Martins, 2004).

Se o internamento em UCI é uma condição de *stress* para o familiar cuidador, a prestação de cuidados em contexto domiciliário após a alta do doente também tem as suas consequências. Apesar dos familiares cuidadores serem vistos primeiramente como um recurso, existe evidência de que têm as suas necessidades e problemas em consequência da prestação de cuidados a um familiar dependente (Figueiredo, et al., 2006). As consequências da prestação informal de cuidados têm sido descritas em termos de mal-estar psicológico e de morbilidade física (Figueiredo, et al., 2009).

Uma característica fundamental dos cuidados prestados pelos cuidadores informais é a diversidade, na medida em que as atividades 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 atividades instrumentais e básicas da vida diária. A duração, assim como, a intensidade e frequência do cuidado estão relacionadas com as exigências objetivas do mesmo, nomeadamente as perturbações comportamentais, a deterioração cognitiva e dependência funcional para as atividades da vida diária,

no entanto, também não pode deixar de se considerar as variáveis relacionadas com o cuidador nomeadamente nas situações de sobreprotecção e negligência (Martín, 2002).

Figueiredo, et al. (2009), refere que a satisfação com a vida, a perceção do estado de saúde, proporcionam um indicador positivo de bem-estar como complemento a indicadores de saúde física e mental mais amplamente empregues no âmbito da investigação acerca da prestação informal de cuidados. Diz que a prestação de cuidados tem o carácter de *stressor* crónico. Ou seja, não só a satisfação com a vida é mais baixa naqueles que cuidam, como no âmbito da saúde mental, são estes que se encontram em pior estado.

Sales, et al. (2010), no seu estudo referem que os domínios de qualidade de vida mais afetados foram insónia, dor e fadiga. Os cuidados ao familiar implicam numa sobrecarga de tarefas, relacionadas com a assistência ao familiar doente e ao facto de não poder usufruir da vida diária devido à falta de tempo livre para descansar e dedicar-se a realizar atividades sociais. Os cuidados com a higiene, alimentação e medicação e as visitas ao médico do doente são da responsabilidade do cuidador e que essas atividades aumentam a sua sobrecarga, em consequência disso, surgem nesses cuidadores repercussões negativas de natureza física e/ou psíquica.

Um outro facto a ter em conta é a sobrecarga que o cuidador vive devido aos fatores geradores de *stress* e ansiedade. Esta sobrecarga pode estar ligada a uma dimensão objetiva como é o caso dos acontecimentos e atividades concretas como a dependência económica, mudança na sua rotina, a falta de tempo para si mesmo. Também Sequeira, (2010 p. 197) fás referencia a um conjunto de variáveis determinantes, acrescentando “... a idade; o sexo; o rendimento; a escolaridade; o grau de parentesco; a ocupação/atividade profissional, as atitudes e crenças; ...”.

Numa dimensão subjetiva inclui-se os sentimentos de culpa, de vergonha, baixa autoestima e a preocupação excessiva com o familiar doente. Esta resulta da atitude e respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar. Valoriza a perceção 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., 2006). Hooker, Frazier e Monahan, (1994) citados por Sequeira (2010 p.

197), acrescentam variáveis como: “...*auto-conceito, o locus de controlo, as aptidões pessoais, que sobretudo na vertente relacional e de resolução de problemas, que representam um papel determinante na perceção da sobrecarga.*”

Para Diogo e Santos, citados por Pimenta, et al. (2009), os Cuidadores Informais associam às suas atividades de cuidadores, as atividades domésticas, papel de mãe, esposa, avó, entre outros, originando um acumular de trabalho no lar e uma sobrecarga nos diversos domínios da vida, quer física, emocional, espiritual e social. Em suma, um conjunto de fatores que contribuem para o descuido e comprometimento da sua saúde em geral.

Continuando a autora refere no seu estudo que cuidar em contexto domiciliar pode desencadear o aparecimento de limitações na vida quotidiana de quem cuida, o que pode trazer riscos à sua saúde e bem-estar. Tais limitações são: encontrar-se sempre cansado; perceber a saúde a piorar; ter que reduzir o tempo no emprego; não ter tempo para estar com amigos, sentir-se em *stress*/deprimido; não ter tempo para cuidar de si; aumentar os problemas económicos; ter de deixar o emprego; ter conflitos com o cônjuge; reduzir o tempo de lazer. Evidentemente que a patologia dos que prestam cuidados acaba por se refletir sobre os que deles dependem, tal como a negligência e a rejeição (Figueiredo, et al., 2006).

Segundo Braithwaite, referido por Martins, et al. (2003), a sobrecarga do cuidador informal é uma perturbação que resulta do facto de se lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo a quem se presta cuidados, correspondendo desta forma à perceção subjetiva que o cuidador tem das ameaças às suas necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas.

O familiar cuidador 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).

Um dos aspetos que afetam o quotidiano da maioria das famílias cuidadoras é a dificuldade económica das camadas mais pobres da população, e que quando o doente necessita de cuidados especiais, expõem o cuidador a *stress* prolongado (Pimenta, et al., 2009).

A procura por parte do cuidador das unidades de saúde ocorre, em muitos casos, em momentos de extremo sofrimento. Os técnicos de saúde 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 detetado a verdadeira razão dessa procura e o seu real estado de saúde, pois limita-se simplesmente ao tratamento sintomático do problema.

Hora, et al. (2005), concluíram no seu estudo sobre os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de traumatismo crânio-encefalico para o cuidador familiar, que os comportamentos temperamento explosivo, agressividade, depressão, irritabilidade, ansiedade, dependência e esquecimento apresentam maior alteração após o trauma, afetando mais o cuidador que os comportamentos inadequação social, egocentricidade, impulsividade e oscilação do humor.

Pode-se perceber o quanto a tarefa de cuidar de um familiar dependente para a realização das atividades quotidianas pode ser solitária e desgastante física e emocionalmente. Sintomas como cansaço, dores no corpo e alteração no sono são comumente relatados. O isolamento social e os sentimentos negativos como pena, tristeza, impaciência e nervosismo são bastante frequentes nos discursos dos cuidadores informais. Existe uma forte relação entre os sentimentos do cuidador e do doente. Tanto os sentimentos do cuidador podem influenciar o estado emocional do doente e ter importante papel na sua reabilitação, como também os sentimentos e comportamento do doente influencia o cuidador e a sua qualidade de vida (Fonseca, et al., 2008).

Fonseca, et al. (2008), ressalta o facto de que a maior sobrecarga emocional referida está relacionada com grande sobrecarga física, facto que nos alerta para a importante relação que existe entre a saúde física e a psíquica, sendo estes fatores interdependentes. No seu estudo, a autora salienta que quem refere maior sobrecarga física cuidava de doentes com alterações cognitivas e comportamentais. Embora o cuidar de doentes implique algum esforço físico, essa solicitação física não seria suficiente para justificar a quantidade e intensidade dos sintomas referidos. Isso sugere a influência da sobrecarga emocional na saúde física desses cuidadores, o que é reforçado pelo tipo de sintomas relatados, que não são dores em locais específicos do corpo, mas uma sensação de cansaço geral.

Segundo Sequeira (2010), vários são os estudos que referem o *stress* e a sobrecarga de forma indissociável, para o autor são conceitos conceptualmente diferentes e que avaliam necessidades/consequências relacionadas, mas não similares.

O *stress surge* face a uma situação percebida como ameaçadora, levando o indivíduo a reagir através de estratégias de *coping* eficazes, levando a adaptação, ou ineficazes e originar fenómenos de *stress*. A sobrecarga está relacionada com desgaste por cansaço, traduz a exposição do cuidador a fatores de *stress* significativos num curto espaço de tempo, ou a fatores de *stress* pouco significativos, mas por um longo período de tempo (Sequeira, 2010).

Concluindo, Sequeira (2010 p. 238), diz que “...só faz sentido referir o *stress* como potencial diagnóstico de um cuidador numa fase inicial (lidar com a dependência, com o cuidar, etc.) ou quando se verifica uma alteração no contexto do doente, do meio ou do cuidador.”

O ato de cuidar abrange a necessidade de apoio social à pessoa dependente e seu cuidador, com o objetivo de diminuir os aspetos negativos resultado do processo de cuidado, para além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cuidador, e refletir positivamente nos cuidados prestados. Esse apoio pode advir de fontes formais e informais, como grupos de ajuda mútua, família, organizações não governamentais, religiosos, vizinhos, amigos, serviços de saúde e de assistência social (Nardi, 2007).

Ajudar os familiares cuidadores a identificar fontes de satisfação na prestação de cuidados, pode enriquecer a relação de cuidados. Além disso, existe crescente evidência empírica que sublinha a associação entre a existência de gratificações e o incremento de bem-estar, ajuste emocional e menor ansiedade do cuidador, compromisso crescente com a relação de cuidados, reduzida probabilidade de institucionalização da pessoa dependente, estima e apreciação pela pessoa de quem se cuida, e estratégias de *coping* mais bem sucedidas (Figueiredo, et al., 2006).

5 - ESTADO DA ARTE

Em Portugal não existem estudos nesta área da sintomatologia psiquiátrica do cuidador informal de familiares com dependência em contexto de internamento em cuidados intensivos. De forma a averiguar os estudos existentes, foi realizada pesquisa utilizando as palavras-chave: cuidador informal, sintomatologia psiquiátrica, dependência e cuidados intensivos (*informal caregiver, psychiatric symptomatology, dependence, intensive care*). A pesquisa também foi realizada utilizando o inglês como idioma. As pesquisas foram efetuadas em base de dados como *B-on, pubmed e scielo*.

Da pesquisa realizada salientam-se, ou referem-se os resultados dos estudos, considerados relevantes para este trabalho, que não tendo o mesmo objetivo contribuem para a compreensão do mesmo.

Wendy, et al. (2008), realizaram um estudo prospetivo de corte longitudinal, de forma a determinar a prevalência e fatores associados à ansiedade, depressão, *stress* pós-traumático e luto complicado nos familiares de doentes, durante e após internamento em cuidados intensivos. Entrevistaram 50 participantes, 39 (78%) após 1 mês, e 34 (68%) após 6 meses. Concluíram que sintomas de ansiedade e depressão diminuem com o tempo, mas todos os participantes de luto e em não luto apresentam altos níveis de *stress* pós-traumático e luto complicado. Os membros da família são afetados por *stress* pós-traumático e luto complicado. Sugerem que os familiares devem ser avaliados para o *stress* pós-traumático e luto complicado.

Também de Miranda, et al. (2010), realizaram um estudo multicentrico prospetivo sobre alterações psicológicas após internamento em cuidados intensivos de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e dos cuidadores informais. Os pacientes e familiares foram entrevistados no momento da alta da unidade de cuidados intensivos e 90 dias depois para avaliar os sintomas de

ansiedade e depressão utilizando a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e sintomas de transtorno de *stress* pós-traumático relacionado com o *Impact of Event Scale*. Na alta da UCI, 90% dos pacientes apresentavam eventos psicológicos recolhidos na UCI. Na família a prevalência foi de 72,2% e 25,7% na alta da UCI e 40,4% e 14,9% após 90 dias, respetivamente. O *Impact of Event Scale* indicou sintomas de *stress* pós-traumático relacionado em 20,7% dos pacientes e 29,8% dos familiares em 90 dias. Concluiu que os sintomas psiquiátricos que foram encontrados parecem ser comuns num grupo de 126 pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica, que sobreviveu a um internamento na UCI e nos seus familiares na alta da UCI e em 90 dias depois.

Hung, et al. (2007) estudaram a relação entre a dor e a depressão nos cuidadores e a sua perceção da dor nos doentes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral. Partiu da premissa que os cuidadores informais muitas vezes servem como avaliadores delegados de Qualidade de Vida Relacionada com Saúde, quando os doentes não podem relatar em seu próprio nome. Obtiveram como resultados que os sintomas depressivos do cuidador e da dor foram associadas com diferenças significativas nos *scores* do paciente - representante na dor *Health Utilities Index 3* ($P < 0,05$). Cuidadores deprimidos subestimam a dor sentida pelos doentes, cuidadores com dor sobrestimam a dor do doente. Além disso, foi identificada uma interação entre os sintomas depressivos e da dor do cuidador. Concluiu que a presença da dor e sintomas depressivos em cuidadores podem afetar significativamente a perceção de dor em pacientes com Acidente Vascular Cerebral. Os resultados sugerem que os cuidadores com dor e/ou depressão podem fornecer mais avaliações tendenciosas representativas da dor.

Bambauer, et al. (2006), no seu estudo sobre mutualidade e especificidade de desordens mentais em doentes com doença oncológica avançada e os cuidadores, obtiveram resultados de que quando os pacientes preenchem os critérios para qualquer diagnóstico psiquiátrico, os seus cuidadores têm 7.9 ($P < 0.0001$) mais probabilidade de ter um diagnóstico psiquiátrico, e vice-versa. Concluíram que especificamente, a presença de perturbações de ansiedade nas duas partes, doente ou cuidador, está associada com a maior probabilidade de perturbação de ansiedade no outro. Os resultados sugerem que o sofrimento psíquico deve ser avaliado em todos os doentes e seus cuidadores, e que se esta doença mental aumentar num, concerne na possibilidade das desordens psiquiátricas no outro. Os resultados também sugerem que as intervenções orientadas para abordar os medos comuns e preocupações dos doentes e cuidadores podem reduzir a ansiedade nas fases finais da doença do doente.

Chung, et al. (2010), estudaram a predisposição para sintomas depressivos em cuidadores de doentes com insuficiência cardíaca. Os objetivos deste estudo foram: (1) para examinar as diferenças entre os cuidadores com e sem sintomas depressivos em características do estado funcional dos cuidadores de doentes, carga no cuidar (tempo dedicado a cuidar, a dificuldade na tarefa de cuidar, a perceção da necessidade de cuidado), e perceção de controlo e; (2) para determinar os preditos de sintomas depressivos dos cuidadores. Estudaram um total de 109 cuidadores (idade média de 57 anos; cuidador conjugal, 79%) e doentes com insuficiência cardíaca. Obtiveram como resultados que 27,5% dos cuidadores com sintomas depressivos (*Beck Depression Inventory II score* > ou = 14) apresentaram pior estado funcional, menor perceção de controlo, e maior cuidado percebido á aflição, e passavam mais tempo em tarefas de cuidado do que os cuidadores sem sintomas depressivos. Deste estudo concluíram que o mau estado funcional dos cuidadores, perceção global da prestação de cuidados de aflição e perceção de controlo foram associadas com sintomas depressivos. Cuidadores deprimidos de doentes com insuficiência cardíaca, podem beneficiar de intervenções que melhorem o controlo percebido pelos cuidadores, a direcionar o encargo de cuidar e a melhorar ou ajudar o estado funcional dos cuidadores.

Butterworth, et al. (2010), estudaram os fatores que explicam a pobre saúde mental dos cuidadores. Tinham como objetivo avaliar o nível de ansiedade e depressão relatada pelos australianos mais velhos que prestam assistência a alguém que está doente, com deficiência ou idosos, com os dos não cuidadores e identificar os *stressores* secundários e fatores de mediação que explicam a saúde mental dos cuidadores mais pobres. Analisaram 2.222 adultos com idades entre 64-69 anos, em Canberra e Queanbeyan, na Austrália. A saúde mental foi avaliada por meio da depressão Goldberg e escalas de ansiedade. A análise incidiu sobre os que se identificaram como um prestador de cuidados primários e/ou prestação de cuidados relatadas por mais de cinco horas por semana. As análises avaliaram a associação entre o estado de saúde mental do cuidador e foi mediada por fatores financeiros, tensão devido ao papel, a saúde física e apoio social e os conflitos com a família e amigos. Os resultados obtidos foram que os cuidadores relataram significativamente pior saúde mental do que os não cuidadores, e também relataram deterioração da saúde física, maior esforço financeiro, uma maior responsabilidade pelas tarefas domésticas e, mais conflitos e menos apoio social da família e cônjuge. A análise mostrou que a mediação pior saúde mental do cuidador reflete os elevados índices da sua própria deficiência física, a falta de suporte social e maior conflito. Concluíram que a relação entre saúde mental e

cuidado foi em grande parte explicada pelo suporte social e níveis de conflito dentro da família, que são potencialmente modificáveis e passíveis de mudanças através de políticas de intervenção. Estudos como este podem contribuir para o desenvolvimento de intervenções apropriadas para melhorar a situação dos cuidadores informais na Austrália.

Murphy, et al. (2009), num estudo a 75 cuidadores de doentes com esclerose lateral amiotrófica, pretenderam estudar as habilidades para resolver problemas, prever a qualidade de vida e morbidade psicológica nos cuidadores de doentes com esclerose lateral amiotrófica. Examinaram em perspetiva as competências para a resolução de problemas, a vida social, a qualidade da relação cuidador-doente, a espiritualidade e religiosidade dos cuidadores, e de que forma tem impacto na qualidade de vida desses cuidadores. Os dados foram analisados através de correlação e análises de regressão múltipla hierárquica. Resolução de problemas sociais e espiritualidade foram os melhores indicadores de qualidade de vida dos cuidadores, e a vida social também prevê a resolução de problemas e foi responsável por 25,4% da variância na morbidade psicológica. Concluíram que, a capacidade de resolver problemas, dos cuidadores, é um determinante importante do bem-estar do cuidador. Desenvolver intervenções para ensinar estes cuidadores a adquirir métodos eficazes de resolução de problemas, provavelmente, seria benéfico para esta população.

Van Pelt, et al. (2007), tiveram por partida que a sobrecarga do cuidador é bem descrita na doença crónica e que poucos estudos examinaram carga entre os cuidadores de sobreviventes de doença grave. Nos estudos existentes não está clarificado se a carga observada é consequência de doença grave ou doença pré existente do paciente. Quiseram descrever durante um ano os resultados longitudinais para cuidadores de pacientes que sobreviveram a doença crítica, e comparar o risco de depressão entre cuidadores de pacientes com e sem pré-internamento em UCI e com a dependência funcional. Realizaram um estudo de corte prospetivo paralelo, dos sobreviventes de ventilação (superior a 48 h) mecânica prolongada e seus cuidadores informais. Cuidadores foram divididos em dois grupos com base em: se os pacientes eram funcionalmente independente (n = 99, 59%); ou dependente (n = 70, 41%) antes da admissão. Dependência funcional foi definida como dependência em uma ou mais atividades da vida diária ou em três ou mais atividades instrumentais da vida diária. Os resultados dos pacientes e cuidadores foram medidos 2, 6 e 12 meses após o início da ventilação mecânica. Foram estudados três resultados no cuidador: risco de depressão, perturbações estilo de vida e redução do emprego. A maioria dos pacientes era do sexo

masculino (59,8%), com uma média de idade (DP) de 56,6 (19,0) anos. Os cuidadores eram predominantemente do sexo feminino (75,7%), com uma média de idade (DP) de 54,6 (14,7) anos. Prevalência de risco de depressão do cuidador foi alta em todos os pontos de tempo (33,9, 30,8, e 22,8%, $p = 0,83$) e não variam de acordo com o *status* pré-internamento em UCI do doente. Interrupção de estilo de vida e redução do emprego também eram comuns e persistentes. Concluíram que os sintomas de depressão, perturbações estilo de vida e redução do emprego eram comuns entre os cuidadores informais de sobreviventes de doença grave. Risco de depressão foi elevado, independentemente do estado pré-internamento UCI do doente.

Van Pelt, et al. (2009), estudaram as alterações nos cuidadores informais de sobreviventes de doença grave, que possam depender das características do doente e que podem mudar ao longo do tempo. Realizaram um estudo numa perspetiva longitudinal, observaram 48 díades paciente-cuidador de quatro UCI de um hospital universitário. Sintomas de depressão do cuidador informal foram medidos no Centro de Estudos Epidemiológicos com uma escala de depressão. Interrupção de estilo de vida foi avaliada com a escala de restrição da atividade. Modelos de regressão linear foram construídos para testar, o doente e o cuidador, sobre específicos preditores de sintomas de depressão e perturbações no estilo de vida 2, 6 e 12 meses após a admissão na UCI. Obtiveram doentes com uma média de idade (DP) de 52,5 (19,7) anos, 67% eram homens. Os cuidadores tinham uma média de idade (DP) de 52,8 (12,8) anos, 91,2% eram mulheres e 48% eram cônjuges. Preditores de sintomas de depressão do cuidador foram sexo (homens) aos 2 e 12 meses e de traqueostomia em 12 meses. Preditores de rutura estilo de vida foram a educação do paciente (mais comum entre os identificados com o ensino médio) e sexo do paciente (homens) com 2 meses, e traqueostomia, dependência funcional, e paciente de género (homens) em 12 meses. Concluíram que a sobrecarga do cuidador informal provavelmente depende das características do doente e dos determinantes do pós-UCI, e pode variar ao longo do tempo.

A tabela 1 e tabela 2 têm como objetivo facilitar a consulta resultante da nossa pesquisa. Apresentam os artigos selecionados, especificando a informação relativa aos seus autores, ano de publicação, a fonte e o país, assim como, os participantes do estudo, a intervenção do estudo e a metodologia utilizada pelos autores.

Tabela 1. Estado da Arte

Autor, Ano, Fonte, País	Participantes Amostra	Intervenção	Metodologia	Resultados Major
Wendy, 2008, <i>Society of General Internal Medicine</i> , USA	50 CI	-determinar a prevalência e fatores associados à ansiedade, depressão, stress pós-traumático e luto complicado nos familiares de doentes, durante e após internamento em cuidados intensivos	Estudo prospetivo de corte longitudinal	-sintomas de ansiedade e depressão diminuem com o tempo - Os membros da família são afetados por stress pós-traumático e luto complicado
Bambaue r, 2006, Harvard Medical School and Harvard Pilgrim Health Care, USA	168 CI	- Estudou a mutualidade e especificidade de desordens mentais em pacientes com doença oncológica avançada e os cuidadores	Análise de regressão logística multivariada	- Concluiu que especificamente, a presença de perturbações de ansiedade nas duas partes, paciente ou cuidador, está associada com a maior probabilidade de perturbação de ansiedade no outro.
Butterwo rth, 2010, Australian National University, Australia	2222 CI	-estudaram os fatores que expliquem a pobre saúde mental dos cuidadores de idosos.	Análise de dados em onda	-os cuidadores relataram significativamente pior saúde mental do que os não cuidadores, e também relataram deterioração da saúde física, maior esforço financeiro, uma maior responsabilidade pelas tarefas domésticas e, mais conflitos e menos apoio social da família e cônjuge
Chung, 2010, College of Nursing, University of Kentucky, Lexington, KY, USA	109 CI	- Estudaram a predisposição para sintomas depressivos em cuidadores de doentes com insuficiência cardíaca.		- Concluiu que o mau estado funcional dos cuidadores, percepção global da prestação de cuidados de socorro e percepção de controlo foram associadas com sintomas depressivos.
Van Pelt et al., 2009 Department of Critical Care Medicine, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA	48 Doentes e CI.	- Estudo sobre alterações nos cuidadores informais de sobreviventes de doença grave, que possam depender das características do doente e que podem mudar ao longo do tempo.	Estudo longitudinal	-Concluiu que a sobrecarga do cuidador informal provavelmente depende das características do doente e dos determinantes do pós-UCI, e pode variar ao longo do tempo

Tabela 2. Estado da Arte

Autor, Ano, Fonte, País	Participantes Amostras	Intervenção	Metodologia	Resultados Major
De Miranda, 2010, Hôpital Saint-Louis Medical ICU and Biostatistics Department, França	126 Doentes e Familiares.	- Estudo sobre alterações psicológicas após internamento em cuidados intensivos de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e dos cuidadores informais.	Estudo multicentrico prospetivo	- Concluiu que os sintomas psiquiátricos que foram encontrados parecem ser comuns num grupo de 126 pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica, que sobreviveu a um internamento na UCI e nos seus familiares na alta da UCI e 90 dias depois
Hung, 2007, University of Wisconsin at Madison, USA	95 Doentes e respetivos CI	- Estudaram a relação entre a dor e a depressão nos cuidadores e a sua perceção da dor nos doentes que sofreram um Acidente Vasculiar Cerebral	Regressão multivariada	- Cuidadores deprimidos subestimam a dor sentida pelos pacientes, cuidadores com dor supra estimam a dor do paciente - Os resultados sugerem que os cuidadores com dor e / ou depressão podem fornecer mais avaliações tendenciosas representativas da dor.
Murphy, 2009, Philadelphia College of Osteopathic Medicine, USA	75 CI	- Estudar as habilidades para resolver problemas, prever a qualidade de vida e morbilidade psicológica nos cuidadores de doentes com esclerose lateral amiotrófica.	Estudo prospetivo	- A capacidade de resolver problemas dos cuidadores é um determinante importante do bem-estar do cuidador. Desenvolver intervenções para ensinar estes cuidadores de métodos eficazes de resolução de problemas, provavelmente, seria benéfico para esta população.
Van Pelt et al, 2007, Department of Critical Care Medicine, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA	169 CI	- Descrever após 1 ano, os resultados longitudinais para cuidadores de pacientes que sobreviveram a doença crítica, e comparar o risco de depressão entre cuidadores de pacientes com e sem pré- internamento em UCI com dependência funcional.	Estudo de corte prospetivo paralelo	Os sintomas da depressão, perturbações de estilo de vida e redução do emprego eram comuns entre os cuidadores informais de sobreviventes de doença grave. Risco de depressão foi elevado, independentemente do estado de dependência funcional pré-internamento em UCI.

Relevante nesta revisão de literatura é a presença de sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores informais, e como esta pode influenciar a vida de quem cuida, mas também a de quem recebe os cuidados. Como tal este estudo tem pertinência, pois irá possibilitar averiguar a existência, e sua identificação, de sintomas psiquiátricos em cuidadores informais de doentes internados em cuidados intensivos, contribuindo para a tomada de decisões e estratégias dos serviços de saúde em relação a estes cuidadores.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

6 - CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO

Após a revisão da literatura, podemos salientar alguns pontos fundamentais.

Para a OMS (2002), a investigação científica tem um papel importante no âmbito de criar novos conhecimentos e desenvolver ferramentas adequadas para manter a saúde e combater as doenças.

A situação de prestação de cuidados e as repercussões que ela implica, geram frequentemente na pessoa que o faz *stress*, frustrações, nervosismo, irritabilidade, inquietação, ansiedade ou ainda uma preocupação constante (Jani-Le-Bri, 1994).

Acompanhar a experiência dos familiares cuidadores de doentes que estiveram internados em UCI, e que se encontram em processo de recuperação no domicílio, despertou para a problemática de que se estes não poderiam necessitar de ajuda no que respeita à Saúde Mental.

Após a leitura e reflexão de vários estudos e da constatação na prática clínica que sugere que as pessoas que prestam cuidados a familiares dependentes física e/ou mentalmente, sofrem mudanças, habitualmente desfavoráveis, quer na vida familiar, social e económica, mas sobretudo a nível mental.

Como tal, sentimos a necessidade de realizar um estudo descritivo e exploratório sobre a sintomatologia psiquiátrica dos cuidadores informais de doentes internados em cuidados intensivos, pela relevância que este pode trazer, tanto a nível das decisões políticas em saúde mental, quanto à criação de novos

projetos. Este tipo de estudo pode proporcionar uma compreensão mais ampla da ocorrência e influência que a sintomatologia psiquiátrica possa ter sobre os cuidadores informais.

7 - FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO

A investigação é um percurso que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos reais e deve estar intimamente ligada à prática de cuidados, numa relação de reciprocidade (Fortin, 1999).

Este estudo de carácter exploratório e descritivo incide sobre o familiar cuidador de doentes que estiveram internados em cuidados intensivos. Pretende-se conhecer as características sociodemográficas e clínicas do cuidador informal, neste contexto, e dos respetivos familiares dependentes, bem como a relação entre estes fatores e a Saúde Mental do familiar cuidador.

Tendo em conta os vários pressupostos e várias opções de pesquisas, o nosso estudo pretende identificar focos de atenção dos enfermeiros, ou seja, áreas de atenção, para que a prática de Enfermagem se possa otimizar na abordagem ao cuidador informal de doentes com internamento em UCI, em termos de Sintomatologia Psiquiátrica.

O objetivo de um estudo precisa a orientação do investigador na investigação (Fortin, 1999).

Assim, e no contexto desta pesquisa, definimos como objetivos:

- Descrever as características sociodemográficas e as variáveis clínicas dos doentes internados na UCI;
- Descrever as características sociodemográficas dos familiares cuidadores inquiridos;
- Descrever os níveis de dependência dos doentes internados na UCI;
- Descrever a Sintomatologia Psiquiátrica apresentada pelos familiares cuidadores de doentes internados em UCI;

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e de interação dos familiares cuidadores (sexo, idade, estado civil, situação profissional, relação de parentesco, tempo como cuidador, tipo de cuidados, tipo de apoio, patologias associadas, doença mental prévia) e a sintomatologia psiquiátrica;
- Analisar a relação entre os níveis de dependência, as variáveis sociodemográficas e clínicas do doente e a sintomatologia psiquiátrica dos cuidadores inquiridos.

8 - MATERIAL E MÉTODOS

Segundo Fortin (1999 p. 372), entende-se por metodologia o “conjunto de métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”. Os processos metodológicos utilizados serão selecionados no sentido de dar respostas aos objetivos e às questões de investigação. Assim, referimo-nos, à definição do tipo de estudo, à população e amostra, bem como às fases em que se vai desenrolar o estudo.

8.1 - Tipo de Estudo

O nosso estudo enquadra-se no paradigma quantitativo, ou pós-positivista, porque adota a filosofia de que a realidade pode ser descoberta; garantir uma maior precisão na análise e interpretação dos resultados; entretanto, apenas imperfeitamente e num senso probabilístico; (Batista, et al., 2007); (Fortin, 1999). A abordagem é tipicamente dedutiva e utiliza-se inicialmente o raciocínio dedutivo e a generalização (Sousa, et al., 2007).

“O desenho de investigação é o plano lógico e elaborado e interpretado pelo investigador, para obter respostas às questões de investigação” (Fortin, 1999 p. 40). Quanto ao desenho, a opção foi a realização de um estudo de carácter exploratório e transversal, dada a escassez de trabalhos realizados e pelo facto de estudarmos pela primeira vez a Sintomatologia Psiquiátrica numa população portuguesa de Cuidadores Informais de doentes que estiveram internados numa UCI. Estudo descritivo, porque se vai “tentar explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever relações” (Fortin, 1999 p. 369).

Transversal, porque fornece informações de uma situação num determinado momento.

8.2 - Questões de Investigação

Segundo Fortin (1999 p. 101), *“a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.”*

Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar, com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo, claro, não equívoco, que precisa os conceitos chave, especifica a natureza da população em estudo e sugere uma investigação empírica.

Assim, para dar continuidade ao trabalho, definimos as seguintes questões:

(1) Qual a sintomatologia psiquiátrica mais frequente nos familiares cuidadores?

(2) Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia psiquiátrica dos familiares cuidadores?

(3) Qual a relação entre o grau de dependência do doente e a sintomatologia psiquiátrica dos familiares cuidadores?

8.3 - População e Amostra

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. Segundo Fortin (1999), a escolha dos participantes faz-se por meio de critérios de seleção que asseguram uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar. A

população alvo em estudo, é constituída por todos os familiares cuidadores de doentes internados numa UCI num Hospital do Grande Porto, num período de três meses.

A amostra será constituída pelos familiares cuidadores de todos os doentes internados numa UCI de um Hospital do Grande Porto no período de abril de 2011 a junho de 2011 e que participem no estudo. Trata-se de uma amostra não probabilística cuja amostragem é acidental porque “*é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, num momento preciso*” (Fortin, 1999 p. 208).

Os critérios de inclusão na amostra são:

- Terem mais de 18 anos;
- Aceitarem participar no estudo;
- O doente apresentar algum grau de dependência, de acordo com a escala de *Lawton e Brody*.

Foram excluídos os cuidadores que não reuniram estas condições.

8.4 - Variáveis

Em relação às variáveis independentes, selecionamos as seguintes. Quanto ao doente dependente: Sexo; Data de nascimento; Estado civil; Escolaridade; Profissão principal (antes da reforma); Patologia que o tornou dependente e associadas; Tempo de internamento em UCI; Grau de dependência (através da escala de *Lawton e Brody*). Quanto ao Cuidador Informal: Sexo; Data de nascimento; Estado civil; Escolaridade; Situação profissional; Patologias, incluindo doença mental; 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.

Em relação às variáveis dependentes, temos a Sintomatologia Psiquiátrica (através da escala BSI).

8.5 - Instrumento de Colheita de Dados

De forma a facilitar a avaliação dos familiares cuidadores, torna-se imperativo a utilização de instrumentos para caracterizar essa mesma população. Para tal foi elaborado um questionário, que segundo Fortin (1999 p. 374), é um “conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos.” Para Fortin (1999), Kumar (2005) e Oppenheim (2000), a aplicação do questionário apresenta vantagens ao nível do tempo e de custos, permite um melhor controlo dos enviesamentos e é uma ferramenta essencial de medição para colher dados específicos.

O nosso instrumento de colheita de dados é constituído por quatro partes (Anexo I): uma primeira parte, onde se aborda a situação sociodemográfica do sujeito cuidado; uma segunda parte com a avaliação da dependência do sujeito cuidado, pela escala de atividades de vida diárias de *Lawton* e *Brody*; uma terceira parte com a situação sociodemográfica do sujeito cuidador e uma quarta parte com a Sintomatologia Psiquiátrica, pelo “*Brief Symptom Inventory*”.

8.5.1 - Questionário sociodemográfico e clínico

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

Com as variáveis de caracterização, pretendeu-se avaliar os familiares cuidadores 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.

8.5.2 - Escala de Lawton e Brody

A escala de *Lawton e Brody* (1969) baseia-se não apenas na dependência das ABVD, mas também nas AIVD (atividades instrumentais da vida diária) em indivíduos com e sem demência. Avalia as seguintes dimensões: cuidados pessoais; cuidados domésticos; trabalho, recreação/lazer; compras e gestão do dinheiro; locomoção; comunicação; e relações sociais (Sequeira, 2010).

Segundo *Lawton e Brody* (1969), as AIVD indicam condições de vida independente na comunidade, como fazer compras, telefonar, utilizar o transporte, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, cuidar do próprio dinheiro.

A escolha deste instrumento prendeu-se com o facto deste se mostrar útil para avaliação do grau de dependência do indivíduo em sete grupos de atividades de vida diária, bem como possibilita a avaliação global das dimensões, e a avaliação parcelar de cada uma dessas dimensões. Uma pontuação mais elevada corresponde a um maior grau de dependência global.

8.5.3 - Brief Symptom Inventory

Esta escala 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, selecionando-se os itens com maior peso em cada dimensão para formar o BSI. As correlações encontradas para as nove dimensões psicopatológicas entre o BSI e o SCL-90-R permitiram concluir que os dois instrumentos avaliam o mesmo constructo (Canavarro, 1999).

Constituída por 53 itens, a BSI é um inventário de autoadministração, 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: Traduz o mal-estar da perceção 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: Faz referência a 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 foca-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 interações sociais são manifestações desta dimensão (inclui os itens 20, 21, 22 e 42);

Depressão: Nesta dimensão os sintomas refletem o grande número de indicadores da depressão clínica. Estão representados sintomas de afeto 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: Composta por sinais e sintomas 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: São incluídos pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado negativo da cólera (inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46);

Ansiedade Fóbica: Define-se como uma resposta de medo persistente, face a uma pessoa, lugar, objeto 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: Representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, 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: Desenvolvida de forma a representar um constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, 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 objetivo permitir a avaliação 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 do BSI, por ser um bom indicador de sintomas do foro psicopatológico e bom discriminador de saúde mental, embora não permita a formulação de um diagnóstico.

Tabela 3. Valores de consistência interna das dimensões incluídas no BSI

	Nº de itens	Alfa de Cronbach (Canavarro, 1999)	Alfa de Cronbach (Presente estudo)
Somatização	7	0,80	0,78
Obsessões-Compulsões	6	0,77	0,72
Sensibilidade Interpessoal	4	0,76	0,65
Depressão	6	0,73	0,78
Ansiedade	6	0,77	0,80
Hostilidade	5	0,76	0,63
Ansiedade Fóbica	5	0,62	0,67
Ideação Paranóide	5	0,72	0,60
Psicoticismo	5	0,62	0,45

De forma a determinar a consistência interna dos dados obtidos no presente estudo através do BSI, calculamos o *Alfa de Cronbach*. Tal como é possível verificar na tabela 3, os índices de consistência interna variaram entre 0,45 (Psicoticismo) e 0,80 (Ansiedade). De referir que algumas das dimensões obtiveram índices de consistência interna considerados fracos, ainda que consideremos que o cálculo do *Alfa de Cronbach* é particularmente sensível ao número de itens incluídos em cada dimensão. Os valores encontrados recomendam cautela nas análises dos resultados obtidos, assim a realização de um estudo psicométrico mais aprofundado da versão portuguesa do BSI. Em relação à dimensão Psicoticismo, é de esperar que neste contexto esta não tenha relevância.

8.6 - Pré-teste

A realização do pré-teste do questionário é determinante no sucesso da pesquisa. Neste sentido, o pré-teste foi aplicado no mês de junho de 2011 a quinze cuidadores informais, cujos doentes dependentes estiveram internados na UCI em março de 2011. Para este fim, foi efetuado contacto telefónico com os cuidadores da lista de doentes, e solicitada colaboração para aplicação dos questionários.

Os questionários foram respondidos oralmente (cerca de 15-20 minutos de tempo despendido), em que o investigador 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 exatidão qual o motivo do internamento e o sistema afetado.

A questão 7.2 “Esteve internado quanto tempo?” foi dividida em duas questões de forma a esclarecer o internamento em UCI e no hospital.

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 Cuidadores Informais que prestam cuidados a mais que um doente dependente, foi acrescentada na parte III do questionário, uma questão que pergunta exatamente “Atualmente, cuida de quantas pessoas?”

8.7 - Procedimento para a Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada por contacto telefónico pelo investigador, e não em contexto de consulta de *follow up* como inicialmente estava previsto. Esta foi realizada ao fim de seis meses do internamento em UCI, e não ao fim de três meses, visto que aquando do pré-teste foi constatado que alguns doentes

estavam no domicílio ao cuidado do familiar há menos de um mês, tempo que pela literatura não seria suficiente para desenvolver no Cuidador Informal alguma alteração patológica.

Como tal a aplicação do questionário foi realizada ao fim de seis meses, figura 2, aos Familiares Cuidadores dos doentes internados na UCI em abril, maio e junho de 2011, nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2011, respetivamente.

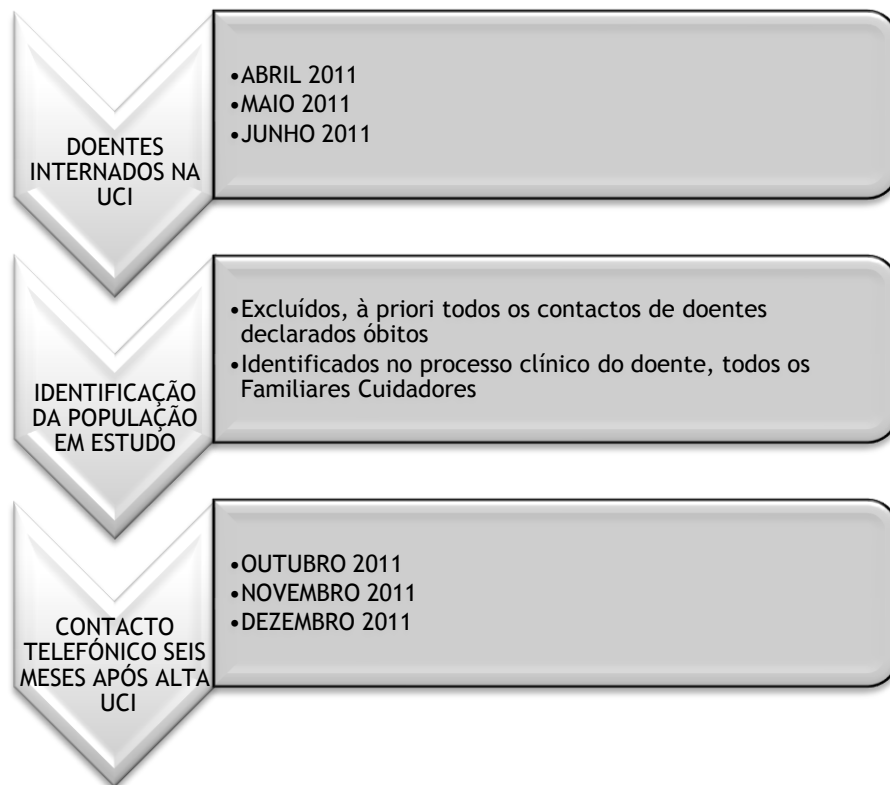


Figura 2. Identificação da população do estudo

Delimitada a população em estudo, bem como a amostra a estudar, tabela 4, seguiu-se a aplicação do instrumento escolhido.

Dado não existir conhecimento prévio sobre o perfil dos Cuidadores Informais, e a colheita ser realizada por telefone, optou-se por não excluir da amostra os cuidadores analfabetos. Foram excluídos, à priori todos os contactos de doentes declarados óbitos. Atendendo ao interesse em caracterizar o melhor possível o perfil dos cuidadores, o investigador contactou por telefone todos os Cuidadores Informais, identificados no processo clínico do doente, solicitando a autorização e esclarecendo sobre os objetivos do estudo a realizar.

Tabela 4. Resultados da população de doentes após seleção da amostra

	abril 2011	maio 2011	junho 2011	Total
Total de Internamentos	130	124	104	358
Óbitos Identificados (de Início)	26	12	15	43
Óbitos identificados na (investigação)	3	5	3	11
Não atenderam/sem número telefone	21	29	18	68
Não participaram/desistiram	7	4	2	13
Reinternamento	1	0	3	4
Sem cuidador/institucionalizado	2	4	6	12
Sem Dependência	36	39	37	112
Incluídos no Estudo	34	31	20	85

8.8 - Estratégias para Análise dos Dados

A análise dos dados obtidos no âmbito do presente estudo foi realizada através do programa estatístico SPSS versão 18,0 para *Windows*. Relativamente aos dados constantes no questionário geral procedeu-se a uma análise descritiva, com o objetivo de os caracterizar através de indicadores estatísticos, como a frequência absoluta e relativa, a média, o desvio-padrão, mínimos e máximos.

No que concerne especificamente à análise das relações entre as variáveis, e tendo em vista a aplicação de testes mais adequados aos dados recolhidos, realizámos um conjunto de análises exploratórias de modo a verificar a normalidade das distribuições. Uma vez que este pressuposto foi violado para a maioria das variáveis em estudo, optou-se por utilizar testes não paramétricos, nomeadamente, o *Kruskal-Wallis* e o *Mann-Whitney*, no caso da comparação de grupos, assim como o coeficiente de correlação de *Spearman* para as análises de associações entre variáveis. Importa referir ainda que sempre que o teste *Kruskal-Wallis* revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo, realizámos testes *Mann-Whitney*, uma vez que o teste *Kruskal-Wallis* não disponibiliza a opção *post hoc*. Atendendo que a realização de múltiplos testes estatísticos num conjunto de dados pode aumentar o erro Tipo I, a significância dos resultados obtidos através dos testes *Mann-Whitney* foi interpretada de acordo com a correção *Bonferroni* ($p < 0,017$).

8.9 - Considerações Éticas

Neste estudo, foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam no estudo. Após a autorização formal do Conselho de Administração do Hospital, e da Comissão de Ética (Anexo II) para a recolha de dados, realizou-se uma consulta do processo administrativo de todos os doentes internados na UCI nos meses de março, abril, maio e junho de 2011, e efetuado o levantamento de todos os contactos telefónicos. Teve-se o cuidado de cruzar os dados com os óbitos declarados para evitar contactar familiares de pessoas falecidas. Foi então estabelecido contacto telefónico com os cuidadores, de modo a dar conhecimento dos contornos da investigação, e convidá-los a participar no estudo. Do mês de março só foram contactados 15 cuidadores, que constituíram o grupo do pré-teste. Neste contacto foram: explicados os objetivos; clarificado o carácter voluntário da participação no estudo, respeitando a decisão dos sujeitos em participar ou não no estudo, sem qualquer tipo de implicação; as vantagens da participação a nível da obtenção de conhecimentos; o carácter confidencial dos dados fornecidos; a possibilidade de acesso aos resultados e o nome e contacto do investigador. Aqui o cuidador ao aceitar participar no estudo subentende-se um consentimento informado. Adoptou-se por referenciar a informação contida no documento de consentimento em anexo (Anexo III).

A pessoa tem direitos que devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação que envolvem seres humano. São os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999 p. 128).

9 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Apresentamos neste capítulo os resultados obtidos na colheita de dados. A apresentação dos mesmos obedecerá à seguinte ordem de exposição: os resultados relativamente aos doentes dependentes, a sua caracterização sociodemográfica, relação de parentesco com o cuidador informal, atividade profissional, antecedentes pessoais de saúde, e a dependência nas ABVD; os resultados relativamente aos cuidadores informais, a sua caracterização sociodemográfica, atividade profissional, antecedentes pessoais de saúde (especificando os de saúde mental), o tempo como cuidador, tipo de cuidados prestados, tempo dispendido no cuidar, tipo de apoio que recebe e os resultados referentes ao BSI; a relação entre as principais variáveis analisadas no presente estudo.

A amostra do presente estudo é constituída por 85 cuidadores informais de doentes internados na UCI. Para uma melhor interpretação e análise dos dados, recorreremos ao uso de tabelas, que constituirão um suporte importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

9.1 - Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Doentes

Os participantes do presente estudo prestam cuidados a 53 pessoas com dependência do sexo masculino e 32 do sexo feminino, com idades que variam entre 18 e 92 anos, com uma média de 64,92 anos (DP = 15,93). Verificamos que mais de metade das pessoas com dependência (60%) tinha mais de 65 anos de idade.

Relativamente ao estado civil das pessoas com dependência, podemos verificar, que 61 são casados (71,8%), 11 viúvos (12,9%), 5 divorciados (5,9%), 4 solteiros (4,7%) e 4 em união de facto (4,7%). Em termos da sua escolaridade, 58 (68,2%) das pessoas com dependência possui escolaridade ao nível do 1.º Ciclo do Ensino Básico (i.e., até quatro anos de escolaridade), 11 (13,0%) ao nível do 2.º Ciclo do Ensino Básico (i.e., até seis anos de escolaridade), 8 (9,5%) ao nível do 3.º Ciclo do Ensino Básico (i.e., até nove anos de escolaridade), 5 (5,9%) ao nível do Ensino Secundário e 3 (3,5%) ao nível do Ensino Superior.

A tabela 5 apresenta a distribuição das pessoas com dependência relativamente à sua profissão principal antes do internamento. De acordo com os resultados, verificamos que a atividade profissional da maioria das pessoas com dependência era de natureza não qualificada. Note-se ainda que cerca de 21% das pessoas com dependência desempenhava funções domésticas.

Tabela 5. Distribuição das pessoas com dependência por profissão principal antes do internamento

	N	%
Nunca trabalhou	4	4,7
Doméstica	18	21,2
Agricultor	3	3,5
Empregado fabril	10	11,8
Serviços da câmara	4	4,7
Serralheiro	3	3,5
Electricista	4	4,7
Construção civil	7	8,2
Comerciante	9	10,6
Restauração	4	4,7
Empregado escritório	4	4,7
Motorista	4	4,7
Polícia	4	4,7
Empresário	2	2,4
Ensino	5	5,9

Quanto à relação de parentesco das pessoas com dependência com o cuidador informal, verificamos que 53 são cônjuges (62,4%), seguido de 24 que são pai ou mãe (28,2%), 4 são irmã (ão) (4,7%), 3 são filho(a) (3,5%) e 1 é genro/nora (1,2%).

A seguir caracterizamos as pessoas com dependência do ponto de vista da sua situação clínica e grau de dependência.

Conforme se observa na tabela 6, existe variabilidade nos sistemas afetados pela patologia das pessoas com dependência, ainda que os mais frequentes sejam

por ordem decrescente de predomínio o sistema digestivo (30,6%), o sistema neurológico (23,5%) e o sistema endócrino/metabólico (16,5%).

Tabela 6. Distribuição das pessoas com dependência em função do tipo do sistema afetado pela patologia

	<i>N</i>	%
Neurológica	20	23,5
Cardiovascular	8	9,4
Digestiva	26	30,6
Génito-urinária	6	7,1
Endócrina e metabólica	14	16,5
Músculo-esquelético/osteoarticular	8	9,4
Oftálmica ou do foro otorrinolaringológico	3	3,5

Relativamente ao tipo de afeção que os levou ao internamento, 60 foi por cirurgia (70,6%), seguem-se 10 por problema oncológico (11,8%), 7 por trauma (8,2%), 4 por infeção (4,7%), 3 por transplante (3,5%) e 1 por enfarte (1,2%).

Em relação às patologias associadas, podemos verificar na tabela 7 que as pessoas com dependência apresentavam maioritariamente problemas metabólicos (ex., diabetes) e problemas cardiovasculares (ex., hipertensão).

Tabela 7. Distribuição das pessoas com dependência em função do tipo de patologias associadas

	Sim <i>N</i> (%)	Não <i>N</i> (%)
Metabólica	39 (45,9)	46 (54,1)
Cardiovascular	35 (41,2)	50 (58,8)
Mental	6 (7,1)	79 (92,9)
Neurológica	9 (10,6)	76 (89,4)
Respiratória	4 (4,7)	81 (95,3)
Infeciosa	2 (2,4)	83 (97,6)
Digestiva	2 (2,4)	83 (97,6)
Oncológica	4 (4,7)	81 (95,3)
Osteoarticular	7 (8,2)	78 (91,8)
Transplantado	4 (4,7)	81 (95,3)
Consumo de substâncias	3 (3,5)	82 (96,5)
Perturbações do sono	4 (4,7)	81 (95,3)
Génito-urinária	6 (7,1)	79 (92,9)

No que concerne o tempo total de internamento no Hospital, os resultados obtidos indicaram que, em média, as pessoas com dependência estiveram 27 dias ($DP = 23,76$), variando entre 3 e 140 dias. Especificamente no que se refere ao tempo de internamento na UCI, verificamos que as pessoas com dependência estiveram nesta unidade entre 1 e 60 dias ($M = 6,32$, $DP = 8,41$).

Quanto à vigilância de saúde realizada pelas pessoas com dependência, podemos verificar na tabela 8 que o médico de família (84,7%) é o recurso mais utilizado. Conforme os resultados obtidos, as pessoas com dependência que se encontram aos cuidados da maioria dos participantes do presente estudo são ainda vigiados na especialidade médico-cirúrgica associada ao internamento (83,5%).

Tabela 8. Distribuição das pessoas com dependência em função da vigilância de saúde

	Sim N (%)	Não N (%)
Médico de família	72 (84,7)	13 (15,3)
Médico particular	2 (2,4)	83 (97,6)
Enfermeiro de família	13 (15,3)	72 (84,7)
Especialidade de oncologia	2 (2,4)	83 (97,6)
Especialidade de psiquiatria	2 (2,4)	83 (97,6)
Especialidade médico-cirúrgica	71 (83,5)	14 (16,5)

Em termos de medicação, os resultados descritivos obtidos indicam que as pessoas com dependência tomam em média 5 medicamentos de natureza diferente ($DP = 2,68$), variando entre nenhum a 10 “tipos” de medicamentos.

Dependência de quem recebe os cuidados

Passamos agora a apresentar os resultados descritivos obtidos na Escala de Atividades de Vida Diária de *Lawton* e *Brody*. A pontuação total nesta medida pode variar entre 0 e 90, sendo que quanto mais elevado o valor maior é o grau de dependência do indivíduo avaliado. Os resultados descritivos obtidos a nível da pontuação total revelam que, em termos médios, as pessoas com dependência se caracterizam por ser moderadamente dependentes ($M = 49,15$), e que estes valores variaram entre 15,00 e 90,00. Importa salientar, no entanto, que os valores mínimos e máximos encontrados, assim como o valor de desvio-padrão elevado ($DP = 18,05$), indicam variabilidade entre as pessoas com dependência a nível do seu grau de dependência. Procedeu-se, ainda, a uma análise descritiva dos itens que compõem a escala. Os resultados obtidos encontram-se nas tabelas 9 e 10.

A leitura da tabela 9 permite ainda verificar que, de acordo com os relatos da maioria dos cuidadores informais, as pessoas com dependência parecem revelar dependência moderada a total a nível das atividades relacionadas com os *Cuidados domésticos*, em que mais de 75% refere que a pessoa dependente apresenta incapacidade para, preparar a comida, assim como não realizam

atividades de arrumar a mesa, trabalhos domésticos, tarefas domésticas e lavar a roupa.

Tabela 9. Distribuição das pessoas com dependência em função do grau de dependência em cada item da Escala de Atividades de Vida Diária de *Lawton e Brody*

	0 N (%)	1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)
CUIDADOS PESSOAIS				
Alimentação	28 (32,9)	32 (37,6)	20 (23,5)	5 (5,9)
Vestir-se	17 (20,0)	38 (44,7)	11 (12,9)	19 (22,4)
Banho	23 (27,1)	14 (16,5)	40(47,1)	8 (9,4)
Eliminações fisiológicas	59 (69,4)	5 (5,9)	9 (10,6)	12 (14,1)
Medicação	20 (23,5)	24(28,2)	6 (7,1)	35 (41,2)
Interesse na aparência	12 (14,1)	42 (49,4)	19(22,4)	12 (14,1)
CUIDADOS DOMÉSTICOS				
Preparação da alimentação	1 (1,2)	11 (12,9)	1 (1,2)	72 (84,7)
Arrumação da mesa	0 (0,0)	17 (20,0)	2 (2,4)	66 (77,6)
Trabalhos domésticos	0 (0,0)	13 (15,3)	6 (7,1)	66 (77,6)
Tarefas domésticas	0 (0,0)	15 (17,6)	4 (4,7)	66 (77,6)
Lavar a roupa	0 (0,0)	11 (12,9)	0 (0,0)	74 (87,1)
TRABALHO, RECREAÇÃO/LAZER				
Trabalho	7 (8,2)	9 (10,6)	5 (5,9)	64 (75,3)
Recreação	3 (3,5)	44(51,8)	31(36,5)	7 (8,2)
Organizações	1 (1,2)	32(37,6)	27(31,8)	25 (29,4)
Viagens	25 (29,4)	39(45,9)	2 (2,4)	19 (22,4)

Em relação aos *Cuidados Pessoais*, é possível verificar que, globalmente, a maioria das pessoas com dependência é autônoma nas diferentes atividades de vida diária. No entanto, aproximadamente metade das pessoas com dependência parece necessitar parcialmente ou totalmente de terceiros para tomar banho e a medicação.

A nível das diferentes atividades relacionadas com o *Trabalho e Recreação/Lazer*, verifica-se uma maior variabilidade no grau de dependência demonstrada pelas pessoas com dependência. A maioria das pessoas, 75% com dependência não trabalha, quase a totalidade da amostra executam menos atividades de recreação ou perderam habilidades para as executar, comparecem com menos frequência ou deixaram de comparecer a organizações e necessitam de ajuda de terceiros para realizar viagens ou estão limitados a casa.

De acordo com a percepção da maior parte dos cuidadores informais participantes, no presente estudo, tabela 10, as pessoas com dependência globalmente revelam-se com pouca alteração em termos da *Comunicação e Relações Sociais*.

Tabela 10. Distribuição das pessoas com dependência em função do grau de dependência em cada item da Escala de Atividades de Vida Diária de *Lawton e Brody*

	0 N (%)	1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)
COMPRAS E GESTÃO DO DINHEIRO				
Compras	28 (32,9)	2 (2,4)	2 (2,4)	53 (62,4)
Gestão do dinheiro	30 (35,3)	4 (4,7)	1 (1,2)	50 (58,8)
Administração das finanças	25 (29,4)	2 (2,4)	0 (0,0)	58 (68,2)
LOCOMOÇÃO				
Transporte público	4 (4,7)	18 (21,2)	5 (5,9)	58 (68,2)
Condução de veículos	4 (4,7)	17 (20,0)	6 (7,1)	58 (68,2)
Mobilidade pela vizinhança	10 (11,8)	43 (50,6)	5 (5,9)	27 (31,8)
Locomoção fora de locais familiares	49 (57,6)	11 (12,9)	10 (11,8)	15 (17,6)
COMUNICAÇÃO				
Uso do telefone	38 (44,7)	22 (25,9)	11 (12,9)	14 (16,5)
Conversas	35 (41,2)	30 (35,3)	16 (18,8)	4 (4,7)
Compreensão	41 (48,2)	23 (27,1)	19(22,4)	2 (2,4)
Leitura	19 (22,4)	40 (47,1)	12 (14,1)	14 (16,5)
Escrita	29 (34,1)	34 (40,0)	11 (12,9)	11 (12,9)
RELAÇÕES SOCIAIS				
Relações familiares	33 (38,8)	40(47,1)	8 (9,4)	4 (4,7)
Relações familiares (crianças)	26 (30,6)	37 (43,5)	2 (2,4)	20 (23,5)
Amigos	13 (15,3)	32 (37,6)	39(45,9)	1 (1,2)

As *Compras e Gestão do Dinheiro* surgem como um domínio em que mais de metade das pessoas com dependência apresenta dependência total. Importa salientar, no entanto, que aproximadamente 30% das pessoas com dependência não demonstra qualquer dificuldade a este nível.

Finalmente, note-se que a nível das diferentes atividades relacionadas com a *Locomoção*, verifica-se uma maior variabilidade no grau de dependência demonstrada pelas pessoas com dependência. Com efeito, apesar da maioria das pessoas com dependência não utilizar transportes públicos ou conduzir veículos, verificamos que grande parte deles é pelo menos parcialmente autónoma nas restantes atividades de vida diária incluídas nestes domínios.

9.2 - Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Cuidadores Informais

Dos 85 cuidadores informais participantes no presente estudo, 70 (82,4%) são mulheres e 15 (17,6%) são homens, os cuidadores apresentam idades compreendidas entre 25 e 82 anos, sendo idade média de 57,26 ($DP = 14.48$). Mais de metade dos cuidadores (58,8%) tem entre 35 e 64 anos. Note-se ainda que cerca de 35% dos cuidadores tem mais de 65 anos de idade.

Relativamente ao estado civil dos cuidadores, podemos verificar que 71 são casados (81,5%), 5 são solteiros (as) (5,9%), 4 em união de facto (4,7%), 3 divorciados (as) (3,5%) e 2 viúvos (as) (2,4%).

Quanto ao nível de escolaridade dos cuidadores, verificamos que 47 (55,3%) possuem escolaridade ao nível do 1.º Ciclo do Ensino Básico (i.e., até quatro anos de escolaridade), 10 (11,8%) ao nível do 2.º Ciclo do Ensino Básico (i.e., até seis anos de escolaridade), 12 (14,1%) ao nível do 3.º Ciclo do Ensino Básico (i.e., até nove anos de escolaridade), 9 (10,6%) ao nível do Ensino Secundário e 7 (8,2%) ao nível do Ensino Superior.

Tal como é possível constatar na tabela 11, existe alguma variabilidade na amostra do presente estudo relativamente à situação profissional atual dos cuidadores. Com base nos resultados obtidos podemos destacar que cerca de 33% dos participantes se encontra actualmente na reforma (por idade), 29% trabalham e 26% desempenham funções domésticas em casa.

Tabela 11. Distribuição dos cuidadores por situação profissional atual

	N	%
Desempregado(a)	9	10,6
Doméstico(a)	22	25,9
Empregado(a)	25	29,4
Reformado(a) por idade	28	32,9
Reformado(a) por invalidez	1	1,2

Importa salientar desde já que, quase a totalidade dos participantes deste estudo (91,8%) apresentou-se como cuidador principal dos doentes. Note-se, igualmente, que alguns cuidadores participantes referiram prestar cuidados a outras pessoas além do dependente internado na UCI. Com efeito, 20% dos

cuidadores revelou cuidar de duas pessoas, 4,7% de três pessoas e 1,2% de quatro pessoas.

Quanto ao tempo de prestação de cuidados ao seu familiar pós-internamento na UCI, os resultados obtidos indicaram que, em média, os cuidados fazem-no há 11,47 meses ($DP = 15,20$), variando entre 1 e 60 meses. No que se refere à regularidade dos cuidados prestados pelos participantes, tabela 12, os resultados obtidos mostram que a maioria dos participantes presta cuidados ao longo do dia (67,1%) ou duas a três vezes por dia (18,8%).

Tabela 12. Distribuição dos cuidadores em função da regularidade da prestação de cuidados ao doente internado na UCI

	<i>N</i>	%
Ao longo do dia	57	67,1
Duas a três vezes por dia	16	18,8
Uma vez por dia	8	9,4
Duas a três vezes por semana	1	1,2
Menos do que uma vez por semana	1	1,2
Rotativamente ^a	1	1,2
Ocasionalmente ^b	1	1,2

Nota: ^a Alguns meses com cada filho; ^b Em situação de doença.

Quanto ao tempo que demora a cuidar do familiar, os cuidadores referiram demorar, em média, 209,29 minutos ($DP = 121,418$), variando entre 30 e 480 minutos.

Tal como é possível verificar na tabela 13, aproximadamente 71% dos cuidadores referiu supervisionar as diferentes tarefas do dia a dia do familiar dependente. Além disso, a quase totalidade dos cuidadores incluiu a preocupação com o dependente entre os seus cuidados. Importa salientar ainda que cerca de metade dos cuidadores indicou assistir parcialmente o familiar dependente.

Tabela 13. Distribuição dos cuidadores em função do tipo de cuidados que presta

	Sim		Não	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Supervisionar	60	70,6	25	29,4
Orientar	13	15,3	72	84,7
Assistir parcialmente	42	49,4	43	50,6
Assistir totalmente	8	9,4	77	90,6
Preocupação	78	91,8	7	8,2

Em relação ao tipo de apoio que recebe, é possível verificar na tabela 14 que a maior parte dos cuidadores referiu não receber qualquer tipo de apoio.

Tabela 14. Distribuição dos cuidadores em função do tipo de apoio que recebe

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Informativo	9	10,6	76	89,4
Emocional	5	5,9	80	94,1
Instrumental	18	21,2	67	78,8

No que se refere ao seu estado de saúde, 3 (3,5%) consideram-no muito fraco, 33 (38,8%) fraco, 32 (37,2%) aceitável, 15 (17,6%) boa e 2 (2,4%) muito boa. Aproximadamente 57% referiram sofrer de problemas de saúde.

Na tabela 15 apresentamos a distribuição dos cuidadores relativamente ao tipo de patologia relatada. É possível verificar que as patologias de foro cardiovascular (29,4%) apresentam maior predomínio, seguidas das patologias de foro osteoarticular (21,2%) e metabólica (17,6%).

Tabela 15. Distribuição dos cuidadores relativamente ao tipo de patologia relatada

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Metabólica	15	17,6	70	82,4
Cardiovascular	25	29,4	60	70,6
Neurológica	4	4,7	81	95,3
Respiratória	1	1,2	84	98,8
Infecciosa	3	3,5	82	96,5
Digestiva	6	7,1	79	92,9
Oncológica	4	4,7	81	95,3
Osteoarticular	18	21,2	67	78,8
Génito-articular	5	5,9	80	94,1

Note-se que, 31% da amostra do presente estudo relatou sofrer pelo menos de duas patologias. Todos os participantes indicaram estar a tomar algum tipo de medicamento. Aproximadamente metade dos cuidadores encontra-se, actualmente, a tomar entre dois (28,2%) e três (22,4%) tipos de medicamentos diferentes.

No que se refere ao tipo de vigilância de saúde que os cuidadores realizam, podemos verificar na tabela 16 que o médico de família surge como o principal recurso para a vigilância da saúde da maioria dos participantes (83,5%). Uma minoria de cuidadores indicou consultar o enfermeiro de família, ir ao médico privado ou a médico de especialidades.

Tabela 16. Distribuição dos cuidadores em função da vigilância de saúde

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Médico de família	71	83,5	14	16,5
Médico particular	3	3,5	82	96,5
Enfermeiro de família	14	16,5	71	83,5
Especialidade de oncologia	1	1,2	84	98,8
Especialidade de psiquiatra	5	5,9	80	94,1
Especialidade médico-cirúrgica	12	14,1	73	85,9

A maioria dos participantes afirmou nunca ter tido algum episódio de doença mental. Note-se, no entanto, que 22 (25,9%) dos cuidadores referiu já ter sofrido de depressão, 3 (3,5%) de ansiedade e 1 (1,2%) de *stress*. Além disso, apenas uma minoria de cuidadores indicou já ter feito anteriormente algum tipo de medicação psiquiátrica, como ansiolíticos/hipnóticos e antidepressivos.

Ainda que mais de 65 (76,5%) dos cuidadores tenha referido não ter qualquer familiar com doença mental, é de salientar que 23,5% dos cuidadores indicaram que a ocorrência de doença mental em familiares próximos, dos quais 6 (7,1%) referiram um dos pais, 5 (5,9%) um dos filhos, 6 (7,1%) o cônjuge, 1 (1,2%) a irmã e 2 (2,4%) tios.

Relativamente ao diagnóstico, os participantes relataram maioritariamente casos de depressão, ansiedade e demência.

Sintomatologia Psiquiátrica

A tabela 17 ilustra a média, o desvio padrão e a distribuição dos valores obtidos pela amostra total a nível das dimensões e dos índices globais do BSI.

Tabela 17. Resultados descritivos obtidos nas dimensões e índices globais do BSI

	M	DP	Min	Max
Somatização	0,73	0,68	0,00	2,86
Obsessões-Compulsões	1,00	0,82	0,00	3,33
Sensibilidade Interpessoal	0,58	0,70	0,00	3,50
Depressão	1,07	0,94	0,00	4,00
Ansiedade	0,97	0,83	0,00	3,00
Hostilidade	0,72	0,61	0,00	2,80
Ansiedade Fóbica	0,60	0,71	0,00	3,00
Ideação Paranóide	0,87	0,72	0,00	2,80
Psicoticismo	0,60	0,62	0,00	2,60
IGS	0,81	0,56	0,02	2,70
TSP	18,54	11,23	1,00	48,00
ISP	2,20	0,48	1,00	3,13

De acordo com os resultados descritivos obtidos no presente estudo, podemos verificar que as dimensões depressão (1,07), obsessões-compulsões (1,00) e ansiedade (0,97) apresentam os valores médios mais elevados. Pelo contrário, as dimensões sensibilidade interpessoal (0,58), ansiedade fóbica (0,60) e psicoticismo (0,60) são as que se destacam pelos valores médios mais baixos. Tomando como referência o ponto de corte entre a população geral e os indivíduos que se podem encontrar em situação de perturbação emocional, isto é, 1,7 no Índice Geral de Sintomas (Canavarro, 1999), podemos concluir que, em termos médios, os cuidadores participantes no presente estudo não demonstram valores indicadores de sintomatologia psiquiátrica. As tabelas 18, 19 e 20 apresentam os resultados descritivos obtidos em cada um dos itens que compõem cada uma das dimensões do BSI, especificamente a frequência absoluta e a frequência relativa de participantes que indicou cada uma das opções de resposta.

Tabela 18. 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
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
SOMATIZAÇÃO					
2. Desmaios ou tonturas	55 (64,7)	22 (25,9)	7 (8,2)	1 (1,2)	0 (0,0)
7. Dores sobre o coração ou no peito	53 (62,4)	7 (8,2)	17 (20,0)	8 (9,4)	0 (0,0)
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	60 (70,6)	7 (8,2)	13 (15,3)	4 (4,7)	1 (1,2)
29. Sensação de que lhe falta o ar	53 (62,4)	4 (4,7)	17 (20,0)	11 (12,9)	0 (0,0)
30. Calafrios ou afrontamentos	61 (71,8)	7 (8,2)	10 (11,8)	7 (8,2)	0 (0,0)
33. Sensação de anestesia no corpo	44 (51,8)	15 (17,6)	16 (18,8)	10 (11,8)	0 (0,0)
37. Falta de forças em partes do corpo	45 (52,9)	7 (8,2)	21 (24,7)	10 (11,8)	2 (2,4)
OBSESSÕES-COMPULSÕES					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	47 (55,3)	5 (5,9)	16 (18,8)	13 (15,3)	4 (4,7)
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	52 (61,2)	3 (3,5)	19 (22,4)	11 (12,9)	0 (0,0)
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	38 (44,7)	11 (12,9)	13 (15,3)	12 (14,1)	11 (12,9)
27. Dificuldade em tomar decisões	52 (61,2)	3 (3,5)	25 (29,4)	4 (4,7)	1 (1,2)
32. Sensação de vazio na cabeça	51 (60,0)	5 (5,9)	12 (14,1)	14 (16,5)	3 (3,5)
36. Ter dificuldade em se concentrar	49 (57,6)	5 (5,9)	23 (27,1)	7 (8,2)	1 (1,2)
SENSIBILIDADE INTERPESSOAL					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	47 (55,3)	3 (3,5)	24 (28,2)	9 (10,6)	2 (2,4)
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam	64 (75,3)	9 (10,6)	10 (11,8)	1 (1,2)	1 (1,2)
22. Sentir-se inferior aos outros	71 (83,5)	3 (3,5)	9 (10,6)	0 (0,0)	2 (2,4)
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	64 (75,3)	2 (2,4)	14 (16,5)	3 (3,5)	2 (2,4)

Tabela 19. 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
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
DEPRESSÃO					
9. Pensamentos de acabar com a vida	63 (74,1)	4 (4,7)	11 (12,9)	5 (5,9)	2 (2,4)
16. Sentir-se sozinho	47 (55,3)	2 (2,4)	12 (14,1)	13 (15,3)	11 (12,9)
17. Sentir-se triste	29 (34,1)	5 (5,9)	20 (23,5)	13 (15,3)	18 (21,2)
18. Não ter interesse por nada	50 (58,8)	2 (2,4)	15 (17,6)	13 (15,3)	5 (5,9)
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	42 (49,4)	5 (5,9)	16 (18,8)	13 (15,3)	9 (10,6)
50. Sentir que não tem valor	72 (84,7)	1 (1,2)	8 (9,4)	2 (2,4)	2 (2,4)
ANSIEDADE					
1. Nervosismo ou tensão interior	20 (23,5)	5 (5,9)	23 (27,1)	22 (25,9)	15 (17,6)
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	66 (77,6)	2 (2,4)	12 (14,1)	5 (5,9)	0 (0,0)
19. Sentir-se atemorizado	61 (71,8)	2 (2,4)	12 (14,1)	9 (10,6)	1 (1,2)
38. Sentir-se em estado de tensão e aflição	42 (49,4)	9 (10,6)	12 (14,1)	17 (20,0)	5 (5,9)
45. Ter ataques de terror ou pânico	76 (89,4)	3 (3,5)	4 (4,7)	1 (1,2)	1 (1,2)
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado/quieto	41 (48,2)	7 (8,2)	22 (25,9)	13 (15,3)	2 (2,4)
HOSTILIDADE					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	20 (23,5)	9 (10,6)	21 (24,7)	27 (31,8)	8 (9,4)
13. Ter impulsos que não se pode controlar	68 (80,0)	2 (2,4)	12 (14,1)	3 (3,5)	0 (0,0)
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	75 (88,2)	5 (5,9)	4 (4,7)	1 (1,2)	0 (0,0)
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	77 (90,6)	1 (1,2)	5 (5,9)	2 (2,4)	0 (0,0)
46. Entrar facilmente em discussão	51 (60,0)	6 (7,1)	17 (20,0)	9 (10,6)	2 (2,4)

Dos resultados apresentados nas tabelas 18,19 e 20, importa referir que uma percentagem considerável de participantes (acima dos 75%) indicou a opção *Nunca* ou *Poucas vezes* em grande parte dos itens incluídos em cada uma das dimensões do BSI. No entanto, tal como é possível verificar nas tabelas 18, 19 e 20, mais de metade dos participantes indicou a opção *Algumas vezes*, *Muitas vezes* ou *Muitíssimas vezes* nos itens 1 (Nervosismo ou tensão interior - Ansiedade), 6 (Aborrecer-se ou irritar-se facilmente - Hostilidade), 10 (Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas - Ideação Paranóide) e 17 (Sentir-se triste - Depressão).

Acrescente-se ainda que aproximadamente 30% dos participantes indicou a opção *Algumas vezes*, *Muitas vezes* ou *Muitíssimas vezes* em vários itens das dimensões Somatização (7 - Dores sobre o coração ou no peito; 29 - Sensação de que lhe falta o ar; 33 - Sensação de anestesia no corpo; 37 - Falta de forças em partes do corpo), Obsessões-compulsões (5 - Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes; 15 - Dificuldade em fazer qualquer trabalho; 26 - Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz; 27 - Dificuldade em tomar

decisões; 32 - Sensação de vazio na cabeça; 36 - Ter dificuldade em se concentrar) e Depressão (16 - Sentir-se sozinho; 18 - Não ter interesse por nada; 35 - Sentir-se sem esperança perante o futuro) e em alguns itens das dimensões Ansiedade (38 - Sentir-se em estado de tensão e aflição; 49 - Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado/quieto), Hostilidade (46 - Entrar facilmente em discussão), Ideação Paranóide (48 - Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades; 51 - A impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si) e Psicoticismo (14 - Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas; 53 - Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça).

Tabela 20. 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
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
ANSIEDADE FÓBICA					
8. Medo na rua ou praças públicas	68 (80,0)	4 (4,7)	9 (10,6)	4 (4,7)	0 (0,0)
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	69 (81,2)	7 (8,2)	6 (7,1)	2 (2,4)	1 (1,2)
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo	60 (70,6)	4 (4,7)	13 (15,3)	4 (4,7)	4 (4,7)
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	54 (63,5)	5 (5,9)	13 (15,3)	7 (8,2)	6 (8,1)
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	60 (70,6)	5 (5,9)	11 (12,9)	7 (8,2)	2 (2,4)
IDEAÇÃO PARANÓIDE					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	70 (82,4)	3 (3,5)	8 (9,4)	3 (3,5)	1 (1,2)
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	29 (34,1)	9 (10,6)	27 (31,8)	17 (20,0)	3 (3,5)
24. Impressão de que os outros costumam observar ou falar de si	62 (72,9)	4 (4,7)	11 (12,9)	7 (8,2)	1 (1,8)
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	47 (55,3)	6 (7,1)	17 (20,0)	10 (11,8)	5 (5,9)
51. A impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitaria de si	55 (64,5)	4 (4,7)	12 (14,1)	13 (15,3)	1 (1,2)
PSICOTICISMO					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	70 (82,4)	5 (5,9)	8 (9,4)	2 (2,4)	0 (0,0)
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	53 (62,4)	2 (2,4)	8 (9,4)	13 (15,3)	9 (10,6)
34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados	78 (91,8)	2 (2,4)	4 (4,7)	1 (1,2)	0 (0,0)
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	70 (82,4)	4 (4,7)	5 (5,9)	4 (4,7)	2 (2,4)
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça	52 (61,2)	4 (4,7)	11 (12,9)	12 (14,1)	6 (7,1)

9.3 - Relação entre as Variáveis

Seguem os resultados obtidos a nível das relações entre as principais variáveis em estudo. Nesta parte apresentamos, em primeiro lugar, os resultados obtidos a nível da associação entre os indicadores de sintomatologia psiquiátrica dos cuidadores e algumas das variáveis relacionadas com as suas características sociodemográficas (género, idade e escolaridade) e clínicas.

Género do cuidador

No que concerne à relação entre o género do cuidador e a sua sintomatologia psiquiátrica, podemos verificar na tabela 21, que as mulheres obtiveram valores médios mais elevados em todas as dimensões e nos três índices globais do BSI. No entanto, o teste *Mann-Whitney* apenas revelou diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres a nível das dimensões somatização, obsessões-compulsões e ideação paranóide, assim como a nível do índice geral de sintomas e do total de sintomas positivos.

Tabela 21. Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do género do cuidador

	Grupo 1 Homens (N = 15)	Grupo 2 Mulheres (N = 70)	U	p
	M (DP)	M (DP)		
Somatização	0,21 (0,25)	0,84 (0,70)	230,00	,001
Obsessões-Compulsões	0,51 (0,52)	1,11 (0,83)	304,00	,01
Sensibilidade Interpessoal	0,42 (0,61)	0,62 (0,71)	441,50	,31
Depressão	0,83 (0,79)	1,13 (0,96)	431,50	,28
Ansiedade	0,72 (0,53)	1,02 (0,87)	459,00	,44
Hostilidade	0,60 (0,34)	0,75 (0,66)	471,00	,53
Ansiedade Fóbica	0,49 (0,63)	0,62 (0,72)	475,50	,56
Ideação Paranóide	0,56 (0,75)	0,93 (0,70)	328,00	,02
Psicoticismo	0,44 (0,61)	0,63 (0,62)	416,50	,20
IGS	0,54 (0,39)	0,86 (0,58)	336,00	,03
TSP	13,33 (7,66)	19,66(11,60)	345,00	,04
ISP	2,04 (0,59)	2,23 (0,45)	425,50	,25

Idade e escolaridade

Para analisar a relação entre a idade e a escolaridade dos cuidadores e os resultados obtidos no BSI, calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*. Os resultados encontram-se sintetizados na tabela 22.

Tabela 22. Coeficiente de correlação de *Spearman* para as variáveis idade, escolaridade, dimensões e índices globais do BSI

	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>
Somatização	,31**	-,43**
Obsessões-Compulsões	,33**	-,41**
Sensibilidade Interpessoal	,14	-,29**
Depressão	,20	-,29**
Ansiedade	,23*	-,24*
Hostilidade	,00	-,05
Ansiedade Fóbica	,20	-,30**
Ideação Paranóide	-,06	-,18
Psicoticismo	,19	-,32**
ISG	,26*	-,38**
TSP	,26*	-,39**
ISP	,20	-,18

** $p = ,01$; * $p = ,05$

Pela análise da tabela 22, podemos verificar a existência de correlações positivas, de magnitude moderadas e estatisticamente significativas, entre a idade do cuidador e as dimensões somatização e obsessões-compulsões. Note-se ainda as correlações positivas e estatisticamente significativas, ainda que de magnitude fraca, entre a idade do cuidador e a dimensão ansiedade, assim como entre a idade e o índice geral de sintomas e o total de sintomas positivos. De acordo com estes resultados, podemos concluir que à medida que a idade aumenta, verificam-se valores médios mais altos a nível destes indicadores de sintomatologia psiquiátrica avaliados pelo BSI.

Relativamente à variável escolaridade, os resultados obtidos mostram uma tendência clara para os cuidadores com mais anos de escolaridade demonstrarem menor sintomatologia psiquiátrica na maioria dos indicadores do BSI. O cálculo do coeficiente de *Spearman* não identificou associações de referência estatística entre os anos de escolaridade dos cuidadores e as dimensões hostilidade, ideação paranóide e o índice de sintomas positivos (ver tabela 22).

Situação profissional

Com o intuito de investigar a relação entre a situação profissional e a sintomatologia psiquiátrica dos participantes, considerámos três grupos: o Grupo 1 inclui os participantes em situação de desemprego ou domésticos; o Grupo 2 inclui os participantes que se encontram a trabalhar; e o Grupo 3 inclui os participantes reformados.

Tabela 23. Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função da situação profissional do cuidador

	<i>Grupo 1</i> (N = 31)	<i>Grupo 2</i> (N = 25)	<i>Grupo 3</i> (N = 29)	<i>H (2)</i>	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Somatização	0,94 (0,66)	0,38 (0,57)	0,82 (0,70)	13,43	,001
Obsessões-Compulsões	1,20 (0,89)	0,57 (0,63)	1,16 (0,77)	10,08	,006
Sensibilidade Interpessoal	0,81 (0,87)	0,30 (0,49)	0,59 (0,57)	7,36	,025
Depressão	1,37 (1,08)	0,62 (0,61)	1,15 (0,88)	8,21	,017
Ansiedade	1,25 (0,92)	0,67 (0,75)	0,93 (0,69)	8,92	,012
Hostilidade	0,85 (0,68)	0,66 (0,60)	0,64 (0,54)	1,38	,502
Ansiedade Fóbica	0,77 (0,78)	0,46 (0,74)	0,53 (0,56)	4,12	,128
Ideação Paranóide	1,15 (0,73)	0,67 (0,69)	0,74 (0,65)	8,12	,017
Psicoticismo	0,86 (0,70)	0,26 (0,39)	0,61 (0,55)	13,38	,001
IGS	1,03 (0,63)	0,52 (0,47)	0,82 (0,45)	13,44	,001
TSP	23,06(12,31)	12,92 (10,61)	18,55 (8,29)	5,97	,051
ISP	2,27 (0,56)	2,02 (0,43)	2,26 (0,39)	2,89	,236

Pela análise da tabela 23, podemos verificar que o teste *Kruskal-Wallis* permitiu identificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos definidos em função da sua situação profissional para a maioria dos indicadores de sintomatologia psiquiátrica. De acordo com os resultados obtidos através do cálculo do teste de *Mann-Whitney* os participantes que se encontram a trabalhar (Grupo 2) apresentam significativamente valores mais baixos do que os participantes que se encontram em situação de desemprego, domésticos (Grupo 1) e reformados (Grupo 3) a nível das dimensões somatização, obsessões-compulsões, psicoticismo, índice geral de sintomas e total de sintomas positivos. Note-se que o Grupo 2 ainda se distingue do Grupo 1 a nível da sensibilidade interpessoal, ansiedade e ideação paranóide.

Saúde percebida

No que se refere às variáveis clínicas, analisamos em primeiro lugar a relação entre a auto-percepção do estado de saúde dos cuidadores e os indicadores de sintomatologia psiquiátrica. Considerando a distribuição dos resultados obtidos, optou-se por agrupar os participantes em dois grupos distintos: o Grupo 2 que incluiu os participantes que demonstram uma percepção positiva da sua saúde (i.e., aceitável, boa ou muito boa) e o Grupo 1 que incluiu os participantes que demonstraram uma percepção negativa da sua saúde (i.e., fraca ou muito fraca).

Tabela 24. Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função da sua saúde percebida

	Grupo 1 (N = 36)	Grupo 2 (N = 49)	U	p
	M (DP)	M (DP)		
Somatização	1,13 (0,69)	0,44 (0,51)	374,50	,000
Obsessões-Compulsões	1,56 (0,78)	0,60 (0,57)	291,50	,000
Sensibilidade Interpessoal	0,83 (0,84)	0,40 (0,50)	618,00	,014
Depressão	1,57 (0,99)	0,71 (0,71)	418,50	,000
Ansiedade	1,38 (0,89)	0,67 (0,63)	447,50	,000
Hostilidade	0,93 (0,62)	0,57 (0,57)	515,00	,001
Ansiedade Fóbica	0,79 (0,75)	0,45 (0,65)	586,00	,007
Ideação Paranóide	0,96 (0,73)	0,80 (0,71)	776,00	,342
Psicoticismo	0,84 (0,66)	0,42 (0,52)	513,00	,001
IGS	1,14 (0,54)	0,57 (0,44)	329,00	,000
TSP	24,97 (10,29)	13,82 (9,47)	344,50	,000
ISP	2,36 (0,38)	2,07 (0,51)	609,50	,015

De acordo com a tabela 24, os participantes, que revelam uma percepção negativa da sua saúde, obtiveram resultados médios superiores em todas os indicadores de sintomatologia psiquiátrica obtida através do BSI em comparação com os participantes que revelam uma percepção positiva da sua saúde. Conforme os resultados obtidos através do cálculo do teste *Mann-Whitney*, estas diferenças são estatisticamente significativas para todos os indicadores com a exceção da dimensão ideação paranóide.

Número de patologias

Procuramos analisar igualmente a relação entre o número de patologias reportado e os indicadores de sintomatologia psiquiátrica. Tendo em conta a distribuição dos dados obtidos a nível do número de patologias, foram criados dois grupos: o Grupo 1 constituído pelos participantes sem patologias e o Grupo 2 constituído pelos participantes com uma ou mais patologias.

Conforme é possível verificar na tabela 25, o teste *Mann-Whitney* apenas identificou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível da dimensão somatização.

Tabela 25. Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função do número de patologias do cuidador

	Grupo 1 (N = 37)	Grupo 2 (N = 48)	U	p
	M (DP)	M (DP)		
Somatização	0,58 (0,65)	0,85 (0,69)	653,50	,036
Obsessões-Compulsões	0,80 (0,72)	1,16 (0,86)	677,50	,061
Sensibilidade Interpessoal	0,48 (0,67)	0,66 (0,72)	720,00	,119
Depressão	0,93 (0,83)	1,19 (1,00)	752,00	,225
Ansiedade	0,96 (0,89)	0,98 (0,78)	826,00	,581
Hostilidade	0,63 (0,53)	0,79 (0,67)	791,50	,385
Ansiedade Fóbica	0,63 (0,81)	0,57 (0,62)	859,00	,792
Ideação Paranóide	0,85 (0,77)	0,89 (0,68)	833,50	,626
Psicoticismo	0,49 (0,54)	0,68 (0,66)	735,00	,167
IGS	0,71 (0,57)	0,88 (0,55)	699,50	,095
TSP	16,68 (12,24)	19,98 (10,28)	683,50	,070
ISP	2,13 (0,50)	2,25 (0,47)	740,50	,191

Antecedentes psiquiátricos

No que concerne à relação entre antecedentes psiquiátricos dos cuidadores e a sua sintomatologia psiquiátrica, podemos verificar na tabela 26, que o Grupo 2 (i.e., os participantes que relataram antecedentes psiquiátricos) obteve valores médios mais elevados em todas as dimensões e nos três índices globais do BSI do que o Grupo 1 (i.e., os participantes que relataram a ausência de antecedentes psiquiátricos). Com efeito, o teste *Mann-Whitney* revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível dos indicadores de sintomatologia psiquiátrica avaliados através do BSI, exceto na dimensão hostilidade.

Tabela 26. Resultados descritivos e inferenciais obtidos nas dimensões e índices globais do BSI em função de antecedentes psiquiátricos do cuidador

	Grupo 1 (N = 60)	Grupo 2 (N = 25)	U	p
	M (DP)	M (DP)		
Somatização	0,53 (0,60)	1,22 (0,64)	312,50	,000
Obsessões-Compulsões	0,80 (0,74)	1,49 (0,79)	385,00	,000
Sensibilidade Interpessoal	0,43 (0,56)	0,94 (0,87)	474,00	,005
Depressão	0,76 (0,72)	1,84 (0,96)	273,50	,000
Ansiedade	0,80 (0,72)	1,39 (0,92)	449,50	,004
Hostilidade	0,66 (0,57)	0,87 (0,70)	623,50	,216
Ansiedade Fóbica	0,47 (0,64)	0,90 (0,78)	465,50	,005
Ideação Paranóide	0,70 (0,59)	1,28 (0,85)	452,50	,004
Psicoticismo	0,42 (0,48)	1,02 (0,71)	359,50	,000
IGS	0,63 (0,45)	1,23 (0,57)	295,00	,000
TSP	14,98 (9,31)	27,08 (11,00)	284,00	,000
ISP	2,12 (0,48)	2,38 (0,43)	548,00	,050

Seguem-se os resultados obtidos a nível das análises realizadas para determinar as relações existentes entre a sintomatologia psiquiátrica do cuidador e as características sociodemográficas e clínicas dos familiares com dependência.

Género da pessoa com dependência

Quanto à variável género da pessoa com dependência, o teste *Mann-Whitney* revelou, tabela 27, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para as dimensões somatização, obsessões-compulsões e ideação paranóide, assim como para o índice geral de sintomas e o total de sintomas positivos. Foram os indivíduos que prestam cuidados a doentes do sexo masculino a apresentarem valores superiores nestes indicadores de sintomatologia psiquiátrica.

Tabela 27. Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função do género do familiar dependente

	Grupo 1 Homens (N = 53)	Grupo 2 Mulheres (N = 32)	U	p
	M (DP)	M (DP)		
Somatização	0,87 (0,72)	0,50 (0,55)	606,00	,027
Obsessões-Compulsões	1,19 (0,82)	0,69 (0,73)	537,00	,005
Sensibilidade Interpessoal	0,66 (0,66)	0,45 (0,75)	659,50	,073
Depressão	1,17 (0,93)	0,92 (0,94)	688,50	,146
Ansiedade	1,09 (0,86)	0,78 (0,73)	683,00	,132
Hostilidade	0,78 (0,65)	0,62 (0,54)	705,00	,188
Ansiedade Fóbica	0,68 (0,74)	0,45 (0,62)	669,50	,097
Ideação Paranóide	0,96 (0,64)	0,73 (0,82)	628,00	,044
Psicoticismo	0,63 (0,58)	0,54 (0,68)	722,00	,244
IGS	0,91 (0,55)	0,64 (0,55)	593,00	,021
TSP	20,55 (11,22)	15,22(10,71)	590,50	,019
ISP	2,26 (0,41)	2,09 (0,57)	734,00	,301

Grau de dependência das pessoas com dependência

Com base na distribuição dos dados obtidos a nível da Escala de Atividades de Vida Diária de *Lawton* e *Brody*, agrupamos as pessoas com dependência em três grupos diferenciados de acordo com o seu grau de dependência: Grupo 1 (dependentes com pontuações entre 15 e 37); Grupo 2 (dependentes com pontuações entre 38 e 59); e Grupo 3 (dependentes com pontuações entre 60 e 90).

Tal como é possível verificar na tabela 28, o teste *Kruskal-Wallis* permitiu identificar diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos a nível da maioria dos indicadores de sintomatologia psiquiátrica. De forma a verificar entre que grupos ocorrem estas diferenças calculou-se o teste *Mann-Whitney*.

Tabela 28. Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função do grau de dependência do familiar dependente

	Grupo 1 (N = 28)	Grupo 2 (N = 30)	Grupo 3 (N = 27)	H(2)	p
	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
Somatização	0,49 (0,59)	0,75 (0,66)	0,96 (0,74)	6,99	,030
Obsessões-Compulsões	0,70 (0,66)	0,99 (0,69)	1,33 (0,98)	6,74	,034
Sensibilidade Interpessoal	0,46 (0,60)	0,68 (0,85)	0,61 (0,61)	1,42	,492
Depressão	0,74 (0,81)	1,04 (1,09)	1,46 (0,75)	11,47	,003
Ansiedade	0,53 (0,69)	1,02 (0,80)	1,37 (0,78)	20,70	,000
Hostilidade	0,62 (0,69)	0,78 (0,73)	0,76 (0,57)	1,34	,511
Ansiedade Fóbica	0,53 (0,69)	0,62 (0,76)	0,75 (0,66)	5,52	,063
Ideação Paranóide	0,74 (0,53)	0,97 (0,87)	0,90 (0,71)	0,46	,794
Psicoticismo	0,36 (0,45)	0,60 (0,67)	0,84 (0,63)	8,27	,016
IGS	0,57 (0,49)	0,84 (0,59)	1,02 (0,52)	12,17	,002
TSP	14,32 (9,90)	19,20 (11,05)	22,19 (11,66)	8,06	,018
ISP	1,98 (0,41)	2,17 (0,50)	2,44 (0,42)	12,78	,002

Os resultados obtidos indicaram diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo 1 e o Grupo 3 nos seguintes indicadores: somatização, obsessões-compulsões, depressão, ansiedade, psicoticismo, IGS, TSP e ISP. Foi possível verificar ainda através do teste *Mann-Whitney* uma diferença estatisticamente significativa entre o Grupo 1 e o Grupo 2 a nível da dimensão ansiedade.

Tempo médio de cuidados

Para analisar a relação entre o tempo médio de cuidados às pessoas dependentes e a sintomatologia psiquiátrica dos cuidadores, calculamos o coeficiente de correlação de *Spearman* (ver tabela 29).

Conforme os resultados obtidos através do coeficiente de correlação de *Spearman*, podemos verificar associações positivas, de magnitude moderada e estatisticamente significativas entre o tempo médio de cuidados prestados às pessoas dependentes e a maioria dos indicadores de sintomatologia psiquiátrica dos cuidadores. Estes resultados parecem indicar que os cuidadores que ocupam mais tempo em cuidados às pessoas dependentes apresentam sintomatologia mais acentuada a nível psiquiátrico.

Tabela 29. Coeficiente de correlação de *Spearman* para as variáveis tempo médio de cuidados aos familiares dependentes, dimensões e índices globais do BSI

	<i>Tempo médio de cuidados</i>
Somatização	,41**
Obsessões-Compulsões	,43**
Sensibilidade Interpessoal	,26*
Depressão	,42**
Ansiedade	,45**
Hostilidade	,12
Ansiedade Fóbica	,39**
Ideação Paranóide	,20
Psicoticismo	,41**
IGS	,47**
TSP	,42**
ISP	,37**

** $p = ,01$; * $p = ,05$

Tipo de cuidados que prestam

No sentido de analisar a relação entre a sintomatologia psiquiátrica dos cuidadores e o tipo de cuidados que prestam às pessoas dependentes, utilizou-se a variável *Assistir parcialmente*, dividida nas seguintes opções de resposta: Sim ou Não.

Tabela 30. Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função do tipo de cuidados que prestam

	Grupo 1 Sim (N = 42)	Grupo 2 Não (N = 43)	U	p
	M (DP)	M (DP)		
Somatização	0,99 (0,72)	0,48 (0,55)	527,50	,001
Obsessões-Compulsões	1,29 (0,87)	0,72 (0,66)	559,50	,002
Sensibilidade Interpessoal	0,71 (0,81)	0,45 (0,55)	749,50	,158
Depressão	1,38 (1,04)	0,78 (0,72)	602,50	,008
Ansiedade	1,23 (0,87)	0,72 (0,70)	570,50	,003
Hostilidade	0,85 (0,69)	0,60 (0,51)	690,50	,058
Ansiedade Fóbica	0,71 (0,73)	0,48 (0,67)	686,00	,051
Ideação Paranóide	0,99 (0,81)	0,76 (0,60)	795,00	,003
Psicoticismo	0,81 (0,68)	0,39 (0,47)	567,00	,003
IGS	1,02 (0,59)	0,60 (0,45)	511,00	,001
TSP	21,86 (11,60)	15,30 (9,95)	589,00	,006
ISP	2,40 (0,43)	1,99 (0,44)	482,00	,000

De acordo com os resultados obtidos através do cálculo do teste *Mann-Whitney*, os participantes que referem assistir parcialmente as pessoas dependentes, apresentam valores médios significativamente superiores comparativamente aos participantes que referem não o fazer a nível da maior parte dos indicadores de sintomatologia psiquiátrica (ver tabela 30).

Tempo de prestação de cuidados

Analizamos a relação entre a sintomatologia psiquiátrica dos cuidadores e o tempo de prestação de cuidados às pessoas dependentes. Para tal, criámos dois grupos tendo em consideração a distribuição dos dados obtidos pelos participantes nesta variável: Grupo 1 inclui os participantes que prestavam cuidados até 5 meses e o Grupo 2 inclui os participantes que prestavam cuidados há 6 meses ou mais.

Tabela 31. Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função do tempo de prestação de cuidados

	Grupo 1 Sim (N = 59)	Grupo 2 Não (N = 26)	U	p
	M (DP)	M (DP)		
Somatização	0,70 (0,69)	0,79 (0,68)	688,00	,448
Obsessões-Compulsões	0,97 (0,79)	1,06 (0,89)	724,50	,684
Sensibilidade Interpessoal	0,44 (0,59)	0,90 (0,82)	483,00	,005
Depressão	0,94 (0,83)	1,34 (1,12)	606,00	,123
Ansiedade	0,90 (0,81)	1,13 (0,85)	609,00	,130
Hostilidade	0,74 (0,63)	0,68 (0,57)	751,50	,881
Ansiedade Fóbica	0,55 (0,66)	0,71 (0,81)	692,50	,467
Ideação Paranóide	0,78 (0,69)	1,08 (0,76)	587,00	,083
Psicoticismo	0,51 (0,56)	0,81 (0,70)	554,50	,039
IGS	0,74 (0,53)	0,96 (0,61)	592,50	,096
TSP	17,51 (11,29)	20,88 (10,94)	609,00	,132
ISP	2,15 (0,46)	2,30 (0,51)	584,50	,081

Os resultados obtidos através do cálculo do teste *Mann-Whitney* indicam que os participantes que referem prestar cuidados há mais tempo (Grupo 2) apresentam valores médios significativamente superiores comparativamente aos participantes que referem fazê-lo há pouco tempo (Grupo 1) a nível das dimensões sensibilidade interpessoal e psicoticismo (ver tabela 31).

Número de doentes ao cuidado

Com o intuito de analisar a relação entre a sintomatologia psiquiátrica dos cuidadores e o número de doentes aos seus cuidados, criámos dois grupos: o Grupo 1 inclui os participantes que prestavam cuidados a um doente e o Grupo 2 inclui os participantes que prestavam cuidados a dois ou mais doentes.

Os resultados obtidos através do cálculo do teste *Mann-Whitney*, tabela 32, indicaram a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível da sintomatologia psiquiátrica.

Tabela 32. Resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos cuidadores nas dimensões e índices globais do BSI em função do número de doentes ao seu cuidado

	Grupo 1 (N = 63)	Grupo 2 (N = 22)	U	p
	M (DP)	M (DP)		
Somatização	0,78 (0,72)	0,61 (0,57)	630,50	,528
Obsessões-Compulsões	1,06 (0,83)	0,83 (0,79)	583,50	,269
Sensibilidade Interpessoal	0,58 (0,64)	0,60 (0,85)	664,00	,761
Depressão	1,03 (0,91)	1,19 (1,02)	625,50	,496
Ansiedade	0,96 (0,79)	0,99 (0,93)	677,00	,872
Hostilidade	0,72 (0,58)	0,73 (0,71)	658,50	,725
Ansiedade fóbica	0,59 (0,67)	0,62 (0,82)	676,50	,865
Ideação Paranóide	0,86 (0,69)	0,91 (0,81)	692,00	,992
Psicoticismo	0,62 (0,60)	0,54 (0,67)	601,00	,346
IGS	0,81 (0,53)	0,79 (0,65)	638,00	,581
TSP	18,70 (10,67)	18,09 (12,97)	621,50	,473
ISP	2,19 (0,43)	2,20 (0,62)	673,50	,845

10 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se discutir os resultados mais relevantes do presente estudo empírico, pelo seu significado intrínseco ou pela comparação aos estudos encontrados sobre o tema.

Seguem-se alguns aspetos que consideramos pertinente a sua referência, para a interpretação dos resultados obtidos, pois se consideram limitação do estudo.

A recolha de dados foi realizada por via telefone, e não em contexto de consulta. O instrumento de colheita de dados foi respondido pelo participante, e preenchido pelo investigador, no momento do contacto telefónico. O contacto telefónico tem vantagens e desvantagens, pois permite uma resposta sem influência do investigador, no entanto não permite clarificar dúvidas ou recolher informação da linguagem não verbal.

A escala por nós adotada não é utilizada neste contexto no nosso país, pelo que para minimizar os riscos procedeu-se à análise da consistência interna (*Alfa de Cronbach*) dos dados obtidos, que se revelou consistente em algumas das subescalas.

Este estudo foi realizado numa amostra de familiares cuidadores de doentes que estiveram internados numa UCI, num Hospital do Grande Porto, mas que residem em locais diversos da região norte.

Dados das pessoas dependentes alvo de cuidados.

Esta amostra é constituída por 85 cuidadores informais, de 85 doentes que em termos médios, se caracterizam por ser moderadamente dependentes ($M = 49.15$), de acordo com a Escala de *Lawton e Brody*.

Trata-se de uma população de pessoas dependentes maioritariamente do sexo masculino (62,4%), e casada (71,8%), com idades que variam entre os 18 e os 92 anos. Note-se que 60% tem mais de 65 anos, tendo frequentado maioritariamente o 1º Ciclo do Ensino Básico (68,2%). No presente estudo os resultados obtidos vão ao encontro dos referidos por Fevereiro, et al., (2000), Matos, et al., (2000) e Van Pelt, et al. (2007) e (2009).

Em relação ao sistema afetado pela patologia, salienta-se o Digestivo (30,6%), o Neurológico (23,5%) e o Endócrino e Metabólico (16,5%), resultados relatados por Abelha (2007) e ALAPSA (2009), como sendo umas das principais causas de internamento em UCI. Entre as afecções que levaram os doentes ao internamento na UCI, salienta-se a cirurgia com 70,6%. Tal como vimos no enquadramento teórico, Abelha (2007), afirma que este tipo de motivo para internamento influencia as perspetivas dos familiares em relação à saúde do doente.

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, os doentes estiveram internados na UCI em média 6,32 dias, ainda que o tempo de internamento tenha variado entre 1 e 60 dias. Relativamente ao tempo total de internamento no Hospital, podemos verificar mais uma vez alguma variabilidade entre os doentes. Enquanto uns estiveram apenas internados durante 3 dias, outros chegaram aos 140 dias. Pode-se dizer que isto está relacionado com as diferentes patologias e índices de gravidade dos doentes em UCI.

Quanto à vigilância de saúde realizada pelos doentes, podemos verificar que o médico de família (84,7%) é o recurso mais utilizado, os doentes que se encontram aos cuidados da maioria dos participantes do presente estudo são ainda vigiados na especialidade médico-cirúrgica (83,5%) associada ao internamento, o que está relacionado com a organização dos cuidados de saúde em Portugal. De salientar que 15% recorreu ao enfermeiro de família numa minoria pelo facto de se encontrarem dependentes, o que salienta a importância da mobilidade de apoio em termos de enfermagem.

Relativamente ao grau de dependência dos doentes a necessitar de cuidados dos participantes deste estudos, os resultados descritivos obtidos a nível da pontuação total na Escala de Atividades de Vida Diária de *Lawton* e *Brody* revelam que, em termos médios, os doentes se caracterizam por serem moderadamente dependentes ($M = 49,15$). Importa salientar, no entanto, que os valores mínimos e máximos encontrados, assim como o valor de desvio-padrão

elevado ($DP = 18,05$), indicam variabilidade entre os doentes a nível do seu grau de dependência. O que pode estar relacionado com a variabilidade de diagnósticos.

De acordo com a perceção da maior parte dos cuidadores informais, os doentes são independentes ou parcialmente independentes a nível da *Comunicação e Relações Sociais*. As *Compras e Gestão do Dinheiro* surgem como um domínio em que mais de metade dos doentes apresenta dependência total. Este facto, na maioria das vezes não está relacionado com a incapacidade cognitiva para o seu desempenho, mas sim com a deslocação de tarefas para o cuidador. Alguns cuidadores quando confrontados com esta questão referem “Ele não tem cabeça para isso.”

De acordo com os relatos da maioria dos cuidadores informais, os doentes parecem revelar dependência moderada a total a nível das atividades relacionadas com os *Cuidados Domésticos*. O que pode estar relacionado com o facto da maioria das pessoas dependentes serem do sexo masculino, e por aspetos culturais, e como refere a OMS (2002), estas funções domésticas são mais realizadas pelas mulheres.

Em relação aos *Cuidados Pessoais*, é possível verificar que, globalmente, a maioria dos doentes é independente nas eliminações fisiológicas. No entanto, aproximadamente metade dos doentes parece necessitar parcialmente ou totalmente de terceiros para alimentar-se, vestir-se, tomar banho, tomar a medicação e interesse na aparência. Como referido por Petronilho, et al. (2010), as alterações ao nível do sistema neurológico são as que provocam sequelas mais significativas na dependência das pessoas. No presente estudo as causas neurológicas foram a causa do internamento em 23,5% dos casos.

Finalmente, importa notar que a nível das diferentes atividades relacionadas com o *Trabalho e Recreação/Lazer*, assim como com a *Locomoção*, se verificou uma maior variabilidade no grau de dependência demonstrada pelos doentes. Com efeito, apesar da maioria dos doentes não trabalhar, nem utilizar transportes públicos ou conduzir veículos, verificámos que grande parte dos doentes é pelo menos parcialmente independente nas restantes atividades de vida diária incluídas nestes domínios.

Os nossos resultados vão ao encontro dos quatro domínios referidos por Neri (2000), relativamente aos cuidados prestados pelo cuidador, que são: suporte nas atividades instrumentais da vida diária, como por exemplo cuidar da casa,

preparar as refeições, ir às compras, pagar as contas, entre outras; assistir nas dificuldades funcionais de auto-cuidado, como dar banho, vestir, alimentar, posicionar e deambular; apoiar emocionalmente o doente, fazer companhia e conversar; lidar com as pressões resultantes de cuidar.

Dados dos familiares cuidadores.

Em relação aos 85 Cuidadores Informais deste estudo, é importante mencionar que a maioria são mulheres (82,4%), apresentam na sua maioria uma relação com o dependente de Cônjuge (62,4%) ou Filho(a) (28,2%). Segundo Karsh (2003), os motivos porque se tornam cuidadores são o parentesco (Conjuge), o género (feminino), a afectividade, o que justifica o número de Cuidadores Principais neste estudo. Estes resultados são consistentes aos dados obtidos em outros estudos desenvolvidos a nível nacional e internacional, nomeadamente, Grelha (2009), Gonçalves (2003), Petronilho, et al. (2010), Pimenta, et al. (2009), Sequeira (2010) e Van Pelt, et al. (2007) e (2009).

Mais de metade dos cuidadores tinha entre 35 e 64 anos (58,8%) e cerca de 35% mais de 65 anos, resultados semelhantes aos dos estudos de Butterworth, et al. (2010), Chung, et al. (2010), Gonçalves (2003), Pimenta, et al. (2009), Sequeira (2010) e Van Pelt, et al. (2007) e (2009).

Na sua maioria, os cuidadores eram casados (83,5%) e tinham escolaridade ao nível do 1.º Ciclo do Ensino Básico (55,3%). Destacamos ainda que cerca de 33% dos participantes se encontra actualmente na reforma (por idade), 29% trabalham e 26% desempenham funções domésticas em casa. O que traduz um acumular de funções do cuidador, relatado por OMS (2002), Figueiredo, et al. (2006), Pimenta, et al. (2009), Sequeira, (2010) e Van Pelt, et al. (2007) e (2009).

Note-se que 91,8% dos Cuidadores Informais apresentaram-se como cuidadores principais dos doentes e que 20% revelou cuidar de duas pessoas, 4,7% de três pessoas e 1,2% de quatro pessoas. Neri e Carvalho (2002), citados por Sequeira (2010), diferenciam o cuidador informal em cuidador principal primário, cuidador secundário e cuidador terciário, sugerindo, deste modo, a existência de uma “rede” de cuidadores e não apenas um único cuidador. Neste estudo prestam cuidados sem ajuda 63,5% e 27,1% têm entreaajuda, o que demonstra uma certa predisposição para a sobrecarga. O que vai de encontro aos estudos de Butterworth, et al. (2010), Van Pelt, et al. (2007) e (2009), e o que afirma a OMS (2002).

Quanto ao tempo de prestação de cuidados, os cuidadores referiram em média 11,47 meses ($DP = 15,20$), variando entre 1 e 60 meses, sugerindo um certo grau de dependência prévio do doente, o que pode dever-se à idade ou à evolução da patologia. No que se refere à regularidade dos cuidados prestados pelos participantes, os resultados obtidos mostram que a maioria dos participantes presta cuidados ao longo do dia (67,1%) ou duas a três vezes por dia (18,8%).

No nosso estudo os cuidadores prestam cuidados de diferentes naturezas, nomeadamente, Preocupação (91,8%), Supervisionar (70,6%) e Assistir parcialmente (49,4%). Esta caracterização de cuidados foi adaptada de Sequeira (2010), mas pensamos poder fazer analogia ao que diz Bowers citado por Paúl (1997), e que define cinco categorias distintas de cuidados prestados pelos cuidadores informais: antecipatórios, preventivos, de supervisão, instrumentais e protetores. Constatamos que estes familiares vão ao encontro do que diz Paúl (1997): os familiares consideram o cuidado protetor como o mais importante, já os profissionais escolhem o preventivo e o instrumental.

Em relação ao tipo de apoio que recebem o instrumental surge em 21,2%. Aspecto a salientar é a referência da ausência de ajuda em 94,1% no apoio emocional, 89,4% no informativo e 78,8% no instrumental. Estes resultados não são consistentes com o que defendem vários autores, entre eles, Moreno (2000), Figueiredo, et al. (2006), Nardi (2007) e Sequeira (2010). Estes autores sublinham a importância do apoio às famílias, bem como a otimização do papel do cuidador informal. O que nos leva a repensar no papel do enfermeiro como promotor da participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Podemos também interpretar estes resultados de acordo com o que refere Pereira (2008). Para este autor, o cuidador familiar 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. Um bom suporte social e ajuda para adquirir métodos eficazes para a resolução dos problemas, melhora o bem estar dos cuidadores, como concluíram Butterworth, et al. (2010) e Murphy, et al. (2009).

Outro ponto importante a salientar é o baixo acompanhamento por parte do enfermeiro de família, (15,3%) ao doente dependente e (16,5%) ao cuidador informal. Devemos repensar a rede de organização de cuidados, visto o

acompanhamento por parte do enfermeiro de família estar a ser insuficiente. Acresce o facto de os cuidadores só procurarem o enfermeiro de família quando necessitam de ajuda técnica.

No que se refere ao seu estado de saúde, é de destacar que cerca de 39% dos cuidadores considera-o fraco e 38% aceitável, sendo que aproximadamente 57% referiu sofrer de problemas de saúde. Além disso, verificámos que as patologias de foro cardiovascular (29,4%) apresentam maior predomínio, seguidas das patologias de foro osteoarticular (21,2%) e metabólica (17,6%). Aproximadamente 31% da amostra do presente estudo relatou sofrer pelo menos de duas patologias. Na sua maioria fazem vigilância no médico de família (83,5%). Alguns destes resultados estão em consonância com o que é relatado por Butterworth, et al. (2010), Figueiredo, et al. (2009), Gonçalves, et al. (2003), Martins, et al. (2003) e Oliveira, et al. (2007) sobre o facto dos indivíduos cuidadores apresentarem e percepcionarem piores níveis de saúde que outros que não cuidam. Esta perceção negativa dos níveis de saúde dos cuidadores, alerta para a necessidade de uma avaliação mais profunda, pois segundo os estudos de Bambauer, et al. (2006), Chung, et al. (2010) e Hung, et al. (2007), o estado de saúde do cuidador influencia o do doente e vice versa. Logo a necessidade de intervenções para o doente e cuidador. Também Figueiredo, et al. (2006), salientam que os cuidadores familiares têm as suas necessidades e problemas em consequência da prestação de cuidados a um familiar, razão pela qual têm sido apelidados de pacientes ocultos, pois também necessitam de ajuda para melhorar a sua saúde e bem-estar.

Em relação a antecedentes de Doença Mental, verificámos que os cuidadores apresentaram previamente episódios de depressão (22%), ansiedade (3,5%) e *stress* (1,2%). Salienta-se que dois casos tiveram necessidade de internamento e que já estiveram ou estão medicados com ansiolíticos/hipnóticos (27,1%) e/ou com antidepressivos (11,8%). O que está de acordo com o Terceiro Censo Psiquiátrico em Portugal (Heitor, et al., 2004).

Relação das variáveis.

No que concerne à relação entre o género do cuidador e a sua sintomatologia psiquiátrica, podemos verificar que as mulheres obtiveram de forma consistente, valores médios mais elevados em todas as dimensões e nos três índices globais do BSI. No entanto, só encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres a nível das dimensões somatização,

obsessões-compulsões e ideação paranóide, assim como a nível do índice geral de sintomas e do total de sintomas positivos. Facto que poderá estar relacionado como refere a OMS (2002), que a mulher pelos múltiplos papéis que desempenha na sociedade, corre maior risco de perturbações mentais e comportamentais do que outras pessoas na comunidade.

Existem correlações positivas, de magnitude moderada e estatisticamente significativas entre a idade do cuidador e as dimensões somatização e obsessões-compulsões, e de magnitude fraca, entre a idade do cuidador e a dimensão ansiedade, assim como entre a idade e o índice geral de sintomas e o total de sintomas positivos. De acordo com estes resultados, podemos concluir que à medida que a idade aumenta, verificam-se valores médios mais altos a nível destes indicadores de sintomatologia psiquiátrica avaliados pelos BSI. Estes resultados são consistentes com os obtidos no estudo de Butterworth, et al. (2010) e Van Pelt, et al. (2007) e (2009), em que se concluiu que com o aumento da idade, os cuidadores apresentam “pior” saúde mental.

Relativamente à variável anos de escolaridade do cuidador, os resultados obtidos mostraram uma tendência clara para os cuidadores com mais anos de escolaridade demonstrarem menor sintomatologia psiquiátrica na maioria dos indicadores do BSI. Este dado remete-nos para a importância da formação e informação na prestação de cuidados. Neste contexto os enfermeiros devem estar atentos aos cuidadores com baixa escolaridade. Segundo OMS (2002), a baixa escolaridade é um factor de risco para a doença mental.

Em comparação com os participantes que revelaram uma percepção positiva da sua saúde, os cuidadores com uma percepção negativa da sua saúde obtiveram resultados médios superiores em todos os indicadores de sintomatologia psiquiátrica obtida através do BSI (com a excepção da dimensão ideação paranóide). Mais uma vez, os resultados estão de acordo com o que diz Figueiredo, et al. (2006), que os sintomas psicopatológicos individualmente considerados são do mesmo modo, frequentes nestas pessoas, que avaliam geralmente a sua saúde de maneira negativa, e com os estudos de Bambauer, et al. (2006), Butterworth, et al. (2010), Chung, et al. (2010), Wendy, et al (2008). Também Vitaliano, Young e Russo, (2004), Garrido e Menezes, (2004), citados por Figueiredo, et al. (2009) e a OMS, (2002), consideram que a figura do cuidador informal representa um elemento crucial na prestação de cuidados, mas que essa responsabilidade pode constituir uma ameaça à sua saúde, debilitando-a, correndo o risco de se tornar mais um paciente do sistema.

No que concerne à relação entre antecedentes psiquiátricos dos cuidadores e a sua sintomatologia psiquiátrica, verificamos que os participantes que relataram episódios de depressão ou ansiedade, obtiveram valores médios mais elevados em todas as dimensões e nos três índices globais do BSI do que os participantes que relataram a ausência de antecedentes psiquiátricos. Obtivemos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível da somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Se o cuidador já teve uma doença mental, é aceitável que a sua predisposição para a sintomatologia psiquiátrica seja evidenciada no BSI, logo a sua relação estatística.

Relativamente à relação entre a situação profissional e a sintomatologia psiquiátrica dos participantes, verificámos que os participantes que se encontram a trabalhar apresentam significativamente valores mais baixos do que os participantes que se encontram em situação de desemprego, domésticos e reformados a nível das dimensões somatização, obsessões-compulsões, psicoticismo, índice geral de sintomas e total de sintomas positivos. Note-se que os que trabalham ainda se distinguem dos desempregados/domésticos a nível da sensibilidade interpessoal, ansiedade e ideação paranóide. Tal facto pode estar associado ao menor poder económico destes grupos, e como refere a OMS (2002), tal facto pode contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica. Van Pelt, et al. (2007), concluíram no seu estudo que a interrupção do estilo de vida e a perda de emprego eram frequentes nestes cuidadores.

Quanto à relação entre o tempo de prestação de cuidados aos familiares dependentes e a sintomatologia psiquiátrica dos cuidadores, foi possível verificar que os participantes que referem prestar cuidados há mais tempo apresentam valores médios significativamente superiores comparativamente aos participantes que referem fazê-lo há pouco tempo a nível das dimensões sensibilidade interpessoal e psicoticismo. Segundo Leventhal, Nerez e Steel (1984) citados por Silva, et al. (2007), 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.

Estes dois resultados, sintomatologia psiquiátrica/situação profissional e sintomatologia psiquiátrica/tempo de prestação de cuidados aos doentes, podem estar relacionados com o *stress* e a sobrecarga. Segundo Sequeira (2010), o *stress* surge face a uma situação percebida como ameaçadora, levando o indivíduo a reagir através de estratégias de *coping* que quando ineficazes, originam

fenómenos de *distresse*. A sobrecarga está relacionada com desgaste por cansaço, traduzindo a exposição do cuidador a fatores de *stress* significativos num curto espaço de tempo, ou a fatores de *stress* pouco significativos, mas por um longo período de tempo. Este facto pode indiciar que os cuidadores de pessoas dependentes pós internamento numa UCI podem estar mais vulneráveis quer pela instabilidade do doente, quer pelas alterações das condições sociais.

Relativamente à relação entre o género do doente e a sintomatologia psiquiátrica do cuidador, os resultados obtidos indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível das dimensões somatização, obsessões-compulsões e ideação paranóide, assim como a nível do índice geral de sintomas e do total de sintomas positivos, tendo sido os indivíduos que prestam cuidados a doentes do sexo masculino a apresentarem valores superiores nestes indicadores de sintomatologia psiquiátrica. Talvez esta relação seja, não por ser cuidador de homens, mas porque os cuidadores são maioritariamente mulheres, e como anteriormente explicado estas têm mais predisposição para esta sintomatologia.

Continuando, abordámos a relação da dependência do doente e a sintomatologia psiquiátrica do cuidador. Com base na distribuição dos dados obtidos a nível da Escala de Atividades de Vida Diária de *Lawton e Brody*, agrupamos os doentes em três grupos diferenciados de acordo com o seu grau de dependência: Grupo 1 (doentes com pontuações entre 15 e 37); Grupo 2 (doentes com pontuações entre 38 e 59); e Grupo 3 (doentes com pontuações entre 60 e 90). Identificámos diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos a nível da maioria dos indicadores de sintomatologia psiquiátrica. As diferenças estatisticamente significativas verificaram-se essencialmente nos seguintes indicadores entre o Grupo 1 e o Grupo 3: somatização, obsessões-compulsões, depressão, ansiedade, psicoticismo, IGS, TSP e ISP. Foi possível verificar ainda uma diferença estatisticamente significativa entre o Grupo 1 e o Grupo 2 a nível da dimensão ansiedade. No nosso estudo o cuidador informal apresenta pior saúde mental, o que é semelhante ao estudo de *Bambauer, et al. (2006)*, *Butterworth, et al. (2010)*, *Chung, et al. (2010)*, *De Miranda, et al. (2010)* e *Lage, (2007)*. Os indicadores de ansiedade e depressão presentes neste estudo estão a favor dos resultados dos estudos de *Bambauer, et al. (2006)*, *Chung, et al. (2010)*, *Hung, et al. (2007)*, *Miranda, et al. (2010)*, *Van Pelt, et al. (2007)* e *Wendy, et al. (2008)*.

Dois resultados a salientar deste estudo, e de acordo com os dados obtidos, os participantes que referem prestar cuidados de Assistir parcialmente os doentes

apresentam valores médios significativamente superiores comparativamente aos participantes que referem não o fazer a nível da maior parte dos indicadores de sintomatologia psiquiátrica. Outro resultado indica que os cuidadores que ocupam mais tempo em cuidados aos doentes apresentam sintomatologia psiquiátrica mais acentuada. O que vai de encontro ao que diz Figueiredo, et al. (2006) em que a morbilidade destas pessoas é consideravelmente superior aos indivíduos da mesma idade que não têm tal sobrecarga. As doenças psíquicas, principalmente quadros depressivos, mostram-se significativamente mais prevalentes. Aspecto também referido por Martins, et al. (2003) e Pimenta, et al. (2009). Resultado que vai de encontro ao estudo de Chung, et al. (2010), em que os cuidadores informais que passavam mais tempo em tarefas de cuidado, apresentaram pior estado funcional, menor perceção de controlo, e maior cuidado percebido à aflição.

Uma vez que a transição para o papel de familiar cuidador se estende pelo tempo, salientamos a importância da intervenção do enfermeiro neste processo contínuo, de modo a guiar os Familiares Cuidadores a identificar indicadores de processo e de resultado que os oriente na direção da saúde. Uma avaliação e uma intervenção precoce por parte dos enfermeiros no internamento da UCI, ou em consulta *Follow up*, permite de certo modo ajudar os Familiares Cuidadores a chegar a resultados saudáveis prevenindo o risco e a vulnerabilidade, possibilitando que estes obtenham transições saudáveis.

Durante os contactos telefónicos estabelecidos pelo autor do estudo com os Familiares Cuidadores da amostra, estes referiram um conjunto de condições de vida pessoais com que se confrontam diariamente e que surgem associados aos baixos recursos económicos, aspeto também referido nos estudos de Martins, et al. (2003), Pimenta, et al. (2009) e Sales (2010). Os cuidadores informais assumem, desta forma, um papel de primordial importância na sociedade com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos (Sequeira, 2010).

CONCLUSÃO

Após a conclusão do trabalho de investigação pretende-se tecer algumas considerações em torno do que foi o desenvolvimento do estudo. Neste capítulo referimos as limitações e os contributos desta investigação, bem como propostas para futuras investigações, são alguns dos pontos que nos iremos aqui debruçar, bem como os principais itens que merecem ser destacados.

A revisão da literatura no domínio permitiu obter uma maior perceção da relevância da avaliação da Sintomatologia Psiquiátrica em Familiares Cuidadores, bem como contribuiu para a delimitação da finalidade do estudo, a formulação das questões de investigação e a definição dos objetivos. Este enquadramento foi efetuado com base nos conceitos de Dependência, Cuidador Informal, Sintomatologia Psiquiátrica e Cuidados Intensivos. Tivemos também a oportunidade de conhecer outros estudos (nacionais e internacionais), que não eram diretamente referentes aos conceitos por nós abordados, mas que contribuíram e enriqueceram a discussão dos resultados obtidos na nossa amostra de Cuidadores Informais e respetivos Familiares Dependentes.

Como referido, após pesquisa bibliográfica abrangente não foi encontrado nenhum estudo de investigação sobre a Sintomatologia Psiquiátrica no Familiar Cuidador Informal de doentes internados em UCI em Portugal, pareceu-nos pertinente a realização deste estudo de carácter descritivo e exploratório.

Com este estudo tínhamos por objetivo compreender a sintomatologia psiquiátrica associada ao cuidar nos familiares cuidadores. Além disso, tínhamos o propósito de contribuir para a melhoria da assistência prestada aos cuidadores informais, salientando a importância dos profissionais de enfermagem a verem a família dentro deste contexto como alguém que também necessita de cuidados, e especificamente de intervenção de enfermagem, de modo a evitar o aparecimento de sintomatologia psiquiátrica.

Nestes resultados obtidos, podemos considerar que alguns deles vão ao encontro dos obtidos noutros estudos. Os doentes dependentes pós internamento em UCI são maioritariamente do sexo masculino, com 64 anos, casados, possuem escolaridade ao nível do 1º Ciclo do Ensino Básico, a sua atividade é de natureza não qualificada e são cônjuges do cuidador informal. Caracterizam-se por apresentar variabilidade no sistema afetado pela patologia que os levou ao internamento na UCI, sendo a cirurgia o tipo de afeção mais predominante. Apresentam ainda problemas associados de foro metabólico e cardiovascular. Estiveram internados no hospital aproximadamente 27 dias, e na UCI 6 dias. Quanto à vigilância de saúde, o médico de família é o recurso mais utilizado, o enfermeiro de família em 15,3% dos casos, tomam em média 5 medicamentos de natureza diferente e são moderadamente dependentes (M = 49,15).

O Familiar Cuidador Principal é mulher, com 58 anos, casada, com o nível de escolaridade ao nível do 1.º Ciclo do Ensino Básico. A situação profissional varia desde reformado por idade, trabalhar e desempenhar funções domésticas em casa e cuidam de mais que uma pessoa. Cuidam do doente há 11 meses, prestam cuidados ao longo do dia, e demoram 210 minutos por dia a cuidar do doente. Prestam cuidados de supervisionar, preocupação e assistir parcialmente, e referem não receber qualquer tipo de apoio. No que se refere ao seu estado de saúde, é de destacar que os Familiares Cuidadores consideram o seu estado de saúde entre fraco e aceitável, sofrem de problemas de saúde, e tomam algum tipo de medicamento. O médico de família é o principal recurso para a vigilância da saúde, e são pouco vigiadas pelo enfermeiro de família. Referem nunca ter tido algum episódio de doença mental, e não têm familiar com doença mental. Os cuidadores participantes no presente estudo não demonstram valores indicadores de sintomatologia psiquiátrica.

Constatamos que as mulheres, com idade superior a 58 anos e escolaridade inferior ao primeiro ciclo, que são doentes, que prestam cuidados a indivíduos do sexo masculino, que cuidam há mais de cinco meses, que ocupam mais de 200 minutos do dia a cuidar de doentes com grau de dependência moderado a elevado, encontram-se mais vulneráveis ao aparecimento de sintomatologia psiquiátrica, pelo que devem ser um alvo prioritário de actuação dos enfermeiros.

Analisando a sintomatologia psiquiátrica de forma mais detalhada, assumimos como variáveis associadas a índices mais elevados de sintomatologia psiquiátrica o ser mulher, ser mais velho(a) e ser doméstica ou desempregada para a predisposição de somatização e obsessões-compulsões.

Verificamos também que ter menos escolaridade, ter uma percepção negativa da sua saúde e ter antecedentes de doença mental aumentam a predisposição para a somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica e psicoticismo.

Outra conclusão está relacionada com o tempo que dedicam por dia aos cuidados, o grau de dependência da pessoa que recebe os cuidados e o tipo de cuidados que prestam, predispõe os familiares cuidadores a desenvolverem sintomatologia relacionada com a somatização, obsessões-compulsões, depressão, ansiedade e psicoticismo.

Na consecução deste estudo ocorreram algumas dificuldades, a nível teórico e a nível prático, que consideramos oportuno referir.

A nível teórico, a escassez de literatura e estudos nesta área, nomeadamente na realidade portuguesa e em contexto dos Cuidados Intensivos, prejudicou a variedade dos autores referenciados. Houve necessidade de recorrer a estudos desenvolvidos na área do cuidador informal do Idoso, e Cuidador informal do Idoso com doença mental.

As dificuldades encontradas na componente empírica prenderam-se essencialmente com as autorizações necessárias e a aplicação dos questionários. Os prazos inicialmente previstos para a aplicação dos questionários, e a forma como seria efectuada a aplicação não foram cumpridos, pelo que houve necessidade de reestruturar o desenho de investigação, o que atrasou a organização e o desenvolvimento do estudo.

No geral, os respondentes não verbalizaram dificuldades na compreensão do questionário, visto este ser feito pelo investigador, via telefone. No entanto referiram a sua extensão, o que pode ter enviesado algumas das respostas dadas.

Uma outra limitação está relacionada com o facto do nosso estudo se confinar unicamente a um Serviço de uma Unidade Hospitalar, o que também contribui para que os resultados não possam ser generalizados a nível regional ou nacional. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado a uma amostra aleatória e de maior representatividade.

Apesar destes constrangimentos, o estudo apresenta aspetos positivos. Estamos a referir à metodologia adotada, através da qual acreditamos ter diminuído o impacto das limitações mencionadas. Destacamos a caracterização

dos Doentes que estiveram internados numa UCI, e seus Cuidadores Informais, bem como a aplicação de um instrumento, BSI, pela primeira vez a este tipo de Cuidadores Informais.

O BSI, revela-se como um bom instrumento para avaliar situações de maior vulnerabilidade, ou seja, níveis mais elevados de sintomatologia psiquiátrica, que devem alvo da atenção dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros especialistas em saúde mental, de modo a que continuem a exercer o seu papel de prestador de cuidados sem colocarem em risco a sua saúde.

Assim sugere-se que na implementação de qualquer programa, ele seja adequado 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. É imprescindível maior investimento em políticas de intervenção comunitária onde os profissionais possam desenvolver planos de saúde dirigidos às famílias, onde o conjunto de ações não se limite unicamente à pessoa dependente, mas inclua também o seu cuidador familiar. Como exemplos deste acompanhamento pela UCI, podemos sugerir uma linha de apoio telefónico, e as consultas de *follow up*. Nestas, onde se possa efectuar uma avaliação precoce de sintomatologia psiquiátrica e seu encaminhamento.

Este acompanhamento possibilita ao Enfermeiro dotar/capacitar o cuidador de conhecimentos e habilidades para o desempenho do seu papel. Prevenindo e ou detectando precocemente situações de exaustão do cuidador.

O ato de cuidar abrange a necessidade de apoio social à pessoa dependente e seu cuidador, com o objetivo de diminuir os aspetos negativos que são produto do processo de cuidados, para além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cuidador, e refletir positivamente nos cuidados prestados. Esse apoio pode advir de fontes formais e informais, como grupos de ajuda mútua, família, organizações não governamentais, religiosos, vizinhos, amigos, serviços de saúde e de assistência social.

No decorrer das entrevistas fica a percepção de que a carência financeira bem como a orientação para o cuidado são uma realidade para os cuidadores da nossa amostra. Portanto, seria de fundamental importância ao sistema de cuidados, a formação de uma rede de apoio integrando sistemas formais e informais, visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde do doente, cuidador e família.

BIBLIOGRAFIA

- Abelha, F. 2007. Resultados Após Admissão em Cuidados Intensivos. *ArquiMed*. [Online] 21(3/4):97-101, 2007. http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132007000300005&lng=pt&nrm=iso.0871-3413.
- Abrantes, JA e Abrantes, LA. 2000. Os enfermeiros. R Moreno. *Gestão e Organização em Medicina Intensiva*. Lisboa : Wyeth Lederle Portugal, 2000, pp. 35-40.
- Abreu, W C. 2008. *Transições e contextos multiculturais - Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra : Formasau -Formação e Saúde, Lda, 2008. 978-972-8485-96-2.
- ALAPSA, Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. 2009. A atuação do psicólogo hospitalar em unidades de terapia intensiva - adultos. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*. [Online] 5 de maio de 2009. <http://www.alapsa.org/v2/web/snip.php?article14&lang=es>.
- Alarcão, M. 2000. *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra : Quarteto Editora, 2000.
- Albuquerque, A, et al. 2003. Perturbação Pós-traumática do stress - Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*. 2003, 16, pp. 309-320.
- Almeida, E e Moreno, R. 2000. A realidade da Medicina Intensiva em Portugal. R Moreno. *Gestão e Organização em Medicina Intensiva*. Lisboa : Wyeth Lederle Portugal, 2000, pp. 1-8.
- Bambauer, K Z, et al. 2006. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Online] 24 de Jul de 2006. [Citação: 15 de dezembro de 2010.] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16865636?dopt=Abstract>. 16865636.
- Barbosa, A L B. 2009. *Cuidado informal no fim da vida: stress e coping em cuidadores primários e secundários*. Dissertação de Mestrado. Aveiro : Secção autónoma de ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 2009. <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2009000964>.
- Barreto, J. 1996. *Relatório do grupo de trabalho de Gerontopsiquiatria*. Lisboa : Direcção geral de Saúde, Ministério da Saúde, 1996. s.n..

- Batista, S G e Cunha, M B. 2007.** Estudos de Usuários: Visão global dos métodos de coleta de dados. 2007, Vol. 12, 2, pp. 168-184.
- Bell, J. 1993.** *Como realizar um projecto de investigação.* s.l. : Gradiva, 1993. pp. 19-29.
- Brito, M L S. 2000.** *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos.* Coimbra : Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2000. Tese de Mestrado.
- Butterworth, P, et al. 2010.** Factors that explain the poorer mental health of caregivers: Results from a community survey of older Australians. [Online] Jul de 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20560849>. 0004-8674.
- Caldas, C P. 1995.** Contribuindo para a construção da rede de cuidados: Trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. 1995, Vol. 3.
- Campos, P H F e Soares, C B. 2005.** Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. [Online] v.11 n.18, dezembro de 2005. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200006&lng=pt&nrm=iso. 1677-1168.
- Canavarro, M C. 1999.** Inventário de Sintomas Psicopatológicos. B.S.I. M R Simões, M Lendro e 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. P L Chinn. *Nursing research methodology.* s.l. : Aspen, 1986, pp. 237-257.
- Chung, M L, et al. 2010.** Predictors of depressive symptoms in caregivers of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* [Online] Sep-Oct de 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20714239>. 0889-4655.
- Colliéré, M F. 1999.** *Promover a vida: da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa : Edições Técnicas, 1999.
- Corrêa, A K, Sales, C A e Soares, L. 2002.** A família do paciente internado em terapia intensiva: Concepções do enfermeiro. *Acta Scientiarum.* 2002, Vol. 24, 3, pp. 811-818. <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2543/1681>.
- Cunha, PJC e Zagonel, IPS. 2006.** A relação dialógica permeando o cuidador de enfermagem em UTI Pediátrica Cardíaca. *Revista Eletronica Enfermagem.* [Online] 2006. http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a14.htm. 1518-1944.
- de Miranda, S, et al. 2010.** Postintensive care unit psychological burden in patients with chronic obstructive pulmonary disease and informal caregivers: A multicenter study. *Crit Care Med.* [Online] 28 de Oct de 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21037472?dopt=Abstract>. 21037472.
- 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. <http://web.ebscohost.com/ehost/detail>.

Federal Interagency Forum on Aging, Related Statistics. 2000. *Older Americans 2000: Key indicators of Well-being*. Washington DC : Government Printing Office, 2000.

Fevereiro, T e Caixinha, JP. 2000. O ponto de vista do interno. R Moreno. *Gestão e Organização em Medicina Intensiva*. Lisboa : Wyeth Lederle Portugal, 2000, pp. 17-21.

Figueiredo, D e Sousa, L. 2006. Dificuldades e fontes de satisfação percebidas por cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. 2006.

Figueiredo, D e Sousa, L. 2001. EASYCARE: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso. *Geriatrics*. 2001, Vol. 130.

Figueiredo, D, Lima, M p e Sousa, L. 2009. Os "pacientes esquecidos": Satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Revista Keirós*. [Online] Janeiro de 2009. <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2782/1817>.

Filho, JWSC e Everton, BS. 2001. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbilidade. *Revista Brasileira Psiquiatria*. [Online] 2001. <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7170.pdf>.

Fonseca, N R, Penna, AFG e Soares, MPG. 2008. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. *Physis*. [Online] 2008. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400007&lng=en&nrm=iso. 0103-7331.

Fortin, M F. 1999. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures : Lusociência, 1999. 972-8383-10-X.

Franco, MC. 1989. *Situação do familiar que acompanha o paciente adulto internado*. Florianópolis : Centro de Ciências da Saúde Universidade Federal de Santa Catarina, 1989. Dissertação de Mestrado.

Freitas, MC. 2005. *Necessidades de familiares em UTI: análise comparativa entre hospital público e privado*. São Paulo : Escola de Enfermagem, 2005. Dissertação.

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

Garrido, R e Meneses, P. 2004. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriatrics. *Revista de Saúde Pública*. 2004, Vol. 38, nº6.

Gonçalves, C. 2003. As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os censos. *Instituto Nacional de Estatística, Revista de Estudos Demográficos*. 2003, Vol. 34.

Grelha, PASS. 2009. Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário: Estudos sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida. *Repositório da Universidade Lisboa*. [Online] 2009.

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf.

Tese de Mestrado.

Guerreiro, D, et al. 2007. Stresse Pós-traumático: Os Mecanismos do Trauma. *Acta Medica Portuguesa*. 18 de Janeiro de 2007, Vol. 20, pp. 347-354. <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/4/347-354.pdf>.

Heitor, M, et al. 2004. *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2004. 972-675-089-X.

Hill, MM e Hill, A. 2009. *Investigação por questionário*. 2. Lisboa : Edições Sílabo, lda, 2009. 978-972-618-273-3.

Hora, EC e Sousa, RMC. 2005. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Online] Jan./Fev. de 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000100015>. 0104-1169.

Hung, SY, et al. 2007. Pain and depression in caregivers affected their perception of pain in stroke patients. *J Clin Epidemiol*. [Online] 8 de May de 2007. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689813?dopt=Abstract>. 17689813.

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

Jani-Le-Bri, H. 1994. *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos Países das Comunidades Europeias*. [trad.] TRADUCTA. Lisboa : Concelho económico e social, 1994. 972-95818-9-4.

Karsch, UM. 2003. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*. [Online] 2003. pp. 861-866. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300019&lng=en&nrm=iso. 0102-311X.

Klaus, MH e Kennel, J. 2000. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre : Artes Médicas, 2000.

Kumar, R. 2005. *Research methodology: a step-by-step guide for beginners*. London : Sage Publications, 2005.

Lage, MIGS. 2007. *Avaliação dos cuidadores informais aos idosos: estudo do impacto do cuidador informal*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007. Tese de Doutoramento.

- Lawton, MP e Brody, E. 1969. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. s.l. : The gerontologist, 1969. Vol. 9.
- Lima, MS. 1999. *Epidemiologia e impacto social*. s.l. : Bras. Psiquiatr, 1999. Vol. 21.
- Marote, A. 2005. Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da Região Autónoma da Madeira. *Revista de Investigação Sinais Vitais*. Julho, 2005, 61, pp. 19-24.
- Martín, I. 2002. *Psicologia da doença de Machado-Joseph: estudo sobre doentes e seus cuidadores*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2002. Tese de Doutoramento.
- Martins, JJ e Nascimento, ERP. 2005. *A tecnologia e a organização do trabalho de enfermagem em UTI*. s.l. : Arquivos Catarinenses de Medicina, 2005. pp. 23-7.
- Martins, MCA. 2004. Factores de risco Psicossociais para a Saúde Mental. *Educação, Ciência e Tecnologia*. 2004, pp. 255-268.
- Martins, T, Pais-Ribeiro, J e Garret, C. 2004. *Ansiedade e depressão em cuidadores informais de pessoas com incapacidade funcional*. s.l. : A psicologia da Saúde num mundo em mudança: resumo do 5º congresso nacional de psicologia da saúde, 2004.
- Martins, T, Ribeiro, J 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.
- Maruiti, MR e Galdeano, LE. 2007. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*. 1, 2007, Vol. 20, 30, pp. 37-43.
- Maruiti, MR, Galdeano, LE e Farah, OGD. 2008. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*. [Online] 2008. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a16v21n4.pdf>.
- Matos, R e Moreno, R. 2000. A avaliação de custo-efectividade. R Moreno. *Gestão e Organização em Medicina Intensiva*. Lisboa : Wyeth Lederle Portugal, 2000, pp. 136-150.
- 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. AC Caldas e A Mendonça. *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa : Lidel - edições técnicas Lda, 2005.
- Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe*. WHO. 2000. Copenhagen : s.n., 2000.
- Monis, C. 2005. *Sobrecarga do cuidador informal*. s.l. : Informar, 2005. Vol. XI. 86 748/95.

- Moreno, R. 2000. *Gestão e Organização em Medicina Intensiva*. Lisboa : Wyeth Lederle Portugal, 2000. 972-733-067-3.
- Murphy, V, et al. 2009. Problem solving skills predict quality of life and psychological morbidity in ALS Caregivers. *Informa Healthcare, Taylor & Francis AS*. 10, 2009, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18618351>, pp. 147-153.
- Nardi, E. 2007. Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem*. 2007.
- Neri, AL. 2000. *Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico*. São Paulo : Atheneu, 2000.
- Oliveira, MA, Queirós, C e Guerra, MP. 2007. O conceito de cuidador analisado numa perspetiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde & Doenças*. [Online] Nov de 2007. http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862007000200003&lng=pt&nrm=iso. 1645-0086.
- OMS, Organização Mundial de Saúde -. 2002. *Relatório Mundial de Saúde*. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2002. 972-675-082-2.
- Oppenheim, AN. 2000. *Questionnaire design, interviewing and measurement*. 2. s.l. : Continuum, 2000.
- Paúl, MC. 1997. *Lá para o fim da vida: idosos, familia e meio ambiente*. Coimbra : Almedina, 1997.
- Pauli, MC e Bousso, RS. 2003. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidades de terapia intensiva pediátrica. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2003, Vol. 3, 11, pp. 280-6.
- Pereira, E. 2000. A unidade de cuidados intensivos e o hospital. R Moreno. *Gestão e Organização em Medicina Intensiva*. Lisboa : Wyeth Lederle Portugal, 2000, pp. 167-171.
- Pereira, MFC. 2008. *Cuidadores de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional, Social e Psicopatologia*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade Portor, 2008. Tese Mestrado.
- Petronilho, FAS, et al. 2010. Carcterização do doente após evento Crítico: Impacto da (In)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Repositório Universidade Minho*. [Online] Janeiro de 2010. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13637>. 0872-8844.
- Pimenta, GMF, et al. 2009. Perfil do familiar cuidador de idosos fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Rev Esc Enferm USP*. [Online] 2009. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300016&lng=en&nrm=iso. 0080-6234.
2009. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] março de 2009.

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Decreto-Lei Nº 101/2006. s.l. : Diário da Republica, I Série - A. pp. 3856-3865. nº 109, 6/66/2006.
- Sales, CA, et al. 2010.** Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Online] 12, abril de 2010. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12160>. 1518-1944.
- Salgueiro, HDAG. 2006.** *Dinâmica, saúde e qualidade de vida na família do idoso dependente*. Lisboa : Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2006. Tese de Mestrado.
- Santos, KMAB. 2004.** *Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTI e análise proxêmica dessas interações*. São Paulo : Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004. Tese de Mestrado.
- Seca, R. 2000.** Políticas de Admissão e alta. R Moreno. *Gestão e Organização em Medicina Intensiva*. Lisboa : Wyeth Lederle Portugal, 2000, pp. 161-166.
- Sequeira, C. 2010.** *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa : LIDEL - Edições técnicas Ltd, 2010.
- Sequeira, C. 2007.** *Cuidar de Idosos Dependentes* . Coimbra : Ed. Quarteto, 2007.
- Sequeira, C. 2006.** *Introdução à Prática Clínica*. Coimbra : Ed. Quarteto, 2006.
- Silva, C e Gonçalves, S. 2007.** Aspectos psicológicos da epilepsia. D Alves, I Luzeiro e J Pimentel. *Livro Básico da Epilepsia*. 1. s.l. : GRAFIASA, 2007, pp. 309-324.
- Silva, E. 2000.** Os Profissionais da Medicina Interna. R Moreno. *Gestão e Organização em Medicina Intensiva*. Lisboa : Wyeth Lederle Portugal, 2000, pp. 23-34.
- Silva, JAP. 2002.** *Necessidades das Famílias dos Doentes Internados na Unidade de Cuidados Intensivos*. Porto : s.n., 2002. Tese de Mestrado.
- Silveira, RS, et al. 2005.** Uma tentativa de humanizar a relação de equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto Contexto Enfermagem*. [Online] 10 de novembro de 2005. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500016&lng=pt&nrm=iso. 0104-0707.
- Sousa, V, Drissnarck, M e Mendes, I. 2007.** Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de Pesquisa Quantitativa. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. [Online] maio de 2007. www.eerp.usp.br/rlae. 0104-1169.
- Van Pelt, D, et al. 2007.** Sobrecarga dos Cuidadores Informais entre os sobreviventes de ventilação mecânica prolongada. *Pubmed*. [Online] 2007. PMC 1899280.

- Van Pelt, D, et al. 2009.** Variáveis no tempo específicas para cada paciente pós-UCI, preditoras de sobrecarga no cuidador informal. *PubMed*. [Online] 2009. PMC 2803119.
- Veloso, AB. 2000.** Educação e treino em Medicina Intensiva. R Moreno. *Gestão e Organização em Medicina Intensiva*. Lisboa : Wyeth Lederle Portugal, 2000, pp. 9-12.
- Veríssimo, C, Ribeiro, R e Camacho, E. 2000.** A Medicina Intensiva e a Anestesiologia. [autor do livro] R Moreno. *Gestão e Organização em Medicina Intensiva*. Lisboa : Wyeth Lederle Portugal, 2000, pp. 13-16.
- Wendy, G, et al. 2008.** Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. [Online] 2008. <http://www.springerlink.com/content/e284231188572271/>. 10.1007/s11606-008-0770-2.
- Whitlatch, CJ e Noelker, L. 1996.** Caregiving and care. J Birren. *Encyclopaedia of gerontology, agy, aging and the aged*. San Diego : s.n., 1996, pp. 256-268.
- WHO, Division of Mental Health. 1992.** *World Health Organization*. Genevra : Internacional satistical classification of diseases and related health problems, 1992.

ANEXOS

Anexo I - Questionário

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

UNIVERSIDADE DO PORTO

“SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA DOS FAMILIARES CUIDADORES DE DOENTES COM INTERNAMENTO EM CUIDADOS INTENSIVOS”

Costa, 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.

A minha escolha recaiu sobre este tema, uma vez que após a leitura e reflexão de vários estudos e da constatação na prática clínica que sugere que as pessoas que prestam cuidados a familiares dependentes física e/ou mentalmente, sofrem mudanças, geralmente desfavoráveis, na vida familiar, social e económica, mas sobretudo a nível mental.

Este projecto de investigação encontra-se em desenvolvimento no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sendo a principal investigador, José Filipe Dos Santos Costa, o orientador o Professor Carlos Sequeira.

Os dados obtidos destinam-se 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.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Certos da sua preciosa colaboração, agradecemos reconhecidos. Resultados da investigação em curso podem ser solicitados a zfilipe.costa@gmail.com

O investigador principal

José Filipe Dos Santos Costa

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 do internamento: _____

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/
ostearticulares |
| <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 | |

7.2 - Esteve internado no Hospital quanto tempo: (dias)

7.3 - Esteve internado nos Cuidados Intensivos quanto tempo: (dias)

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

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim. Qual(s): |
|------------------------------|--|

II 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 <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 <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 <input type="checkbox"/> (0) Mantém a casa como de costume <input type="checkbox"/> (1) Faz apenas metade do seu trabalho	10 - Tarefas domésticas <input type="checkbox"/> (0) Realiza todos os arranjos habituais <input type="checkbox"/> (1) Realiza, pelo menos, metade dos

<input type="checkbox"/> (2) Ocasionalmente varre a casa ou faz pequenos serviços <input type="checkbox"/> (3) Não cuida da casa	trabalhos habituais <input type="checkbox"/> (2) Ocasionalmente faz arranjos <input type="checkbox"/> (3) Não faz nenhum trabalho
11 - Lavar roupa <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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, problemas para administrar o saldo bancário; necessita da ajuda de terceiros <input type="checkbox"/> (3) Não gere as finanças	

Locomoção

19 - Transporte público <input type="checkbox"/> (0) Utiliza transporte publico normalmente <input type="checkbox"/> (1) Utiliza transporte publico menos frequentemente <input type="checkbox"/> (2) Perde-se quando utiliza transporte público <input type="checkbox"/> (3) Não usa transporte público	20 - Condução de veículos <input type="checkbox"/> (0) Conduz normalmente <input type="checkbox"/> (1) Conduz com cuidado <input type="checkbox"/> (2) Dificuldade em conduzir, perde-se enquanto conduz <input type="checkbox"/> (3) Não conduz
21 - Mobilidade pela sua vizinhança <input type="checkbox"/> (0) Normal <input type="checkbox"/> (1) Sai de casa menos frequentemente	22 - Locomoção fora de locais familiares <input type="checkbox"/> (0) Normal <input type="checkbox"/> (1) Ocasionalmente fica desorientado(a)

<input type="checkbox"/> (2) Perde-se nas proximidades de casa <input type="checkbox"/> (3) Só sai acompanhado(a)	em locais estranhos <input type="checkbox"/> (2) Fica muito desorientado(a), necessita de ser acompanhado(a) <input type="checkbox"/> (3) Não é capaz de sair sozinho(a) ou acompanhado(a)
--	--

Comunicação

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

Relações sociais

28 - Relações familiares <input type="checkbox"/> (0) Normais <input type="checkbox"/> (1) Pequenos problemas <input type="checkbox"/> (2) Sérios problemas <input type="checkbox"/> (3) Divorciado(a), separado(a), sem relacionamentos	29 - Relações familiares (crianças) <input type="checkbox"/> (0) Normais <input type="checkbox"/> (1) Facilmente irritável, punições intempestivas <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: (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:

- Supervisionar Substituição
 Orientar Preocupação
 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):

- Rotativo; Entreaajuda;
 Mensal; Outro _____
 Fim de semana;

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

- Informativo Instrumental
 Emocional 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?

- Médico de Família Psicólogo
 Enfermeiro de Família Psiquiatra
 Médico privado 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 Vezes (1)	Algumas Vezes (2)	Muitas Vezes (3)	Muitíssimas Vezes (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-se facilmente 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 Vezes (1)	Algumas Vezes (2)	Muitas Vezes (3)	Muitíssimas Vezes (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					

BSI

PATOLOGIAS	ITENS							TOTAL
	2	7	23	29	30	33	37	
Somatização								: 7 =
Obsessões-Compulsões	5	15	26	27	32	36		: 6 =
Sensibilidade interpessoal	20		21		22		42	: 4 =
Depressão	9	16	17	18	35	50		: 6 =
Ansiedade	1	12	19	38	45	49		: 6 =
Hostilidade	6	13	40	41	46			: 5 =
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: N° total de itens	: ____ (53) =	
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 II - Autorização do Gabinete Coordenador de
Investigação/Departamento Ensino, Formação e Investigação e
da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital**

Para: ENF. JOSÉ FILIPE SANTOS COSTA De: PEDRO ESTEVES
SERVIÇO DE NEUROLOGIA PRESIDENTE DO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Fax: Data: 7 DE JUNHO DE 2011

Tel: Págs.:

Ref.: **N/ REF.º 052/11(033-DEFI/052-CES)** cc:

Urgente Apreciar p.f. Comentar p.f. Responder p.f. Fazer circular p.f.

ASSUNTO: Trabalho Académico no âmbito de Mestrado - "Sintomatologia psiquiátrica nos cuidados informais de doentes com internamento em Cuidados Intensivos, num Hospital do Grande Porto"

Em resposta ao solicitado por V.º Ex.ª, em 3 de Março de 2011, informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI e da CES, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, no Serviço de Cuidados Intensivos, sendo Investigador Principal o Enf. José Filipe Santos Costa.

Cumprimentos,


Pedro Esteves
Presidente do Conselho de Administração

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.º.

Anexo III - Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo: “Sintomatologia Psiquiátrica dos Familiares Cuidadores de doentes com internamento em Cuidados Intensivos”.

Nome do/da Participante: _____

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

Declaro 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 pelo investigador.

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 me é prestada.

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

Porto, ____ de _____ de 201__

Assinatura do/da participante no estudo:

Assinatura do investigador do estudo:

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

Texto convertido pelo conversor da Porto Editora, respeitando o Acordo Ortográfico de 1990.