

Carlos Manuel Nogueira Martins dos Santos

Ansiedade, Depressão e Stresse no Familiar Cuidador do Doente Mental

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria



Março de 2014

Carlos Manuel Nogueira Martins dos Santos

Ansiedade, Depressão e Stresse no Familiar Cuidador do Doente Mental

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Estudo efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Lídia do Rosário Cabral

Professor Doutor João Carvalho Duarte

“Grandes mesmo eram os sonhos e as pessoas pequenas demais para torná-los reais.”

Bob Marley

À minha esposa Lurdes.
Às minhas filhas Ana e Catarina.

AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho, tive a oportunidade de contar com diversos apoios, individuais e institucionais, pelo que quero aqui deixar o meu reconhecimento e gratidão.

À Professora Dr.^a Lúcia do Rosário Cabral, orientadora científica, por toda a sua disponibilidade, incentivo, orientação e rigor ao longo da realização de toda a investigação;

Ao Professor Dr. João Carvalho Duarte, orientador científico, pelo seu saber, apoio e rigor no esclarecimento de dúvidas, sugestões e tratamento estatístico deste estudo empírico;

Aos funcionários da Biblioteca desta Escola, pela ajuda fornecida na pesquisa bibliográfica;

A todos os Colegas pelos contributos pessoais e também pela disponibilidade demonstrada;

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste estudo.

A todos o meu MUITO OBRIGADA

RESUMO

Enquadramento: As atuais orientações políticas sobre a saúde, particularmente sobre a saúde mental vão no sentido de se manterem os doentes mentais na comunidade, enfatizando a necessidade do desenvolvimento dos suportes sociais naturais, onde se incluem as famílias, emergindo daqui o papel do familiar cuidador.

Objetivos: Identificar variáveis sociodemográficas que influenciam a ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal do doente mental; determinar a influência de variáveis de contexto familiar sobre a ansiedade, depressão e stresse do cuidador; analisar a relação entre o suporte social e sobrecarga do cuidador com a ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal.

Material e Métodos: Realizamos um estudo transversal, descritivo-correlacional, tendo participado 104 cuidadores, a maioria do sexo feminino (62,5%), com idades entre 22 a 77 anos média de 52,03 anos. Utilizaram-se como instrumentos, a: Escala Apgar Familiar; Escala Satisfação com Suporte Social (ESSS); Escala Sobrecarga do Cuidador (ESC); Escalas Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21).

Resultados: Constatamos que o género feminino apresenta índices mais elevados ($p < 0.05$) de ansiedade, depressão e stresse; os participantes com 1º, 2º e 3º ciclos de escolaridade possuem mais ansiedade que os do ensino superior e secundário ($p = 0,001$); cuidadores que vivem em meio rural apresentam maiores níveis de depressão ($p = 0,044$) e stresse ($p = 0,041$); os que percecionam famílias com disfunções acentuadas apresentam maiores níveis de depressão ($p = 0,001$) e stresse ($p = 0,000$); quanto maior a sobrecarga maiores os níveis de ansiedade ($p = 0,002$), depressão e stresse ($p = 0,000$).

Conclusões: Face aos resultados é necessário desenvolver estratégias de intervenção local e comunitária para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Cuidador Informal; Ansiedade; Depressão; Stresse.

ABSTRACT

Background: Current health policy guidelines, and in particularly mental health policies, tend towards keeping the patient in the community, with the emphasis being on the need to develop natural social support. This includes the patient's family, which has led to the emergence of the role of the family caregiver.

Aims: To identify the sociodemographic variables affecting anxiety, depression and stress in informal carers of mental health patients; to determine how the variables of family background affect anxiety, depression and stress in the carer; to analyse the relationship between social support and the burden on the caregiver with anxiety, depression and stress in informal carers.

Material and Methodology: A transversal descriptive-correlational study was conducted of 104 caregivers, the majority (62.5%) of whom were females aged between 22 and 77 (with an average age of 52.03). The following instruments were used: The Family Apgar Score; Social Support Satisfaction Scale (SSSS); Burden Interview Scale; Depression Anxiety and Stress Scale (DASS - 21).

Results: We found that women have higher levels ($p < 0.05$) of anxiety, depression and stress; those who left school before the sixth form revealed higher levels of anxiety than those who had finished secondary school or university studies ($p = 0,001$); caregivers living in rural areas suffer more from depression ($p = 0,044$) and stress ($p = 0,041$); those from markedly dysfunctional families reveal greater levels of depression ($p = 0,001$) and stress ($p = 0,000$); the greater the burden, the greater the levels of anxiety ($p = 0,002$), depression and stress ($p = 0,000$).

Conclusions: Given these results, strategies need to be developed on a local and community level to promote mental health and the prevention of mental illness.

Key words: Mental Health; Informal Caregiver; Anxiety; Depression; Stress.

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 21 |
| PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 25 |
| 2 – PERTURBAÇÕES PSICOLÓGICAS NO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE MENTAL | 27 |
| 2.1. – SAÚDE MENTAL..... | 27 |
| 2.2- ANSIEDADE | 33 |
| 2.3- DEPRESSÃO | 35 |
| 2.4 – STRESSE..... | 37 |
| 2.5- CUIDADOR INFORMAL..... | 40 |
| 2.5.1 - Contexto familiar | 42 |
| 2.5.2 - Funcionalidade familiar | 46 |
| 2.5.3 - Suporte Social | 49 |
| 2.5.4 - Sobrecarga do Cuidador | 51 |
| PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO | 59 |
| 3 – METODOLOGIA | 61 |
| 3.1 – MÉTODOS | 61 |
| 3.2 – TIPO DE ESTUDO | 62 |
| 3.3 – PARTICIPANTES | 64 |
| 3.3.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra | 65 |
| 3.4 – INSTRUMENTOS | 70 |
| 3.4.1 – Questionário | 71 |
| 3.4.2 – Escalas | 72 |
| 3.5 – PROCEDIMENTOS | 77 |
| 3.6 – ANÁLISE DOS DADOS | 77 |
| 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 81 |
| 4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA | 81 |

| | |
|--|------------|
| 4.1.1 – Variáveis de contexto familiar | 81 |
| 4.1.2 – Variáveis psicossociais | 87 |
| 4.1.3 – Perturbações psicológicas: Ansiedade, depressão e Stresse | 89 |
| 4.2 – ANÁLISE INFERENCIAL | 90 |
| 4.2.1 – Relação entre variáveis sociodemográficas e ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal | 90 |
| 4.2.2 – Relação entre funcionalidade familiar, sobrecarga do cuidador e suporte social e as perturbações psicológicas ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal | 95 |
| 5 – DISCUSSÃO..... | 105 |
| 5.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA | 105 |
| 5.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 106 |
| 6 – CONCLUSÃO | 119 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 123 |
| ANEXOS | |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 – Modelo concetual do estudo | 64 |
| Figura 2 - Resumo das relações existentes e apresentação dos coeficientes beta respetivos... .. | 104 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 – Questões da Escala de APGAR familiar..... | 73 |
| Quadro 2 – Dimensões e Total da Escala de suporte social..... | 74 |
| Quadro 3 – Dimensões e Total da Escala da sobrecarga do cuidador | 75 |
| Quadro 4 – Dimensões da escala de ansiedade, depressão e stresse | 77 |
| Quadro 5 – Valores do coeficiente de variação | 78 |
| Quadro 6 – Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a dimensão Ansiedade | 99 |
| Quadro 7 – Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a dimensão depressão | 101 |
| Quadro 8 – Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a dimensão stresse | 103 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Estatísticas descritivas da Idade/sexo dos Participante..... | 66 |
| Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra | 67 |
| Tabela 3 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra (continuação) | 70 |
| Tabela 4 - Resumo estrutural do questionário | 71 |
| Tabela 5 – Caracterização do contexto familiar dos elementos da amostra..... | 82 |
| Tabela 6 – Caracterização do contexto familiar dos Participantes (continuação)..... | 84 |
| Tabela 7 – Percepção no Cuidar | 86 |
| Tabela 8 – Percepção dos inquiridos sobre a funcionalidade familiar | 87 |
| Tabela 9 – Estatísticas descritivas sobre o Suporte Social..... | 88 |
| Tabela 10 – Estatísticas descritivas da sobrecarga do cuidador | 88 |
| Tabela 11 – Níveis de corte da sobrecarga dos Cuidadores | 89 |
| Tabela 12 – Estatísticas descritivas sobre ansiedade, depressão e Stresse | 90 |
| Tabela 13 – Teste U de Mann-Whitney entre género e a ansiedade depressão e stresse dos participantes | 91 |
| Tabela 14 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e a ansiedade depressão e stresse dos participantes..... | 91 |
| Tabela 15 – Teste U de Mann-Whitney entre estado civil e a ansiedade depressão e stresse dos participantes | 92 |
| Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre habilitações académicas e a ansiedade depressão e stresse dos participantes..... | 93 |
| Tabela 17 – Teste U de Mann-Whitney entre a residência e a ansiedade depressão e stresse dos participantes | 94 |
| Tabela 18 – Teste U de Mann-Whitney entre situação profissional e a ansiedade depressão e stresse dos participantes | 94 |
| Tabela 19 – Teste Kruskal-Wallis entre a funcionalidade familiar e a ansiedade depressão e stresse dos participantes | 95 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 20 – Teste Kruskal-Wallis entre a sobrecarga e a ansiedade depressão e stresse dos participantes | 96 |
| Tabela 21 - Correlação de Pearson entre variáveis independentes e ansiedade | 98 |
| Tabela 22 - Correlação de Pearson entre variáveis independentes e depressão | 100 |
| Tabela 23 - Correlação de Pearson entre variáveis independentes e stresse | 102 |

INTRODUÇÃO

O termo cuidador refere-se à pessoa que garante assistência a alguém que de alguma forma, devido a incapacidade precisa de ajuda (Grilo, 2009).

Cuidar é, ajudar a viver, é um ato individual que prestamos não só a nós próprios, mas também é um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para satisfazer as suas necessidades (Collière, 1999).

A perturbação mental, para Cohen (2000), afeta todos os que rodeiam o doente, tendo repercussões ao nível pessoal, familiar, social e laboral dos cuidadores, representando assim um desafio para o doente, cuidadores e família.

As atuais orientações políticas sobre a saúde, e particularmente sobre a saúde mental vão no sentido de se manterem os doentes mentais na comunidade, enfatizando a necessidade do desenvolvimento dos suportes sociais naturais, para assim se obterem melhores resultados no processo de integração social (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2007).

Na mesma linha, também Sequeira (2010b), refere que os cuidadores informais assumem, um papel de primordial importância na sociedade, com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos.

O assumir o papel de cuidador, torna o indivíduo mais vulnerável a perturbações psicológicas, podendo entrar em crise, por tensão ou sobrecarga, e apresentar um conjunto de sintomas como stress, frustração, redução do convívio, ansiedade, depressão e redução da autoestima, entre outros. Estes fatores podem dar origem, segundo Castro (2008), a problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), os enfermeiros devem ter como foco de atenção o prestador de cuidados, bem como a implementação de intervenções que possibilitem a obtenção de resultados que se traduzam em menores consequências negativas para o prestador de cuidados (Sequeira, 2010b).

Para Spadini e Souza (2006), trabalhar com o doente e seus familiares na compreensão da doença, é um processo de prestação de cuidados que tem em vista a melhoria na qualidade de vida do doente e família, onde os enfermeiros precisam de conhecer e compreender a

problemática do cuidador informal, para oferecer o apoio e as orientações necessárias, à motivação do doente e cuidador, e à participação ativa de ambos no processo terapêutico.

Atendendo, à observação efetuada no desempenho da atividade profissional como enfermeiro, a trabalhar num serviço de internamento de psiquiatria, e no diálogo com o doente e família, são visíveis oscilações afetivo-emocionais nos familiares, pelo que é pertinente a realização de um estudo nesta área.

Com base na realidade que acabámos de expor, surge a seguinte **questão**, orientadora deste estudo: “Que variáveis sociodemográficas, de contexto familiar, de suporte social e de sobrecarga do cuidador, têm influência sobre a ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal?”

Como **objetivos**, pretendemos “identificar variáveis sociodemográficas que influenciam a ansiedade, depressão e stresse dos cuidadores informais do doente mental que frequenta a consulta externa de psiquiatria”; “determinar a influência de variáveis de contexto familiar sobre a ansiedade, stresse e depressão do cuidador informal” e “analisar a relação entre o suporte social e sobrecarga do cuidador com a ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal”.

Para a concretização do estudo elaborámos um instrumento de colheita de dados, constituído por um questionário e escalas que visa, a caracterização sociodemográfica e do contexto familiar do cuidador, as escalas foram edificadas por outros investigadores, já traduzidas e aferidas na população portuguesa, nomeadamente a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), a Escala de Apgar Familiar e as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes, na primeira parte fazemos uma contextualização da problemática em estudo, e se constitui como um quadro concetual de referência a um maior conhecimento sobre o tema, onde abordamos a saúde mental e a sua importância na saúde geral, as perturbações psicológicas ansiedade, depressão e stresse , o cuidador informal e o seu contexto familiar. Abordamos ainda, o suporte social, a sobrecarga do cuidador e a funcionalidade familiar do cuidador informal. Na segunda, apresentamos o estudo empírico, onde clarificamos os objetivos e as questões metodológicas que permitiram o seu desenvolvimento, assim como a apresentação, análise e discussão dos resultados, as principais conclusões do estudo, a reflexão crítica acerca dos procedimentos metodológicos adotados e os resultados obtidos, e ainda as suas implicações práticas. Para a realização desta pesquisa, delineou-se um estudo transversal, descritivo e correlacional, de natureza quantitativa. A população do estudo, é constituída por familiares que acompanham o doente

mental às consultas externas de psiquiatria e saúde mental no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Sobral Cid.

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – PERTURBAÇÕES PSICOLÓGICAS NO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE MENTAL

Neste capítulo, com a finalidade de melhor compreender a temática em estudo e dar resposta aos objetivos deste trabalho iremos abordar a saúde mental, o cuidador informal e as perturbações psicológicas a que estará sujeito no decurso da prestação de cuidados ao doente mental. Estas perturbações psicológicas, envolvem as perturbações de ansiedade, uma perturbação de humor que é a depressão e o stresse.

2.1 – A SAÚDE MENTAL

Para todas as pessoas, segundo a World Health Organization (WHO, 2001) a saúde mental, a saúde física e a social, estão estritamente entrelaçadas e profundamente interdependentes. Torna-se assim, cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países.

Estamos atualmente, ainda longe de atribuir à saúde mental e às perturbações mentais a mesma importância dada à saúde física, assim estes problemas são muitas vezes ignorados ou negligenciados. Em grande parte, por estes factos, o mundo está a sofrer um aumento da carga de problemas de saúde mental, e hoje, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais (WHO, 2001).

A saúde e a doença mental, segundo Fragoeiro (2003), flutuam ao longo dos percursos de vida das pessoas e das famílias. A autora considera também que o ser humano tem uma grande capacidade de se adaptar à mudança.

Na nossa cultura, é intrínseco o sentir coletivo relativamente no respeito do ser humano, sobretudo nos momentos mais críticos da vida, como por exemplo, no surgir de uma doença mental:

“Segundo esta tradição cultural, como se afirma no Preâmbulo da Declaração Universal dos direitos do Homem de 1948, o ser humano é o valor do qual se originam e para o qual se dirigem todos os direitos fundamentais, sendo qualquer outro critério de ordem cultural, política, geográfica ou ideológica resultaria totalmente redutivo e arbitrário” (Spínola, 2008, p.81).

No futuro, e tendo em conta o Relatório Mundial da Saúde de 2001 (WHO, 2001), haverá um aumento significativo do número de doentes com perturbações mentais, devido ao envelhecimento da população, ao agravamento dos problemas sociais e à desestabilização

civil, situação que não deixa de ser paradigmática se a compararmos à realidade de hoje, em Portugal, na Europa e mesmo no mundo.

Para a Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental (Portugal, MS, DGS, 2007), as atuais orientações políticas sobre a saúde, e particularmente sobre a saúde mental vão no sentido de se manterem os doentes mentais na comunidade. O modelo de saúde mental comunitária, defendeu o aprofundamento destas reformas, enfatizando a necessidade do desenvolvimento dos suportes sociais naturais, para assim obtermos melhores resultados no processo de integração social.

Portugal, MS, DGS (2007), refere que graças aos avanços científicos registados nos últimos vinte anos, dispomos hoje de conhecimentos, capacidades e recursos que permitem tratar eficazmente uma parte significativa das pessoas com problemas de saúde mental e em alguns casos prevenir estes problemas. No entanto, apesar destes avanços, em Portugal estamos ainda muito longe de poder oferecer a toda a população o acesso a cuidados essenciais de saúde mental.

Refere também, que mesmo nos centros urbanos, uma boa parte das populações não tem acesso a cuidados na comunidade e não beneficiam de intervenções e programas hoje considerados fundamentais.

A reforma da saúde mental é indispensável para assegurar a integração dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde, aproximar os cuidados de saúde mental das populações, facilitar o acesso dos utentes e das famílias aos serviços (Portugal, MS, DGS, 2007). Referem também, que não nos podemos conformar, com modelos de organização e gestão que perpetuam a separação dos serviços de saúde mental do sistema geral de saúde, dado que estes promovem o estigma e a exclusão dos utentes.

Também na mesma linha, Lima (2013), refere que nas últimas décadas, assistiu-se a grandes mudanças na visão da saúde mental. Ao referir que o estigma social de indiferença que conduziu ao isolamento do doente mental, transformou-se no reconhecimento por parte da sociedade, sobre a necessidade da sua inclusão no contexto social como forma do seu processo de tratamento.

“Os conceitos de saúde mental, abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (WHO, 2001, p. 32). Neste contexto, e tendo por base as dimensões descritas anteriormente, autores de diferentes culturas, definem diversamente a saúde mental. Assim, numa perspetiva transcultural, que é a mais aceite atualmente, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De

um modo geral, concorda-se quanto ao facto de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais.

Também Ricou (1998), refere que na área da saúde mental um dos conceitos mais delicados é o de normalidade, quando interpretada como ausência de sintomas, mas no entanto o anormal não tem de ser em regra patológico, pois esta normalidade é definida a partir da esfera sócio cultural, indicando uma adaptação ao contexto social.

Nos últimos anos, as informações nos campos da neurociência e da medicina do comportamento, trouxeram enormes avanços à nossa maneira de ver o funcionamento mental, e é cada vez mais claro que o funcionamento mental tem um substrato fisiológico e, está indissociavelmente ligado ao funcionamento físico e social e aos ganhos em saúde (WHO, 2001).

Podem ser causa de perturbações da saúde mental, para Guedes (2008), algumas fases da vida das pessoas, como a entrada na escola, a adolescência, a menopausa e o envelhecimento, ou acontecimentos como a perda de um familiar próximo, o desemprego, o divórcio, a reforma e a pobreza, e também fatores os genéticos, infecciosos ou traumáticos.

Sendo assim, a doença mental é explicada atualmente, com base em causas biológicas, psicológicas e sociais, e necessita de assistência adequada, com a finalidade de ressocialização do doente e de apoio adequado para este e para a família.

A doença mental deve ser entendida com a mesma naturalidade com que encaramos uma outra patologia, sem conotações e estigmas, mas acima de tudo não esquecendo que o doente mental não deixa de ser uma pessoa, com direito a dignidade como qualquer outro ser humano. O ponto primordial a ter em conta perante um doente mental, é não esquecer que ele é acima de tudo uma pessoa, por isso é merecedor de todo o nosso respeito, pois apesar de poder parecer diferente, acaba por ser igual a todos os seres humanos, com direito a amor, afeto e dignidade (Spínola, 2008).

No entanto esta realidade, segundo também Spínola (2008), está longe de corresponder à verdadeira existência da pessoa portadora de doença mental. Assim na perceção geral das pessoas, a doença mental está meramente associada à deficiência mental e, ao mesmo tempo, o doente é encarado como um indivíduo incapaz de pensar, de agir, de conversar, de cuidar e até de amar, conotando-lhe muitas das vezes o fator de perigosidade para a sociedade.

Permanecem inúmeras dúvidas e questões relativamente ao doente mental, pois desde a antiguidade, por serem diferentes e fugirem ao padrão que eventualmente a sociedade

ponderaria considerar de “normal”, estas pessoas eram afastadas e banalizadas (Spínola, 2008).

Também Fisher (2006), considera que as pessoas afetadas por problemas de saúde mental, são muitas vezes incompreendidas, estigmatizadas, excluídas ou marginalizadas, devido a falsos conceitos que a comunidade em geral tem da saúde mental, que empurra o doente mental e a própria família para o isolamento e para o abismo. Refere que a discriminação, leva a que as pessoas, tenham vergonha e medo de procurar apoio ou tratamento, ou que não queiram aceitar e compreender a doença que os atinge.

As situações designadas como de doença psíquica são expressas clinicamente por comportamentos anormais ou sentimentos de carácter penoso, indo muitas vezes desde reações neuróticas e crises depressivas breves até psicoses de longa duração, passando pelas toxicodependências, episódios de confusão mental breve e estados demenciais irreversíveis (Barreto, 1996).

Mas, quando nos referimos a perturbação mental, “nenhuma definição estabelece adequadamente limites precisos para o conceito de “perturbação mental”. O conceito de perturbação mental, tal como muitos outros conceitos na medicina e nas ciências, carece de uma definição operacional sólida que englobe todas as situações” (*American Psychiatric Association* [APA], 2004, p. 31).

As perturbações mentais, no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2004) também são, definidas por uma variedade de conceitos, como por exemplo aflição, descontrolo, desvantagem, incapacidade, disfunção e outros, onde cada um deles é um indicador útil de uma perturbação mental, mas nenhum é equivalente ao conceito e diferentes situações exigem diferentes definições.

Encontra-se também, disseminado um conceito errado, ao pensar que uma classificação de perturbações mentais, classifica as pessoas, quando na realidade o que está a ser classificado são as perturbações que as pessoas têm. Deve-se por isso, evitar a utilização de expressões como “um esquizofrénico” ou “um doente mental”, e em seu lugar utilizar expressões mais corretas, mas realmente mais incómodas, como “um indivíduo com esquizofrenia” ou “um indivíduo com perturbação mental” (APA, 2004).

As mudanças que ocorrem com o aparecimento de uma doença mental, alteram na maioria das vezes, e drasticamente, a possibilidade da pessoa se envolver naquilo que ela deseja ou é esperado pelo ambiente (Fragoeiro, 2003). O “portador de distúrbios mentais frequentemente encontra espaço da exclusão, com a negação da sua cidadania e da presunção de capacidade que se tem da maioria dos seres humanos” (Spínola, 2008, p.83). Assim, as

perturbações mentais mais graves dão frequentemente origem à perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional.

As doenças psiquiátricas são responsáveis por elevados custos para as sociedades, em termos de sofrimento, incapacidade individual, disfunção familiar e diminuição da produtividade no trabalho. Estas são algumas das situações clínicas que levam a maiores índices de utilização de serviços e de consumo de medicamentos (Portugal, MS, DGS, 2007).

O verdadeiro impacto das doenças mentais só se tornou evidente quando se reconheceu a enorme dimensão da incapacidade originada por estas doenças.

Tendo por base os dados epidemiológicos, recolhidos na última década, e segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental, Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (Portugal, MS, DGS, 2012), é evidente que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, principalmente nos países ocidentais industrializados, assim:

“No estudo *“The Global Burden of Disease”*, constatou-se que na Europa as perturbações psiquiátricas eram responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade, destacando-se claramente entre as 10 principais causas gerais de incapacidade (depressão, alcoolismo, esquizofrenia e doença bipolar).” (Portugal, MS, DGS, 2012, p. 6).

Este Programa Nacional, refere ainda, que de acordo com o *“The Global Burden of Disease”*, as perturbações depressivas eram já a terceira causa de carga global de doença e a primeira nos países desenvolvidos, estando previsto que estas perturbações passem a ser a primeira causa a nível mundial em 2030.

Ainda neste contexto, os problemas de saúde mental, são para Apóstolo, Figueiredo, Mendes, e Rodrigues (2011), uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais, e dos 870 milhões de pessoas que vivem na região europeia, estima-se que, aproximadamente, 100 milhões sofram de ansiedade e depressão, sendo a depressão responsável por 6,2% da morbilidade na região europeia, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Também para Guedes (2008), as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental, em termos gerais, são os mais frequentes, com prevalência aparentemente superior nas sociedades desenvolvidas, onde o abuso de substâncias, a violência e o suicídio conhecem proporções epidémicas.

Apóstolo et al. (2011), referem que a falta de estudos epidemiológicos de base populacional sobre a prevalência de perturbações mentais está bem patente na literatura,

particularmente em Portugal, sendo escassos os estudos que apresentam resultados relativos à realidade portuguesa.

Um estudo transcultural WHO (2001), realizado em 15 cidades de vários países, onde não foi incluindo Portugal, apresentou a seguinte prevalência de perturbações psiquiátricas em cuidados de saúde primários: 10,4% de depressão (oscilando os valores entre 2,6% e 29,5%) e para a de ansiedade generalizada 7,9% (oscilando os valores entre 0,9% e 22,6%).

Um dos primeiros estudos em Portugal, foi realizado por Resina et al. (1989), num centro de saúde, com 927 utentes dos cuidados de saúde primários, onde identificou 50,9% dos participantes como apresentando sintomas de depressão/ansiedade.

Outro estudo, desenvolvido por Gonçalves, Fagulha, e Ferreira (2005), com 179 participantes, demonstrou que 38% das mulheres sofriam de algum tipo de perturbação depressiva. Revelou ainda, níveis de depressão mais elevados na faixa etária dos 45-54 anos e, apresentou relação entre escolaridade elevada e menor risco de depressão, mas apenas para mulheres com idade inferior a 53 anos.

A realização de um estudo, por Apóstolo, Ventura, Caetano, e Costa (2008), desenvolvido num centro de saúde, onde participaram 192 utentes, demonstrou que apresentavam níveis “normais” a “ligeiros” de ansiedade, depressão e stress 50 a 62% dos indivíduos, apresentavam níveis “moderados” 16 a 21%, e apresentavam níveis “graves” ou “extremamente graves” de ansiedade, depressão e stress 20 a 29%. As mulheres relataram níveis mais elevados de ansiedade e depressão, mas não se verificaram diferenças relativamente ao stresse.

Apóstolo et al. (2011), apresentam um novo estudo, em que descrevem os níveis de ansiedade, depressão e stresse dos utentes de um centro de saúde urbano/rural, numa amostra de 343 indivíduos, em que a média de idade é de 43,82 anos, onde 72,89% são mulheres, 54,76% são casados ou vivem em união de facto, 26,19 solteiros, 11,01% divorciados ou separados de facto e 8,04 viúvos. Em relação aos anos de escolaridade, 29,61% têm até 4 anos (1º ciclo), 28,10 entre 5 e 9 anos (2º e 3º ciclo), 24,47% entre 10 e 12 anos (ensino secundário) e 17,82% ensino superior. Relativamente à gravidade dos estados efetivo-emocionais, apresentam algum grau: de ansiedade (43,48%); de depressão 40,52%); e de stresse (50,06%). Identificaram níveis graves ou muito graves de ansiedade em 20,87% dos indivíduos, de depressão em 12,24% e de stresse em 22,38%; e diferenças entre género em que as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stresse que os homens. Revela, este estudo que a ansiedade, depressão e stresse estão forte e positivamente associados, revelando alta comorbilidade entre ansiedade, depressão e stresse.

Segundo a WHO (2001), os estudos demonstram, uma maior prevalência de perturbações de ansiedade e depressivas entre as mulheres com 16% a 18%, com proporção que varia entre 1,5 a 2 vezes superior em relação aos homens. Em Portugal, existem poucas evidências desta tendência, embora estudos recentes sugiram que as mulheres são mais suscetíveis a esse tipo de perturbação de ansiedade e depressiva (Apóstolo et al., 2011).

A comorbilidade entre depressão e ansiedade é muito marcante, implicando a gravidade dos sintomas, estudos desenvolvidos em Portugal por vários autores, registaram uma forte correlação entre depressão, ansiedade e stresse (Apóstolo, Mendes, & Azeredo 2006, Apóstolo et al., 2008, Apóstolo, 2010, & Apóstolo et al., 2011). Estes autores discutem e comparam os resultados dos seus estudos, apresentando argumentos que sustentam a crença de que a ansiedade, a depressão e o stresse, podem ser pontos diferentes de um mesmo problema, ou mesmo síndromes heterogéneas que estão associados por partilharem alguns subtipos de sintomas. As pessoas ansiosas e deprimidas partilham uma estrutura básica: afetividade negativa ou *distresse* geral, e serão esses, os responsáveis pela associação entre as medições de ansiedade e depressão.

2.2 – ANSIEDADE

A ansiedade pode ser definida como um estado emocional onde há uma experiência subjetiva de medo ou outra emoção relacionada, como alarme ou pânico, sendo acompanhado de desconforto corporal subjetivo (Aubrey, citado por Andrade & Gorenstein 1998).

Segundo a APA (2004), a perturbação de ansiedade abrange diferentes tipos de perturbações, tais como ataques de pânico, agorafobia, fobia específica, fobia especial, perturbação obsessiva compulsiva, perturbação do stresse pós-traumático, perturbação aguda do stresse, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral.

Ansiedade é a “antecipação apreensiva de um perigo ou desgraça, acompanhada de uma sensação de disforia (humor desagradável, tal como a tristeza, a ansiedade ou a irritabilidade) ou sintomas somáticos de tensão. O foco de perigo de antecipação pode ser interno ou externo.” (APA, 2004, p.820).

Aquela que mais se relaciona com a medição efetuada pela Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), utilizada no nosso estudo, é a perturbação de ansiedade generalizada, que se caracteriza por uma preocupação exagerada com um conjunto de

acontecimentos ou atividades. Esta preocupação ocorre em mais de metade dos dias e há dificuldade em controlá-la, o que pode interferir no funcionamento social e profissional do indivíduo, estando associados pelo menos, três dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldades de concentração; irritabilidade; tensão muscular e perturbações do sono (Veigas & Gonçalves 2009).

Nas definições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) APA (2004) e da Classificação Internacional das Doenças (CID 10), a ansiedade generalizada e persistente não corre exclusivamente numa situação determinada, pois trata-se de um comportamento “flutuante”. De acordo com Valles e Saucedo (2007), a ansiedade é uma reação emocional desagradável produzida por um estímulo externo, que é considerada pelo indivíduo como ameaçadora, produzindo assim mudanças fisiológicas e comportamentais no sujeito.

Silva e Spielberger (2007) citado por Pereira (2011), caracterizam a ansiedade como um estado emocional negativo enraizado na possibilidade da perda de si próprio e despoletada por qualquer modificação no ambiente ou no próprio indivíduo que é sentida como uma ameaça.

Para Gama, Moura, Araújo, e Silva (2008), existem:

- a) – ansiedade estado – refere-se a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão, podendo variar em intensidade ao longo do tempo.

Também Spielberg citado por Frasquilho (2009), considerou que este estado poderia ser observado como um corte transversal temporal na vida emocional do indivíduo, acompanhado de comportamentos e sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação com ativação do sistema autónomo.

- b) – ansiedade traço – refere-se a uma disposição pessoal, relativamente estável de responder com ansiedade a situações stressantes e a uma tendência para perceber a maior parte das situações como ameaçadoras.

Também Spielberg citado por Frasquilho (2009), o traço é uma característica da personalidade relativamente estável, precocemente presente no sujeito e provavelmente fazendo parte da organização biológica da pessoa.

Para Freitas (2009), os indivíduos com níveis elevados de ansiedade traço, avaliam uma série de situações como mais perigosas ou ameaçadoras, por comparação, com outros indivíduos que registam reduzidos níveis de ansiedade traço.

Este modelo Barlow (2002), Silva (2006), e Telles-Correia e Barbosa (2009) pretende explicar:

- A relação existente entre os fatores internos e externos indutores de stresse;
- Especifica as características das condições stressantes que provocam níveis diferentes de stresse;
- Propõe uma avaliação cognitiva do estado e traço de ansiedade.

Segundo esta perspectiva, as situações que implicam perigo físico são interpretadas como ameaçadoras pela maioria das pessoas, no entanto, as circunstâncias valorizadoras de adequação pessoal serão geralmente mais valorizadas como ameaçadoras pelos sujeitos com traço de ansiedade elevado (mais vulneráveis à avaliação externa, pela baixa autoestima e autoconceito), do que pelos sujeitos com traço de ansiedade baixo.

A revisão da literatura, sugere que os padrões familiares influenciam as perturbações de ansiedade (National Mental Health Association [NMHA], 2005).

Do ponto de vista cognitivo, para Freitas (2009), a ansiedade pode afetar a concentração e distorcer a perceção da realidade, e por os indivíduos ansiosos, exibirem um aumento dos níveis de atividade simpática e de ativação cortical, não se habitam com facilidade aos novos estímulos, comparativamente a indivíduos que não estão sob ansiedade.

2.3 – DEPRESSÃO

A depressão segundo a Classificação Internacional das Doenças - Versão 10, World Health Organization (WHO, 2010), não é definida como doença, mas sim, como um transtorno, sendo incluída no capítulo das doenças mentais. A depressão para a APA (2004), é uma perturbação do humor, apresentando-se como um problema atual e frequente. A própria WHO (2001), estima que em 2020, a depressão ocupará o segundo lugar de todas as patologias.

Para Winokur, citado por Veigas e Gonçalves (2009), associada à ansiedade pode estar a depressão, que é entendida como um estado mental e físico caracterizado pela incapacidade que o indivíduo sente para com a vida em geral, ou especificamente, para com o trabalho e ambiente social e familiar; o indivíduo sente-se infeliz, triste, desencorajado, irritável, frio, receoso, desanimado, sem esperança e abatido.

Sabemos que o humor, é uma emoção difusa e persistente que modifica a perceção do mundo, exemplos habituais de humor incluem a depressão, a exaltação, a cólera e a ansiedade

(APA, 2004). Segundo esta mesma referência, a perturbação depressiva major apresenta um diagnóstico com cinco das seguintes características, durante pelo menos duas semanas, e que alteram o funcionamento prévio: humor depressivo, alterações de apetite, agitação ou lentificação psicomotora, desvalorização ou culpa, pensamentos recorrentes acerca da morte, perda de prazer, alterações de sono, fadiga ou perda de energia e diminuição da concentração ou indecisão.

Segundo a WHO (2001), a depressão é um transtorno mental comum, caracterizado por humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa e baixa autoestima, distúrbios do sono ou apetite, falta de energia e concentração. Peres 2006, citado por Paranhos e Werlang (2009), concordando com a definição referida anteriormente, alertam para o facto de que todos os sujeitos em algum momento da sua vida desencadeiam sentimentos de tristeza e desânimo.

Na maioria dos casos, a depressão segundo Reche (2004), representa sofrimento para o indivíduo ou tem interferência no seu funcionamento pessoal. Nessa perspetiva, também Morais (2011), afirma que se pode dizer que a depressão é uma doença afetiva ou do humor, ou seja, afeta e altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente a disposição e o prazer com a vida.

Os níveis de ansiedade, depressão e stresse experienciados pelos indivíduos têm impacto no modo como estes se desenvolvem e lidam com o ambiente circundante. O que está de acordo, com Lovallo e Gerin, citados por Iglesias et.al. (2005), ao referirem que os estados negativos de humor, como ansiedade e depressão, têm impacto no desenvolvimento e desempenho dos indivíduos nas diversas áreas da sua vida.

Também para Santos, Veiga, e Pereira (2012), a depressão é uma patologia que afeta a gestão e organização das atividades de vida diária dos dependentes e dos cuidadores informais, com implicações para ambos, a nível pessoal, social e profissional.

Num estudo realizado por Beeson, et al. (2006), compararam níveis de depressão em esposos cuidadores informais de doentes mentais e em esposos não cuidadores, verificaram que os esposos cuidadores tinham maior probabilidade de manifestar depressão (27%), em comparação com os esposos não cuidadores (7%). Testaram, a relação entre a solidão e a depressão nos cuidadores informais, verificaram que a solidão é o principal preditor de depressão, e a depressão está intimamente relacionada com a privação relacional nesses indivíduos.

Guedes (2008) faz referência a um estudo realizado por Song et al. em 1997, onde observaram que as famílias que possuíam os maiores níveis de sobrecarga apresentavam os graus mais elevados de sintomatologia depressiva.

A depressão pode ser entendida como um preditor ou uma consequência da sobrecarga (Figueiredo, 2007), contudo esta associação não se verifica em todos os cuidadores informais, sendo que a depressão pode estar relacionada, com o facto de sentirem que não estão a fazer o suficiente e não serem capazes de realizar as tarefas mais básicas na prestação de cuidados.

2.4 – STRESSE

Outro fator que influi no funcionamento do indivíduo é o stresse, um estado afetivo ou emocional constituído por um conjunto de mudanças internas que as pessoas sofrem em situações que reconhecem como potencialmente ameaçadoras ao seu bem-estar (Keefe, citado por Veigas & Gonçalves, 2009), envolvendo respostas fisiológicas, sentimentos de desconforto e comportamentos observáveis (Auerbach & Gramling, citados por Veigas & Gonçalves 2009).

O stresse, do ponto de vista etimológico é uma expressão que provém dos termos latinos: *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strinctum* que significam “apertar, comprimir, restringir”. Stress é uma expressão utilizada na língua inglesa com o significado de “pressão ou tensão”. No século XX o conceito de stresse, alargou o seu significado ao corpo humano e às pressões exercidas sobre um órgão ou sobre a mente humana (Serra, 2007). O termo stresse, teve origem na física e foi usado pela primeira vez em 1936 nas ciências humanas pelo médico fisiologista Hans Selye.

Apesar da utilização generalizada do termo stresse, para Serra (2007), o conceito que lhe está associado tem-se revelado ambíguo, multifacetado e demasiado global, uma vez que não existe uma definição específica e consensual deste termo, o que permite leituras diversas. Refere que no domínio psicológico, efetuou-se a distinção entre stressores (causa, estímulo) e stresse (consequência, resposta). Assim, o “Stressor” seria a fonte, o acontecimento ou o conjunto de acontecimentos que apresentam potencialidades para causar modificações individuais e o stresse seria a resposta do organismo a condições que são vivenciadas como prejudiciais.

Para Santos e Castro, citados por Ramos e Carvalho (2007), o stresse envolve reações biopsicossociais, podendo ser considerado indutor de stresse no ser humano todo o tipo de

evento. O stresse é então, a relação que se estabelece entre as situações ou acontecimentos perturbadores e as reações (sentimentos, pensamentos e comportamentos) do organismo.

Os fatores que determinam a predisposição dos diversos indivíduos para o stresse são variados: a personalidade, a autoestima, a autoconfiança, o apoio social, a resistência física, a saúde e as capacidades de lidar com eles, são alguns de entre muitos outros fatores (Ramos & Carvalho 2007).

Sempre que o ser humano experiencia situações indutoras de stresse, ocorre um processo de ativação que envolve todo o organismo. Assim, para Serra (2007), todos estes fatores de stresse reproduzem vários tipos de respostas no ser humano. Estas respostas podem ser de natureza biológica, cognitiva, comportamental observável e emocional, ocorrendo de forma concomitante e influenciando-se mutuamente. Estas respostas são tanto mais acentuadas quanto mais intensa e prolongada for a exposição ao stresse.

Assim, Lavrador, citado por Ramos e Carvalho (2007), considera que a resposta ao stresse é, uma resposta automática do organismo, a qualquer alteração que se produza no meio externo ou no meio interno, mediante a qual o organismo se prepara para fazer face às exigências geradas pela situação. A resposta tem por finalidade ajudar a enfrentar a nova situação, colocando à disposição do organismo recursos excepcionais, que consistem num amplo aumento do nível de ativação fisiológica e cognitiva.

Os efeitos do stresse podem ser positivos, pois produz um nível ótimo de exigência de forma a aumentar o desempenho. Os efeitos negativos podem ser a fadiga e a tensão muscular. O stresse excessivo e contínuo pode ser prejudicial ao indivíduo, interferindo com a sua saúde, qualidade de vida e produtividade (Ramos & Carvalho 2007). Há para Glesner, citado por Iglesias et al. (2005), de facto, evidência de que o stresse interfere com a aprendizagem. E ao longo da vida, as pessoas confrontam-se com variadas situações de stresse.

Lazarus e Folkman (1984), referem que existem três categorias que correspondem às situações indutoras de stresse: a ameaça, o dano e o desafio, considerando que a diferença entre elas é de natureza temporal.

Para estes autores, a ameaça refere-se a uma antecipação de uma situação desagradável que pode vir a ocorrer, mas que ainda não ocorreu.

O dano reporta-se a uma condição desagradável (como uma doença grave, morte, perda de status social, entre outros), que já ocorreu e ao seu significado, ou às suas consequências.

Referem, ainda, que o desafio caracteriza uma circunstância em que o indivíduo confia na possibilidade de alcançar ou mesmo ultrapassar as dificuldades de exigência estabelecida.

Lage (2005) distingue dois tipos de stressores: primários e secundários. Os stressores primários, estão relacionados com exigências objetivas, ou seja, com os cuidados instrumentais. Os stressores secundários, não envolvem diretamente os cuidados, mas emergem, como problemas noutros papéis sociais, como por exemplo, os conflitos familiares e laborais, a restrição da atividade social e de lazer.

A importância e o papel das interações que o indivíduo estabelece ao longo da sua história de vida, que se traduzem na construção de uma rede que vai facilitar, ou não, a participação ativa como sujeito, na exploração e experienciação de situações de vida diferenciadas, e permitir, ou não, o desenvolvimento de estratégias de coping, autoconfiança e competência face a situações indutoras de stress (Seco, Pereira, Dias, Casimiro, & Custódio 2005).

As condições problemáticas e as circunstâncias difíceis experimentadas pelo cuidador, como por exemplo, as exigências e os obstáculos que levam até ao limite, a sua capacidade individual de adaptação, constituem stressores ambientais que, ele interpreta de determinada maneira de acordo com os seus recursos e capacidades e aos quais se adapta com diferentes graus de sucesso (Lazarus & DeLongis, 1983 cit. por Paúl, 1997).

O stresse ocorrerá quando existir um desequilíbrio perceptível entre as exigências inerentes aos cuidadores e os seus recursos e capacidades para resolver os problemas. O que está de acordo, com o estudo realizado por Gonçalves, Alvarez, e Santos (2000), onde os cuidadores identificaram a gestão difícil entre as necessidades da situação do cuidado e os recursos disponíveis, como uma das situações mais geradoras de stresse.

O cuidar para Andrade (2009), pode constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para o membro mais diretamente envolvido e para toda a família. E os problemas de quem presta cuidados, segundo Paúl (1997), surgem de um conflito emotivo, complexo e intenso, provocado pela sobrecarga do cuidar, e estes sentimentos, são muitas vezes reforçados, pelo isolamento social imposto pelas responsabilidades do cuidar, a que, habitualmente se junta a falta de conhecimentos, os recursos da comunidade e o lidar com o stresse.

Aneshensel e Colaboradores (1995), Whittateh, Feinberg, e Sebesta (1997) cit. por Lage (2005), referem que os cuidadores experimentam diferentes graus de exposição ao stresse, à medida que o tempo passa, mas que esta situação tem tendência para a estabilização com o decorrer do tempo.

Para Carrero (2002, cit. por Lage (2005), parece ser compreensível que a disponibilidade de recursos económicos, ao aumentar o leque de opções para lidar com os eventos causadores de stresse, melhora a perceção de saúde, uma vez que é um dado adquirido que a sobrecarga financeira é uma consequência negativa do cuidado, com repercussões, nos cuidadores a nível da saúde física e mental.

Doenças associadas ao stresse, incluindo ansiedade e depressão, são comuns no contexto social atual, e estudos clínicos sugerem que 50% a 75% de todas as idas ao médico são devidas principalmente ao stress, e que em termos de mortalidade é um fator de risco maior do que o tabaco (Schreiber, 2004, & Straub, 2005).

2.5 – CUIDADOR INFORMAL

O contexto de prestação de cuidados pode assumir duas formas distintas, uma no âmbito do cuidado formal (atividade profissional) e outra no âmbito do cuidado informal.

No âmbito do cuidado formal, este tipo de prestação de cuidados é habitualmente executado por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.), os quais são designados por *cuidadores formais*. Uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho desse papel e estão integrados no âmbito de uma atividade profissional, de acordo com as competências próprias de cada profissional de saúde. Os cuidadores formais, compreendem uma diversidade de profissionais remunerados e/ou voluntários a desempenharem atividades em hospitais, lares, instituições comunitárias e outras (Sequeira, 2010b).

Outra forma que a prestação de cuidados pode assumir, é o cuidado informal e está inserido na prestação de cuidados executados predominantemente no domicílio, e habitualmente ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, dos vizinhos, amigos ou outros. 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 (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales [IMSERSO], 1995; De La Cuesta, 2004).

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. O agente que presta os cuidados de forma informal, aparece na literatura, com a mesma

correspondência em termos semânticos, com a designação de cuidador informal, prestador de cuidados informal ou familiar prestador de cuidados (Sequeira, 2010b).

Neri e Carvalho (2002), fazem outro tipo de diferenciação, de acordo com o contexto do cuidar. Assim, diferenciam o cuidador informal em cuidador principal/primário, cuidador secundário e cuidador terciário, deste modo, referem a existência de uma rede de cuidadores e não apenas um único cuidador.

Assim, o *cuidador primário ou principal*, é aquele sobre quem é depositada a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa que necessita de cuidados. Este cuidador realiza a maior parte dos cuidados, não é remunerada e é sobre quem recai a responsabilidade pelo cuidar (Neri & Carvalho 2002).

O *cuidador secundário* é para os autores citados, alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar, ou seja, habitualmente são familiares que dão apoio ao cuidador principal. Esta ajuda pode ser ao nível da prestação direta de cuidados ou a outro nível, como o económico, o apoio nas atividades sociais, e outros. Este cuidador pode substituir o cuidador principal nas suas ausências ou em situações de emergência.

O *cuidador terciário*, é para os mesmos autores, 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.

Muitas vezes, os cuidadores informais, sentem que não têm escolha quanto à aceitação de cuidar ou não cuidar, uma vez que o desempenho deste papel raramente corresponde a uma escolha voluntária e espontânea, estando quase sempre relacionado com uma obrigação incontornável (Paúl, 1997).

Assim, o cuidador informal é, para Sequeira (2010b), habitualmente um membro da família ou alguém muito próximo do doente, que na maioria das vezes se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados. Em muitas situações, cuida de forma sistemática e por vezes solitária, sem ajuda direta de outros membros da família.

Figueiredo (2007), ao reunir vários estudos, resumiu em traços gerais o perfil do cuidador informal. Assim, no género predomina o sexo feminino; a idade está compreendida entre os 45 e os 60 anos; o parentesco, a maioria das vezes são o cônjuge, seguido de filha ou nora; o estado civil tende a ser casado, a seguir solteiro, divorciado e viúvo; referente à proximidade geográfica, coabitam ou vivem próximo; no que respeita a emprego, pouco mais de metade dos cuidadores têm uma ocupação remunerada; quanto à duração dos cuidados,

esta tende a ser uma tarefa de longa duração que pode exceder os 15 anos. Contudo, alguns destes dados variam com os países em referência nos estudos.

Em relação ao emprego, para Jani-Le Bris (1994), a acumulação de um trabalho remunerado, com a tarefa da prestação informal de cuidados não constitui um modelo predominante na União Europeia, nem mesmo nos países centrais ou nórdicos. Todavia, para Figueiredo (2007), a acumulação das duas funções não é rara. Mas, a realidade europeia parece ser diferente da norte-americana, onde de acordo com o relatório produzido pelo National Alliance of Caregiving and American Association of Retired Persons [NAC/AARP] (1997), revela que 64% dos cuidadores têm uma ocupação remunerada, onde, trabalham a tempo inteiro 52%, a tempo parcial trabalham 12%, e já se encontram em situação de reforma 16%, os restantes cuidadores são considerados no mesmo relatório como “não empregados”. Também num estudo realizado por Chapell e Litkenhaus, 1995 cit. por Figueiredo (2007), onde foram entrevistados 1614 cuidadores informais canadianos constataram que mais de metade possui um emprego remunerado (52.2%) e destes, 71.7% têm emprego a tempo integral.

Em relação à duração dos cuidados, Jani-Le Bris (1994), verificou no seu estudo que 40% a 50% das pessoas que prestam cuidados, o faziam há cinco anos, no entanto constatou, que 26% dos britânicos prestavam cuidados de cinco a nove anos, mais de 33% dos belgas o faziam entre seis e quinze anos. No Canadá, Chappell e Litkenhaus, 1995 cit. por Figueiredo (2007), no estudo que realizaram, verificaram que a média de anos dedicados à prestação de cuidados é de 7,7 anos, havendo no entanto, cerca de 22% dos cuidadores informais da pesquisa a fazerem-no há mais de dez anos.

2.5.1 – Contexto familiar

Também a família é afetada pelos sintomas de ansiedade, depressão e stresse, uma vez que compete também, no seu papel de cuidador informal, apoiar emocional, social e financeiramente os seus membros (Royal College of Psychiatry, 2006 cit. por Santos et al., 2012).

A função do cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada essencialmente à família (Laje, 2005). É no contexto familiar, que segundo a autora, se processa normalmente a assimilação do papel do cuidador. Assim, tradicionalmente verificam-se algumas diferenças entre o género masculino e feminino, sendo a mulher a principal responsável pelo cuidar da casa (tarefas domésticas, cuidar dos filhos e outras) e o homem o responsável pelo sustento da

casa. Apesar de esta distinção ser relativa na atualidade, verifica-se que o cuidar continua a ser preferencialmente exercido pelo sexo feminino. O que é confirmado por Saraiva, Santos, Ladim, Lima, e Sena (2007), ao referir que na cultura ocidental, é tradição que o cuidador seja pertencente ao sexo feminino.

Também para Joel (2002), ao longo da história, a família tem sido a principal responsável pela manutenção da autonomia dos seus membros, o que implica a prestação de cuidados em determinados contextos. Com o desenvolvimento da ciência médica, assistiu-se a um período em que a prestação de cuidados ficou quase em exclusivo sob a responsabilidade das instituições de saúde. Contudo, na atualidade, verifica-se novamente o ênfase na manutenção dos indivíduos que necessitam de cuidados no domicílio, como estratégia para a promoção da autonomia e dignidade. Assim, a família assume, o papel de principal responsável pela prestação de cuidados.

A família atualmente, segundo Sequeira (2010b), constitui o grupo primário básico de apoio, e tem o papel mais relevante no cuidado a longo prazo, como é o caso da dependência associada à doença crónica.

O viver em família, implica assim reajustamentos progressivos, em função dos acontecimentos que de um modo ou de outro, interferem no funcionamento familiar, como é o caso da dependência, onde cada elemento influencia e é influenciado (Serra, 2007).

Dentro do contexto familiar, para Pavarini et al. (2006), existem relações afetivas e pessoais na construção da história de cada um dos seus membros, a qualidade dessas relações familiares, pode influenciar a qualidade do cuidado. Sabemos que o vínculo emocional entre doente e o seu cuidador é importante para que se construa uma relação de intimidade e confiança.

Saraiva et al. (2007) descrevem o domicílio como um importante espaço onde o indivíduo doente pode manter a estabilidade da doença. Desta forma, a família assume grande responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, na medida em que arca com os cuidados exigidos pelo tratamento da doença, prevenindo possíveis recaídas e sequelas.

A escolha do cuidador principal, implica um processo que integra todo o sistema familiar, sendo para Silveira, Caldas, e Carneiro (2006), as causas ou motivações para a escolha do cuidador principal: as dívidas de reciprocidade, legados, transmissões geracionais, mitos e regras, como importantes causas que concorrem para o surgimento da figura do cuidador, assim como elementos situacionais, socioculturais e de personalidade.

Também para Sequeira (2010b), na maioria das famílias, a escolha do cuidador é algo muito subtil, influenciado pelas características e experiências pessoais de cada membro da

família e pelo contexto em que se encontra. Por exemplo, o facto de um membro da família se encontrar desempregado ou sem atividade, pode influenciar na decisão da escolha do cuidador. Refere também, que entre os cônjuges e os filhos, predominam os motivos relacionados com a cumplicidade desenvolvida ao longo do convívio mútuo e do facto de esta constituir uma “obrigação” ou um “dever familiar”. O autor acrescenta que a família, como suporte de cuidados, sofreu alterações significativas nas últimas décadas, com a mulher, principal cuidadora, a assumir outras funções e por conseguinte, a colocar dificuldades acrescidas à prestação de cuidados no domicílio.

Esta nova realidade, para o autor citado implica a necessidade de se pensar em formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida, de preferência no domicílio e que não sobrecarreguem a família, de forma a diminuir a sua vulnerabilidade física e psicológica. As políticas de saúde devem dar resposta a esta realidade através de programas que promovam o ciclo vital, incentivem a coesão e a interação familiar e protejam de negligência, de más práticas, de violência física e psicológica:

“A aliança com as famílias, com destaque para os cuidadores informais ou outras formas naturais de apoio, deve ser incentivada e apoiada, de forma a facilitar a sua colaboração com os sistemas de cuidados de saúde. (Sequeira, 2010b, p. 10)

O autor refere ainda, que as alterações na estrutura e nas funções da família, são aspetos importantes a incorporar nas políticas direccionadas para a assistência às pessoas com problemas mentais. É um facto que, tradicionalmente, eram as famílias que assumiam os cuidados às pessoas dependentes, designando esta função de “apoio informal”. Atualmente, no seio da família, são habitualmente as mulheres (filhas, cônjuges, mães, irmãs, etc.) que assumem a maioria dos cuidados, e o papel de cuidador informal. Das alterações mencionadas na família, destaca:

- A diminuição ou inexistência de família alargada que cuida de todos os seus membros;
- Predominam as famílias nucleares, nas quais se verifica um menor peso da “instituição família”, com a diminuição da estabilidade familiar. No modelo tradicional, o casamento tinha um carácter permanente na maioria dos casos. Na atualidade, assiste-se a um incremento do número de divórcios/separações, a novos casamentos/uniões, o que cria alguma instabilidade e dificulta os processos de cuidar;
- A coexistência de vários tipos de família: famílias monoparentais, uniões de facto, famílias reconstruídas, etc;

- As dificuldades de emprego e a competitividade no trabalho levam a uma maior mobilidade geográfica dos elementos da família, o que fragiliza as redes de solidariedade familiar;
- A posição social da mulher e a “democratização” das relações familiares, com a alteração do papel desta na família, que passa a participar no mundo do trabalho e conseqüentemente a ter menos tempo para cuidar. Este facto leva a que as mulheres sejam as maiores vítimas de sobrecarga devido ao desempenho dos vários papeis, aos quais se associam as pressões do cuidar, do emprego, da formação, da carreira, etc.;
- A reduzida dimensão das habitações, principalmente nos grandes centros o que dificulta a coabitação de vários membros da família.

O autor considera que o aparecimento de uma dependência implica uma transição para uma nova vida, devido a um acontecimento não antecipado (na maior parte das vezes) que pode surgir de forma abrupta (por exemplo acidente) ou de forma progressiva (podendo neste caso classificar-se de acontecimento antecipado), na maioria dos casos associado a uma diminuição da capacidade, das estruturas ou funções do organismo (compromisso da mobilidade, capacidade instrumental, capacidade mental, capacidade relacional, etc.), como acontece no caso de uma patologia mental. Em termos genéricos, o autor, considera que uma situação de **dependência física** é quando se verifica um comprometimento nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), mas sem alterações cognitivas significativas. A dependência nas AIVDs, tem a ver com a realização de tarefas domésticas, gestão do dinheiro, ir às compras, uso de transportes e outras. Para o mesmo autor, A **dependência mental**, pressupõe como comprometimento primário a cognição, o que obviamente poderá implicar alterações nas AVDs, devido à inexistência de recursos cognitivos que lhe permitam desempenhar determinadas tarefas, mas mantendo a capacidade funcional para a sua execução.

O Conselho da Europa (1998), define **dependência** como “a necessidade de ajuda e assistência nas necessidades de vida diária” e “o estado em que se encontram as pessoas que por perda da autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda na realização das atividades do quotidiano.”

Em teoria, é possível efetuar-se a diferenciação entre dependência física e dependência mental. No entanto, na prática constata-se que as duas dimensões se encontram associadas e podem ter influência mútua (Sequeira, 2010b).

Fazemos também referência a outro conceito, fundamental na área da saúde mental, segundo a WHO (2001), o **conceito de autonomia** que se refere à capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e preferências. Entende-se assim, por autonomia a capacidade de cada um para cuidar de si, a capacidade de adaptação ao meio e o ser responsável pelas suas ações.

Segundo Sousa, Figueiredo, e Cerqueira (2006), a prestação de cuidados é fragilizada pela menor disponibilidade dos membros da família em assumir o papel de cuidador, pelas mais variadas razões anteriormente descritas, adicionando outra razão que é o facto de muitas vezes serem idosos, com todas as limitações físicas e psicossociais presentes. E Saraiva et al. (2007), corroboram, ao referirem que em muitos casos esse cuidador é também uma pessoa frágil, já em idade de envelhecimento ou com a saúde debilitada.

A finalizar, reforçamos, que as necessidades do cuidado implicam, por vezes, esforço físico, mental, psicológico e económico. E Neri e Carvalho (2002), referem que as principais dificuldades do cuidador estão relacionadas com as atitudes e comportamentos antissociais do doente, o que lhe causa constrangimento com os amigos e vizinhos.

2.5.2 – Funcionalidade familiar

A família pode ser descrita como o conjunto de seres humanos considerados como uma unidade social, composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2011). Esta unidade social, constituída pela família como um todo, é vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações legais, tendo assim, de se incluir as pessoas significativas.

De acordo com Malerbi (2002), a família é um conceito que varia conforme a cultura e vem sofrendo inúmeras transformações no decorrer da história. Atualmente no mundo ocidental, família é o nome que caracteriza a formação e organização de grupos seguindo o princípio de descendência ou parentesco, incluindo também laços de afinidade e aliança.

A família para Brito (2009), representa um sistema constituído pelo conjunto de partes representadas por cada membro ou integrante do núcleo familiar, ligadas por regras, histórias, crenças e afetos que possibilitam a sua totalidade e integridade. Para que este sistema funcione é preciso que esteja em constante movimento e adaptação, que favorece a sua homeostase. Qualquer mudança em apenas uma das partes provoca alteração em todo o sistema, desequilibrando-o. Assim, a doença de um dos seus membros é um fator de rutura

que vem a desencadear mudanças nos papéis e na estrutura da própria família, forçando-a a desenvolver uma nova dinâmica familiar, em que se inclui o ato de cuidar. Também para Santos, Zanetetti, Otero, e Santos (2005), a família influencia o comportamento de saúde dos seus membros, e o estado de saúde de cada indivíduo também influencia o funcionamento familiar.

Sabemos, que a Família constitui um sistema social que desempenha funções importantes na sociedade, nomeadamente de natureza afetiva, educativa, de socialização e reprodutiva. Mesmo com as alterações sofridas ao longo das últimas gerações, a função afetiva é uma dimensão que tem persistido ao longo dos tempos. Andrade e Martins (2011), referem a propósito da função afetiva, que diversos autores defendem que a qualidade do ambiente afetivo é um fator determinante na atitude da família e na perceção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade.

As mesmas autoras referem ainda que a funcionalidade familiar, permite mensurar a satisfação de um membro da família, relativamente à assistência que lhe é dispensada pelos restantes membros dessa mesma família.

As famílias podem ser consideradas funcionais ou disfuncionais, dependendo do modo como os membros da família interagem entre si e com os outros. Assim, e de acordo com a teoria geral dos sistemas, nada acontece isoladamente e qualquer coisa que afete um dos componentes, afeta todos os outros, onde qualquer alteração causa impacto sobre todos os outros membros desse sistema, esta teoria, pode ser transposta e adapta-se à perspectiva de funcionalidade familiar (Andrade & Martins 2011).

Uma adequada funcionalidade familiar, para Freitas (2006), sugere que essa família esteja apta a absorver e lidar com situações de crise.

O cuidado informal para Pavarini et al. (2006), pode ser penoso e inadequado, tanto para o cuidador como para o doente, quando as relações familiares se baseiam na tensão, crises e conflitos.

A avaliação da funcionalidade familiar, enquanto recurso terapêutico é uma ferramenta importante, na ajuda às equipas na área da saúde mental (Freitas, 2006). O estudo da funcionalidade familiar, está presente em diversas investigações, e seguidamente descrevemos algumas conclusões de estudos.

Num estudo transversal, sobre *funcionalidade familiar e qualidade de vida*, realizado por Andrade e Martins (2011), a 210 idosos, com idades entre os 60 e os 95 anos, obtiveram os seguintes resultados: média de idades 72,91 anos, sendo do sexo feminino 65,95%, casados (59,5%), com a instrução primária (45,2%), a viver com o cônjuge (59,5%). A maioria dos

idosos, percebem que têm uma relação familiar que integra uma família funcional (62,4%), a seguir aparecem os que creem ter uma relação familiar com disfunção leve (27,1%), e referem perceberem disfunção severa 10,5% dos participantes.

As autoras referem que a uma maior funcionalidade familiar corresponde uma melhor qualidade de vida, e que os resultados do estudo, estão em consonância com a literatura e com outros estudos, quando referem que as interações familiares, a coesão e organização no seio da família e um adequado apoio familiar interferem na qualidade de vida.

Também Santos (2009), refere um estudo no Brasil, a idosos independentes a participarem num programa de alfabetização de adultos, com 93 participantes com mais de 60 anos de idade, onde o Apgar familiar mostrou ser um instrumento simples de usar para avaliar a funcionalidade familiar desses idosos, contribuindo para a compreensão dos relatos dos entrevistados sobre a escolha do seu cuidador na velhice.

Esta autora faz referência a que os estudos que aplicaram o instrumento do Apgar familiar, para avaliar a funcionalidade familiar, foram encontrados na literatura em relação a adolescentes, mulheres e idosos.

Diversos estudos realizados em países Sul Americanos, são ainda referidos por Santos (2009), entre eles, um na Colômbia sobre “*violência contra as mulheres em idade fértil*”, englobando 275 mulheres, com idades entre 15 e 44 anos, casadas, onde a prevalência de disfunção severa era de 22,9%, sendo o grupo mais afetado o da faixa etária dos 25 a 29 anos. Outro estudo, realizado no Chile, numa amostra de 300 idosos, com o objetivo de conhecer, o *funcionamento social dos idosos, inscritos no “Programa del Adulto Mayor” de unidades de atenção básica e os seus cuidadores*, dos idosos 84% afirmaram ter um bom funcionamento familiar. Um estudo semelhante, realizado no Brasil, revelou que 87,1% dos idosos apresentavam boa funcionalidade familiar. Outro estudo, retrospectivo e descritivo realizado em Cuba, a sujeitos idosos, com mais de 60 anos, não institucionalizados e sem alterações cognitivas, em relação à estrutura familiar, revelou que os idosos que moravam em contextos familiares multigeracionais afirmaram ter uma moderada funcionalidade familiar. Já os que viviam, em famílias com estrutura nuclear foi verificada boa funcionalidade familiar. E encontram, um predomínio discreto de boa funcionalidade familiar, nos idosos aposentados mas que ainda trabalham. Outro estudo, realizado no Brasil em 1997, para avaliar o *grau de privação afetiva em que viviam os idosos de uma comunidade rural pobre*, foram entrevistadas 102 pessoas, com idade superior a 60 anos, a viver com familiares (98%), a maioria mulheres (88,2%), evidenciaram como causa mais frequente da ida à consulta as doenças crónicas (com destaque para a hipertensão arterial) e consultas relacionadas com

transtornos afetivos e psicológicos (48,1%), o Apgar familiar revelou (80,4%) de idosos com boa funcionalidade familiar.

Referência ainda, a um estudo descritivo, realizado na Venezuela, relacionado com *a prevalência de sintomas depressivos e a sua relação com a funcionalidade familiar*, realizado com 140 idosos em ambulatório, 70 faziam parte de um grupo de controlo (sem apresentarem depressão) e outros 70 idosos portadores de depressão. Como resultado, verificaram um alto índice de disfunção familiar (61%) e desta era considerada como disfunção severa 30% (Santos, 2009).

2.5.3 – Suporte Social

O suporte social assume especial importância na redução do risco do desenvolvimento de perturbações mentais.

Para Bernal (2003), a família geralmente constitui a primeira rede de apoio social do indivíduo, exercendo uma função protetora, diante das tensões geradas pela vida quotidiana.

Definições de suporte social, existem diversas, umas de natureza mais quantitativa que enfatizam o número de pessoas que constituem a rede social e o número de contatos, outras de natureza mais qualitativa que sublinham a satisfação com o suporte, com as ligações significativas e com a adequação das relações sociais (Custódio, 2010)

Entende-se por suporte social todo o apoio prestado por amigos e/ou família em forma de afeto, assistência, conforto e informação, o que faz com que a pessoa se sinta estimada, valorizada e segura (Antunes & Fontaine, 2005 cit. por Aragão, Vieira, Alves, & Santos 2009).

Também Han et al., 2007 cit. por Marinho (2010), consideram que o suporte social está relacionado com o tamanho da rede social e com a satisfação do indivíduo com o apoio recebido dessa mesma rede.

Santos et al. (2012), consideram que o suporte social pode ser entendido como uma estratégia de *coping* para ultrapassar os obstáculos inerentes à vida diária de cada indivíduo.

Os indivíduos com melhor suporte social apresentam menor risco de desenvolver episódios depressivos, sendo que um fraco apoio social tem repercussões nas dificuldades de adaptação e, conseqüentemente maior probabilidade de apresentarem sintomas depressivos (Sumer et al., 2008 cit. por Santos et al., 2012).

Também Frasquilho e Guerreiro, 2009 cit. por Santos et al. (2012) consideram que a predisposição para que um indivíduo venha a sofrer de depressão, depende de um conjunto de

fatores biológicos e sociais, pelo que não é possível estabelecer causalidade direta de que o apoio social é o agente exclusivo desencadeador desta perturbação. O autor, acrescenta ainda, que a dimensão social do indivíduo é afetada pela depressão com consequências na interação com os pares, isolamento e qualidade de vida.

O suporte social, refere-se à função e à qualidade das relações sociais, à perceção da disponibilidade de apoio ou de suporte atualmente recebido (Schwarzer & Rieckmann 2002).

Bernal (2003) define o suporte social, em termos genéricos, como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, que nos mostram que se preocupam conosco, que nos valorizam e que gostam de nós.

O suporte social, pode ser concetualizado como a interação com familiares, amigos, profissionais e pares, que providenciam informação, confiança, ajuda e estima, mas mais importante do que o suporte dado e recebido “suporte afetivo”, é o que o indivíduo avalia ou perceciona como estando disponível caso ele necessite “suporte percecionado” (Stewart, Craig, MacPherson, & Alexander 2001).

As relações interpessoais desempenham um papel fundamental na forma como as pessoas lidam e se ajustam às situações diárias com as quais se confrontam.

As interações sociais, segundo Jardim e Pereira (2006), vão-se desenvolvendo ao longo da vida, sendo tal percurso associado a uma diferenciação quantitativa e qualitativa. No contexto do cuidador informal, salienta-se a importância do suporte do grupo familiar e amigos, promotores do estabelecimento de laços que fortalecem o sentimento de integração e de pertença a um coletivo pela aceitação e afeto. Através do grupo familiar e amigos, é possível desenvolver um sentido de comparação social, de partilha de problemas, fracassos, interesses, experiências e ideias. Com a família e amigos, é possível aprender novas estratégias para lidar com crises e transições que o cuidador informal vivencia no contexto do cuidar (Motta et al., 2005).

O suporte ou apoio social, é um termo abrangente, diz respeito não só à coesão e à quantidade de relações sociais que o indivíduo estabelece, mas também à força e frequência dos laços constituídos e ao modo, como tal sistema de apoio é percebido por esse mesmo indivíduo (Jardim & Pereira 2006).

O conceito de suporte social é um conceito complexo, dinâmico, percecionado de forma diferencial face às circunstâncias e aos seus intervenientes, e por isso a sua conceptualização e operacionalização, não têm sido fáceis e consensuais (Custódio, 2010).

O conceito suporte social, é para Schwarzer e Rieckmann (2002), frequentemente usado, em sentido lato, incluindo a integração social e as redes sociais, sendo que estas

representam a base objetiva para a integração e suporte social. Assim, os construtos, integração e suporte social, referem-se ao grau relativamente ao qual os indivíduos estão socialmente integrados, têm um sentimento de pertença e intimidade, e as necessidades concretas são satisfeitas, tais como apoio, orientação e acesso à informação.

Inicialmente, o suporte/apoio social foi usado para designar a pessoa, a relação ou transação. Posteriormente utilizou-se o termo “apoios sociais”, para englobar por exemplo, um conjunto de inter-trocas sociais concretas. Na década de 1970, o suporte social surgiu como transformação concetual, passando de um termo concreto a um construto abstrato de interações, referindo-se a um conjunto de características inferidas ou funções das relações sociais, em vez de se focar nas relações observáveis (Veiel & Baumann 1999). Segundo estes autores, a evidente diversidade e abrangência deste conceito, revelam as várias facetas e formas de expressão do fenómeno “suporte”.

Para Cohen (2004), o suporte social é visto normalmente, sob a forma de três tipos de recursos:

- *Instrumental* – provisões materiais e dinheiro;
- *Informacional* – informações a receber para lidar com determinadas situações, geralmente conselhos;
- *Emocional* – envolvendo expressões de empatia, confiança e criando momentos para a expressão emocional.

De salientar que a monitorização da saúde, o suporte social, o apoio familiar e o apoio formal/informal ao nível da assistência, são fundamentais para a promoção da saúde e da funcionalidade do cuidador informal (Sequeira, 2010b).

2.5.4 – Sobrecarga do Cuidador

O conceito de sobrecarga, segundo Fernandes (2009), emergiu nos anos 60 do século passado, devido aos efeitos que se observavam nas famílias cuidadoras de doentes do foro psiquiátrico, resultante de um programa de apoio comunitário, realizado na Grã-Bretanha. Refere este autor que nos anos setenta, foi diagnosticado um importante fator influenciador da qualidade de vida dos cuidadores de doentes com demência a viverem na comunidade “*a sobrecarga*”, esta situação conduziu ao desenvolvimento de diversos instrumentos de avaliação e, à introdução do conceito de sobrecarga.

O cuidador informal tem sido abordado em inúmeros estudos, traduzindo a grande importância que esta atividade representa na sociedade e no meio familiar pelo impacto físico, psicológico e emocional que provoca nos cuidadores (Fernandes, 2009). Na década de oitenta, segundo Sequeira (2007b), Fernandes (2009), os estudos realizados por, Zarit e colaboradores, referem que a avaliação das várias alterações observadas nos cuidadores informais revelou-se a chave fundamental para a definição do conceito de sobrecarga familiar. Surgindo, assim um instrumento de avaliação, conhecido por Escala de Zarit que foi originalmente utilizado, para medir a sobrecarga dos cuidadores familiares de doentes portadores de demência. Nos vários estudos que realizaram, ficou claro, que as dimensões que influenciam a sobrecarga do cuidador, têm uma componente objetiva e outra subjetiva.

Segundo estes investigadores, a dimensão objetiva refere-se às atividades e acontecimentos diretamente associados ao desempenho do papel do cuidador no apoio às tarefas diárias, resolução dos problemas comportamentais e emocionais, enquanto a dimensão subjetiva tem a ver com as reações emocionais, sentimentos e emoções, relacionadas com as atividades e acontecimentos decorrentes da dimensão objetiva. Para além das dimensões referidas, há outros aspetos relacionados com a sobrecarga e que são:

- Carga física associada à prestação dos cuidados;
- Limitação do tempo para si devido ao cuidar;
- Custos económicos;
- Impacto sobre as relações interpessoais.

Os estudos científicos realizados, sobre a avaliação da sobrecarga de cuidadores informais, fazem referência a cuidadores de doentes com sequelas de acidentes vasculares cerebrais, doentes com demência, doentes com esquizofrenia, ou outras doenças neuro-degenerativas (Fernandes, 2009).

De facto, a doença mental está associada a um espetro de défices, incapacidades e desvantagens que alteram o estatuto do indivíduo nas famílias, no trabalho e na sociedade. As famílias que convivem com o doente mental necessitam de fazer diversos ajustamentos e de assumir diversos compromissos que as impedem de otimizar o seu potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer (Gallagher & Mechanic 1996).

Assim, neste contexto, também Sequeira (2010b), refere que os problemas mentais e comportamentais causam múltiplas alterações na vida daqueles que são afetados e das suas famílias, com evidente redução da qualidade de vida, e quer o cuidador quer a pessoa alvo dos cuidados necessitam de aprender a conviver com esta problemática.

Para Beck e Lopes (2007), é frequente o cuidador vivenciar mudanças no seu modo de vida, gerando modificações e insatisfações na sua qualidade de vida, onde o ato de cuidar traz prejuízos à vida do cuidador como um todo. Estes autores referem que os prejuízos são observados em várias áreas: na do trabalho com prejuízo que por sua vez ocasiona um impacto financeiro considerável; relacionamento conjugal; cuidado pessoal e relações sociais.

Todos os estudos epidemiológicos têm mostrado, que a maior parte dos cuidados de saúde mental são assegurados através de cuidados informais. Num caso ou outro, ocorre o inevitável envolvimento e sobrecarga para as famílias, quer na vertente subjetiva de desgaste emocional, sentimentos de impotência e desespero, angústia e insegurança em relação ao futuro do seu familiar com doença mental, quer no aspeto mais objetivo das tarefas que se impõem no dia-a-dia, desde o apoio para os cuidados pessoais, a toma da medicação, a procura dos serviços necessários para o tratamento e a reabilitação, até aos encargos financeiros (Portugal, MS, DGS, 2007).

O termo sobrecarga, refere-se assim a um conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem do próprio ato de cuidar, e são suscetíveis de afetar, diversos aspetos da vida do cuidador (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira 2006).

É importante referir que existem dois níveis no que respeita às repercussões do cuidar: a sobrecarga objetiva e a sobrecarga subjetiva. A sobrecarga objetiva, está relacionada com os acontecimentos e atividades concretas onde se incluem nomeadamente a sobrecarga física, a sobrecarga económica e outras. A sobrecarga subjetiva é compreendida, enquanto sentimentos, atitudes e reações emocionais face à experiência do cuidar (Sequeira, 2010b).

Uma das definições de sobrecarga, é a apresenta por George e Guyther, 1989 cit. por Paúl (1997) e refere os problemas físicos, psicológicos ou emotivos, sociais e financeiros que podem ser experimentados por membros cuidadores da família, sendo para Lawton et al., 1989 cit. por Paúl (1997), frequente associar a noção de sobrecarga à preocupação, ansiedade, frustração, depressão, fadiga, saúde débil, culpabilidade e ressentimento.

Ao mesmo tempo, a sobrecarga é dependente de variáveis sociodemográficas e de contexto (Andrade, 2009). E o facto, de os cuidadores poderem contar com a ajuda de alguém, como por exemplo do cuidador secundário, alivia-os das exigências dos cuidados, melhorando a sua perceção de saúde (Brito, 2002 e Lage, 2004). Também Lage (2005), volta a reforçar esta ajuda, ao referir que ela melhora a perceção da qualidade de vida, atenuando as consequências das alterações no seu estilo de vida e contribuindo naturalmente para a perceção de maior vigor psíquico e maior energia.

Os graus de incapacidade e dependência, do indivíduo doente determinam o tipo de assistência necessário, tornando-se desse modo um desafio ao cuidador principal, onde os termos como sobrecarga, impacto e interferência, são comumente utilizados para descrever as consequências do ato de cuidar (Brito, 2009).

A sobrecarga do cuidador, para Andrade (2009), seguindo o mesmo desafio, também varia em função da doença e do grau de dependência da pessoa cuidada, sendo as alterações comportamentais e os cuidados que envolvam trabalho físico fontes de stress. E resultam, da avaliação que o cuidador faz dos stressores associados com a prestação de cuidados e o seu impacto (Lawton et al., 1989 cit. por Paúl, 1997).

Para Paúl (1997), a percepção de sobrecarga do cuidador, é uma resposta individual, objetiva e subjetiva, em que a análise contextual da sobrecarga do cuidador pressupõe, dois momentos:

- Um ao assumir o papel – a qualidade das relações passadas, a preparação, a avaliação e o apoio;
- Outro no decurso da prestação de cuidados, analisando:
 - a) A sobrecarga objetiva (exigências imediatas da prestação de cuidados e as exigências secundárias: por exemplo, conflitos familiares, restrição da atividade social e de lazer, ambas experiências negativas;
 - b) Os mediadores (recursos pessoais e sociais para lidar com a situação e a percepção das relações: atribuições, equidade, reatância);
 - c) A sobrecarga subjetiva (perturbação): emotiva, comportamental e cognitiva.

Para avaliar a sobrecarga do cuidador, segundo Sant’Ana, Pereira, Borenstein, e Silva (2011), surge a “*Entrevista sobre a Sobrecarga do Cuidador*” desenvolvida por Zarit, Reever e Bach-Peterson em 1980, composto por 28 itens, que se revelou ser um instrumento de avaliação importante da sobrecarga subjetiva associada ao cuidar. Este instrumento valoriza os seguintes aspetos: a saúde física e psicológica; aspetos laborais e económicos; relações sociais e relações com o indivíduo recetor de cuidados. Numa revisão posterior os autores, reduziram o número de questões para 22, passando desde então a ser utilizada com grande frequência na avaliação da sobrecarga do cuidador familiar.

Sequeira em 2007, traduziu e adaptou a Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC) a partir da versão original inglesa “*Entrevista sobre a Sobrecarga do Cuidador*” (*Burden Interview Scale*) de 22 itens. Segundo o autor a adaptação à população portuguesa não foi

difícil, uma vez que a ESC já se encontrava traduzida e validada em Espanha e Brasil, países que têm bastantes semelhanças culturais e linguísticas com Portugal, e é um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal (Sequeira, 2007b).

Com a permanência do doente mental em casa, passaram para Sant'Ana et al. (2011), a fazer parte da rotina familiar: garantir as necessidades básicas; coordenar as atividades diárias; administrar a medicação; acompanhá-lo aos serviços de saúde; lidar com os comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecendo suporte social; arcar com os gastos e superar as dificuldades dessas tarefas e o seu impacto na vida social e profissional do familiar.

A quantidade de trabalho do cuidador, traduzido em horas de cuidado diário, é no estudo de Lage (2005), preditora da sobrecarga e do vigor-atividade. Porém, surpreendentemente para o autor, os cuidadores que cuidam mais horas diariamente, têm uma perceção de maior vigor psíquico e energia, do que os que cuidam menos horas, e estes resultados, poderão ser explicados por uma melhor condição física dos cuidadores, subjacente à própria capacidade de prestar mais horas de cuidados.

Alguns estudos, segundo Guedes (2008), têm demonstrado que cuidar de um doente mental, resulta numa considerável sobrecarga para o seu cuidador, com destaque para as medidas de sobrecarga subjetiva, afetando a sua saúde mental. Refere vários estudos, entre eles, um realizado por Song e colaboradores em 1997, onde observaram que os familiares prestadores de cuidados a doentes mentais, que possuíam os maiores níveis de sobrecarga apresentavam os graus mais elevados de sintomatologia depressiva.

Uma investigação, realizada por St. Onge e Lavoie em 1997, com uma amostra de 99 familiares cuidadores informais de doentes mentais, detetou a presença de transtornos psicológicos nas mães de doentes psicóticos, que são duas vezes mais do que na população em geral, resultando da sobrecarga sentida, por terem de cuidar dos filhos doentes (Guedes, 2008).

Um estudo, realizado por Martens e Addington (2007), com 41 familiares de pessoas com esquizofrenia, onde o impacto no bem-estar psicológico tem relação com aspetos diferenciados na experiência do cuidado, tais como o estigma associado à doença mental, os comportamentos inadequados do doente e o sentimento de perda por parte do familiar cuidador.

No mesmo sentido, Ferreira (2008), refere que a prestação de cuidados e o peso que ela implica, geram frequentemente na pessoa que os realiza, stress, frustrações, nervosismo,

irritabilidade, inquietação, ansiedade ou ainda uma preocupação constante, sendo estes sentimentos e dificuldades, habitualmente associados ao conceito de sobrecarga familiar.

Também, “Se a sobrecarga de trabalho não pode ser partilhada com outros familiares, o cuidador vai-se afastando progressivamente do seu mundo e tende a viver uma existência de rotinas, em que se esforça por não pensar, alternadas por momentos de esgotamento ou mesmo de desespero”, daí que não seja raro encontrarmos verdadeiros quadros de depressão grave (Barreto, 2010, p. 17).

Ao nível das experiências individuais Barreto (2010), refere que a qualidade de vida de muitas pessoas está diretamente posta em causa, seja por sofrerem elas mesmas das doenças próprias da idade, seja por terem que lidar com situações familiares muito difíceis provocadas pela existência, no seu seio, de doentes com elevado grau de dependência e portadores de patologia crónica, principalmente quando esta é de natureza psíquica.

A investigação, para Figueiredo (2007), tem demonstrado que ao passo que a sobrecarga objetiva não constitui um forte preditor do bem-estar do cuidador, a sobrecarga subjetiva constitui. Referindo que a demonstração de que as interpretações subjetivas dos cuidados (avaliações cognitivas) acerca das tarefas da prestação de cuidados, estão fortemente relacionadas com o seu bem-estar, o que ajuda a compreender uma das constatações da investigação, nesta temática: a grande variabilidade na forma, como os familiares da pessoa dependente reagem ao papel de cuidadores.

Esta autora, salienta que apesar da sobrecarga ter vindo a ser estudada como uma consequência da prestação de cuidados, ela também constitui um preditor de outras consequências ou efeitos, e assim, a sobrecarga afeta diretamente consequências como a depressão e a saúde física, ou indiretamente por intermédio das tensões de papel secundário (como exemplo, os conflitos familiares e problemas económicos) e das tensões intrapsíquicas secundárias (como exemplo, competência e autoestima).

Algo muito frequente nos cuidadores, para Figueiredo (2007), é o cansaço físico e a sensação de deterioração da saúde, a partir do início da tarefa de cuidar. Para a autora, a investigação tem revelado que quando se comparam cuidadores, com pessoas sem essa responsabilidade, os primeiros percecionam a sua saúde como sendo pior, e têm mais doenças crónicas e uma pior saúde global. E também, as pesquisas efetuadas por Parks, 2000 cit. por Figueiredo (2007), demonstram que o sistema imunitário dos cuidadores informais é mais fraco do que o dos não cuidadores.

A depressão e ansiedade parecem ser dois problemas para a maioria dos cuidadores informais, sendo identificadas em diversos estudos (NAC/AARP, 1997, Parks, 2000, & National Center on Elder Abuse [NCEA], 2002)

Os prestadores de cuidados informais, a doentes com patologia mental grave, sofrem pois de uma forma de stress muito especial, caracterizada pelo esforço físico, tensão permanente, falta de tempo para dormir e cuidar de si e isolamento progressivo do seu meio social. Muitos estudos têm posto em relevo a precaridade da sua condição de saúde física e psíquica e a elevada morbilidade de que padecem, comparativamente com outros indivíduos não sujeitos a tal sobrecarga (Barreto, 2010). Com o passar do tempo, essa situação pode acabar por se refletir sobre os próprios doentes, eventualmente tratados com menos solicitude, serem vítimas de negligência ou de irritabilidade ou até receberem maus-tratos (SEQUEIRA, 2010b).

A idade dos cuidadores, apesar de a maior parte dos estudos não evidenciar que afete de forma evidente o impacto do cuidado, entende no entanto Lage (2005), que esta se repercute negativamente no estado de humor, particularmente ao nível de perceção da sintomatologia depressiva, da fadiga e baixo nível de energia, da confusão e falta de clareza mental, bem como do vigor e perceção de saúde.

Por outro lado, a sobreposição dos papeis familiar e laboral, tem sido estudada e Brito (2002), concluiu nos seus estudos que ao ser profissionalmente ativo, o cuidador liberta-se, mantendo a sua vida social, implicando assim um menor impacto negativo do cuidado e condicionando positivamente a perceção da saúde.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

3 – METODOLOGIA

Este capítulo é constituído por um conjunto de etapas sequenciadas, onde se incluem, uma descrição detalhada de todos os procedimentos necessários para o desenvolvimento da investigação, nomeadamente: a questão de investigação, a conceptualização, o tipo e os objetivos do estudo, as variáveis a estudar, a população e amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos efetuados e as considerações teóricas do tratamento estatístico que irá ser efetuado no capítulo seguinte.

3.1 – MÉTODOS

A prática clínica diária, dos profissionais de saúde que trabalham em serviços de psiquiatria e saúde mental, onde se incluem os enfermeiros, é marcada pelo contacto com utentes e respetivas famílias, onde para além da patologia mental dos indivíduos doentes, são observáveis frequentes oscilações afetivo-emocionais nos familiares que os acompanham, o que para além de fragilizar ainda mais o doente, pode comprometer ou provocar interferências no seu processo de tratamento.

Sabemos, que os problemas mentais causam múltiplas alterações na vida daqueles que são afetados e das suas famílias (Sequeira, 2010b). É assim pertinente, e importante, conhecer a dimensão das perturbações psicológicas: ansiedade; depressão e stresse, a que estão sujeitos os familiares do doente mental. Com base neste pressuposto e nas interrogações que foram surgindo ao longo da pesquisa e fundamentação teórica, formulámos a seguinte **questão de investigação**:

“Em que medida as variáveis sociodemográficas, de contexto familiar, de suporte social e de sobrecarga do cuidador influenciam a ansiedade, a depressão e o stresse do cuidador informal?”

Este estudo, por forma a dar resposta à questão de investigação enunciada tem como **objetivos**:

- *“Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a ansiedade, depressão e stresse.”;*
- *“Determinar a influência de variáveis de contexto familiar sobre a ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal.”;*
- *“Analisar a relação entre o suporte social e sobrecarga do cuidador com a ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal.”*

Salientamos que a questão e objetivos apresentados são o produto da revisão da literatura especializada, do contato com investigadores da área, do contato diário com profissionais de saúde, utentes e famílias e, do interesse pessoal, enquanto enfermeiro a exercer funções num Serviço de internamento de doentes agudos, com patologia mental e psiquiátrica.

3.2 – TIPO DE ESTUDO

A pesquisa é de natureza **quantitativa**, na medida em que é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis, assim esta investigação, emprega dados numéricos, para adquirir informações, descrever e testar relações entre as variáveis em estudo, através da observação de acontecimentos e fenómenos objetivos, com vista a universalizar os resultados obtidos a partir de uma amostra (Fortin, 2009).

No que se refere à durabilidade do estudo, este é do tipo **transversal**, pois os instrumentos de colheita de dados foram aplicados num determinado período de tempo (3 meses) de Abril a Junho de 2012.

Como pretendemos, de acordo com o que nos diz Fortin (2009), identificar os níveis de ansiedade, depressão e stresse de uma determinada população (cuidadores informais) e estabelecer relação entre variáveis (ansiedade, depressão e stresse e o suporte social, sobrecarga do cuidador, e outros aspetos que a podem influenciar) com vista à sua descrição, optámos por uma investigação **descritivo-correlacional**.

A figura 1 apresenta o modelo conceptual que foi delineado com o tipo de estudo que pretendemos realizar. Assim, esta investigação possui as seguintes variáveis:

Variável dependente: *ansiedade, depressão e stress;*

Variáveis independentes (agrupadas em três grandes grupos, a saber):

- *variáveis sociodemográficas* (sexo; idade; estado civil; parentesco; residência com familiar; agregado familiar; local de residência; proximidade ao hospital; habilitações literárias; situação laboral);
- *variáveis de contexto familiar* (situação laboral do familiar; horas de acompanhamento diário; patologia psiquiátrica na família; conhecer a doença;

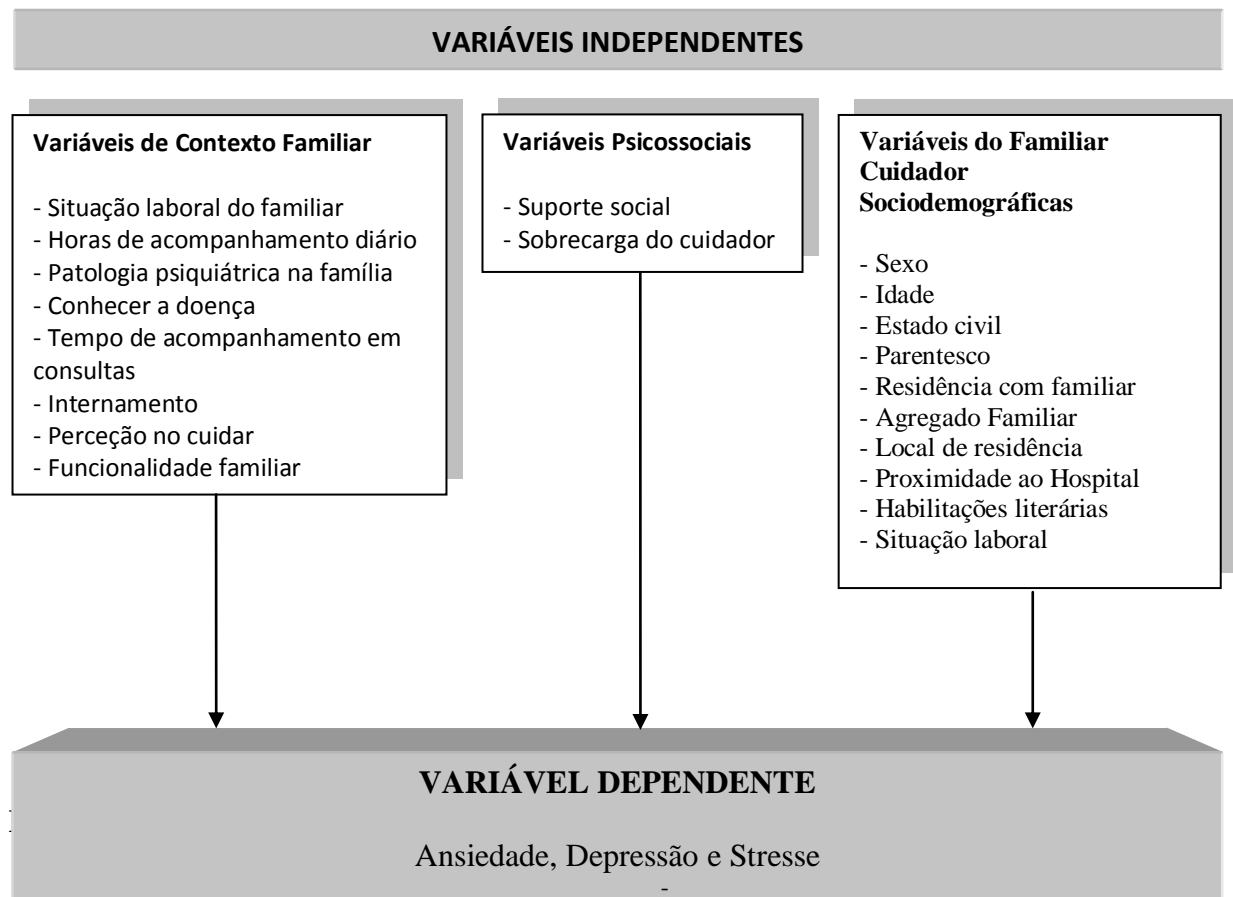
tempo de acompanhamento em consultas; internamento; percepção no cuidar; funcionalidade familiar);

- *variáveis psicossociais* (suporte social; sobrecarga do cuidador).

Estas variáveis no seu conjunto visam num primeiro momento proceder a uma caracterização da amostra em termos sociodemográfico, contexto familiar e psicossocial. E num segundo momento, avaliar a sua interferência na variável dependente.

A ansiedade, depressão e stresse é afetada por múltiplas variáveis, como o sexo, a idade, a situação laboral, o contexto familiar, o suporte social e a sobrecarga. Assim, é de todo o interesse que a presente pesquisa, recaia e abranja essas variáveis, com vista a uma abordagem holística do Ser Humano.

Retornando ao modelo concetual sobre o qual assenta e se fundamenta a nossa pesquisa o esquema conceptual (Figura 1), permite-nos perceber os diferentes domínios que integram a nossa investigação e proporciona, ao mesmo tempo, uma visão integral das dimensões consideradas fundamentais nesta problemática. Compreende três grandes domínios: (1) sociodemográfico; (2) contexto familiar e (3) psicossocial. Os três domínios interrelacionam-se e conduzem a profundas interferências na ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal do doente mental.

Figura 1 – Modelo conceitual do estudo

3.3 – PARTICIPANTES

No estudo, optámos por uma técnica de amostragem não **probabilística** por **conveniência**, sendo que os elementos amostrais foram incluídos à medida que foram preenchendo e entregando os instrumentos de colheita de dados, até se atingir o número amostral possível dada as limitações impostas.

Tendo em conta os objetivos da presente pesquisa, traçamos como critérios de inclusão:

- Ter mais de 18 anos de idade;
- Ser familiar do doente mental;
- Ser cuidador informal;

- O doente mental, estar inscrito nas Consultas Externas de Psiquiatria e Saúde Mental, no Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE, ou no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Sobral Cid;
- Não ser remunerado pelo ato de cuidar do doente mental;
- Possuir capacidades para compreender e responder ao instrumento de colheita de dados;
- Ler e assinar o consentimento informado.

A população do nosso estudo são os familiares que acompanham o doente mental nas Consultas Externas de Psiquiatria e Saúde Mental e a amostra é constituída por 104 familiares, dos quais 56 acompanham o doente no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE que cobre toda a população correspondente à área do distrito de Viseu, e 48 acompanham o doente no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Sobral Cid que cobre a população correspondente à área do distrito de Coimbra, e que aceitaram participar voluntariamente no estudo.

3.3.1 – Caraterização sociodemográfica da amostra

Serão agora, apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respetivo tratamento estatístico. A ordem por que serão apresentados respeitará a sequência seguida na elaboração do próprio questionário.

Os resultados que seguidamente apresentamos, visam proceder a uma caracterização sociodemográfica dos participantes (familiares de utentes que frequentam a consulta de psiquiatria) que integram a nossa amostra.

Idade/sexo

Pela análise da tabela 1, podemos constatar que os participantes do nosso estudo são em número 104, sendo 65 do sexo feminino e 39 do sexo masculino.

Constatamos também que a idade da amostra total oscila entre um valor mínimo de 22 e um máximo de 77 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 52,03 anos, um desvio padrão de 12,65 e um coeficiente de variação de 24,31 %, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Procedendo a uma análise por género verificamos, que a média de idades para o sexo feminino ($\bar{x}=52,18$) é ligeiramente inferior à do sexo masculino ($\bar{x}= 53,44$), apresentando ambos os grupos uma dispersão também moderada.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou Kurtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos, é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da Idade/sexo dos Participante

| <i>Idade</i> | <i>N</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | \bar{x} | <i>Dp</i> | <i>Sk</i> | <i>K</i> | <i>CV (%)</i> |
|------------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Masculino | 39 | 31 | 73 | 53,44 | 10,79 | -0,92 | -0,69 | 20,19 |
| Feminino | 65 | 22 | 77 | 51,18 | 13,65 | -0,08 | -1,01 | 26,67 |
| Total | 104 | 22 | 77 | 52,03 | 12,65 | -0,64 | -1,10 | 24,31 |

Grupos etários

A distribuição dos participantes por grupos etários mostra, que o grupo com maior representatividade percentual (55,8 %) se encontra no segundo escalão [41-60]; seguindo-se o terceiro para 26,9%, e apenas 17,3% integra o 1º grupo dos 20-40anos.

A análise por sexo demonstra a mesma tendência distributiva.

Estado civil

Os resultados relativos ao estado civil permitem-nos verificar que, (81,7%) dos participantes, integra a alternativa “casados/união de facto”, seguindo-se os solteiros com (10,6%), os viúvos com 4,8% e apenas 2,9% se encontra divorciado.

Analisando o estado civil por género, constatamos que a distribuição se faz seguindo a mesma ordem da amostra total para o caso das mulheres, diferindo para os homens uma vez que estes se distribuem essencialmente pelo estado de casados, e divorciados.

Parentesco

Relativamente a esta variável, verificamos que o grau de parentesco existente entre o cuidador e o paciente mais representativo, é o cônjuge com 49,0%, seguindo-se os irmãos/irmãs com 15,4% e em terceiro lugar, os pais com 14,2%. De entre a alternativa “outros” com (20,2%) destacam-se avós, cunhados e primos.

Analisando o parentesco por género, constatamos que os homens cuidam sobretudo os cônjuges enquanto as mulheres, se distribuem de igual modo na amostra total entre os diferentes itens.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra

| VARIÁVEIS \ GÉNERO | MASCULINO | | FEMININO | | TOTAL | |
|----------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|------------|
| | N 39 | % 37,5 | N 65 | % 62,5 | N 104 | % 100,0 |
| GRUPOS ETÁRIOS | | | 65 | | | |
| 20-40 | 4 | 3,8 | 14 | 13,5 | 18 | 17,3 |
| 41-60 | 24 | 23,1 | 34 | 32,7 | 58 | 55,8 |
| ≥ 61 | 11 | 10,6 | 17 | 16,3 | 28 | 26,9 |
| ESTADO CIVIL | | | | | | |
| Solteiro | 1 | 1,0 | 10 | 9,6 | 11 | 10,6 |
| Casado/união de facto | 35 | 33,7 | 50 | 48,1 | 85 | 81,7 |
| Divorciado/separado | 2 | 1,9 | 1 | 1,0 | 3 | 2,9 |
| Viúvo | 1 | 1,0 | 4 | 3,8 | 5 | 4,8 |
| PARENTESCO | | | | | | |
| Pai/Mãe | 3 | 2,9 | 12 | 11,5 | 15 | 14,4 |
| Cônjuge | 27 | 26,0 | 24 | 23,1 | 51 | 49,0 |
| Irmão/Irmã | 2 | 1,9 | 14 | 13,5 | 16 | 15,4 |
| Outro | 6 | 5,8 | 15 | 14,4 | 21 | 20,2 |
| RESIDE COM FAMILIAR | | | | | | |
| Sim | 32 | 30,8 | 49 | 47,1 | 81 | 77,9 |
| Não | 7 | 6,7 | 16 | 15,4 | 23 | 22,1 |

Reside com o familiar doente

Quisemos saber se o inquirido residia com o familiar que acompanha às consultas, e os dados mostram que a grande maioria (77,9%) responde sim inversamente a 22,1% que refere “não”. Esta tendência distributiva mantém-se na análise que se faz por sexo.

Agregado Familiar

Analisando a distribuição dos elementos que constituem o agregado familiar constatamos, que o maior valor percentual pertence ao agregado que integra 3 a 5 elementos (55,8%), seguindo-se os que tem entre 1-2 para 35,6%. Com menor representatividade (8,5%) temos os agregados com 5 e mais elementos. A análise por sexo não demonstra diferenças nos elementos do agregado.

Local de Residência

A distribuição dos participantes por zona de residência mostra que a grande maioria (67,3%) habita em meio rural e os restantes 32,7% em meio urbano. Trata-se de um dado que não nos surpreendeu uma vez que se trata de uma área geográfica essencialmente rural. A análise por sexo demonstra a mesma tendência distributiva.

Proximidade do Hospital

Relativamente a esta variável, verificamos que o maior grupo percentual (46,2%) dista do hospital psiquiátrico a uma distância que vai desde 10-30 Km, seguindo-se para 24,0% uma distância inferior a 10 Km e com menores valores percentuais, temos ainda distâncias superiores a 30 Km. Analisando a proximidade ao hospital por género, constatamos que existe a mesma distribuição.

Grau Académico

Considerando os dados relativos ao grau académico, podemos constatar que a maioria (46,2%) dos participantes possui o primeiro ou 2º ciclo, seguindo-se aqueles que possuem o ensino secundário (19,2%), com um valor próximo (18,3%) os que tem o 3º ciclo e por fim os que frequentaram o ensino superior com 16,3%.

Em termos de habilitações académicas existem algumas diferenças por género uma vez que no caso do sexo feminino, se verifica a mesma ordenação da amostra total, mas no caso do sexo masculino a partir do 1º e 2º ciclos existe uma distribuição mais equilibrada pelos diferentes níveis.

Situação Laboral

Quisemos também conhecer a situação laboral dos inquiridos, os dados mostram que (38,5%) estão empregados, seguindo-se os reformados (30,8%) e os que estão desempregados (27,9%). Avaliando esta variável por sexo verificamos que existem algumas diferenças entre homens e mulheres, uma vez que estas estão em primeiro lugar desempregadas, empregadas e reformadas; já os homens estão por ordem decrescente, empregados, reformados e apenas 4,8% desempregados.

Tabela 3 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra (continuação)

| VARIÁVEIS \ GÉNERO | MASCULINO | | FEMININO | | TOTAL | |
|-------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| | 39 | 37,5 | 65 | 62,5 | 104 | 100,0 |
| Nº DE PESSOAS AGRG. FAMILIAR | | | | | | |
| 1-2 | 16 | 15,4 | 21 | 20,2 | 37 | 35,6 |
| 3-5 | 21 | 20,2 | 37 | 35,6 | 58 | 55,8 |
| > 5 | 2 | 1,9 | 7 | 6,7 | 9 | 8,7 |
| LOCAL DE RESIDENCIA | | | | | | |
| Urbano | 15 | 14,4 | 19 | 18,3 | 34 | 32,7 |
| Rural | 24 | 23,1 | 46 | 44,2 | 70 | 67,3 |
| PROXIMIDADE DO HOSPITAL | | | | | | |
| < 10 KM | 8 | 7,7 | 17 | 16,3 | 25 | 24,0 |
| 10-30 KM | 20 | 19,2 | 28 | 26,9 | 48 | 46,2 |
| 30-50 KM | 6 | 5,8 | 9 | 8,7 | 15 | 14,4 |
| >50Km | 5 | 4,8 | 11 | 10,6 | 16 | 15,4 |
| GRAU ACADEMICO | | | | | | |
| 1º e 2º ciclo | 16 | 15,4 | 32 | 30,8 | 48 | 46,2 |
| 3º ciclo | 8 | 7,7 | 11 | 10,6 | 19 | 18,3 |
| Ensino secundário | 8 | 7,7 | 12 | 11,5 | 20 | 19,2 |
| Ensino superior | 7 | 6,7 | 10 | 9,6 | 17 | 16,3 |
| SITUAÇÃO LABORAL | | | | | | |
| Empregado | 19 | 18,3 | 21 | 20,2 | 40 | 38,5 |
| Trabalhador conta própria | 1 | 1,0 | 2 | 1,9 | 3 | 2,9 |
| Desempregado | 5 | 4,8 | 24 | 23,1 | 29 | 27,9 |
| Reformado | 14 | 13,5 | 18 | 17,3 | 32 | 30,8 |
| Baixa médica | - | - | - | - | - | - |

3.4 – INSTRUMENTOS

Tendo por base os objetivos da presente investigação, optámos por fazer uma abordagem, em que se utilizou uma escala construída para o efeito, com vista à caracterização sociodemográfica e de contexto familiar dos elementos amostrais e, ainda, escalas edificadas por outros investigadores, já traduzidas e testadas na população portuguesa, nomeadamente a Escala de Apgar Familiar, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21).

3.4.1 – Questionário

O presente instrumento é composto com questões fechadas, abertas e mistas, que procuram avaliar as variáveis sociodemográficas; de contexto familiar; de suporte social; sobrecarga do cuidador; funcionalidade familiar e ansiedade, depressão e stresse. A Tabela 4 resume e exemplifica a estrutura do presente questionário que é composto por seis grupos de questões.

Tabela 4 - Resumo estrutural do questionário

| Domínios em estudo | Questões |
|---|----------|
| Sociodemográficos | 1 a 10 |
| Contexto familiar | 1 a 18 |
| Escala de Apgar Familiar (Funcionalidade familiar) | 1 a 5 |
| Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) | 1 a 15 |
| Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) | 1 a 22 |
| Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) | 1 a 21 |

Variáveis sociodemográficas do cuidador informal. Pretendemos avaliar os aspetos sociodemográficos do cuidador informal, nomeadamente obter dados de natureza pessoal e caracterizar assim o cuidador, através do: sexo; idade; estado civil; parentesco; residência com o familiar; agregado familiar; local de residência; proximidade ao hospital; habilitações literárias e situação laboral.

Variáveis de contexto familiar do cuidador informal. Pretendemos avaliar o contexto familiar do cuidador informal, e assim obter dados referentes ao doente mental/família e à relação com o cuidador, a saber: situação laboral do familiar; horas de acompanhamento diário; patologia psiquiátrica na família; tempo de acompanhamento em consultas; internamento; perceção no cuidar (através dos itens: conhecer a doença; comportamento do familiar; utilidade como pessoa; gastos com a doença; conhecimentos da doença; conhecimento de formas de tratamento; futuro económico; qualidades do familiar; satisfação com a ajuda nas atividades; deixar o doente e o cuidar; ideia de o doente estorvar e pessoas e vizinhos prejudicarem devido à doença) e funcionalidade familiar.

3.4.2 – Escalas

Escala de Apgar Familiar (funcionalidade familiar) de Smilkstein (1978), versão Portuguesa (Agostinho & Rebelo 1988). É uma escala elaborada por Smilkstein em 1978 (Smilkstein, Ashworth, & Montano 1982), sendo constituída por cinco questões que quantificam a perceção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família. Esta escala permite caraterizar os componentes fundamentais da função familiar em:

- **Adaptação intrafamiliar** – referente à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para a solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;
- **Participação/comunicação** – refere-se à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- **Crescimento/ desenvolvimento** – reporta-se à maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- **Afeto** – aborda a existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;
- **Resolução/dedicação ou decisão** – indica o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente, o que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

Cada questão, permite três tipos de resposta: "quase sempre"; "algumas vezes" e "quase nunca". As cotações, são respetivamente de 2 pontos, 1 ponto e 0 pontos. O resultado final da escala, obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos.

O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar:

- de 7 a 10 pontos, sugere uma família **funcional**;
- de 4 a 6 pontos, sugere uma família com **disfunção leve**;
- de 0 a 3 pontos, sugere uma família com **disfunção grave**.

Trata-se de um questionário que pode ser auto preenchido ou hétero preenchido, consta de itens em escala tipo *Likert*, tem pontos de corte de acordo com: a normofuncionalidade de 7 a 10 pontos; disfuncionalidade leve para pontuações entre 4 e 6 pontos e disfuncionalidade grave para pontuações entre 0 e 3 pontos.

No questionário, entendemos como família o(s) elemento(s) com quem o cuidador informal habitualmente vive. Na nossa amostra, não houve nenhum caso do cuidador viver sozinho.

Temos também, de ter presente que este método, amplamente utilizado por investigadores e apesar, da validade e fiabilidade da escala já terem sido estudadas, ela só avalia o grau de satisfação familiar que o elemento da família admite e verbaliza (Andrade & Martins 2011).

O autor da escala de Apgar Familiar constatou, através dos estudos onde esta foi aplicada, valores de alfa de Cronbach entre 0,80 e 0,85 (Smilkstein, 1987).

No caso concreto do nosso estudo, procedeu-se também à verificação da consistência interna da escala de Apgar Familiar, que apresentou para a globalidade dos itens um valor de alfa de Cronbach de 0,833, o que revela uma boa consistência interna. Para cada um dos itens verificou-se o mesmo registo uma vez que os valores oscilaram entre 0,867 no item 1 e 0,885 no item 4 (Quadro 1).

Quadro 1 – Questões da Escala de APGAR familiar

| DIMENSÕES | ALPHA DE CRONBACH |
|---|--------------------------|
| Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família quando tem um problema? | 0,867 |
| Conversão entre vocês os problemas que têm em casa? | 0,871 |
| As decisões importantes tomam-se em conjunto em casa? | 0,870 |
| Está satisfeito com tempo que você e a sua família passam juntos? | 0,885 |
| Sente que a sua família gosta de si? | 0,871 |
| Total APGAR | 0,833 |

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999), pretende avaliar a satisfação que o indivíduo sente face ao suporte social percebido, proveniente de várias fontes, assim como em relação às atividades em que está envolvido.

Esta escala é multidimensional e é constituída por 15 itens apresentados sob a forma de afirmações que são apresentadas para autopreenchimento. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de *Likert* com cinco graus de intensidade, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte” e “ discordo totalmente”. Estes 15 itens distribuem-se por quatro dimensões ou fatores gerados empiricamente para medir os seguintes aspetos da satisfação com o suporte social: “*satisfação com os amigos*” (itens 3, 12, 13, 14 e 15) que mede a satisfação com as

amizades/amigos; “*intimidade*” (itens 1, 4, 5 e 6) mede a perceção da existência de suporte social íntimo; “*satisfação com a família*” (itens 9, 10 e 11) que mede a satisfação com o suporte social familiar existente; e por último, “*atividades sociais*” (itens 2, 7 e 8) mede a satisfação com as atividades sociais realizadas, os itens 1, 2, 3, 6, 7 e 8 da escala são formulados de forma positiva, e os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 são formulados de forma negativa (Pais-Ribeiro, 1999). A escala permite ainda, a obtenção de um resultado global que pode variar entre 15 e 75, correspondendo as notas mais altas a uma perceção de maior satisfação com o suporte social (Ribeiro & Guterres 2001).

A escala global (Pais-Ribeiro, 1999) apresenta uma consistência interna alfa de Cronbach de 0.85. Os valores de consistência interna alfa de Cronbach obtidos para as diferentes subescalas correspondem a 0.83 para a Satisfação com os amigos, 0.74 para a Intimidade e para a satisfação com a família, e 0.64 para as Atividades sociais.

No nosso estudo, a análise das propriedades psicométricas desta escala, revelam uma consistência interna fraca, uma vez que os valores de alfa de Cronbach oscilaram entre 0,608 na dimensão *satisfação com a família* e 0,695 na dimensão *satisfação com os amigos*.

Quadro 2 – Dimensões e Total da Escala de suporte social

| DIMENSÕES | ALPHA DE CRONBACH |
|---------------------------------|--------------------------|
| Satisfação com os amigos | 0,695 |
| Intimidade | 0,691 |
| Satisfação com a Família | 0,608 |
| Atividades Sociais | 0,691 |
| <i>Suporte Total</i> | 0,622 |

Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), é uma escala traduzida e validada para a população portuguesa, por Sequeira (2007, 2010b), a partir da versão original inglesa da “Zarit Burden Interview Scale”. Consta de 22 itens, sendo que as respostas a cada item são apresentadas numa escala ordinal tipo likert, ordenadas e cotadas entre 1 e 5, em que a 1 corresponde a “nunca”; a 2 “quase nunca”; a 3 “às vezes”; a 4 “muitas vezes e a 5 “quase sempre”. A escala não possui itens invertidos.

A estrutura fatorial apresentada por Sequeira (2010a), apresenta quatro fatores que no seu conjunto explicam 62 % da variância total. O fator um intitulado “*impacto da prestação de cuidados*” é constituído pelos itens 1,2,3,6,9,10, 11, 12, 13, 17 e 22, e agrega itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação e cuidados diretos. Explica 41,2% da

variância total e apresenta um alfa de Cronbach de 0.93. O fator dois designado por ”*relação interpessoal*“ possui os itens 4, 5, 16, 18 e 19 que estão associados à sobrecarga relacionada com o cuidador e a pessoa dependente, alvo de cuidados. Este fator explica 8.69% da variância total e apresenta um valor de alfa de 0.83. O fator três foi designado por ”*expectativas face ao cuidar*” possui quatro itens 7, 8, 14 e 15 que estão relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação e cuidados. Explica 7.15% da variância total e o valor de alfa de Cronbach é considerado de razoável (alfa = 0.67). Finalmente o fator quatro foi designado por ”*perceção de autoeficácia*“ e possui apenas dois itens 20 e 21 que estão relacionados com a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho. Explica 4.90% e o valor de alfa é de 0.80. Acresce referir que vários autores utilizam a escala de uma forma global.

Nesta escala obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que uma maior pontuação corresponde a uma maior perceção de sobrecarga. São utilizados os seguintes pontos de corte: inferior a 46 é sem sobrecarga, entre 46 a 56 é sobrecarga ligeira e superior a 56 é sobrecarga intensa (Sequeira, 2010b). É uma escala de autopreenchimento.

Quisemos também avaliar no nosso estudo, as propriedades psicométricas desta escala e os resultados obtidos revelam valores de alfa de Cronbach que variam entre o 0,606 (c. i. fraca) na 1ª dimensão e 0,835 (c. i. boa) na dimensão perceção de autoeficácia.

Quadro 3 – Dimensões e Total da Escala da sobrecarga do cuidador

| DIMENSÕES | ALPHA DE CRONBACH |
|----------------------------------|-------------------|
| Impacto da prestação de cuidados | 0,606 |
| Relação interpessoal | 0,750 |
| Expectativas face ao cuidador | 0,746 |
| Perceção de autoeficácia | 0,835 |
| <i>Sobrecarga Total</i> | 0,690 |

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). Para avaliar a variável dependente – ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal, utilizámos a Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) de Lovibond e Lovibond (1995), adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado, e Leal (2004) a EADS-21.

Esta escala foi originalmente construída com base na teoria do modelo tripartido, modelo este que pretende clarificar a relação entre a ansiedade e a depressão e postula uma

estrutura e três grupos de sintomas distintos: sintomas específicos da ansiedade; sintomas específicos da depressão e sintomas inespecíficos, comuns à ansiedade e depressão, como por exemplo a insónia. É constituída por 21 itens e cada variável é medida por sete itens. Cada item consiste numa frase, numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, e à qual se pede ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou *na semana passada*. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas em escala tipo Likert onde é avaliada a extensão em que os sujeitos experimentaram, cada sintoma durante a última semana numa escala de quatro pontos de gravidade ou frequência “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes” e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala em que o mínimo é 7 e o máximo 21. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

Pela análise fatorial e de acordo com conceitos clínicos, os itens agrupam-se, nas três dimensões da seguinte forma: “**depressão**“ item 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21; “**ansiedade**“ item 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20; e “**stresse**“ item 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

Para cada uma destas subescalas foram utilizados os seguintes construtos:

- Depressão – Anedonia (item 3); Inércia (item 5); Desânimo (item 10); Disforia (item 13); Falta de interesse ou de envolvimento (item 16); Auto depreciação (item 17) e Desvalorização da vida (item 21);
- Ansiedade – Excitação do sistema autónomo (itens 2, 4 e 19); Efeitos músculo esqueléticos (item 7); Ansiedade situacional (item 9) e Experiências subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20);
- Stresse – Dificuldade em relaxar (itens 1 e 12); Excitação nervosa (item 8); Irritável/reacção exagerada (itens 6 e 11); Impaciência (item 14) e Facilmente agitado/chateado (item 18).

As perturbações ansiedade, depressão e stresse, de acordo com a EADS-21, são perturbações psicológicas concetualizadas e avaliadas em termos dimensionais e não categoriais, ou seja, são essencialmente diferenças de grau, sujeitos normais *versus* sujeitos com perturbação psicológica, que vão de “normal” a “muito grave”.

A validação para a população portuguesa revelou uma estrutura semelhante à original. A consistência interna (alfa de Cronbach) da versão portuguesa foi de 0,85 para a subescala de depressão; 0,47 para a subescala de ansiedade e 0,81 para a subescala de stress. A escala de

21 itens, esteve fortemente correlacionada com a escala de 41 itens e a correlação entre as três subescalas foi semelhante nas duas versões da escala (Pais-Ribeiro et al., 2004).

No estudo, a análise das propriedades psicométricas desta escala, revelam uma boa consistência interna, pois os valores de alfa de Cronbach oscilaram entre 0,902 na depressão e 0,879 na dimensão stresse.

Quadro 4 – Dimensões da escala de ansiedade, depressão e stresse

| DIMENSÕES | ALPHA DE CRONBACH |
|------------------|--------------------------|
| Ansiedade | 0,838 |
| Depressão | 0,802 |
| Stresse | 0,879 |

3.5 – PROCEDIMENTOS

O pedido formal de autorização à realização do presente estudo, foi efetuado ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, E.P.E., e ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., a fim de obtermos o consentimento para a colheita de dados (Anexo I e Anexo II).

Foram também oficializados, os pedidos aos autores que fizeram a validação para a população portuguesa dos instrumentos usados no estudo, para a sua aplicação (Anexo III e Anexo IV).

Pedido o consentimento informado, a todos os elementos que fazem parte da amostra, salvaguardando o anonimato, a confidencialidade e outros aspetos ético-legais do estudo (Anexo V).

O questionário, para além do seu conteúdo formal, apresentava na primeira página, toda a informação necessária, explicativa da natureza e objetivos do presente estudo (Anexo VI),

3.6 – ANÁLISE DOS DADOS

Após a colheita de dados, efetuámos uma primeira análise aos questionários, no intuito de fazer uma triagem e eliminarmos os que porventura se apresentassem incompletos ou mal

preenchidos, tendo-se em seguida iniciado o processo de codificação e tabulação de modo a possibilitar o tratamento estatístico.

No tratamento e análise dos dados, recorreu-se à **estatística descritiva** e analítica. Em relação à primeira, determinaram-se frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2005), do seguinte modo:

Quadro 5 – Valores do coeficiente de variação

| Coeficiente de variação | Classificação do Grau de dispersão |
|--------------------------------|---|
| 0% - 15% | Dispersão baixa |
| 16% - 30% | Dispersão moderada |
| > 30% | Dispersão alta |

No que respeita à **estatística inferencial**, fez-se uso da estatística paramétrica e não paramétrica.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, porque as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, só se recorreu a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.5 (Pestana & Gageiro 2005). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destacamos as que foram utilizadas no nosso estudo, e que seguidamente são descritas.

Teste de U-Mann Whitney (UMW) para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais.

Teste de Kruskal Wallis, para comparação de médias no caso concreto ordens médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos

diferentes (variável exógena – qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. Este teste é uma extensão do teste de U Mann Whitney que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro 2005).

Regressão, é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena – Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas – X) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é, permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efetuámos uma regressão linear simples. Por outro lado, quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuámos a regressão múltipla. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às **correlações de Pearson** que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2008) sugerem que:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Os valores de uma correlação oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade.

Teste de Qui Quadrado (χ^2), é utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se

inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo - 1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro 2008, p. 127, 128 e 131).

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância:

*$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa*

*$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa*

*$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa*

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizou-se o programa Statistical Package Social Science 20 para o Windows e Word Microsoft.

A apresentação dos resultados, efetuou-se com o recurso a tabelas e gráficos, onde são apresentados os dados mais relevantes. Houve omissão do local, data e fonte, em tabelas e gráficos, por todos os dados terem sido colhidos da mesma forma, através do instrumento de colheita de dados.

Postas estas considerações metodológicas, inicia-se no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo, tem o propósito de explicar o fenómeno em estudo, através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos, com os dados recolhidos no trabalho de campo. O processo de análise encontra-se estruturado de modo a dar resposta aos diferentes objetivos e às questões de investigação formuladas. A apresentação e análise dos resultados será repartida por duas partes, na primeira proceder-se-á a uma análise de tipo descritivo e na segunda, será feita uma análise do tipo inferencial.

4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Na análise descritiva agora apresentada, é elaborado um perfil dos indivíduos que participaram no estudo, apresentando um conjunto de características que os distinguem de forma inequívoca (Fortin, 2009).

4.1.1 – Variáveis de contexto familiar

Esta parte do trabalho, pretende proceder a uma caracterização do contexto familiar que envolve os inquiridos.

Situação laboral do familiar

Relativamente a esta variável, verificamos que os familiares doentes estão essencialmente reformados (44,2%), seguindo-se os desempregados (30,8%) e os empregados (20,2%). Curiosamente apenas 4,8% se encontram de baixa médica.

Analisando a distribuição da situação profissional por género, constatamos que as mulheres, estão distribuídas proporcionalmente à amostra total, enquanto os homens estão em maior grupo percentual desempregados (16,3%) e reformados (12,5%).

Na sequência desta questão quisemos saber se os desempregados e os reformados estavam ocupados: as respostas dadas e expressas na tabela 3 mostram, que a maioria (59,0%) está desocupada e os restantes 41,0% ocupados.

Avaliando esta variável por sexo verifica-se que há uma inversão na ocupação entre homens e mulheres, uma vez que as percentagens mais elevadas para as mulheres se situam no item “desocupado” e no caso dos homens o item “ocupado”.

Nº de horas de acompanhamento

Relativamente a esta variável constatamos que a maioria dos cuidadores passam entre 9 a 24 horas com os seus familiares, o que não nos surpreende se tivermos em conta que são também maioritariamente cônjuges. Porém temos ainda 24,0% que refere acompanhar entre 1-8 horas por dia o seu familiar.

Esta constatação verifica-se quer para homens quer para mulheres.

Existe doença psiquiátrica noutros familiares?

Os resultados relativos a esta questão mostram que apenas 32,7% dos inquiridos responde afirmativamente ou seja há outros familiares com doença psiquiátrica e os restantes 67,3% afirmam não existir.

A distribuição por sexo não revela grandes diferenças em relação a distribuição geral.

Tabela 5 – Caracterização do contexto familiar dos elementos da amostra

| VARIÁVEIS | GÉNERO | | MASCULINO | | FEMININO | | TOTAL | |
|------------------------------------|--------|------|-----------|------|----------|------|-------|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| SITUAÇÃO PROFISSIONAL | | | | | | | | |
| Empregado | 7 | 6,7 | 14 | 13,5 | 21 | 20,2 | | |
| Baixa médica | 2 | 1,9 | 3 | 2,9 | 5 | 4,8 | | |
| Desempregado | 17 | 16,3 | 15 | 14,4 | 32 | 30,8 | | |
| Reformado | 13 | 12,5 | 33 | 31,7 | 46 | 44,2 | | |
| DESEMPREGADO/REFORMADO | | | | | | | | |
| Ocupado | 16 | 20,5 | 16 | 20,5 | 32 | 41,0 | | |
| Desocupado | 14 | 17,9 | 32 | 41,0 | 46 | 59,0 | | |
| Nº Horas/dia | | | | | | | | |
| 1-8 | 9 | 8,7 | 16 | 15,4 | 25 | 24,0 | | |
| 9-16 | 13 | 12,5 | 20 | 19,2 | 33 | 31,7 | | |
| 17-24 | 17 | 16,3 | 29 | 27,9 | 46 | 44,2 | | |
| DOENÇA PSIQUIATRICA NOUTROS | | | | | | | | |
| Não | 29 | 27,9 | 41 | 39,4 | 70 | 67,3 | | |
| Sim | 10 | 9,6 | 24 | 23,1 | 34 | 32,7 | | |

Conhecimento sobre a doença

Relativamente à questão “conhece a doença do seu familiar” verificamos uma amostra dividida, uma vez que a maioria (54,8%) das respostas integra o item sim e 45,2% responde não.

A análise por género mostra que existem diferenças entre homens e mulheres, uma vez que os homens afirmam ter mais conhecimentos do que as mulheres.

No seguimento desta questão quisemos ainda saber se descreviam nominalmente as doenças: as respostas dadas e expressas na tabela 5 mostram, que a maioria (57,9%) dos inquiridos identifica a depressão, seguindo-se a demência e a esquizofrenia com igual valor percentual (10,5%), depois a doença bipolar, epilepsia e alcoolismo/drogas.

Avaliando esta variável por sexo verifica-se que as mulheres, descrevem sobretudo três patologias, a depressão, a demência e a esquizofrenia enquanto os homens referem depressão, epilepsia doença bipolar e alcoolismo/drogas.

Anos de acompanhamento

Quisemos também saber há quanto tempo (em anos) vinham à consulta com os familiares: pudemos constatar que a maioria dos respondentes (60,6%) o faz num período inferior a 5 anos e os restantes há 6 e mais anos.

Avaliando esta variável por sexo verificamos que existem algumas diferenças entre homens e mulheres, uma vez que estas referem menos tempo que os homens.

Tabela 6 – Caracterização do contexto familiar dos Participantes (continuação)

| VARIÁVEIS \ GÉNERO | MASCULINO | | FEMININO | | TOTAL | |
|-------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| CONHECE A DOENÇA | | | | | | |
| Não | 13 | 12,5 | 34 | 32,7 | 47 | 45,2 |
| Sim | 26 | 25,0 | 31 | 29,8 | 57 | 54,8 |
| S/SIM QUAL | | | | | | |
| Demência | 2 | 3,5 | 4 | 7,0 | 6 | 10,5 |
| Esquizofrenia | 1 | 1,8 | 5 | 8,8 | 6 | 10,5 |
| Depressão | 16 | 28,1 | 17 | 29,8 | 33 | 57,9 |
| Alcoolismo/drogas | 2 | 3,5 | 1 | 1,8 | 3 | 5,3 |
| Doença Bipolar | 2 | 3,5 | 3 | 5,3 | 5 | 8,8 |
| Epilepsia | 3 | 5,3 | 1 | 1,8 | 4 | 7,0 |
| ANOS DE ACOMPANHAMENTO | | | | | | |
| 0-5 | 21 | 20,2 | 42 | 40,4 | 63 | 60,6 |
| ≥6 | 18 | 17,3 | 23 | 22,1 | 41 | 39,4 |
| INTERNAMENTOS | | | | | | |
| Não | 22 | 21,2 | 32 | 30,8 | 54 | 51,9 |
| Sim | 17 | 16,3 | 33 | 31,7 | 50 | 48,1 |
| S/SIM | | | | | | |
| 1-2 | 7 | 14,0 | 26 | 52,0 | 33 | 66,0 |
| ≥3 | 10 | 20,0 | 7 | 14,0 | 17 | 34,0 |

Nº internamentos

Uma outra questão colocada prendia-se com o facto de saber se o “familiar já tinha estado internado”: as respostas da maioria (51,9%) recaem no item não e 48,1% respondem afirmativamente.

Aos que responderam afirmativamente perguntámos ainda o nº de vezes que o familiar tinha sido internado. As respostas de 66,0% dos participantes mostram ter acontecido 1-2 vezes e os restantes (34,0%) 3 e mais vezes. Também aqui os homens referem mais internamentos do que as mulheres.

Perceção no cuidar

Os resultados que iremos analisar na tabela 7, referem-se à perceção do cuidador sobre aspetos diversos do familiar que acompanha. Procedemos a uma recodificação da variável “*Perceção no cuidar*” tendo resultado cinco dimensões constantes na tabela abaixo descrita: *comportamento* (questão 8); *conhecimento sobre a doença* (questões 11 e 12); *atitudes positivas* (questões 14 e 15); *sobrecarga financeira* (questões 10 e 13) e *atitudes negativas* (questões 9, 16, 17 e 18). Fizemos a inversão das questões que se encontravam formuladas de forma negativa: questões 8, 9, 10, 12, 14 e 15, e apresentamos as questões numa escala tipo likert, ordenadas e cotadas entre 1 (mínimo) e 5 (máximo).

Assim podemos ver que ao nível do *comportamento* os valores oscilam entre 1(min) e 5 (max) com uma média de 3,70 e um desvio padrão de 1,20; já a dimensão *conhecimento sobre a doença* varia entre 1(min) e 5 (max) com uma média de 2,87 e um desvio padrão de 1,09; as *atitudes positivas* apresentam valores que oscilam entre 1 (min) e 5 (max) com uma média de 3,64 e um desvio padrão de 1,18;a *sobrecarga financeira* sentida varia entre 1 (min) e 5 (max) com uma média de 2,40 e um desvio padrão de 0,98; já as *atitudes negativas* apresentam valores que se distribuem entre 1 (min) e 5 (max) com uma média de 3,61 e um desvio padrão de 0,77. Podemos ainda constatar que os valores mais positivos (melhores médias) se encontram ligados ao comportamento, às atitudes positivas e às atitudes negativas. Inversamente os valores inferiores estão relacionados com a sobrecarga financeira e os conhecimentos sobre a doença.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou Kurtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das dimensões, é simétrica e mesocúrtica à exceção das atitudes positivas onde o SK é assimétrico negativo com enviesamento à direita.

Os coeficientes de variação apresentam em todas as dimensões uma elevada dispersão (>30%) exceto no caso das atitudes negativas onde se verifica uma dispersão moderada.

Tabela 7 – Perceção no Cuidar

| Questões | Min | Máx | \bar{x} | Dp | Sk | K | CV (%) |
|------------------------------------|-----|-----|-----------|------|-------|-------|--------|
| Comportamento | 1 | 5 | 3,70 | 1,20 | -1,62 | -2,01 | 32,43 |
| Conhecimento Sobre a Doença | 1 | 5 | 2,87 | 1,09 | -0,22 | -1,82 | 37,97 |
| Atitudes Positivas | 1 | 5 | 3,64 | 1,18 | -2,28 | -1,65 | 32,41 |
| Sobrecarga Financeira | 1 | 5 | 2,40 | 0,98 | 1,90 | -0,66 | 40,83 |
| Atitudes Negativas | 1 | 5 | 3,61 | 0,77 | -1,67 | -0,61 | 21,32 |

Funcionalidade Familiar

Uma boa funcionalidade familiar percebida causa um “efeito intenso na satisfação geral da vida”, e por isso aplicámos a escala de Apgar.

Centrando a nossa atenção na distribuição dos cuidadores pelos três níveis funcionais do Apgar familiar verificamos, (c.f. tabela 8) que as perceções são maioritariamente positivas uma vez que 65,4%, entende ter famílias funcionais. Contudo de referir que 26,9% dos respondentes classifica-a com moderadamente disfuncional e com percentagens menores (7,7%) os que identificam disfunções acentuadas.

A distribuição por género mostra a mesma tendência distributiva pelos diferentes itens, e o teste Qui-Quadrado demonstra que não existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($X^2=2,792$; $p=0,248$).

Tabela 8 – Perceção dos inquiridos sobre a funcionalidade familiar

| Funcionalidade Familiar | MASCULINO | | FEMININO | | TOTAL | |
|-------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Disfunção acentuada | 4 | 3,8 | 4 | 3,8 | 8 | 7,7 |
| Moderada disfunção | 7 | 6,7 | 21 | 20,2 | 28 | 26,9 |
| Funcional | 28 | 26,9 | 40 | 38,5 | 68 | 65,4 |
| TOTAL | 39 | 37,5 | 65 | 62,5 | 104 | 100 |

($X^2=2,792$; $p=0,248$).

4.1.2 – Variáveis psicossociais

Suporte social

Os dados da tabela 9 expressam o suporte social (total e dimensões) percebido pelos participantes do nosso estudo. Relembramos que valores mais elevados correspondem a perceções de maior suporte social, podendo o total da escala variar entre 15 e 75 pontos.

Assim, relativamente ao suporte total podemos verificar, que ronda níveis baixos oscilando entre 15 (min) e 51 (máx) com uma média de 37,38 pontos (metade do máximo possível).

Analisando cada uma das dimensões podemos constatar que a satisfação dos participantes com o suporte é mais elevada nas atividades sociais ($\bar{x}=9,04$; $Dp=3,38$), seguindo-se o suporte social íntimo ($\bar{x}=10,08$; $Dp=2,26$), a satisfação com os amigos ($\bar{x}=11,95$; $Dp=3,18$) e por fim a mais baixa ($\bar{x}=6,40$; $Dp=2,75$) reflete-se na satisfação com a família.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness) e de achatamento ou Kurtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das dimensões, é simétrica e mesocúrtica à exceção da satisfação com os amigos onde o SK e o K apresentam uma distribuição assimétrica positiva com enviesamento á esquerda, e leptocúrtica respetivamente.

Os coeficientes de variação apresentam uma elevada dispersão (>30%) nas dimensões satisfação com a família e atividades sociais e nas restantes uma dispersão moderada

Tabela 9 – Estatísticas descritivas sobre o Suporte Social

| <i>Dimensões</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | \bar{x} | <i>Dp</i> | <i>Sk</i> | <i>K</i> | <i>CV (%)</i> |
|---------------------------------|------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|
| Satisfação com os amigos | 5 | 25 | 11,95 | 3,18 | 3,18 | 5,40 | 26,61 |
| Intimidade | 4 | 14 | 10,08 | 2,26 | -2,81 | 0,59 | 22,42 |
| Satisfação com a Família | 3 | 13 | 6,40 | 2,75 | 2,33 | -1,16 | 42,96 |
| Atividades Sociais | 3 | 15 | 9,04 | 3,38 | 0,431 | -1,95 | 37,38 |
| <i>Suporte Total</i> | 15 | 51 | 37,38 | 5,92 | -2,82 | 4,58 | 15,83 |

Sobrecarga do cuidador (ESC)

Os dados da tabela 10, expressam a sobrecarga que estes cuidadores apresentam (total e dimensões) em consequência do acompanhamento que fazem aos familiares doentes. Relembramos que a maiores scores correspondem maiores perceções de sobrecarga e o valor total oscila entre 22 e 110 pontos.

Assim, considerando a sobrecarga total verificamos, que se situa em níveis baixos oscilando entre 22 (min) e 98 (máx) com uma média de 48,66 pontos (sobrecarga ligeira) e um Dp de 17,25 e CV com elevada dispersão.

Analisando cada uma das dimensões podemos constatar, que o impacto da prestação de cuidados apresenta uma (M=22,57), a relação interpessoal com (M=9,52), as expectativas face ao cuidador com (M=12,58) e por fim a perceção de autoeficácia com (M = 3,97).

Tabela 10 – Estatísticas descritivas da sobrecarga do cuidador

| <i>Dimensões</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | \bar{x} | <i>Dp</i> | <i>Sk</i> | <i>K</i> | <i>CV (%)</i> |
|---|------------|------------|--------------|--------------|-------------|--------------|---------------|
| Impacto da prestação de cuidados | 11 | 51 | 22,57 | 10,07 | 3,85 | -0,341 | 44,61 |
| Relação interpessoal | 5 | 22 | 9,52 | 4,29 | 4,46 | 0,89 | 45,06 |
| Expectativas face ao cuidador | 4 | 20 | 12,58 | 4,49 | -0,01 | -2,32 | 35,69 |
| Perceção de autoeficácia | 2 | 10 | 3,97 | 1,82 | 2,90 | 0,12 | 45,84 |
| <i>Sobrecarga Total</i> | 22 | 98 | 48,66 | 17,25 | 2,80 | -0,35 | 35,45 |

O autor da escala (Sequeira, 2007) propõe ainda os seguintes pontos de corte: <a 46 – sem sobrecarga; entre 46 e 56 – sobrecarga ligeira; >56 sobrecarga intensa.

Assim de acordo com estes três níveis classificativos (c.f. tabela 11) verificamos, que a maioria (51,9%) se coloca no item “sem sobrecarga”, 18,3% na sobrecarga ligeira e apenas 29,8% percebe uma sobrecarga intensa.

Tabela 11 – Níveis de corte da sobrecarga dos Cuidadores

| Classificação da sobrecarga | N | % |
|------------------------------------|------------|------------|
| Sem sobrecarga | 54 | 51,9 |
| Sobrecarga ligeira | 19 | 18,3 |
| Sobrecarga intensa | 31 | 29,8 |
| Total | 104 | 100 |

4.1.3 – Perturbações psicológicas: Ansiedade, depressão e Stresse

A tabela 12 reflete os resultados que traduzem os níveis de ansiedade, depressão e stresse (variável dependente do estudo) dos nossos participantes. Cada uma das dimensões pode variar entre um min de 0 e 21 de max. Os valores mais elevados em cada subescala correspondem estados afetivos mais negativos.

Assim, relativamente à ansiedade podemos verificar, que varia para os nossos inquiridos entre 0 e 18 com uma média de 3,34 e um Dp de 3,93; já a depressão varia entre 0 e 17 com uma média de 3,59 e um Dp de 9,52. A dimensão onde os valores são mais elevados acontecem no stresse (logo maiores níveis de stress) oscilando entre 0 e 18 com uma média de 6,17. Os coeficientes de variação apresentam uma elevada dispersão (>30%) em todas as dimensões.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou Kurtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das dimensões, é assimétrica positiva com enviesamento á esquerda, e leptocurtica exceto no stress onde é mesocurtica.

Tabela 12 – Estatísticas descritivas sobre ansiedade, depressão e Stresse

| <i>Sub-escalas</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | \bar{x} | <i>Dp</i> | <i>Sk</i> | <i>K</i> | <i>CV (%)</i> |
|--------------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|---------------|
| Ansiedade | 0 | 18 | 3,34 | 3,93 | 7,94 | 7,52 | 117,66 |
| Depressão | 0 | 17 | 3,59 | 4,11 | 5,55 | 2,09 | 114,48 |
| Stresse | 0 | 18 | 6,17 | 3,93 | 2,38 | -0,05 | 63,69 |

4.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Terminada a análise descritiva dos dados passaremos à apresentação e análise inferencial no sentido de procurarmos dar resposta às questões de investigação que formulámos e que foram apresentadas no decurso da metodologia.

4.2.1 – Relação entre variáveis sociodemográficas e ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal

A primeira questão procura determinar em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam a ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal do doente mental. Procuramos dar resposta a esta questão estudando algumas variáveis sociodemográficas do cuidador informal, nomeadamente: o género; idade; estado civil; habilitações académicas; local de residência e situação profissional.

Relação entre ansiedade, depressão e stresse e género do cuidador

Para verificarmos a influência do género na ansiedade depressão e stresse, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 13, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) em todas as dimensões da escala para as duas variáveis em estudo.

Pelos valores das ordenações médias, constatamos que são os elementos do sexo feminino aqueles que apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões, o que significa que são também os que apresentam mais ansiedade, depressão e stresse.

Face a estes resultados somos levados a aceitar a relação formulada, afirmando que o género (feminino) influencia a ansiedade depressão e stresse dos inquiridos.

Tabela 13 – Teste U de Mann-Whitney entre género e a ansiedade depressão e stresse dos participantes

| DIMENSÕES | GENERO | MASCULINO | FEMININO | U | P |
|-----------|--------|-----------|-----------|---------|-------|
| | | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| Ansiedade | | 42,08 | 58,75 | 861,000 | 0,006 |
| Depressão | | 43,91 | 57,65 | 932,500 | 0,023 |
| Stresse | | 43,29 | 58,02 | 908,500 | 0,016 |

Relação entre ansiedade, depressão e stresse e idade do cuidador

De forma a entender a relação entre idade e a ansiedade, depressão e stresse dos participantes, efectuou-se o Teste Kruskal-Wallis. A tabela 14 mostra pelos valores de p que não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0.05$) em nenhuma das sub-escalas e as idades dos participantes.

Não obstante a rejeição da relação, para as três sub-escalas os valores ordenados das médias mostram que as variáveis ansiedade e a depressão aumentam com o aumento da idade, ao contrário do stresse que é maior nos sujeitos com idades menores.

Assim, rejeitamos a relação formulada dizendo que no nosso estudo a idade não interfere na ansiedade, depressão e stresse dos participantes.

Tabela 14 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e a ansiedade depressão e stresse dos participantes

| DIMENSÕES | IDADES | 20-40 | 41-60 | ≥ 61 | x ² | P |
|-----------|--------|-----------|-----------|-----------|----------------|-------|
| | | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| Ansiedade | | 46,00 | 51,21 | 59,36 | 2,448 | 0,294 |
| Depressão | | 49,25 | 52,97 | 53,61 | 0,268 | 0,874 |
| Stresse | | 62,97 | 51,69 | 47,45 | 3,019 | 0,221 |

Relação entre ansiedade, depressão e stresse e o estado civil do cuidador

Para testar esta relação, procedemos a uma recodificação da variável “estado civil” tendo resultado dois grupos: os acompanhados (casados e união de facto) e não acompanhados (solteiros, viúvos e divorciados).

Assim no sentido de perceber a influência do estado civil sobre a ansiedade depressão e stresse dos participantes, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney.

Ao observar os dados da tabela 15, constatamos que não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) em nenhuma das dimensões da escala, rejeitando-se deste modo a relação enunciada.

Porém centrando-nos nos valores ordenados das médias verificamos que são os participantes acompanhados que apresentam valores médios inferiores em todas as dimensões da escala comparados com os não acompanhados, o que significa que os não acompanhados apresentam maiores níveis de ansiedade, maior depressão e stresse.

Assim, rejeitamos a relação formulada dizendo que no nosso estudo o estado civil não interfere na ansiedade, depressão e stresse dos participantes.

Tabela 15 – Teste U de Mann-Whitney entre estado civil e a ansiedade depressão e stresse dos participantes

| ESTADO CIVIL DIMENSÕES | ACOMPANHADO | NÃO ACOMPANHADO | U | P |
|---------------------------|-------------|--------------------|---------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| Ansiedade | 51,67 | 56,21 | 737,000 | 0,548 |
| Depressão | 52,07 | 54,42 | 771,000 | 0,756 |
| Stresse | 50,22 | 62,71 | 613,500 | 0,101 |

Relação entre ansiedade, depressão e stresse e habilitações académicas do cuidador

Recorremos mais uma vez ao Teste Kruskal-Wallis para verificar se existe relação entre “habilitações académicas” e a ansiedade, depressão e stresse dos participantes.

Ao observar a tabela 16, constatou-se que não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0.05$) entre grupos nas dimensões depressão e stress. Contudo existem diferenças estatísticas significativas ($p=0,001$) na sub-escala ansiedade, permitindo-nos afirmar que os participantes com o 1º, 2º e 3º ciclos de escolaridade possuem mais ansiedade que aqueles que tem ensino superior e ensino secundário.

Usou-se o Teste post-hoc tests e verificou-se que as diferenças se situam entre os que possuem o 1º e 2º ciclo com o ensino secundário ($p=0,001$).

Em sequência aceitamos parcialmente a relação enunciada, para a dimensão ansiedade e rejeitamo-la para a depressão e stresse.

Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre habilitações académicas e a ansiedade depressão e stresse dos participantes

| DIMENSÕES \ ENSINO | 1º e 2º ciclo | 3º ciclo | Secundário | Superior | x ² | P |
|--------------------|---------------|-----------|------------|-----------|----------------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| Ansiedade | 63,76 | 51,32 | 34,48 | 43,24 | 15,846 | 0,001 |
| Depressão | 55,55 | 52,21 | 45,23 | 52,76 | 1,704 | 0,636 |
| Stresse | 51,47 | 52,21 | 52,53 | 55,71 | 0,252 | 0,969 |

Relação entre ansiedade, depressão e stresse e local de residência do cuidador

Para testar esta relação recorreu-se à utilização do teste T U de Mann-Whitney.

Os dados expressos na tabela 17, revelam que não existe diferença estatística significativa ($p=0,790$) na dimensão ansiedade, mas existe para a depressão ($p=0,044$) e stresse ($p=0,041$).

Os valores das ordenações das médias, mostram que são os cuidadores que vivem em meio rural os que apresentam médias mais elevadas nas dimensões depressão e stresse, o que significa que são também os que apresentam maiores níveis de depressão e stresse.

Deste modo somos levados a aceitar parcialmente a relação enunciada, para as dimensões depressão e stresse e rejeitamo-la para a ansiedade.

Tabela 17 – Teste U de Mann-Whitney entre a residência e a ansiedade depressão e stresse dos participantes

| LOCAL RESIDENCIA DIMENSÕES | URBANO | RURAL | U | P |
|-------------------------------|-----------|-----------|----------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| Ansiedade | 51,38 | 53,04 | 1152,000 | 0,790 |
| Depressão | 44,06 | 56,60 | 903,000 | 0,044 |
| Stresse | 43,84 | 56,71 | 895,500 | 0,041 |

Relação entre ansiedade, depressão e stresse e situação profissional do cuidador

Esta relação pretende constatar se a situação profissional dos participantes interfere na ansiedade, depressão e stresse dos mesmos.

Para testar esta relação, procedemos a uma recodificação da variável “situação profissional” tendo resultado dois grupos: os empregados (que incluem empregados, e trabalhadores por conta própria) e os desempregados (desempregados, reformados e baixa médica).

Os dados expressos na tabela 18, mostram a não existência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0.05$) em nenhuma das subescalas.

Porém se observarmos os valores médios verificamos que os desempregados/reformados apresentam maior ansiedade e depressão do que os que estão empregados, inversamente ao stresse que é superior nos indivíduos que trabalham.

Assim, mais uma vez somos levados a rejeitar a relação formulada dizendo que no nosso estudo a situação profissional não interfere na ansiedade depressão e stresse dos participantes.

Tabela 18 – Teste U de Mann-Whitney entre situação profissional e a ansiedade depressão e stresse dos participantes

| SITUAÇÃO LABORAL DIMENSÕES | EMPREGADO | DESEMPR/REFORM | U | P |
|-------------------------------|-----------|----------------|----------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| Ansiedade | 46,81 | 56,51 | 1067,000 | 0,102 |
| Depressão | 52,43 | 52,55 | 1308,500 | 0,984 |
| Stresse | 57,27 | 49,14 | 1106,500 | 0,174 |

4.2.2 – Relação entre funcionalidade familiar, sobrecarga do cuidador e suporte social e as perturbações psicológicas ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal

A 3ª questão, procura saber de que modo a funcionalidade familiar, o suporte social e a sobrecarga do cuidador produzem perturbações psicológicas, concretamente aumento dos níveis de ansiedade, de estado depressivo e stresse.

Associação entre ansiedade, depressão e stresse e funcionalidade familiar do cuidador.

Para testar esta associação foi aplicado mais uma vez o teste de Kruskal-Wallis. Os dados da tabela 19 mostram que relativamente a dimensão ansiedade não existem diferenças estatísticas significativas ($p=0,201$), contudo na depressão e stresse estas são altamente significativas, levando-nos a inferir que os participantes que percecionam famílias com disfunções acentuadas são aqueles que apresentam maiores níveis de depressão e stresse.

Usou-se o Teste post-hoc tests e verificou-se para a depressão as diferenças situam-se entre os que têm disfunção acentuada e os funcionais ($p=0,006$) e entre os de moderada disfunção e os funcionais ($p=0,011$), para o stresse entre os que têm disfunção acentuada e os funcionais ($p=0,020$) e entre os de moderada disfunção e os funcionais ($p=0,000$).

Face aos resultados, aceitamos parcialmente a associação formulada para as dimensões depressão e stresse e rejeitamo-la para a ansiedade.

Tabela 19 – Teste Kruskal-Wallis entre a funcionalidade familiar e a ansiedade depressão e stresse dos participantes

| DIMENSÕES | Disfunção acentuada | Moderada disfunção | Funcional | F | P |
|-----------|---------------------|--------------------|-----------|--------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| Ansiedade | 54,88 | 60,71 | 48,84 | 3,205 | 0,201 |
| Depressão | 78,06 | 63,50 | 44,96 | 14,097 | 0,001 |
| Stresse | 70,56 | 70,34 | 43,03 | 19,507 | 0,000 |

Associação entre ansiedade, depressão e stresse e sobrecarga do cuidador

Para testar esta associação recorreu-se mais uma vez ao Teste Kruskal-Wallis.

Os resultados obtidos e (expressos na tabela 20), mostram que quanto maior é a sobrecarga percebida maiores são os níveis de ansiedade depressão e stresse manifestados, sendo estas diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$) para as dimensões depressão e stresse e bastante significativa ($p=0,002$) para a ansiedade.

Usou-se o Teste *post-hoc* e verificou-se que as diferenças localizam-se para a ansiedade entre o grupo sem sobrecarga e com sobrecarga intensa ($p=0,002$), para a depressão localizam-se entre o grupo sem sobrecarga e com sobrecarga ligeira ($p=0,000$) e sem sobrecarga e com sobrecarga intensa ($p=0,000$) e para o stresse localizam-se entre o grupo sem sobrecarga e sobrecarga ligeira ($p=0,003$) e entre o grupo sem sobrecarga e sobrecarga intensa ($p=0,000$).

Assim, aceitamos a associação formulada dizendo que no nosso estudo a sobrecarga sentida interfere significativamente na ansiedade depressão e stresse dos participantes.

Tabela 20 – Teste Kruskal-Wallis entre a sobrecarga e a ansiedade depressão e stresse dos participantes

| DIMENSÕES \ ENSINO | Sem sobrecarga | Sobrecarga ligeira | Sobrecarga intensa | χ^2 | P |
|--------------------|----------------|--------------------|--------------------|----------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| Ansiedade | 42,56 | 59,87 | 65,29 | 12,876 | 0,002 |
| Depressão | 32,72 | 68,21 | 77,32 | 50,740 | 0,000 |
| Stresse | 38,86 | 63,03 | 69,81 | 23,731 | 0,000 |

Relação entre o suporte social percebido e a ansiedade depressão e stresse dos cuidadores.

Procurando dar resposta a esta questão de investigação efetuámos uma regressão múltipla, dado que é o método utilizado por excelência, quando pretendemos realizar análises multivariadas, ou seja, quando se pretende estudar mais que uma variável exógena

(independente) de natureza quantitativa em simultâneo e uma variável endógena (dependente) também de natureza quantitativa. Para o estudo da relação entre a variável dependente ansiedade, depressão e stresse, com as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) suporte social (satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família, atividades sociais e suporte social global) funcionamento familiar e sobrecarga do cuidador (impacto de prestação de cuidados, relações interpessoais, expectativas face ao cuidar, perceção de autoeficácia e sobrecarga do cuidador global), fizemos uso da estatística multivariada com recurso à regressão múltipla. Esta técnica estatística, efetua-se quando pretendemos estudar a relação entre uma variável dependente e mais que uma variáveis independentes. Utilizamos o método stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Relação entre variáveis independentes e ansiedade

No que concerne à ansiedade, pela tabela 21, notamos que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes oscilam entre o ínfimo ($r = -0.067$) no suporte social global e o razoável ($r = 0.441$) na satisfação com os amigos. Verificamos que a ansiedade estabelece relações inversas com o sexo (dummy), intimidade, atividades sociais, funcionamento familiar, e perceção de autoeficácia e positivas com as restantes, sendo significativas apenas para a satisfação com os amigos, satisfação com a família, atividades sociais, impacto de prestação de cuidados, relações interpessoais, expectativas face ao cuidar e sobrecarga do cuidador (global) pelo que podemos afirmar que quanto menores os índices onde a correlação é negativa e maiores onde é positiva, maior o nível de ansiedade.

Tabela 21 - Correlação de Pearson entre variáveis independentes e ansiedade

| Variáveis | R | P |
|----------------------------------|--------|-------|
| Idade | 0.150 | 0.064 |
| Sexo (dummy) | -0.210 | 0.016 |
| Satisfação com os amigos | 0.441 | 0.000 |
| Intimidade | -0.113 | 0.126 |
| Satisfação com a família | 0.203 | 0.019 |
| Atividades sociais | -0.406 | 0.000 |
| Suporte social (global) | 0.067 | 0.248 |
| Funcionamento familiar | -0.095 | 0.168 |
| Impacto de prestação de cuidados | 0.440 | 0.000 |
| Relação interpessoal | 0.276 | 0.002 |
| Expectativas face ao cuidar | 0.364 | 0.000 |
| Perceção autoeficácia | -0.086 | 0.192 |
| Sobrecarga do cuidador (global) | 0.411 | 0.000 |

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a satisfação com amigos dado que é a que apresenta maior coeficiente de correlação em valor absoluto. No primeiro modelo a sua variabilidade era de 19.5% e o erro padrão de regressão situava-se nos 3.551.

No segundo modelo de regressão, deu entrada o Impacto de prestação de cuidados e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 28.9% da variabilidade na ansiedade, tendo o erro estimado diminuído ligeiramente para 3.353. A última variável a entrar no modelo de regressão foi a funcionalidade familiar. Os resultados deste último modelo apresentam-se no quadro 6. Através da sua análise notamos que as três variáveis em conjunto explicam 34.6% com uma percentagem de variância explicada ajustada de 32.8% e um erro padrão estimado a situar-se entre 3.232.

Através do Variance Inflation Factor (VIF) para diagnosticar a multicolinearidade que oscilou entre (VIF = 1.187) e (VIF= 1.474) observa-se que as variáveis presentes no modelo não são colineares.

Os testes F são estatisticamente significativos, o que nos leva a afirmar sobre a dependência destas variáveis e os valores de t, dado também apresentarem significância estatística, indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na ansiedade tornando-se preditoras .

Pelos coeficientes padronizados beta notamos que o impacto de prestação de cuidados é a que apresenta maior peso preditivo, e a menor a funcionalidade familiar. Estas variáveis estabelecem com a ansiedade uma correlação positiva inferindo-se daí que quanto menores a funcionalidade familiar e a satisfação com amigos e maior o impacto de prestação de cuidados maiores os níveis de ansiedade

Quadro 6 – Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a dimensão Ansiedade

| VARIÁVEL DEPENDENTE = Ansiedade | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|----------------------------------|---------------------|---------------|----------------------|
| R Múltiplo = 0,588 | | | | | |
| R ² = 0,346 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,326 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 3,232 | | | | | |
| Incremento do r= 0.057 | | | | | |
| F= 8.719 | | | | | |
| p= 0.004 | | | | | |
| SUMÁRIO DA REGRESSÃO | | | | | |
| Variáveis Independentes | Coefficient e B | Coefficiente Padronizado β | T | p | Colinearidade de VIF |
| Constante | -9.861 | | | | |
| Satisfação amigos | 0.475 | 0,385 | 4.365 | 0.843 | 1.187 |
| Impacto prestação e cuidados | 0.181 | 0.464 | 4.741 | 0.683 | 1.463 |
| Funcionalidade familiar | 0.465 | 0.290 | 2.935 | 0.678 | 1.474 |
| ANÁLISE DE VARIÂNCIA | | | | | |
| Fonte | Soma Quadrados | Gl | Média dos Quadrados | F | P |
| Regressão | 552.706 | 3 | 184.235 | 17.633 | 0,000*** |
| Residual | 1044.833 | 100 | 10.448 | | |
| Total | 1597.538 | 103 | | | |

Relação entre variáveis independentes e depressão

Para a depressão pelo quadro 7 notamos que as correlações entre este com as variáveis independentes são ínfimas, para a idade ($r=-0.092$, percepção da auto-eficácia ($r= -0.096$) e suporte social global ($r= 0.096$) e para as restantes oscila entre o fraco ($r= -0.196$) na variável sexo (dummy) e boa ($r= 0.674$) no Impacto prestação de cuidados.

Encontramos uma relação inversa para o sexo, intimidade, atividade social e funcionamento familiar e percepção da autoeficácia, pelo que podemos afirmar que quanto mais baixos os índices nas variáveis cuja relação é inversa e mais elevadas nas restantes, mais elevado o estado depressão. As diferenças apenas não são estatisticamente significativas na idade, suporte social (global) e percepção da autoeficácia.

Tabela 22 - Correlação de Pearson entre variáveis independentes e depressão

| Variáveis | R | P |
|---------------------------------|--------|-------|
| Idade | 0.092 | 0.176 |
| Sexo (dummy) | -0.195 | 0.024 |
| Satisfação com amigos | 0.517 | 0.000 |
| Intimidade | -0.225 | 0.011 |
| Satisfação com a família | 0.391 | 0.000 |
| Atividades sociais | -0.513 | 0.000 |
| Suporte social (global) | 0.096 | 0.165 |
| Funcionamento familiar | -0.340 | 0.000 |
| Impacto prestação de cuidados | 0.674 | 0.000 |
| Relação interpessoal | 0.504 | 0.000 |
| Expectativas face ao cuidar | 0.505 | 0.000 |
| Perceção de autoeficácia | -0.096 | 0.166 |
| Sobrecarga do cuidador (global) | 0.641 | 0.000 |

Neste modelo de regressão encontramos duas variáveis predictoras da depressão. A primeira a entrar no modelo foi o impacto na prestação cuidados que estabelece uma correlação em valor absoluto de 0.674 apresentando uma percentagem de variância explicada de 45.5% da variação da depressão, com um erro padrão de regressão de 3.056.

A segunda variável a entrar diz respeito à satisfação com os amigos que explica por si só 8.9%. A correlação que as variáveis estabelecem com o estado depressivo é bom ($r=0.740$), explicando no seu conjunto 54.7% da sua variabilidade. O erro padrão da estimativa neste segundo modelo situou-se 2.798 e o valor da (VIF) indica-nos que as variáveis não são colineares, porquanto os valores apresentados são inferiores ao valor de referencia (5.0) conforme referem Pestana & Gageiro (2007) e Maroco (2011).

Os testes F e os valores de t são significativos o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo o que nos leva a inferir que as variáveis que entraram no modelo têm poder discriminativo no estado depressivo. Por sua vez os coeficientes padronizados beta indica que as duas variáveis apresentam uma relação positiva ou direta sendo que o Impacto prestação de cuidados é o que revela maior peso preditivo.

Quadro 7 – Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a dimensão depressão

| VARIÁVEL DEPENDENTE = depressão | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|----------------------------------|---------------------|--------|----------------------|
| R = 0,740 | | | | | |
| R ² = 0,547 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,538 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 2.798 | | | | | |
| Incremento do r= 0.093 | | | | | |
| F= 20.637 | | | | | |
| p= 0.000 | | | | | |
| SUMÁRIO DA REGRESSÃO | | | | | |
| Variáveis Independentes | Coefficient e B | Coefficiente Padronizado β | T | p | Colinearidade de VIF |
| Constante | -6.602 | | | | |
| Impacto prestação de cuidados | 0.230 | 0.563 | 7.901 | 0.000 | 1.133 |
| Satisfação com amigos | 0.418 | 0.324 | 4.543 | 0.000 | 1.133 |
| ANÁLISE DE VARIÂNCIA | | | | | |
| Fonte | Soma Quadrados | gl | Média dos Quadrados | F | P |
| Regressão | 955.814 | 2 | 477.907 | 61.005 | 0,000*** |
| Residual | 791.225 | 101 | 7.834 | | |
| Total | 1747.038 | 103 | | | |

Relação entre variáveis independentes e stresse

Analisando os resultados para o stresse deparamo-nos com correlações a oscilarem entre o fraco ($r = -0.121$) na idade, ($r = -0.164$) na intimidade, ($r = -0.114$) na perceção da autoeficácia e o razoável ($r = 0.495$) no impacto da prestação de cuidados. Somente não encontramos significância estatística na idade ($p = 0.111$) e na perceção da autoeficácia ($p = 0.124$).

Tabela 23 - Correlação de Pearson entre variáveis independentes e stresse

| Variáveis | R | P |
|---------------------------------|--------|-------|
| Idade | -0.121 | 0.111 |
| Sexo (dummy) | -0.217 | 0.014 |
| Satisfação com amigos | 0.480 | 0.000 |
| Intimidade | -0.164 | 0.048 |
| Satisfação com a família | 0.399 | 0.000 |
| Actividades sociais | -0.312 | 0.001 |
| Suporte social (global) | 0.226 | 0.010 |
| Funcionamento familiar | -0.392 | 0.000 |
| Impacto prestação de cuidados | 0.495 | 0.000 |
| Relação interpessoal | 0.418 | 0.000 |
| Expectativas face ao cuidar | 0.326 | 0.000 |
| Percepção auto-eficácia | -0.114 | 0.124 |
| Sobrecarga do cuidador (global) | 0.466 | 0.000 |

Apenas duas variáveis entraram no modelo de regressão. O impacto na prestação de cuidados é aquela que apresenta em valor absoluto maior correlação pelo que se constituiu como primeira variável preditora. Explica por si só 24.5% da sua variabilidade no primeiro modelo de regressão, sendo a estimativa do erro de 3.435. A esta variável juntou-se no segundo modelo a satisfação com amigos e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 35.4% do stresse com um erro padrão da estimativa de 3.119. O valor da *variance inflation factor* (VIF) indicia que as variáveis presentes no modelo não são colineares e os testes F valores de t ao apresentarem significância estatística dizem-nos que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o stresse do cuidador.

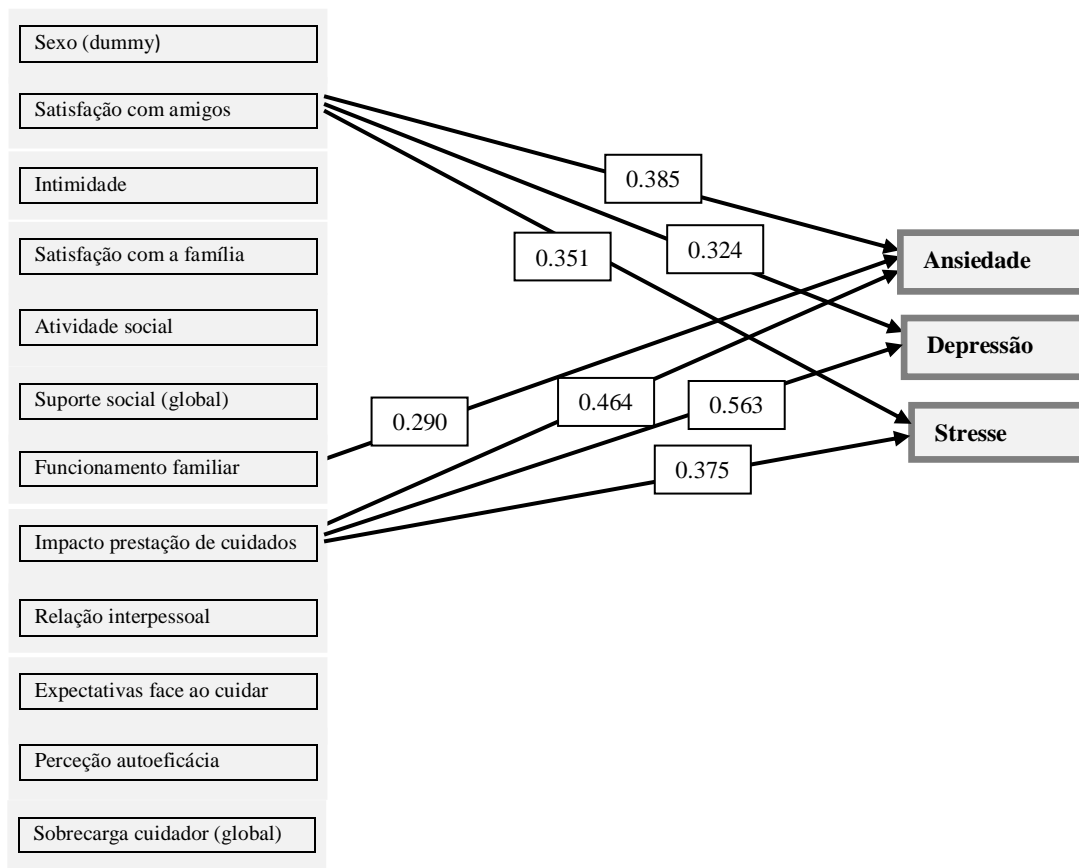
Realça-se pelos coeficientes padronizados beta que o maior valor preditivo ocorre para o impacto na prestação de cuidados, seguido pela satisfação com amigos, estabelecendo ambas uma relação direta pelo que podemos inferir que a menores índices de stresse está associada menos impacto na prestação de cuidados e menor satisfação com amigos

Quadro 8 – Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a dimensão stresse

| VARIÁVEL DEPENDENTE = stresse | | | | | |
|---|-----------------|----------------------------------|---------------------|---------------|-------------------|
| R Múltiplo = 0,595 | | | | | |
| R² = 0,354 | | | | | |
| R² Ajustado = 0,341 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 3,1193 | | | | | |
| Incremento do r= 0.109 | | | | | |
| F= 17.030 | | | | | |
| p= 0.000 | | | | | |
| SUMÁRIO DA REGRESSÃO | | | | | |
| Variáveis Independentes | Coefficient e B | Coefficiente Padronizado β | T | p | Colinearidade VIF |
| Constante | -2.314 | | | | |
| Impacto prestação e cuidados | 0.146 | 0.375 | 4.401 | 0.000 | 1.133 |
| Satisfação amigos | 0.434 | 0.351 | 4.127 | 0.000 | 1.133 |
| ANÁLISE DE VARIÂNCIA | | | | | |
| Fonte | Soma Quadrados | gl | Média dos Quadrados | F | P |
| Regressão | 564.673 | 2 | 282.337 | 27.680 | 0,000*** |
| Residual | 1030.211 | 101 | 10.200 | | |
| Total | 1594.885 | 103 | | | |

Síntese

Como síntese aos resultados obtidos, podemos afirmar que a ansiedade os preditores encontrados foram a satisfação com amigos, o impacto na prestação de cuidados e a funcionalidade familiar e para a depressão e stresse encontramos o impacto na prestação de cuidados e a satisfação com amigos. A figura 2 resume as relações existentes e apresenta os coeficientes beta respetivos.

Figura 2 - Resumo das relações existentes e apresentação dos coeficientes beta respetivos

5 – DISCUSSÃO

Ao longo deste capítulo, procederemos à discussão mais detalhada dos dados obtidos, dando especial atenção aos mais significativos, confrontando-os com o quadro concetual que deu suporte ao presente estudo, com os objetivos, com a questão de investigação e resultados de outros estudos publicados no contexto nacional e internacional, sobre a problemática em estudo.

5.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Os procedimentos metodológicos, utilizados na investigação vão ao encontro dos objetivos traçados e das características da amostra selecionada. Foi eleito como instrumento de colheita de dados o questionário. Apesar de ser autoaplicado, foi solicitada a presença do investigador ao longo do preenchimento de alguns questionários, de forma a esclarecer alguns itens, sem contudo, interferir no sentido das respostas. Sendo evidente que esta metodologia, pode possuir algumas desvantagens, nomeadamente menor liberdade nas respostas em função da presença do investigador, risco de distorções pela influência do aplicador, menor prazo de resposta às perguntas e alguma insegurança ou receio nas respostas por falha do anonimato.

Também, o facto de o investigador exercer a sua atividade profissional em internamento de psiquiatria, próximo a um dos locais onde efetuámos a aplicação de questionários, pode ter condicionado algumas respostas, pelo conhecimento pessoal de vários utentes e familiares, com menor rigor nas respostas e falha do anonimato, pela evidência de tentarem ser agradáveis ao colaborarem no estudo.

Por outro lado, o facto de o questionário ter 91 itens para resposta e onde alguns dos itens terem muitas semelhanças, tornou a colheita de dados demorada e cansativa para os participantes, havendo um elevado número de potenciais inquiridos que se recusaram ao preenchimento do questionário, quando visualizaram a sua extensão, e outros desistiram no decurso do seu preenchimento.

Nos dois locais da recolha de dados (Coimbra e Viseu), foi tido em conta o momento mais oportuno, de modo a que houvesse uma maior afluência de potenciais participantes no nosso estudo. Escolhemos para isso, dias específicos, em que a afluência às consultas externas, fossem mais significativas. No entanto, convém ter em consideração, as limitações

inerentes a este tipo de estudos e à aplicação de instrumentos de colheita de dados em pessoas em meio hospitalar.

O consentimento informado, também foi uma limitação, em que os participantes formularam diversas objeções, com a suspeita da utilização dos dados para fins diversos, desde impostos, fins clínicos e devassa da vida privada, havendo várias recusas em assinar o documento.

Neste estudo, não houve necessidade da recolha de dados clínicos institucionais/confidenciais, pois o estudo reporta-se exclusivamente ao familiar (cuidador informal) do doente mental que frequenta a consulta externa de psiquiatria.

Sendo este estudo, do tipo transversal, permite-mos unicamente avaliar o fenómeno em estudo apenas num dado momento temporal, o momento da investigação, proporcionando dados imediatos e utilizáveis.

Os resultados da colheita de dados, dependeram fundamentalmente da honestidade, sinceridade e objetividade dos inquiridos, uma vez que as respostas são pessoais e refletem o que cada um pretendeu expressar e transmitir, no momento do preenchimento do questionário.

Apesar das limitações referidas, inerentes a investigações deste tipo, consideramos que os resultados obtidos com este estudo, possibilitam adquirir um conhecimento mais profundo e objetivo da ansiedade, depressão e stresse no cuidador informal do doente mental, na amostra em estudo

5.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que se refere aos resultados que traduzem os níveis de **ansiedade, depressão e stresse** (variável dependente do estudo) dos participantes na amostra, em cada uma das dimensões, esta pode variar entre um mínimo de 0 e 21 de máximo. A valores mais elevados em cada sub-escala correspondem estados afetivos mais negativos. Assim, relativamente à ansiedade podemos verificar, que varia para os nossos inquiridos entre 0 e 18 com uma média de 3,34, já a depressão varia entre 0 e 17 com uma média de 3,59. A dimensão onde os valores são mais elevados acontece no stresse (logo maiores níveis de stresse) oscilando entre 0 e 18 com uma média de 6,17.

A amostra em estudo, é constituída por 104 cuidadores informais do doente mental, dos quais a maioria é do **sexo** feminino com uma representatividade de 62,5% da amostra, com idades mínimas de 22 anos e máxima de 77 anos. Os participantes do sexo masculino,

representam 37,5% da totalidade da amostra, têm idades compreendidas entre os 31 anos e os 73 anos. Estes dados, demonstram claramente que os cuidadores informais continuam a ser maioritariamente do sexo feminino, estando de acordo com vários estudos, que comprovam que a maioria do cuidado informal, é desenvolvido por mulheres (Brito, 2002; Lage, 2005). A este respeito, Lage (2005), refere que é a suposição prevalente na sociedade de que cuidar é um domínio feminino. Já Figueiredo (2007), refere que a literatura é unânime em constatar a predominância do sexo feminino. Mas para Barber, cit. por Figueiredo (2007), apesar do predomínio das mulheres, a participação dos homens é crescente, no papel de cuidadores principais.

Do primeiro objetivo: “Identificar variáveis sociodemográficas que influenciam a ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal do doente mental.”

Verificamos a influência do género na ansiedade depressão e stresse, observamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) em todas as dimensões da escala (ansiedade, depressão e stresse) para as duas variáveis em estudo, constatamos que são os elementos do sexo feminino aqueles que apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões, o que significa que são também os que apresentam mais ansiedade, depressão e stresse. Podemos afirmar que o género (feminino) influencia a ansiedade depressão e stresse dos inquiridos. O que está de acordo com o estudo desenvolvido por Gonçalves, Fagulha, e Ferreira (2005), onde demonstrou que 38% das mulheres sofriam de algum tipo de perturbação depressiva. Também o estudo realizado por Apóstolo, Ventura, Caetano, e Costa (2008), refere que as mulheres relataram níveis mais elevados de ansiedade e depressão, Apóstolo et al. (2011), apresentam um novo estudo, em que descrevem os níveis de ansiedade, depressão e stresse dos utentes de um centro de saúde urbano/rural, com diferenças entre género em que as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stresse que os homens. Também, Segundo a WHO (2001), os estudos demonstram, uma maior prevalência de perturbações de ansiedade e depressivas entre as mulheres com 16% a 18%, com proporção que varia entre 1,5 a 2 vezes superior em relação aos homens.

A **idade** dos elementos da amostra total oscila entre um valor mínimo de 22 anos e um máximo de 77 anos, corresponde-lhe uma idade média de 52,03 anos. Por género, a média de idades para o sexo feminino é de 52,18 anos, é ligeiramente inferior à do sexo masculino que apresenta 53,44 anos. Por grupos etários, mostra que o grupo com maior representatividade percentual (55,8%) se encontra no escalão dos 41-60 anos, seguindo-se o escalão dos ≥ 61

anos com 26,9%, e apenas 17,3% integra o escalão dos 20-40 anos. Estes dados estão de acordo com os estudos realizados por Figueiredo (2007), quando refere que as várias pesquisas revelam que a maioria dos cuidadores informais, tem uma média de idades entre os 45 e os 60 anos. Diz-nos ainda o autor, que a idade dos cuidadores informais é influenciada pela idade da pessoa a quem prestam cuidados e assim, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador, o que ajuda a explicar os 26,9% do escalão dos cuidadores ≥ 61 anos de idade da amostra.

Para a relação entre idade e a ansiedade depressão e stresse dos participantes, verificamos pelos valores de p que não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0.05$). Para as três sub-escalas os valores ordenados das médias mostram que as variáveis ansiedade e a depressão aumentam com o aumento da idade, ao contrário do stresse que é maior nos sujeitos com idades menores. Assim, rejeitamos a relação formulada dizendo que no nosso estudo a idade não interfere na ansiedade, depressão e stresse dos participantes.

Os dados da idade dos cuidadores, estão em concordância com o estudo de Lage (2005), ao referir que a idade se repercute negativamente no estado de humor, particularmente ao nível da perceção da sintomatologia depressiva, da fadiga e baixo nível de energia, da confusão e falta de clareza mental, bem como do vigor e perceção de saúde. Sendo assim, uma justificação plausível no nosso estudo para as variáveis ansiedade e depressão aumentarem com a idade.

Para Brito (2002), ao ser profissionalmente ativo, o cuidador liberta-se, mantendo a sua vida social, implicando um menor impacto negativo do cuidado e condicionando positivamente a perceção da saúde. Esta evidência, está de acordo com os resultados da amostra para os cuidadores com idades menores, e tendo em conta a complexidade do cuidar, das tarefas laborais e familiares, que o stresse seja mais elevado.

No que se refere ao **estado civil**, verificamos que 81,7% dos participantes, integra a alternativa “casados/união de facto”, seguindo-se os solteiros com (10,6%), os viúvos com 4,8% e, apenas 2,9% se encontra divorciado. Dos participantes, casados ou que vivem em união de facto, a maioria é do sexo feminino 48,1%. Analisando o estado civil por género, constatamos que a distribuição se faz seguindo a mesma ordem da amostra total para o caso das mulheres, diferindo para os homens uma vez que estes se distribuem essencialmente pelo estado de casados, e divorciados.

Estes dados da pesquisa estão de acordo com os resultados encontrados por Figueiredo (2007), quando refere que os estudos confirmam ser os casados a constituírem a maior proporção daqueles que prestam cuidados a um familiar (cerca de 70%). Também o estudo

longitudinal de Tennstedt et al., cit por Figueiredo (2007), demonstrou que os cuidadores eram a maioria, casados e tanto poderiam ser homens como mulheres.

Para percebermos a influência do estado civil sobre a ansiedade depressão e stresse dos participantes, procedemos a uma recodificação da variável “estado civil” tendo resultado dois grupos: os acompanhados (casados e união de facto) e não acompanhados (solteiros, viúvos e divorciados). Constatamos que não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) em nenhuma das dimensões da escala. Observando os valores médios, são os não acompanhados que apresentam maior ansiedade, depressão e stresse. Assim, rejeita-se a hipótese formulada dizendo que no nosso estudo o estado civil não interfere na ansiedade depressão e stresse dos participantes.

Também os resultados encontrados por Figueiredo (2007), referem que logo a seguir aos casados, surgem os solteiros ou divorciados/separados com percentagens que rondam os 11%. Estes valores, aproximam-se dos valores da pesquisa que realizamos (13,5%) e são na amostra, os não acompanhados (solteiros, viúvos e divorciados) (18,3%) que apresentam maior ansiedade, depressão e stresse.

No que concerne ao **parentesco**, verificamos que o grau de parentesco existente entre o cuidador e o paciente mais representativo, é o cônjuge com 49,0%, seguindo-se os irmãos/irmãs com 15,4% e em terceiro lugar, os pais com 14,2%. De entre a alternativa “outros” com (20,2%) destacam-se avós, cunhados e primos. Analisando o parentesco por género, constatamos que os homens cuidam sobretudo os cônjuges enquanto as mulheres, se distribuem de igual modo na amostra total entre os diferentes itens.

Estes dados, são confirmados pelos estudos realizados por Figueiredo (2007), ao referir que a maioria das vezes, são os cônjuges a principal e única fonte de assistência, e a descendência constitui a segunda fonte de prestação de cuidados. Também o estudo de Jani-Le Bris (1994), concluiu que a maioria das pessoas que prestam cuidados é constituída por cônjuges, e tanto são homens como mulheres. Já Andrade (2008), refere que a esposa tem maior probabilidade de ser cuidadora, porque vive mais do que o marido e é frequentemente mais nova, e está de acordo com o presente estudo, ao corroborar a distribuição das mulheres de igual modo na amostra total entre os diferentes itens: cônjuges, irmãos, pais e outros, e ainda, pelo contexto em que se encontra (Sequeira, 2010). Este autor, refere ainda que entre os cônjuges e os filhos, predominam os motivos relacionados com a cumplicidade desenvolvida ao longo do convívio mútuo e do facto de esta constituir uma “obrigação” ou um “dever familiar”.

Observamos na amostra, que a grande maioria dos inquiridos 77,9% **reside com o familiar** a quem presta cuidados, sendo que destes 47,1% são do sexo feminino. Inversamente, 22,1% referem que não coabitam com o familiar a quem prestam cuidados.

A resposta dos participantes da amostra está de acordo com o relatado por Figueiredo (2008), ao dizer que normalmente, os cuidadores vivem próximo da pessoa cuidada. Também Jani-Le Bris (1994), salienta que a coabitação é evidente quando se trata de cônjuges que prestam cuidados e, é frequente entre os descendentes, referindo que esta proximidade facilita claramente a provisão dos cuidados. Também o estudo de NAC/AARP (1997), a 1509 prestadores informais de cuidados, reportando-se à realidade norte-americana, que é diferente da realidade portuguesa, revela que 20% dos prestadores informais de cuidados vive sob o mesmo teto da pessoa cuidada e que 55% vivem a menos de 20 minutos, sendo no entanto a realidade da amostra em estudo mais favorável, onde o valor se situa em 77,9% de prestadores informais de cuidados a viverem sob o mesmo teto da pessoa cuidada.

Em relação à distribuição dos elementos que constituem o **agregado familiar** constatamos, que o maior valor percentual pertence ao agregado que integra 3 a 5 elementos (55,8%), seguindo-se os que tem entre 1-2 para 35,6%. Com menor representatividade (8,7%) temos os agregados com 5 e mais elementos. A análise por sexo não demonstra diferenças nos elementos do agregado.

No estudo, os participantes apresentam na sua maioria um agregado familiar de 3 a 5 elementos, o que nos aproxima das afirmações de Sequeira (2010), ao referir que predominam as famílias nucleares, nas quais se verifica um menor peso da “instituição família”, com a diminuição da estabilidade familiar.

Considerando os dados relativos às **habilitações académicas**, constata-se que a maioria (46,2%) dos participantes possui o primeiro ou 2º ciclos, seguindo-se aqueles que possuem o ensino secundário (19,2%), com um valor próximo (18,3%) os que tem o 3º ciclo e por fim os que frequentaram o ensino superior com 16,3%. Em termos de habilitações académicas existem algumas diferenças por género uma vez que no caso do sexo feminino, se verifica a mesma ordenação da amostra total, mas no caso do sexo masculino a partir do 1º e 2º ciclos existe uma distribuição mais equilibrada pelos diferentes níveis.

Recorremos mais uma vez ao Teste Kruskal-Wallis para verificarmos a relação entre habilitações académicas e a ansiedade depressão e stresse dos participantes. Existem diferenças estatísticas significativas ($p=0,001$) na sub-escala ansiedade, permitindo-nos afirmar que os participantes com o 1º, 2º e 3º ciclos de escolaridade possuem mais ansiedade que aqueles que tem ensino superior e ensino secundário. Com o post-hoc tests, verificamos

que as diferenças se situam entre os que têm o 1º e 2º ciclo com o ensino secundário ($p=0,001$). Em sequência aceitamos parcialmente a relação enunciada, para a dimensão ansiedade e rejeitamo-la para a depressão e stresse.

Referente ao **local de residência**, a distribuição dos participantes por zona de residência mostra que a grande maioria (67,3%) habita em meio rural e os restantes 32,7% em meio urbano. A análise por sexo demonstra a mesma tendência distributiva. Trata-se de um dado que não nos surpreende uma vez que se trata de uma área geográfica essencialmente rural.

Recorremos à utilização do teste T U de Mann-Whitney para verificar a relação entre local de residência e a ansiedade depressão e stresse dos participantes. Os dados expressos, revelam que não existe diferença estatística significativa ($p=0,790$) na dimensão ansiedade, mas existe para a depressão ($p=0,044$) e stresse ($p=0,041$). Os valores das ordenações das médias, mostram que são os cuidadores que vivem em meio rural aqueles que apresentam médias mais elevadas nas dimensões depressão e stresse, o que significa que são também os que apresentam maiores níveis de depressão e stresse. Somos levados a aceitar parcialmente a relação, para as dimensões depressão e stresse e rejeitamos para a ansiedade.

Saraiva et al. (2007), descrevem o domicílio como um importante espaço onde o indivíduo doente pode manter a estabilidade da doença. Desta forma, a família assume grande responsabilidade na prestação de saúde, na medida em que arca com os cuidados exigidos pelo tratamento da doença, prevenindo possíveis recaídas e sequelas.

Em relação à **proximidade do hospital**, verificamos que o maior grupo percentual (46,2%) dista do hospital psiquiátrico a uma distância que vai desde 10-30 Km, seguindo-se para 24,0% uma distância inferior a 10 Km e com menores valores percentuais, temos ainda distâncias superiores a 30 Km. Analisando a proximidade ao hospital por género, constatamos que existe a mesma distribuição.

Na amostra, a distância que vai dos 10 a 30 Km, é a que apresenta maior valor percentual, sendo de ter em consideração os custos económicas com as deslocações às consultas e a mobilização de outros recursos, é neste contexto que pode ser valorizado o papel do cuidador terciário, que 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 (Neri & Carvalho, 2002).

Referente à **situação profissional** dos inquiridos, os dados mostram que (38,5%) estão empregados, seguindo-se os reformados (30,8%) e os que estão desempregados (27,9%). Na avaliação desta variável por sexo, verificamos que existem algumas diferenças entre homens e

mulheres, uma vez que estas estão em primeiro lugar desempregadas, empregadas e reformadas; já os homens estão por ordem decrescente, empregados, reformados e apenas 4,8% desempregados.

No estudo, referente à situação profissional os dados mostram que (38,5%) estão empregados, sendo na sua maioria homens, o que atendendo ao que refere Sequeira (2010), as dificuldades de emprego e a competitividade no trabalho levam a uma maior mobilidade geográfica dos elementos da família, o que fragiliza as redes de solidariedade familiar. As mulheres, estão em primeiro lugar desempregadas, e segundo o mesmo autor, o facto de um membro da família se encontrar desempregado ou sem atividade, pode influenciar na decisão da escolha do cuidador.

Para constatar se a situação profissional dos participantes interfere na ansiedade, depressão e stresse dos mesmos, procedemos a uma recodificação da variável "situação profissional" tendo resultado dois grupos: os empregados (que incluem empregados, e trabalhadores por conta própria) e os desempregados (desempregados, reformados e baixa médica). Observando os valores médios, verificamos que os desempregados/reformados apresentam maior ansiedade e depressão do que os que estão empregados, inversamente ao stresse que é superior nos indivíduos que trabalham. Assim, mais uma vez somos levados a rejeitar a relação formulada dizendo que no estudo a situação profissional não interfere na ansiedade depressão e stresse dos participantes.

Na amostra, os desempregados/reformados apresentam maior ansiedade e depressão, o que é natural e compreensível, tendo em conta que o cuidador informal, para Neri e Carvalho (2002), é aquele sobre quem é depositada a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa que necessita de cuidados. E em muitas situações, para Sequeira (2010), cuida de forma sistemática e por vezes solitária, sem ajuda direta de outros membros da família.

Os participantes revelam que o stresse é superior nos indivíduos que trabalham, o que pode ser considerado normal tendo em conta, a sobreposição dos papéis familiar e laboral, estudado por Brito (2002), onde concluiu que ao ser profissionalmente ativo, o cuidador liberta-se, mantendo a sua vida social, implicando assim um menor impacto negativo do cuidado e condicionando positivamente a perceção da saúde. Esta situação pode ser protetora, mas a diversidade de papéis desempenhados, não pode deixar de se refletir no aumento do stress, como acontece na amostra.

Do segundo objetivo: “Determinar a influência de variáveis de contexto familiar sobre a ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal.”

Verificamos, relativamente à **situação profissional do familiar**, que na amostra os familiares doentes estão essencialmente reformados (44,2%), seguindo-se os desempregados (30,8%) e os empregados (20,2%). Na análise destes dados, temos de ter em conta Fragoeiro (2003), ao referir que as mudanças que ocorrem com o aparecimento de uma doença mental, alteram na maioria das vezes, e drasticamente, a possibilidade da pessoa se envolver naquilo que ela deseja ou é esperado pelo ambiente. Também Spinola (2008), se refere a estes aspetos, por serem diferentes e fugirem ao padrão que eventualmente a sociedade ponderaria considerar de “normal”, estas pessoas eram afastadas e banalizadas.

A doença psíquica é expressa clinicamente por comportamentos anormais ou sentimentos de caráter penoso, indo muitas vezes desde reações neuróticas e crises depressivas breves até psicoses de longa duração, passando por episódios de confusão mental breve e estados demenciais irreversíveis (Barreto, 1996), o que nos participantes no estudo, pode justificar a sua situação de reformados ou desempregados. Curiosamente apenas 4,8% se encontram de baixa médica, o que terá a haver com um maior rigor na passagem de baixa médica, associado a aspetos de inatividade laboral e também por se encontrarem já em situação de reforma. Constatamos que as mulheres, estão distribuídas proporcionalmente à amostra total, enquanto os homens estão em maior grupo percentual desempregados (16,3%) e reformados (12,5%).

Procuramos saber se os desempregados e os reformados estavam **ocupados**: as respostas dadas expressam, que a maioria (59,0%) está desocupada e os restantes 41,0% ocupados. Por sexo verifica-se que há uma inversão na ocupação entre homens e mulheres, uma vez que as percentagens mais elevadas para as mulheres se situam no item “desocupado” e no caso dos homens o item “ocupado”. Em termos da saúde mental, é importante sabermos se os desempregados e os reformados estão ocupados, as respostas dadas pela amostra expressam, que a maioria (59,0%) está desocupada, ou seja não realiza qualquer tipo de atividade ocupacional. O que indicia, dependência mental, que para Sequeira (2010), pressupõe como comprometimento primário a cognição, o que obviamente poderá implicar alterações nas atividades de vida diária (AVD), devido à inexistência de recursos cognitivos que lhe permitam desempenhar determinadas tarefas, mas mantendo a capacidade funcional para a sua execução. E ausência de autonomia WHO (2001), que se refere à capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de

acordo com as próprias regras e preferências. Necessitando assim, devido à dependência que o Conselho da Europa (1998) define como “a necessidade de ajuda e assistência nas necessidades de vida diária” e “o estado em que se encontram as pessoas que, por perda da autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda na realização das atividades do quotidiano”, da ajuda total do cuidador informal que assume toda a responsabilidade pelo cuidar.

Relativamente ao **número de horas de acompanhamento**, constatamos que a maioria dos cuidadores (44,2%) passam entre 17 a 24 horas com o seu familiar. O que não nos surpreende se tivermos em conta que são também maioritariamente cônjuges (81,7%), e está de acordo com Paúl (1997), quando refere que o desempenho deste papel raramente corresponde a uma escolha voluntária e espontânea, estando quase sempre relacionado com uma obrigação incontornável.

Porém temos ainda 24,0% que refere acompanhar entre 1-8 horas por dia o seu familiar. Esta constatação verifica-se quer para homens quer para mulheres.

Os resultados relativos à **existência de doença psiquiátrica noutros familiares**, mostram que apenas 32,7% dos inquiridos responde afirmativamente ou seja há outros familiares com doença psiquiátrica e os restantes 67,3% afirmam não existir.

Relativamente à questão “*conhece a doença do seu familiar*” verificamos uma amostra dividida, em que a maioria (54,8%) das respostas integra o item “sim” e 45,2% responde “não”. A análise por género mostra que existem diferenças entre homens e mulheres, uma vez que os homens afirmam ter mais conhecimentos do que as mulheres.

Quanto ao **tempo de acompanhamento** (há quanto tempo, em anos, vinham à consulta com o familiar), constatamos que a maioria dos respondentes (60,6%) o faz num período inferior a 5 anos e os restantes há 6 e mais anos. Na avaliação desta variável por sexo verificamos que existem algumas diferenças entre homens e mulheres, uma vez que estas referem menos tempo de acompanhamento que os homens.

Quanto ao tempo de acompanhamento, a maioria dos respondentes (60,6%) refere que o faz num período inferior a 5 anos, o que está de acordo com Sequeira (2010), ao referir que a família, como suporte de cuidados, sofreu alterações significativas nas últimas décadas, com a mulher, principal cuidadora, a assumir outras funções e por conseguinte, a colocar dificuldades acrescidas à prestação de cuidados no domicílio.

Outra questão prendia-se com o facto de saber se o “*familiar já tinha estado internado*”: as respostas da maioria (51,9%) recaem no item “não” e 48,1% respondem

afirmativamente. Dos que responderam afirmativamente, de 66,0% referiram um a dois internamentos e os restantes (34,0%) três ou mais internamentos.

Referem-te a **perceção no cuidar**, constatamos que os valores mais positivos (melhores médias) se encontram ligados ao comportamento, às atitudes positivas e às atitudes negativas. Inversamente os valores inferiores estão relacionados com a sobrecarga financeira e os conhecimentos sobre a doença.

A opinião dos cuidadores na amostra em estudo, valorizam no familiar o comportamento, as atitudes positivas e negativas, como aspetos positivos do doente. E estão em consonância com o estudo de Neri & Carvalho (2002), que refere que as principais dificuldades do cuidador estão relacionadas com as atitudes e comportamentos antissociais do doente, que lhe causam constrangimento com os amigos e vizinhos. Já os valores inferiores, estão relacionados com a sobrecarga financeira que é elevada, e está de acordo com o estudo de Beck e Lopes (2007), ao referir que os prejuízos são observados em várias áreas: e na do trabalho com prejuízo que por sua vez ocasiona um impacto financeiro considerável. Também os conhecimentos sobre a doença do familiar, são baixos e revelam a necessidade de mais informação nessa área, fundamentalmente institucional e em particular da equipa terapêutica que segue o doente em consulta.

Uma boa **funcionalidade familiar** percebida causa um efeito intenso na satisfação geral da vida (Smilkstein, 1978). Pelos três níveis funcionais do Apgar familiar verificamos, que as perceções são maioritariamente positivas uma vez que 65,4% entende ter famílias funcionais, contudo de referir que 26,9% dos respondentes classifica-a com moderadamente disfuncional e identificam disfunções acentuadas (7,7%).

Os dados da associação entre ansiedade, depressão e stresse e funcionalidade familiar, mostram que relativamente a dimensão ansiedade não existem diferenças estatísticas significativas ($p=0,201$), contudo para a depressão ($p=0,001$) e stresse ($p=0,000$) estas são altamente significativas, logo inferimos que os participantes que percecionam famílias com disfunções acentuadas são aqueles que apresentam maiores níveis de depressão e stresse. Verificamos para a depressão as diferenças situam-se entre os que têm disfunção acentuada e os funcionais ($p=0,006$) e entre os de moderada disfunção e os funcionais ($p=0,011$), para o stresse entre os que têm disfunção acentuada e os funcionais ($p=0,020$) e entre os de moderada disfunção e os funcionais ($p=0,000$).

A família para Brito (2009), representa um sistema constituído pelo conjunto de partes representadas por cada membro ou integrante do núcleo familiar, ligadas por regras, histórias, crença e afetos que possibilitam a sua totalidade e integridade. Para que este sistema funcione

é preciso que esteja em constante movimento e adaptação, que favorece a sua homeostase. Qualquer mudança em apenas uma das partes provoca alteração em todo o sistema, desequilibrando-o. Assim, a doença de um dos seus membros é um fator de rutura que vem a desencadear mudanças nos papéis e na estrutura da própria família, forçando-a a desenvolver uma nova dinâmica familiar, em que se inclui o ato de cuidar. Também para Santos, Zanetetti, Otero e Santos (2005), a família influencia o comportamento de saúde dos seus membros, e o estado de saúde de cada indivíduo também influencia o funcionamento familiar.

No contexto do cuidador informal, salienta-se a importância do suporte do grupo familiar e amigos, promotores do estabelecimento de laços que fortalecem o sentimento de integração e de pertença a um coletivo pela aceitação e afeto. Através do grupo familiar e amigos, é possível desenvolver um sentido de comparação social, de partilha de problemas, fracassos, interesses, experiências e ideias (Motta et. al., 2005).

Do terceiro objetivo: “Analisar a relação entre o suporte social e sobrecarga do cuidador com a ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal.”

Os resultados obtidos mostram que quanto maior é a **sobrecarga** percecionada maiores são os níveis de ansiedade, depressão e stress manifestados, sendo estas diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$) para as dimensões depressão e stresse e bastante significativa ($p=0,002$) para a ansiedade. Verificamos que as diferenças localizam-se para a ansiedade entre o grupo sem sobrecarga e com sobrecarga intensa ($p=0,002$), para a depressão localizam-se entre o grupo sem sobrecarga e com sobrecarga ligeira ($p=0,000$) e sem sobrecarga e com sobrecarga intensa ($p=0,000$) e para o stresse localizam-se entre o grupo sem sobrecarga e sobrecarga ligeira ($p=0,003$) e entre o grupo sem sobrecarga e sobrecarga intensa ($p=0,000$). A posição social da mulher e a “democratização” das relações familiares, com a alteração do papel desta na família, que passa a participar no mundo do trabalho e conseqüentemente a ter menos tempo para cuidar. Este facto leva a que as mulheres sejam as maiores vítimas de sobrecarga devido ao desempenho dos vários papéis, aos quais se associam as pressões do cuidar, do emprego, da formação, da carreira (Sequeira, 2010).

Saraiva et al. (2007), descrevem o domicílio como um importante espaço onde o indivíduo doente pode manter a estabilidade da doença. Desta forma, a família assume grande responsabilidade na prestação de saúde, na medida em que arca com os cuidados exigidos pelo tratamento da doença, prevenindo possíveis recaídas e sequelas.

Na nossa cultura ocidental, é tradição que o cuidador seja pertencente ao sexo feminino, e em muitos casos esse cuidador é também uma pessoa frágil, já em idade de envelhecimento ou com a saúde debilitada (Saraiva et al. 2007).

No que se refere, aos resultados obtidos da relação entre as variáveis sociodemográficas (idade e sexo), funcionamento familiar, suporte social percebido, sobrecarga do cuidador e a ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal, no que concerne à **ansiedade**, notamos que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes oscilam entre o ínfimo ($r = -0.067$) no suporte social global e o razoável ($r = 0.441$) na satisfação com os amigos. Para a **depressão**, notamos que as correlações entre esta com as variáveis independentes são ínfimas, para a idade ($r = -0.092$, percepção da autoeficácia ($r = -0.096$) e suporte social global ($r = 0.096$) e para as restantes oscila entre o fraco ($r = -0.196$) na variável sexo (dummy) e boa ($r = 0.674$) no Impacto prestação de cuidados. Analisamos os resultados para o **stress** deparamo-nos com correlações a oscilarem entre o fraco ($r = -0.121$) na idade, ($r = -0.164$) na intimidade, ($r = -0.114$) na percepção da autoeficácia e o razoável ($r = 0.495$) no impacto da prestação de cuidados. Somente não encontramos significância estatística na idade ($p = 0.111$) e na percepção da autoeficácia ($p = 0.124$). Como síntese dos resultados obtidos, podemos afirmar que para a ansiedade os preditores encontrados foram a satisfação com amigos, o impacto na prestação de cuidados e a funcionalidade familiar e, para a depressão e stress encontramos o impacto na prestação de cuidados e a satisfação com amigos.

Com a permanência do doente mental em casa, passaram para Ana e Silva (2011), a fazer parte da rotina familiar: garantir as necessidades básicas; coordenar as atividades diárias; administrar a medicação; acompanhá-lo aos serviços de saúde; lidar com os comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecendo suporte social; arcar com os gastos e superar as dificuldades dessas tarefas e o seu impacto na vida social e profissional do familiar.

Os indivíduos com melhor suporte social apresentam menor risco de desenvolver episódios depressivos, sendo que um fraco apoio social tem repercussões nas dificuldades de adaptação e, conseqüentemente maior probabilidade de apresentarem sintomas depressivos (Sumer et al., 2008, cit in Santos et al., 2012).

Também Frاسquilho & Guerreiro (2009) cit in Santos et al. (2012) consideram que a predisposição para que um indivíduo venha a sofrer de depressão, depende de um conjunto de fatores biológicos e sociais, pelo que não é possível estabelecer causalidade direta de que o apoio social é o agente exclusivo desencadeador desta perturbação. O autor, acrescenta ainda,

que a dimensão social do indivíduo é afetada pela depressão com consequências na interação com os pares, isolamento e qualidade de vida para Lawton et al., cit por Paúl (1997), é frequente associar a noção de sobrecarga à preocupação, ansiedade, frustração, depressão, fadiga, saúde débil, culpabilidade e ressentimento.

6 – CONCLUSÃO

As perturbações psicológicas: ansiedade, depressão e stresse, manifestadas pelos prestadores de cuidados informais do doente mental, surgem como uma das principais consequências negativas do desempenho do papel de cuidador, devendo-se não só ao ato de cuidar do doente, em si, mas também às próprias características da doença mental.

O aparecimento da depressão e ansiedade, como consequências da prestação de cuidados, está relacionada com a perceção negativa do estado de saúde do próprio cuidador, com o tempo dedicado à prestação de cuidados, com as atitudes negativas por parte do doente, com o pouco apoio sentido por parte de outros membros da família, com as dificuldades económicas, com as interações sociais negativas e com a privação relacional.

Esta realidade, implica a necessidade de se pensar em formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida, e que não sobrecarreguem a família e o cuidador, de forma a diminuir a sua vulnerabilidade física e psicológica. É dentro desta problemática que iremos fazer as considerações finais, da pesquisa que realizámos com os cuidadores informais do doente mental.

Com base no estudo empírico, poderemos dizer que a investigação permitiu compreender melhor os fatores que interferem nas perturbações psicológicas: ansiedade, depressão e stresse, do cuidador informal do doente mental.

Os resultados da investigação, revelaram que na amostra em estudo, constituída por 104 cuidadores informais de doentes mentais, a maioria é do sexo feminino (62,5%), com uma idade mínima de 22 anos e máxima de 77 anos, correspondente a uma idade média de 52,03 anos, sendo o grupo etário mais representativo o dos 41 a 60 anos e são casados ou vivem em união de facto. O cuidador informal reside com o familiar doente em 77,9% da amostra, o número de pessoas do agregado familiar situa-se entre 3 a 5 pessoas, habitam no meio rural e distam do hospital entre 10 a 30 km, possuem o 1º e 2º ciclo e estão empregados na sua maioria.

Em relação, ao contexto familiar do cuidador informal, apurámos que o familiar está desempregado, não é reformado e não realiza qualquer tipo de ocupação. O número de horas de acompanhamento diário, situa-se entre as 17 e as 24 horas e não há registo de doença psiquiátrica noutros familiares. A maioria dos cuidadores informais, referiram conhecer a doença do seu familiar, que é fundamentalmente a depressão, seguida da demência e esquizofrenia. Acompanha o familiar, prestando cuidados informais há menos de 5 anos. Não

há história de internamento psiquiátrico do familiar em 51,9% da amostra, dos que já estiveram internados 66% tem até 2 internamentos.

No que concerne à funcionalidade familiar, os participantes revelaram ter famílias funcionais (65,4%), havendo no entanto no estudo disfunção acentuada em 7,7% dos participantes.

Em relação à sobrecarga do cuidador informal, confirmámos que em 51,9% não há sobrecarga, 18,3% têm sobrecarga ligeira, e sobrecarga intensa foi encontrada em 29,8%.

No referente ao suporte social do cuidador informal, apurámos níveis baixos de suporte social. Analisando cada uma das dimensões, constatámos que a satisfação dos participantes da amostra com o suporte social é mais elevada nas atividades sociais, seguindo-se o suporte social íntimo e a satisfação com os amigos.

Verificámos que a idade e o estado civil, não influencia os níveis de ansiedade, depressão e stresse, o mesmo não ocorrendo com o sexo que influencia os níveis de ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal do doente mental. As habilitações literárias dos participantes na amostra, tem influência sobre o nível de ansiedade, do cuidador informal, e o local de residência tem influência sobre a depressão e stresse. Já a situação profissional, não influencia os níveis de ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal do doente mental.

A funcionalidade familiar afeta a depressão e stresse do cuidador informal e a sobrecarga influencia a ansiedade, depressão e stresse do cuidador.

Os resultados da amostra, revelaram ainda que a satisfação com os amigos e o impacto da prestação de cuidados são preditores da ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal e a funcionalidade familiar, é apenas preditora da ansiedade do cuidador informal do doente mental.

O perfil do cuidador informal da amostra, em traços gerais, no género predomina o sexo feminino; a idade está compreendida entre os 41 e os 60 anos; o parentesco, a maioria das vezes são o cônjuge; o estado civil é casado/união de facto; referente à proximidade geográfica, coabitam com o doente mental em meio rural; têm como grau académico o 1º e 2º ciclo; no que respeita ao emprego a maioria dos cuidadores está reformado ou desempregado; quanto à duração dos cuidados, tende a ser uma tarefa diária entre 17 a 24 horas e acompanha o doente há 5 ou menos anos.

A elaboração deste trabalho empírico, contribuiu para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, atendendo às experiências proporcionadas durante a sua realização e a obtenção de novos conhecimentos, que gostaríamos de partilhar de forma a estarmos mais

despertos, compreendermos e valorizarmos melhor as dificuldades do cuidador informal, ao cuidar o doente mental.

Os resultados sublinham a necessidade de na área da saúde mental, em contexto institucional, os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros especialistas, proporcionarem ao cuidador informal o envolvimento nos cuidados ao doente, desenvolvendo intervenções/estratégias criativas mais concretas, que contribuam para apoiar e promover a saúde psicológica dos cuidadores ao doente mental.

É também importante, desenvolvermos intervenções interdisciplinares que envolvam a família/cuidador informal e planearem-se atividades, na área da saúde mental que vão ao encontro das necessidades/dificuldades do cuidador informal e respetivas famílias.

Concretamente, para o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE, local onde desenvolvo a minha atividade profissional, proponho a criação de uma equipa multidisciplinar, com:

- Consulta de enfermagem, segundo um modelo de intervenção psicoeducativo, realizada por enfermeiro especialista em saúde mental, dirigida a familiares que acompanham o doente mental às consultas externas ou que o visitam a nível do internamento, mais centrado no desenvolvimento de estratégias de tolerância e *coping*, para dar resposta aos problemas/dificuldades relacionados com a doença mental do familiar.

- Intervenções dirigidas a grupos de familiares que acompanham o doente mental às consultas externas, abordando diretamente as necessidades do familiar cuidador e família da pessoa doente.

- Intervenções dirigidas a uma família, abordando as necessidades de todos os membros da família e onde se valoraria o papel do cuidador familiar.

- Intervenções dirigidas a grupos de famílias, abordando as necessidades de todos os membros da família.

A criação desta equipa multidisciplinar, deveria fomentar a criação de novas redes sociais, com a transformação do grupo multifamiliar entretanto gerado, numa rede de apoio mútuo a ser transposta para a realidade quotidiana, preenchendo muitas das necessidades a longo prazo do familiar cuidador, família e doente.

Esta temática, não se esgota com este trabalho e proporíamos, o desenvolvimento de um estudo longitudinal, que nos permitissem aprofundar e obter uma maior compreensão sobre os fatores que implicam aumento dos níveis de ansiedade, depressão e stresse, no cuidador informal do doente mental, no sentido de tornarmos mais eficaz as intervenções, nesse domínio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: Do conceito aos meios de comunicação. Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5 (32), 18-21.
- American Psychiatric Association. (2004). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed. Texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Andrade, F. M. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal* (Dissertação de mestrado). Braga: Universidade do Minho. Acedido em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf
- Andrade, L. H. S., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação e ansiedade. *Psiquiatria Clinica*, 25(6), 285-290.
- Apóstolo, J. L. A. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão ansiedade e stresse*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H. F., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2011). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(2), 6 telas. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_17.pdf
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14 (6), 863-871.
- Apóstolo, J., Ventura, A., Caetano, C., & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Referência*, 2(8), 45-49.
- Aragão, E., Vieira, S., Alves, M., & Santos, A. (2009). Suporte social e estresse: Uma revisão da literatura. *Psicologia em Foco*, 2(1), 79-90. Acedido em http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_115245_ARTIGO8-Suportesocialeestresse-umarevisaodaliteratura.pdf
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Barreto, J. (1996). Doença psíquica. In L. Archer, J. Biscaia, & W. Osswald (Coords.), *Bioética* (pp. 314-323). Lisboa: Verbo.

- Barreto, J. (2010). Prefácios. In C. Sequeira (Coord.). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp.16-19). Porto : Lidel.
- Beck, A. R. M., & Lopes, M. H. M. (2007). Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(6), 670-675.
- Beeson, C., Falloon, I., Butterworth, A., Goldberg, D., Graham-Hole, V., & Hillier, V. (2006). The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. *British Journal of psychiatry*, 165, 222-230.
- Bernal, I. L. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(1), 48-51.
- Brito, D. C. S. (2009). Cuidando de quem cuida: Estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 14(3), 603-607.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Castro, S. C. P. (2008). Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio (Dissertação de mestrado). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Acedido em WWW: <URL: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/19379/2/TeseSusana.pdf>>.
- Cohen, C. A. (2000). Caregivers for people with dementia: What is the family physician's role? *Canadian Family Physic.*, 46, 376-380. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1987706/pdf/canfamphys00002-0138.pdf>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychology*, 59(8), 676-684.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Conselho da Europa (1998). *Recomendação n°98 (9): Relativa à dependência*. Estrasburgo: Conselho da Europa.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE: Versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Custódio, S. M. R. (2010). Stress, suporte social, optimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro. Acedido em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1122/1/2010001689.pdf>

- De La Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista Rol de Enfermería*, 18 (203), 21-24.
- Fernandes, J. J. B. R. (2009). *Cuidar no domicílio: A sobrecarga do cuidador familiar* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820_ulsd57600_tm.pdf
- Ferreira, S. M. M. (2008). *Papel dos cuidadores informais ao idoso com doença de alzheimer* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro. Acedido em 16 Janeiro de 2012 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3288/1/2009000625.pdf>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fisher, D. (2006). *A new vision of recovery: People can fully recover from mental illness, it is not a life-long process*. Lawrence, MA: National Empowerment Center.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragoeiro, I. M. A. R. (2003). Relatório mundial de saúde: Saúde mental, nova compreensão, nova esperança. *Nursing*, 14(178), 32-33.
- Frasquilho, M. (2009). Stress. In H. C. Filho, & C. F. Borges (Coords.). *Stress, depressão e suicídio: Gestão de problemas de saúde em meio escolar* (pp. 63-81). Lisboa: Coisas de ler.
- Freitas, E. V. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Freitas, M. C. N. A. (2009). *Ansiedade nas avaliações escolares: Uma abordagem psicoterapêutica sob estados modificados de consciência num grupo de alunos universitários* (Tese de doutoramento). Universidade da Madeira, Funchal. Acedido em <http://digituma.uma.pt/handle/10400.13/37>
- Gallagher, S. K., & Mechanic, D. (1996). Living with the mentally ill: Effects on the health and functioning of other members. *Social Science and Medicine*, 42(12), 1691-1701.
- Gama, M. M. A., Moura, G. S., Araújo R. F., & Silva, F. T. (2008). Ansiedade-traço em universitários. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1), 19-24. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1/v30n1a07.pdf>
- Gonçalves, B., Fagulha, T., & Ferreira, A. (2005). A depressão nas mulheres de meia idade: Estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. *Psicologia*, 19, 39-56.
- Gonçalves, L. H. T. Alvarez, M. A., & Santos, S. M. A. (2000). Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In Y. Duarte, & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp. 102-110). São Paulo: Atheneu.

- Grilo, P. F. (2009). *Doença de Alzheimer: Epidemiologia, etiologia, diagnóstico clínico e intervenções terapêuticas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Guedes, A. S. M. (2008). *Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional* (Dissertação mestrado). Faculdade de Medicina, Porto. Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23753/2/Avaliao%20do%20impacto%20da%20perturbao%20menta%20na%20familia%20e%20implementao%20de%20um%20programa%20psicoeducacional.pdf>
- Iglesias, S. L., Azzara, S., Squillace, M., Jeifetz, M., Arnais, M. L., Desimone, M. F., & Diaz, L. E. (2005). A study on the effectiveness of a stress management programme for college students. *Pharmacy Education*, 5(1), 27-31. Acedido em http://www.google.pt/search?source=ig&hl=en&rlz=1G1ACAW_PT-
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (1995). *Cuidados en la vejez: El apoyo informal*. Madrid: Ministério de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Jani-Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Irlanda: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. Lisboa: Conselho Económico e Social.
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. Porto: Edições ASA.
- Joel, M. È. (2002). L'émergence du problème des aidants. In A. Colvez, M. È. Joel, & D. Mischlich, (Eds.). *La maladie de d'Alzheimer: Quelle place pour les aidants?* Paris: Masson.
- Lage, I. (2004). Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes. In J. Ribeiro, & I. Leal (Orgs.), *A psicologia da saúde num mundo em mudança: Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da saúde* (pp. 749-765). Lisboa: ISPA.
- Lage, I. (2005). *Cuidados familiares a idosos*. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lima, F. (2013). Qualidade de vida do doente com esquizofrenia institucionalizado. *Hospitalidade*, 77(299), 29-33.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales* (2ªed.). Sydney: Psychology Foundation. Acedido em www.psy.unsw.edu.au/groups

- Malerbi, F. E. K. (2002). Funcionamento familiar e saúde/doença. In H. J. Guilhardi (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (pp. 120-124). Santo André: Esetc.
- Marinho, S. M. B. A. (2010). *O suporte social e a depressão no idoso* (Dissertação de mestrado). Porto: Universidade Fernando Pessoa. Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1935/3/DM_13804.pdf
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS* (3ª ed. revista e aumentada). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (5ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martens, L., & Addington, J. (2007). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 5, 128-133.
- Morais, L. M. (2011). *Relatório do projeto PIBIC –H 35-2010/2011, LAPESAM, Universidade Federal do Amazonas, Campus Vale do Rio Madeira, IEAA-Humaitá.*
- Motta, E., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Pereira, A., Ferreira, J., ... Pereira, A. (2005). A importância do suporte social na integração na universidade. In A. Pereira, & E. Motta (Eds.), *Acção social e aconselhamento psicológico no ensino superior: Investigação e intervenção: Actas do congresso nacional* (pp. 87-96). Coimbra: SASUC Edições.
- National Alliance of Caregiving and American Association of Retired Persons [NAC/AARP]. (1997). *Family caregiving in US: Findings from a national survey. Final report.* Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving. Acedido em www.caregiving.org/finalreport.pdf
- National Center on Elder Abuse [NCEA], (2002). Preventing elder abuse by family caregivers. Acedido em www.elderabusecenter.org/pdf/family/caregiver.pdf
- Neri, A. L., & Carvalho, V. A. M. L. (2002). O bem-estar do cuidador: Aspectos psicossociais. In E. V. Freitas, L. Py, . L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 778-789). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde 2001 - saúde mental: Nova compreensão, nova esperança.* Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 3(17), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.

- Paranhos, M., & Werlang, B. (2009). *Diagnóstico e intensidade da depressão*. Barbaroi: Santa Cruz do Sul.
- Parks, S. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *Am. Fam. Physician*, 62(12), 2613-2622. Acedido em www.findarticles.com/cf_dls/m3225/12_62/67940117/print.jhtml
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família, e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pavarini, S. C. I., Tonon, F. L., Silva, J. M. C., Mendiondo, M. Z., Barham, E. J., & Filizola, C. L. A. (2006). Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Rev. Eletr. De Enferm.*, 8(3), 326-335. Acedido em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista83/v8n3a03.htm>
- Pereira, M. F. (2011). *Cuidadores informais de doentes de alzheimer: Sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia* (Dissertação de mestrado). Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Porto. Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed. rev. e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório: Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Britográfica, Artes Gráficas, Lda.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Reatualização do plano nacional de saúde mental*, 30 de Março 2012. Acedido em http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%CC%A7a%CC%83o_PNSM.pdf
- Ramos, S., & Carvalho, A. (2007). *Nível de stresse e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano universitário de Coimbra*. Acedido em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf>
- Reche, C. (2004). *Essa tal de depressão: Doença ou resposta?* (2ª ed.). Campinas, São Paulo: Ed. Átomo.
- Resina, T., Pinhão, A., Neto, L., Leitão, A., Martins, J., & Augusto, M. (1989). Depressão e ansiedade na consulta de clínica geral/ médico de família. *Acta Méd Port*, 2(1), 7-10.

- Ribeiro, J. L. P., & Guterres, C. (2001). Social support and quality of life in chronic mental disease patients submitted to different housing treatment programs. *Quality of Life Research*, 10(7), 275.
- Ricou, M. (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora.
- Sant'Ana, M. M., Pereira, V. P., Borenstein, M. S., & Silva, A. L. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Contexto Enfermagem*, 20(1), 50-58.
- Santos, A. A. (2009). *Idosos com alterações cognitivas: Um estudo sobre a funcionalidade familiar em contexto de pobreza* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Carlos. Acedido em www.redalyc.org/pdf/714/71419103012.pdf
- Santos, E. C. B., Zanetti, M. L., Otero, L. M., & Santos, M. A. (2005). O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu cuidador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 397-406.
- Santos, L., Veiga, F., & Pereira, A. (2012). Sintomatologia depressiva e percepção do rendimento académico no estudante do ensino superior. In L. Mata, F. Peixoto, J. Morgado, J. C. Silva, & V. Monteiro, (Eds.), *Actas do 12º Colóquio de Psicologia educação* (pp. 1656-1666). Lisboa: ISPA, Instituto Universitário.
- Saraiva, K. R. O., Santos, Z. M. S. A., Landim, F. L. P., Lima, H. P., & Sena, V.L. (2007). O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto e Contexto: Enfermagem*, 16(8), 63-70.
- Schreiber, S. D. (2004). *Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise* (15ª ed.). São Paulo: Sá Editora.
- Schwarzer, R., & Rieckmann, N. (2002). Social support, cardiovascular disease, and mortality. In G. Weidner, M. Kopp, & M. Kristenson (Eds.), *Heart disease: Environment, stress and gender* (pp. 185-196). Netherlands: IOS Press.
- Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: Pontes e alçapões*. Leiria: IPL. Acedido em https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/19/1/transicao_livro.pdf
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010a). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência*, 2(12), 9-16.
- Sequeira, C. (2010b). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Porto: Lidel.
- Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Minerva.

- Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: Uma revisão. *Revista Psicologia USP*, 17(4), 263-285. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf>.
- Silveira, T. M., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638.
- Smilkstein, G. (1978). *The family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians*. *Journal of Family Practice*, 6 (6), pp.1231-1239.
- Smilkstein, G. (1987). The utility and validity of the family APGAR scale developed. *Family systems medicine*, 5(2). 220-227.
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, 15, 303-311.
- Soares, A. J. A. (2009). Variáveis psicossociais e reatividade emocional em cuidadores de dependentes de substâncias. Braga: Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Acedido em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9861>.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira M. (2006). Envelhecer em família: Os cuidadores familiares na velhice (2ª ed.). Porto: Âmbar.
- Spadini, L. S., & Souza, M. C. B. M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 123-127. Acedido em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/228.pdf>.
- Spínola, S. C. S. (2008). Dignidade do doente mental. In Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed. lit.), *A saúde mental e o equilíbrio social* (pp. 79-85). Maia: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K., & Alexander, S. (2001). Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nursing*, 18(1), 54-63. Acedido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1446.2001.00054.x/pdf>
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 889-898.
- Valles, A. C., & Saucedo, I. C. (2007). *Convergências entre ansiedad y depression en universitários: 3º Congreso internacional de universidades saludables*. México: Congreso Internacional de Universidades Saludables. Acedido em <http://www2.uacj.mx/universidadsaludable/memorias/documentos/PDF%20Presentaciones/Viern es%20Psicologico/1.pdf>

- Veiel, H. O. F., & Baumann, U. (1999). The many meanings of social support. In H. O. F. Veiel, & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 1-9). California: Hemisphere Publishing Corporation.
- Veigas, J., & Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício na ansiedade, depressão e stress. Acedido em <http://www.psicologia.com.pt>.
- World Health Organization. (2010). *ICD-10 version: 2010. International statistical classification of diseases and related health problems* (10th revision). Acedido em <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- World Health Organization. (2001). *The world health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

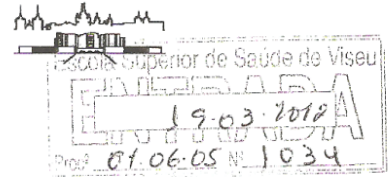
ANEXO I – Autorização do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE para efetuar a colheita de dados.



Ministério da Saúde

CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE

Prof. Lúcia



Ex. Senhor:
Presidente da Escola Superior de Saúde
Prof. Doutor Carlos Pereira
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 Viseu

000426 12 MAR 12

| Sua Referência | Sua Comunicação de | Nossa Referência | Data |
|-------------------------------|--------------------|------------------|------------|
| Ofício nº 215 Processo: 70 | Data 22/02/12 | | 15/03/2012 |

Assunto: **Pedido de autorização para efectuar Colheita de Dados**

Com referência ao assunto mencionado em epígrafe, e após audição dos responsáveis dos serviços, somos a informar V.ª Ex.ª que **se autoriza** a realização da referida colheita de dados para o estudo subordinado ao tema “Ansiedade, Stress e Depressão no Familiar do Doente Mental”. No entanto deverão os inquiridos assinar o consentimento informado, após esclarecimento do instrumento de colheita de dados.

Com os melhores cumprimentos, *personais*

[Handwritten signature]
18.3.2012

A Enf.ª Directora

[Handwritten signature]

(Cassilda Neves)

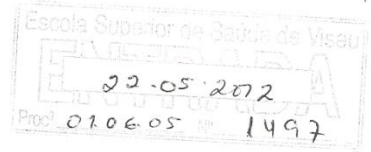
**ANEXO II – Autorização do Conselho de administração do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra, EPE para efetuar a colheita de dados.**

1

Convidada Leina cas S.H.D. C
23/5/2012

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



Exm. Senhor
Prof. Doutor Carlos Pereira
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

| S/Refª | S/Comunicação | N/Ref. – Ofício n.º | Data |
|--------|---------------|---------------------|------------|
| | | PC 661/12 | 17.05.2012 |

C/c
Director do Serviço de Psiquiatria

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados para o trabalho de investigação subordinado ao tema "Ansiedade, stress e Depressão no Familiar do Doente Mental" – Carlos Manuel Nogueira Martins – Aluno do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Viseu – estudo a ser realizado na consulta de Psiquiatria do Hospital Sobral Cid –CHUC.

Na sequência do seu pedido para a realização do trabalho de investigação acima referenciado, a realizar no Hospital Sobral Cid –CHUC, informo que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra que se junta, se autoriza a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE



(Dr. José Martins Nunes)

JMN/PS

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

100mm o parecer e o livro de Psiquiatria

Dr. José Martins Nunes

N/Ref^a Presidente do Conselho de Administração
CES C.H.U.C. - EPE Ofício Nº 0078

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de
Administração do
CHUC, E.P.E.

Data
30.04.2012

ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados para trabalho de investigação subordinado ao tema "Ansiedade, Stress e Depressão no Familiar do Doente Mental" - Carlos Manuel Nogueira Martins - Aluno do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Viseu - estudo a ser realizado na consulta de Psiquiatria do Hospital Sobral Cid-CHUC (registo 1923/2012).

Cumpre-me informar Vossa Ex.^a que a Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, EPE, reunida em 20 de Abril de 2012, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do pedido mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Trata-se de um estudo que tem como objectivo avaliar os níveis de ansiedade, stress e depressão nos familiares dos utentes que frequentam a consulta externa de psiquiatria. A metodologia consta de um questionário de auto resposta sobre dados sócio demográficos e sobre o familiar doente sem o identificar e de um outro questionário de auto resposta sobre satisfação com o suporte social, escala de ansiedade, depressão e stress e escala de sobrecarga do cuidador.

Dado que não o menciona, têm os responsáveis do serviço aonde irá decorrer o projecto de serem informados, acresce, ainda, que o investigador não pertence ao HSC-CHUC.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

P^a A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do HUC - CHUC

| |
|---|
| C.H.U.C. - EPE CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO |
| Reg. N.º 1923 PCA |
| Origem |
| Data 9 / 5 / 2012 |

A CES do HUC-CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.^a Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco Enf.^o Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Dra. Alexandra Vilela; Padre José António Afonso Pais.

A CES do HSC-CHUC: Dra. Cláudia Santos; Dra. Conceição Pascoal; Dra. Ana Maria Martins, Dr. Paulo Figueiredo; Enf.^a Fernanda Pereira.

A CES do HG-CHUC: Dra. Maria Alice Torcato; Dr. José Alves Crilo Gonçalves; Enf.^o Fernando Mateus; Dra. Maria Helena Gomes; Dr. José António Pinheiro; Dra. Margarida Cunha Martins

Av. Bissaya Barreto / Pct.^a Prof. Mota Pinto
3000-075 Coimbra
E-mail: dirclinica@huc.min-saude.pt

Tel.: 239 400 408

Fax: 239 405 646

ANEXO III – Autorização para aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

- Re: Pedido de autorização para utilizar a escala ESC

Carlos Sequeira (carlos.quarteto@gmail.com)

[Adicionar aos contactos](#)

09-06-2013

[Documentos](#)

Para: Carlos Santos



De: **Carlos Sequeira** (carlos.quarteto@gmail.com)

Enviada: domingo, 9 de Junho de 2013 11:19:33

Para: Carlos Santos (carlosmartsantos@hotmail.com)

[Vista Ativa](#) do Outlook

Exma Enf. Carlos Santos,
Conforme solicitado envio a escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) versão Portuguesa.
Informa-se que está autorizada a utilizar a escala (ESC), no seu trabalho de investigação.

O Instrumento deve ser utilizada na íntegra e não pode ser alterado.
Envio em anexo um instrumento que deverá preencher e devolver.
Trata-se de um documento padrão com o objetivo de monitorizar a utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010.

<http://www.mundolivro.net/v1/detalhe01.php?id=60646&classificar=s>

<http://www.fnac.pt/Cuidar-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a324180>

<http://www.bertrand.pt/ficha/cuidar-de-idosos?id=9631738>

No entanto, se persistir alguma dúvida não hesite em contactar-me.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

carlossequeira@esenf.pt // dir.spesm@gmail.com

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

<http://www.esenf.p>

Em 7 de junho de 2013 19:04, Carlos Santos <carlosmartsantos@hotmail.com> escreveu:

Boa tarde Ex.mo Sr. Prof. Dr. Carlos Sequeira

O meu nome é Carlos Manuel Nogueira Martins dos Santos, sou enfermeiro e frequento o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Viseu. Onde terei de apresentar a tese que me garanta o título de mestre, para isso, terei de desenvolver o trabalho de investigação com o tema "Ansiedade, Depressão e Stresse no Familiar do Doente Mental", sob orientação da Ex.ma Sr.ª Prof. Lídia Cabral.

Para a realização do estudo é necessário a aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC).

Assim, venho por este meio solicitar ao Ex.mo Sr. Prof. Dr. Carlos Sequeira se digne autorizar a utilização da escala.

Sem outro assunto

Atenciosamente

Carlos Manuel Santos

ANEXO IV – Autorização para aplicação da Escala de Suporte Social (ESS) e Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

- RE: Pedido de autorização para utilizar as escalas EADS-21 e ESSS

José Luis Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt)

[Adicionar aos contactos](#)

08-06-2013

Para: Carlos Santos



De: **José Luis Pais Ribeiro** (jlpr@fpce.up.pt)

Enviada: sábado, 8 de Junho de 2013 08:54:00

Para: Carlos Santos (carlosmartsantos@hotmail.com)

Autorizo a utilização das duas escalas.

Informo que existe um manual da ESSS com informação adicional que é vendido em formato digital pela editora placebo

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

De: Carlos Santos [carlosmartsantos@hotmail.com]

Enviado: sexta-feira, 7 de Junho de 2013 19:21

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para utilizar as escalas EADS-21 e ESSS

Boa tarde Ex.mo Sr. Prof. Dr. José Luís Pais Ribeiro.

O meu nome é Carlos Manuel Nogueira Martins dos Santos, sou enfermeiro e frequento o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Viseu. Onde terei de apresentar a tese que me garanta o título de mestre, para isso, terei de desenvolver o trabalho de investigação com o tema "Ansiedade, Depressão e Stresse no Familiar do Doente Mental", sob orientação da Ex.ma Sr.^a Prof. Dr.^a Lúcia Cabral. Para a realização do estudo é necessário a aplicação das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Assim, venho por este meio solicitar ao Ex.mo Sr. Prof. José Luís Pais Ribeiro se digne autorizar a utilização das referidas escalas.

Sem outro assunto

Atenciosamente

Carlos Manuel Santos

ANEXO V – Declaração de Consentimento Informado do Cuidador Informal



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO EXMO(A) SR(A) ACOMPANHANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “Ansiedade, Depressão e Stresse no Familiar do Doente Mental” e cujos objectivos principais são avaliar os níveis de ansiedade, stresse e depressão nos familiares do utente que frequentam a Consulta de psiquiatria. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo:

_____ (localidade), __/__/____

Nome _____

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:

Nome do investigador

_____ Carlos Manuel Nogueira Martins dos Santos _____

Assinatura _____

ANEXO VI – Instrumentos de Colheita de Dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Questionário

Exmo (a) Sr(a) Acompanhante

O meu nome é Carlos Manuel Santos, sou enfermeiro especialista a desempenhar funções no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. e encontro-me a realizar um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação da Professora Dra. Lídia Cabral. O objetivo deste estudo consiste em avaliar os níveis de ansiedade, depressão e stresse nos familiares do utente que frequenta a consulta de psiquiatria.

Gostaria por isso de pedir a sua preciosa colaboração para o preenchimento deste questionário.

Para que este estudo obtenha a fidelidade desejada, agradeço desde já, que responda a todas as questões com a maior sinceridade e exatidão possível.

Asseguro que todas as informações fornecidas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para este estudo. A divulgação das informações será anónima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. O resultado final será colocado à disposição de V. Exa se o desejar.

Obrigado pela sua generosa colaboração

Carlos Manuel Santos

PARTE I – VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

EM CADA PERGUNTA ASSINALE COM UM “X” A RESPOSTA QUE CONSIDERAR MAIS ADEQUADA E RESPONDA ÀS QUESTÕES APRESENTADAS.

1 – **Sexo:** Masculino Feminino

2 – **Idade:** _____ Anos

3 – **Estado Civil:**

- Solteiro
- Casado / União de Facto
- Divorciado / Separado de Facto
- Viúvo

4 – **Parentesco:**

- Pai / Mãe
- Cônjuge
- Irmão / Irmã
- Outro, qual _____

5 – **Reside com o seu familiar?**

- Sim Não

6 – **Quantas pessoas vivem no agregado familiar?**

- 1 a 2 Pessoas
- 3 a 5 Pessoas
- Mais de 5 Pessoas

7 – **Local de Residência:**

- Urbana Rural

8 - **Proximidade Hospital Psiquiátrico:**

- Menos de 10 Km
- 10 a 30 Km
- 30 a 50 Km
- Mais de 50 Km

9 – **Habilitações Literárias:**

- 1º e 2º Ciclo (1 a 6 anos de Escolaridade)
- 3º Ciclo (7 a 9 anos de Escolaridade)
- Ensino Secundário (10 a 12 anos de Escolaridade)
- Ensino Superior (+ de 12 anos de Escolaridade)

10 – **Situação laboral:**

- Empregado, profissão _____
- Trabalhador conta própria, profissão _____
- Desempregado Baixa médica
- Reformado

PARTE II – VARIÁVIES DE CONTEXTO FAMILIAR

1 – **O seu familiar está:**

- Empregado
- Baixa médica
- Desempregado
- Reformado Se desempregado ou reformado
 - Está ocupado Não está ocupado

2 – **Número de horas que passa diariamente com o seu familiar:** _____ horas

3 – **Existe doença psiquiátrica noutros familiares?**

- Não Sim

4 – **Conhece a doença do seu familiar?**

- Não Sim

Se sim, diga qual é _____

Quais os principais sintomas _____

5 – Há quanto tempo vem às consultas como acompanhante? _____

6 – O Seu Familiar Já Esteve Internado?

Não Sim

7 – Se sim, quantas vezes? _____

NAS AFIRMAÇÕES SEGUINTEs, REFERENTES AO SEU FAMILIAR, DEVE ASSINALAR O NÚMERO (ENTRE 1 E 10) QUE CORRESPONDE À SUA OPINIÃO.

8 – O meu familiar normalmente é uma pessoa:

| | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Calma | | | | | Agressiva | | | | |

9 – Considero que é uma pessoa:

| | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|--------|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Útil | | | | | Inútil | | | | |

10 – Os gastos com a doença são:

| | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|----------------------|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Insignificantes | | | | | Muito significativos | | | | |

11 – Os conhecimentos que tenho da doença do meu familiar são:

| | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|----------|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nulos | | | | | Elevados | | | | |

NAS AFIRMAÇÕES A SEGUIR, DEVE ASSINALAR O NÚMERO QUE CORRESPONDE À SUA OPINIÃO:

1 – Concordo totalmente

2 – Concordo

3 – Sem opinião

4 – Discordo

5 - Discordo totalmente

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 – Conheço formas de tratamento /controlo para esta doença. | | | | | |
| 13 – Sinto que o meu futuro económico vai ser incerto devido a esta doença. | | | | | |
| 14 – Apesar da doença, o meu familiar tem qualidades e gosto de as elogiar. | | | | | |
| 15 – Estou satisfeito com a ajuda do doente nas actividades. | | | | | |
| 16 – É frequente ter vontade de o deixar e de não cuidar dele. | | | | | |
| 17 – Tenho a ideia de que o doente me estorva. | | | | | |
| 18 - Há pessoas e vizinhos que nos querem prejudicar devido a esta doença. | | | | | |

PARTE III - ESCALA DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN (1978, 1982)

(THE FAMILY APGAR. SMILKSTEIN, GABRIEL.)

POR FAVOR FAÇA UM CIRCULO NA RESPOSTA QUE MELHOR SE AJUSTE À SUA SITUAÇÃO PESSOAL.

| | Quase nunca | Algumas vezes | Quase sempre |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 1 – Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família quando tem um problema? | 0 | 1 | 2 |
| 2 – Conversam entre vocês os problemas que têm em casa? | 0 | 1 | 2 |
| 3 – As decisões importantes tomam-se em conjunto em casa? | 0 | 1 | 2 |
| 4 – Está satisfeito com o tempo que você e a sua família passam juntos? | 0 | 1 | 2 |
| 5 – Sente que a sua família gosta de si? | 0 | 1 | 2 |

PARTE IV - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS) DE WETHINGSON E KESSLER

(INSTRUMENTO DESENVOLVIDO POR WETHINGSON E KESSLER, 1986; ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DA ESCALA POR JOSÉ L. PAIS-RIBEIRO, 1999).

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

| | Concordo totalmente | Concordo na maior parte | Não concordo nem discordo | Discordo na maior parte | Discordo totalmente |
|--|---------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------|
| 1 – Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio. | A | B | C | D | E |
| 2 – Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria. | A | B | C | D | E |
| 3 – Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria. | A | B | C | D | E |
| 4 – Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer. | A | B | C | D | E |
| 5 – Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer. | A | B | C | D | E |
| 6 – Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas. | A | B | C | D | E |
| 7 – Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam. | A | B | C | D | E |
| 8 – Gostava de participar mais em atividades de organizações (por ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.). | A | B | C | D | E |
| 9 – Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família. | A | B | C | D | E |
| 10 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família. | A | B | C | D | E |
| 11 – Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família. | A | B | C | D | E |
| 12 – Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho. | A | B | C | D | E |
| 13 - Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos. | A | B | C | D | E |
| 14 – Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos. | A | B | C | D | E |
| 15 - Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho. | A | B | C | D | E |

PARTE V - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (ESC) ESCALA DE ZARIT

(BURDEN INTERVIEW SCALE. ZARIT E ZARIT, 1983; MARTIN, 1996; SCAZUFCA, 2002. TRADUZIDA E ADAPTADA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA POR SEQUEIRA, 2007, 2010)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **x** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

| | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
|---|-------|-------------|----------|--------------|--------------|
| Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita? | | | | | |
| Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas? | | | | | |
| Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer? | | | | | |
| Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar? | | | | | |
| Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar? | | | | | |
| Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares? | | | | | |
| Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar? | | | | | |
| Considera que o seu familiar está dependente de si? | | | | | |
| Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar? | | | | | |
| Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar? | | | | | |
| Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar? | | | | | |
| Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar? | | | | | |
| Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar? | | | | | |
| Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar? | | | | | |
| Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem? | | | | | |
| Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo? | | | | | |
| Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar? | | | | | |
| Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa? | | | | | |
| Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar? | | | | | |
| Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar? | | | | | |
| Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar? | | | | | |
| Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar? | | | | | |

PARTE VI – ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE (EADS) DE 21 ITENS DE LOVIBOND E LOVIBOND

(ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DA ESCALA DEPRESSION ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS-21) POR JOSÉ L. PAIS-RIBEIRO, ANA HONRADO, & ISABEL LEAL, 2004).

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. A classificação é a seguinte:

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Não se aplicou nada a mim 0 | Aplicou-se a mim algumas vezes 1 | Aplicou-se a mim de muitas vezes 2 | Aplicou-se a mim a maior parte das vezes 3 |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|

| | Não se aplicou nada a mim | Aplicou-se a mim algumas vezes | Aplicou-se a mim de muitas vezes | Aplicou-se a mim a maior parte das vezes |
|---|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|
| 1 Tive dificuldades em me acalmar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 Senti a minha boca seca. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 Senti dificuldades em respirar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 Senti tremores (por ex., nas mãos). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 Dei por mim a ficar agitado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 Senti dificuldade em me relaxar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 Senti-me desanimado e melancólico. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 Senti-me quase a entrar em pânico. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 Não fui capaz de ter entusiasmo por nada. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 Senti que não tinha muito valor como pessoa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 Senti que por vezes estava sensível. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 Senti que a vida não tinha sentido. | 0 | 1 | 2 | 3 |

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO