

UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Medicina

Maria Luisa da Silva Brito

**A SAÚDE MENTAL DOS PRESTADORES DE
CUIDADOS A FAMILIARES IDOSOS**

COIMBRA
Janeiro, 2000

UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Medicina

Maria Luisa da Silva Brito

**A SAÚDE MENTAL DOS PRESTADORES DE CUIDADOS
A FAMILIARES IDOSOS**

Dissertação realizada no âmbito do
V Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental,
sob a orientação do Professor Doutor João Barreto

COIMBRA
Janeiro, 2000

AGRADECIMENTO

Ao Sr. Professor Doutor João Barreto, pela sua orientação, pelo seu tempo, pelo seu trabalho, pela sua gentileza e pela sua amizade.

Ao Prof. Doutor Raimundo Mateos Alvarez, pelo seu interesse e pela sua colaboração no processo de tradução de CADI, CASI e CAMI.

À Direcção do Centro de Saúde de Celas, em Coimbra, que autorizou a colheita de dados para este trabalho junto dos seus utentes da Extensão de Saúde dos Olivais.

A todo o pessoal da Extensão de Saúde dos Olivais, pela sua simpatia e disponibilidade durante o processo de colheita de dados.

À equipa de Enfermagem da Extensão de Saúde dos Olivais, pela sua colaboração na colheita de dados.

Um agradecimento especial à Sra. Enf^a Marina Montezuma, coordenadora da equipa de Enfermagem da Extensão de Saúde dos Olivais, por todo o seu empenho e pela sua colaboração na identificação das famílias para aplicação dos questionários, e por todo o seu trabalho na coordenação e realização da colheita de dados junto das famílias dos utentes.

Aos familiares dos utentes idosos da Extensão de Saúde dos Olivais, que gentilmente participaram nas entrevistas e aceitaram responder aos questionários.

À Direcção do Curso de Especialização em Tradução da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, na pessoa do Professor Doutor Ludwig Scheidler, e ao Dr. Fernando Gonçalves, pela sua participação no processo de tradução de CADI, CASI e CAMI.

À Dr^a Manuela Barreto, pela sua colaboração no processo de tradução de CADI, CASI e CAMI.

À equipa portuguesa do Projecto ACTION e ao seu Users' Advisors Group, pela sua colaboração na adequação da linguagem da versão portuguesa de CADI, CASI e CAMI.

Ao Prof. Doutor Pedro Ferreira, pelo seu apoio na utilização de MOS-SF36.

Ao Dr. José Manuel Marques, pelo seu apoio na análise estatística.

Ao Sr. Serafim, pela sua ajuda no aspecto gráfico do trabalho.

A todos os colegas que me apoiaram e ajudaram, com especial referência à Aida, pela sua disponibilidade e interesse, e pela sua perspicácia nos comentários acerca do trabalho; e ao Gameiro, que muito me ajudou a 'pensar', a organizar as ideias e a expressá-las adequadamente do ponto de vista da metodologia de investigação.

À Direcção da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, que me possibilitou a frequência e conclusão deste Curso de Mestrado.

A todos os amigos que, em tantos momentos difíceis, me animaram e incentivaram.

A TODOS, MUITO OBRIGADA!

Aos meus filhos, Inês e Marcel

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	14

PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS IDOSOS	16
1.1 - Aspectos demográficos e sócio-económicos	17
1.2 - O processo de prestação de cuidados a familiares idosos	18
1.3 - Os prestadores de cuidados a familiares idosos	19
2 - A SAÚDE MENTAL DOS PRESTADORES DE CUIDADOS A FAMILIARES IDOSOS	20
2.1 - Factores associados com a morbilidade dos prestadores de cuidados ...	21
2.2 - A percepção como mediador cognitivo da morbilidade	22
3 - A AVALIAÇÃO INDIVIDUAL E MULTIDIMENSIONAL	24
4 - LINHAS DE INTERVENÇÃO TERAPÉUTICA	28

PARTE II ESTUDO EMPÍRICO

1 - OBJECTIVOS E MODELO DE ANÁLISE	29
2 - METODOLOGIA	32
2.1. - População e amostra	32
2.2 - Instrumentos de colheita de dados	33
2.2.1 - Questionário de Estado de Saúde (MOS SF-36)	34
2.2.2 - Questionários de avaliação subjectiva da situação dos prestadores de cuidados a familiares (CADI, CASI e CAMI)	34
2.2.3 - Questionário Geral	36
2.2.4 - Questionário de sintomatologia depressiva (CES-D)	36

2.3 - Criação da versão portuguesa de CADI, CASI e CAMI	37
2.3.1 - Processo de tradução	38
2.3.2 - Características psicométricas	39
2.4 - Procedimentos de colheita de dados	40
2.5 - Tratamento estatístico	40
3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	42

Estudo 1 - Exploratório e Descritivo

A situação dos prestadores de cuidados a familiares idosos

3.1 - Características gerais	43
3.1.1 - Características socio-demográficas dos prestadores de cuidados	43
3.1.2 - Características socio-demográficas e clínicas dos idosos dependentes ..	44
3.1.3 - Contexto da prestação de cuidados	47
3.1.4 - Outros aspectos	49
3.2 - Indicadores de morbilidade dos prestadores de cuidados	50
3.2.1 - Comportamentos de doença	50
3.2.2 - Sintomatologia depressiva - dados de CES-D	51
3.2.3 - Estado de saúde - dados de MOS SF-36	52
3.2.4 - Relação entre comportamentos de doença e CES-D	55
3.2.5 - Relação entre comportamentos de doença e MOS SF-36	56
3.2.6 - Relação entre os dados de CES-D e de MOS SF-36	58
3.3 - 'Dificuldades' percebidas pelos prestadores de cuidados - dados de CADI	59
3.3.1 - Problemas relacionais com a pessoa dependente	59
3.3.2 - Reacções à prestação de cuidados	60
3.3.3 - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	61
3.3.4 - Restrições na vida social	62
3.3.5 - Deficiente apoio familiar	63
3.3.6 - Deficiente apoio profissional	63
3.3.7 - Problemas financeiros	64
3.3.8 - Outros aspectos	64

3.4 - 'Fontes de satisfação' percebidas pelos prestadores de cuidados - dados de CASI	65
3.4.1 - Benefícios a nível interpessoal	65
3.4.2 - Benefícios a nível intrapessoal	66
3.4.3 - Vantagens da situação	69
3.4.4 - Outros aspectos	71
3.5 - Formas de <i>coping</i> utilizadas pelos prestadores de cuidados - dados de CAMI	71
3.5.1 - Lidar com os acontecimentos/ resolução dos problemas	71
3.5.2 - Percepções alternativas sobre a situação	72
3.5.3 - Lidar com os sintomas de <i>stress</i>	74
3.5.4 - Outros aspectos	75
 <u>Estudo 2 - Descritivo-correlacional</u> 	
<i>Factores associados com a morbilidade dos prestadores de cuidados a familiares idosos</i>	
3.6 - Modelo linear: preditores directos de morbilidade - variáveis relacionadas com a sintomatologia depressiva e o estado de saúde (CES-D e MOS SF-36)	75
3.6.1 - Variáveis socio-demográficas, clínicas e de contexto	75
3.6.2 - 'Dificuldades' percebidas (CADI)	81
3.6.3 - 'Fontes de satisfação' percebidas (CASI)	86
3.6.4 - Formas de <i>coping</i> utilizadas (CAMI)	88
3.7 - Modelo complexo: as 'dificuldades' percebidas (CADI) como mediadoras das outras variáveis predictoras de morbilidade	93
3.7.1 - Variáveis socio-demográficas, clínicas e de contexto	93
3.7.2 - 'Fontes de satisfação' percebidas (CASI)	98
3.7.3 - Formas de <i>coping</i> utilizadas (CAMI)	99
3.7.4 - Modelo global das variáveis predictoras das 'dificuldades' percebidas	101

4 - DISCUSSÃO	103
CONCLUSÃO	109

Anexos:

Anexo I - Versão original (em inglês) de CADI, CASI e CAMI

Anexo II - Pedido de autorização para colheita de dados no Centro de Saúde de Celas - Extensão de Saúde dos Olivais e resposta obtida

Anexo III - Pedido de autorização para utilização da MOS SF-36 e resposta obtida

Anexo IV - Conjunto de instrumentos utilizados no estudo empírico

Anexo V - Resultados dos testes de fiabilidade da versão portuguesa de CADI, CASI e CAMI

LISTA DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 - Características socio-demográficas dos prestadores de cuidados a familiares.....	44
Quadro 2 - Características socio-demográficas e clínicas dos idosos dependentes.	46
Quadro 3 - Caracterização do contexto da prestação de cuidados.....	48
Quadro 4 - Comportamentos de doença dos prestadores de cuidados.....	50
Quadro 5 - Pontuações obtidas em CES-D	51
Quadro 6 - Pontuações obtidas em MOS SF-36.....	52
Quadro 7 - Médias (e erros-padrão) dos grupos estudados por McHorney <i>et al</i> 1993, segundo os diferentes grupos clínicos.	53
Quadro 8 - Análise comparativa: grupo de prestadores de cuidados da amostra e grupo de indivíduos com afecções médicas graves (McHorney <i>et al.</i> 1993:255)	54
Quadro 9 - Análise comparativa: grupo de prestadores de cuidados da amostra e grupo de indivíduos com afecções psiquiátricas (McHorney <i>et al.</i> 1993:255)	54
Quadro 10 - Análise comparativa: grupo de prestadores de cuidados inquiridos e grupo de indivíduos com afecções psiquiátricas e médicas graves (McHorney <i>et al.</i> 1993:255)	55
Quadro 11 - Diferenças nas médias das pontuações de CES-D segundo a 'utilização de ansiolíticos'	55
Quadro 12 - Resultados da análise da variância (ANOVA) entre os valores das..... dimensões de MOS SF-36 em função do 'estado geral de saúde'	56
Quadro 13 - Diferenças nas médias das pontuações da dimensão <i>desempenho emocional</i> , segundo a 'utilização de ansiolíticos'	57
Quadro 14 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36, segundo a utilização de hipnóticos	57
Quadro 15 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36, segundo a referência a tratamento psiquiátrico anterior	58

Quadro 16 - Resultados da análise de variância da dimensão <i>saúde mental</i> de MOS SF-36 segundo o nível de depressão medido pelo CES-D.....	58
Quadro 17 - Correlações encontradas entre as dimensões de MOS SF-36 e as pontuações de CES-D.....	59
Quadro 18 - Problemas relacionais com o idoso dependente	60
Quadro 19 - Reações à prestação de cuidados.....	61
Quadro 20 - Exigências de ordem física na prestação de cuidados.....	62
Quadro 21 - Restrições na vida social.....	62
Quadro 22 - Deficiente apoio familiar.....	63
Quadro 23 - Deficiente apoio profissional	63
Quadro 24 - Problemas financeiros.....	64
Quadro 25 - Respostas à questão nº 3 de CADI	64
Quadro 26 - Satisfações relacionadas com a dinâmica interpessoal - <i>Prestador de cuidados como principal beneficiário</i>	66
Quadro 27 - Satisfações relacionadas com a dinâmica interpessoal - <i>Pessoa dependente como principal beneficiária</i>	66
Quadro 28 - Satisfações relacionadas com a dinâmica interpessoal - <i>Benefício mútuo</i>	67
Quadro 29 - Satisfações relacionadas com a dinâmica intrapessoal - <i>Prestador de cuidados como principal beneficiário</i>	68
Quadro 30 - Satisfações relacionadas com a dinâmica intrapessoal - <i>Pessoa dependente como principal beneficiária</i>	68
Quadro 31 - Satisfações relacionadas com a dinâmica intrapessoal - <i>Benefício mútuo</i>	69
Quadro 32 - Satisfações relacionadas com a dinâmica dos resultados - <i>Prestador de cuidados como principal beneficiário</i>	70
Quadro 33 - Satisfações relacionadas com a dinâmica dos resultados - <i>Pessoa dependente como principal beneficiária</i>	70
Quadro 34 - Lidar com os acontecimentos/ resolução dos problemas	71
Quadro 35 - Percepções alternativas sobre a situação	73
Quadro 36 - Lidar com os sintomas de stress	74

Quadro 37 - Correlações significativas entre o nível de escolaridade e as pontuações de MOS SF-36.....	76
Quadro 38 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36, segundo a situação perante o trabalho	77
Quadro 39 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36 segundo a existência de ajuda regular para a prestação de cuidados.	78
Quadro 40 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36 segundo as faltas recentes ao trabalho.....	79
Quadro 41 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36, segundo a percepção de alteração na vida familiar	79
Quadro 42 - Variáveis seleccionadas como predictoras no modelo de regressão linear das dimensões de MOS SF-36	80
Quadro 43 - Correlações encontradas entre os valores de CADI e as pontuações de CES-D.	81
Quadro 44 - Resultados da análise da variância entre os valores de CADI e os grupos clínicos definidos por CES-D.	82
Quadro 45 - Itens de CADI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear de CES-D	83
Quadro 46 - Correlações significativas encontradas entre os valores de CADI e as pontuações de MOS SF-36 nas suas várias dimensões.	84
Quadro 47 - Itens de CADI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear das dimensões de MOS SF-36	85
Quadro 48 - Itens de CASI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear de CES-D	86
Quadro 49 - Correlações significativas encontradas entre os itens de CASI e as pontuações de MOS SF-36 nas suas várias dimensões.	87
Quadro 50 - Itens de CASI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear das dimensões de MOS SF-36	88
Quadro 51 - Correlações significativas entre os itens de CAMI e as pontuações de CES-D	89
Quadro 52 - Itens de CAMI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear de CES-D	89

Quadro 53 - Correlações significativas encontradas entre os itens de CAMI e as pontuações de MOS SF-36 nas suas várias dimensões.	90
Quadro 54 - Itens de CAMI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear das dimensões de MOS SF-36	91
Quadro 55 - Diferença nas médias de CADI segundo a <i>situação perante o trabalho</i>	94
Quadro 56 - Diferença nas médias de CADI segundo a existência ou não de ajuda regular para os cuidados.....	95
Quadro 57 - Diferença nas médias de CADI segundo a ocorrência ou não de faltas ao trabalho por doença do idoso dependente	96
Quadro 58 - Diferença nas médias de CADI segundo a referência, ou não a alterações significativas na vida familiar	96
Quadro 59 - Variáveis seleccionadas como predictoras no modelo de regressão linear de CADI.....	97
Quadro 60 - Correlações significativas entre os itens de CASI e as pontuações de CADI (sub-escalas e global).....	98
Quadro 61 - Correlações significativas entre os itens de CAMI e as pontuações de CADI	99
Quadro 62 - Variáveis seleccionadas como predictoras no modelo de regressão linear de CADI (sub-escalas e global).....	101

INTRODUÇÃO

Os temas relacionados com o envelhecimento humano têm, nas últimas décadas, vindo a ser alvo de crescente interesse por parte de políticos e profissionais das diversas áreas, no nosso país, na Europa e no mundo industrializado em geral.

O ano de 1999 foi, aliás, designado pela Assembleia Geral das Nações Unidas como Ano Internacional do Idoso, chamando-se assim a atenção para o constante aumento do número de idosos no conjunto da população em geral, e as suas repercussões a nível social, económico e da saúde em especial.

No que diz respeito a este último aspecto, sabe-se que o aumento da longevidade surge quase invariavelmente associado a um aumento substancial das necessidades de apoio e cuidados pessoais e de saúde.

Até há algumas décadas atrás, grande parte destes cuidados eram naturalmente assegurados, no domicílio, pelos familiares das pessoas idosas.

No entanto, diversas alterações sociais e demográficas têm vindo a condicionar e a limitar a capacidade de ajuda das famílias aos seus idosos, sobretudo relacionadas com a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho.

Além disso, vários estudos têm vindo a sugerir que as pessoas que prestam cuidados a familiares idosos dependentes frequentemente sofrem alterações adversas na vida familiar e social, para além de manifestarem um aumento sensível da sua morbilidade, sobretudo ao nível da saúde mental.

O propósito deste estudo é, fundamentalmente, conhecer e analisar alguns dos factores relacionados com a problemática da saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos, por forma a que os responsáveis pelos sistemas de saúde e apoio social, e em particular os profissionais dos serviços mais orientados para a comunidade, possam identificar as necessidades, prioridades e formas de intervenção adequadas à manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida de todos os envolvidos, já que o bem-estar dos prestadores de cuidados se irá reflectir, necessariamente, no bem-estar dos que deles recebem cuidados.

Assim, o primeiro objectivo deste trabalho é conhecer e descrever as características socio-demográficas e clínicas dos prestadores de cuidados inquiridos, dos idosos dependentes de quem cuidam e do contexto da prestação de cuidados, bem como a sua percepção acerca do seu estado de saúde e dos vários aspectos associados à si-

tuação de prestar cuidados a familiares idosos ('dificuldades', 'fontes de satisfação' e forma de *coping* utilizadas).

O segundo objectivo é identificar factores associados com a morbilidade dos prestadores de cuidados a idosos. Para isso, e através de um estudo de natureza descritivo-correlacional, começa-se por analisar a forma como variáveis objectivas e subjectivas se relacionam directamente com a sintomatologia depressiva e a percepção do 'estado de saúde'. Numa segunda fase procura-se estudar o modelo de análise segundo o qual as dificuldades percebidas actuarão sobretudo no papel de mediador entre as outras variáveis estudadas e os indicadores de morbilidade.

Este trabalho está estruturado em duas partes principais: o enquadramento teórico, no qual é feita uma breve revisão de diversos estudos sobre a problemática da prestação de cuidados a familiares, bem como de algumas teorias que se considerou poderem contribuir para a sua compreensão; e o estudo empírico, em relação ao qual são apresentados, de forma mais detalhada, os objectivos pretendidos e os modelos de análise delineados, a metodologia adoptada, os dados obtidos e a sua discussão.

Será também de referir que, no âmbito deste trabalho e como preparação para o estudo empírico do mesmo, foi feita uma primeira abordagem ao processo de tradução e validação de um conjunto de questionários - CADI, CASI e CAMI - utilizados para a avaliação da percepção dos prestadores de cuidados acerca dos diversos aspectos da sua situação. Considera-se que os referidos questionários poderão efectivamente constituir um útil conjunto de instrumentos para os profissionais de saúde poderem avaliar e intervir de forma mais específica sobre a saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS IDOSOS

1.1 - Aspectos demográficos e socio-económicos

O sector idoso da população em Portugal, com idades de 65 e mais anos, representa actualmente 14.7% da população (INE, 1996), com tendência para aumentar continuamente, em especial nos sub-grupos das pessoas com mais de 70 anos. Neste aspecto, a situação de Portugal é muito semelhante à dos outros países da Europa Ocidental e do Norte, tradicionalmente considerados como os mais envelhecidos do mundo (Paúl, 1997).

São precisamente as pessoas com 75 e mais anos, os denominados 'mais idosos' (Barreto, 1996) que suscitam maiores preocupações, principalmente na área dos cuidados de saúde, dado ser evidente e compreensível a estreita relação entre o aumento da longevidade e uma maior morbilidade, com conseqüente aumento das necessidades de apoio e cuidados pessoais e de saúde.

Surge assim, em todo o mundo ocidental, a problemática da prestação de cuidados a idosos que, até agora, e na maior parte dos casos, tem estado a cargo dos familiares.

Com efeito, e segundo estudos realizados nos Estados Unidos e no Reino Unido, 80% dos cuidados a idosos são prestados por familiares (Nolan *et al*, 1996; Paúl, 1997), enquanto estudos realizados em Espanha indicam que 72% dos cuidados prestados a idosos dependentes são assegurados por familiares ou por amigos e vizinhos (Rodriguez e Castiello, 1995).

Numa perspectiva mais global, dados da OMS, referidos por Pires (1995), apontam no sentido de que cerca de 70% dos idosos se encontrarão numa situação de total auto-suficiência do ponto de vista físico, psicológico e social, requerendo apenas intervenções de tipo preventivo, tendo em vista a manutenção da sua autonomia e qualidade de vida.

Entretanto, cerca de 15% dos idosos terão atingido uma situação de semi-dependência relacionada com a perda gradual de capacidades físicas e cognitivas, que

decorre do processo normal de senescência em idades mais avançadas. Nestes casos, torna-se já necessário algum apoio da família ou de outras estruturas informais de cuidados.

A acrescentar a essas situações, calcula-se que em cerca de 10% dos idosos se instalarão quadros patológicos que irão determinar uma acentuada redução na sua capacidade ao nível das actividades de vida diária. Torna-se então necessário que o apoio informal seja complementado com cuidados de saúde e serviços prestados pelas estruturas formais de saúde e apoio social.

Finalmente, estima-se em apenas 5% o número de idosos que efectivamente se encontrarão numa situação de grande dependência tal, que se torna inevitável a sua institucionalização.

Confirma-se assim, mesmo em termos de alcance numérico relativo, a necessidade de se reforçarem as estruturas informais e comunitárias de apoio.

Para além do crescimento da proporção de idosos e do número crescente de idosos a necessitarem de cuidados, segundo vários autores há todo um conjunto de outras condições demográficas que tornam premente a questão da prestação de cuidados a idosos.

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

No entanto, sobretudo devido à relação cada vez mais desfavorável que se verifica, nos vários países, entre a população activa e a população dependente, a situação económica obriga à contenção das despesas públicas na área da Segurança Social.

Assim, tendo como objectivo a autonomia e a qualidade de vida e de cuidados, mas também por motivos meramente económicos, tem-se vindo a manifestar, em termos políticos, um redobrado ênfase e interesse nos cuidados comunitários, especialmente no que se refere aos cuidados prestados por familiares no domicílio (Nolan & Grant, 1989; INE, 1996; Barreto, 1996, 1998; Nolan *et al*, 1996; Paúl, 1997).

1.2 - O processo de prestação de cuidados a familiares idosos

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

Brown e Stetz (1999) consideram que a prestação de cuidados requer um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado.

Também Bowers (1987), referido por Nolan *et al* (1996) e Paúl (1997), ao se referir às várias tipologias propostas acerca do processo de prestação de cuidados, sugere que muito do trabalho de 'prestar cuidados' é invisível, no sentido de que não apresenta comportamentos observáveis, nem é aparente até mesmo a quem recebe os cuidados. Inclui todo um conjunto de componentes do cuidar, mais subtis e menos tangíveis, ligados à gestão do quotidiano e de ordem afectiva que, segundo Arber & Ginn (1995), também referidos por Nolan *et al* (1996), contribuirão porventura de forma mais importante para a qualidade de vida do idoso dependente do que propriamente os aspectos físicos e instrumentais dos cuidados.

Por outro lado, e segundo Paúl (1997), baseando-se na análise de Braithwaite (1992), o processo de prestação de cuidados a familiares idosos difere substancialmente do que acontece com o cuidar de crianças ou pessoas mais jovens, por várias razões: quem cuida está consciente da situação de contínuo agravamento e degeneração do familiar que recebe cuidados, muitas vezes antevendo o seu próprio futuro, mais ou menos próximo; a relação prévia com o familiar idoso e a inversão de papéis que frequentemente ocorre aumentam a probabilidade de conflitos; raramente a responsabilidade da prestação de cuidados é partilhada por mais de uma pessoa, para além de também raramente corresponder a uma situação de escolha assumida.

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

Daí que seja difícil chegar a uma definição claramente operacionalizável do que seja a prestação de cuidados a familiares idosos, ou de quais sejam os atributos e as tarefas de um prestador de cuidados a familiares idosos, ou ainda de quais deverão ser os critérios a adoptar para a selecção das situações que requerem intervenção profissional e apoio (Nolan *et al*, 1996).

1.3 - Os prestadores de cuidados a familiares idosos

Apesar de todas as dificuldades, segundo Paúl (1997), na grande maioria dos casos os familiares encontram-se na primeira linha da prestação de cuidados aos ido-

sos. Mas, do conjunto de elementos da rede de apoio familiar, destaca-se habitualmente uma pessoa, sobre a qual recaem as maiores responsabilidades e o maior número de tarefas de apoio, a quem os anglo-saxónicos designam por 'caregiver' ou 'carer', ou seja, a pessoa que olha pelo idoso, que o apoia e cuida dele no dia a dia (De la Rica e Hernando, 1994).

Praticamente todos os estudos apontam para o facto de a maior parte dos cuidados a idosos dependentes serem prestados pelas filhas. A seguir na linha de prestadores de cuidados surgem as noras (em substituição dos filhos), as esposas, e só depois outros tipos de parentesco, mas sempre predominando as mulheres, que representam cerca de 80% do total dos prestadores de cuidados a familiares idosos (Huckle, 1994; Rodriguez e Castiello, 1995; Ford *et al*, 1997; Paúl, 1997).

Ainda segundo Rodriguez e Castiello (1995), com base nos dados conhecidos sobre Espanha, a maioria dos prestadores de cuidados são pessoas casadas, com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos, com um baixo nível de escolaridade, sem emprego remunerado e vivendo no mesmo domicílio da pessoa dependente.

Segundo Paúl (1997), é frequente a partilha de responsabilidades na prestação de cuidados, sobretudo nos casos em que o prestador de cuidados é um filho ou uma nora. Nolan *et al* (1996) referem, a esse propósito, os conflitos que frequentemente ocorrem entre irmãos, relacionados com a divisão das tarefas da prestação de cuidados.

2 - A SAÚDE MENTAL DOS PRESTADORES DE CUIDADOS A FAMILIARES IDOSOS

Vários estudos têm vindo a sugerir que as pessoas que prestam cuidados a familiares durante longos períodos, como acontece na maior parte dos casos de familiares de idosos dependentes, frequentemente sofrem alterações adversas em várias e importantes áreas da sua vida: alterações na vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste prolongados, a nível físico e psíquico (Fadden *et al*, 1987; Cook *et al*, 1996; Goodman *et al*, 1997)

Este conjunto de condições, frequentemente vivenciadas num complexo contexto de preocupação constante, conflito, perda, luto, raiva, culpa e ressentimento, rapidamente conduz a situações de morbilidade aumentada nessas pessoas.

Com efeito, a situação de prestação de cuidados parece poder afectar a saúde física dos prestadores, sendo que alguns estudos sugerem a ocorrência de alterações no sistema imunitário, para além de problemas de sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares (Begany *et al*, 1996; Brodaty, 1999).

Mas é sobretudo na área da saúde mental que os efeitos da prestação de cuidados a familiares mais se fazem notar, com níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral. (Morris *et al*, 1988; Nolan e Grant, 1989; Nolan, 1990; Huckle, 1994; Paúl, 1997; Wagner *et al*, 1997; Brodaty, 1999).

A depressão é, aliás, o quadro clínico que mais frequentemente ocorre, normalmente manifestando-se no prazo de um ano após o início da situação de prestação de cuidados. Especialmente no caso dos prestadores de cuidados a familiares com Doença de Alzheimer, Begany *et al* (1996) apontam para que cerca de metade estarão clinicamente deprimidos, sobretudo devido ao isolamento social e ao *stress* constante em que vivem. Outros estudos, referidos por Wagner *et al* (1997), referem taxas ainda maiores de depressão naqueles casos. Paúl (1997) refere que estimativas recentes mostram que a taxa de depressão de prestadores de cuidados a idosos acamados varia, conforme os estudos citados, entre os 43 e os 46 %, ou seja, é três vezes superior às taxas da população representativa de indivíduos de meia idade e idosos (14-16%).

Por outro lado, a depressão e a situação de exaustão do prestador de cuidados são apontadas como causas comuns para a interrupção dos cuidados no domicílio (Begany *et al*, 1996; Agar *et al*, 1997). Aliás, já em 1988, Morris *et al* sugeriam que, especialmente no que respeita aos doentes demenciados, o manter de um idoso demen-

ciado na comunidade está estreitamente relacionado com o grau de apoio familiar que ele tem, e que a institucionalização pode ter mais a ver com as atitudes e o bem-estar do prestador de cuidados do que propriamente com o grau de incapacidade do doente.

Também segundo Paúl (1997:128), "as situações de crise e mesmo de ruptura são frequentes, e a única forma de aliviar a sobrecarga pessoal e familiar de quem cuida dos idosos é de facto, conhecer e poder intervir junto desta população, antecipando-se às suas necessidades específicas e apoiando o seu esforço, evitando que surjam situações de descompensação que, além de prejudiciais ao próprio, precipitam frequentemente a institucionalização do idoso, que é afinal o que se pretende evitar".

2.1 - Factores associados com a morbilidade dos prestadores de cuidados

Vários estudos têm consistentemente confirmado que a prestação de cuidados a familiares idosos constitui uma sobrecarga física e psicológica, e que a depressão é, efectivamente, uma alteração da saúde que frequentemente ocorre nessa situação. Porém, não é ainda clara a relação entre os dois fenómenos, sabendo-se pouco sobre quais os 'factores de risco' mais importantes para a saúde dos prestadores de cuidados (Kuhlman *et al*, 1991; Paúl, 1987).

Conforme o referido por Morris *et al* (1988), diversos investigadores têm sugerido que as diferenças no sexo poderão ser um factor importante, referindo que as mulheres tendem a estar mais envolvidas emocionalmente, a manifestar níveis mais elevados de tensão perante as situações e a ter mais dificuldade em aceitar apoio externo para os cuidados.

Outros estudos, porém, indicam que o sexo será um factor importante no que respeita a 'quem' se torna prestador de cuidados, mas que uma vez assumido o papel de prestador, deixam de ser significativas as diferenças entre homens e mulheres nos aspectos referidos (Ford *et al*, 1997).

Paúl (1997) refere a existência de relação entre a sintomatologia depressiva e variáveis como o sexo, o grau de parentesco e a situação de emprego, não tendo sido encontrada relação com a idade, o estado civil e o apoio nos cuidados.

Por outro lado, Morris *et al* (1988), Paúl (1997) e Wagner *et al* (1997) referem que são inconclusivas as relações entre o estado de saúde e depressão do prestador de cuidados e as suas características socio-demográficas, ou ainda com as variáveis relacionadas com a pessoa dependente (tipo de doença, deficit cognitivo, grau de dependência).

Em todo o caso, as pesquisas actuais sobre a situação de saúde dos prestadores de cuidados a familiares idosos já não se centram exclusivamente nas exigências

objectivas e nos aspectos físicos da prestação de cuidados, mas dirigem também a sua atenção para o contexto da prestação de cuidados e para as estratégias de *coping* adoptadas (Brodaty, 1999; Brown e Stetz, 1999).

Concordando com a ideia de não terem ainda sido claramente identificados os factores que poderão precipitar alterações na saúde dos prestadores de cuidados, Nolan *et al* (1990) propõem que, entretanto, se utilize a distinção entre recursos externos e recursos internos.

Os recursos externos incluem os aspectos mais utilitários da situação, como os recursos financeiros, as condições habitacionais, as redes sociais de apoio, os serviços sociais e de saúde, etc.

Quanto aos recursos internos, incluem as competências pessoais, as experiências de vida e a capacidade reflexiva, entre outras. E na abordagem da problemática dos prestadores de cuidados a familiares idosos é cada vez mais valorizado o papel desempenhado por este último tipo de recursos.

2.2 - A percepção como mediador cognitivo da morbilidade

É por todos reconhecido que o contínuo envolvimento numa situação de prestação de cuidados pode ser geradora de *stress*. Além disso considera-se actualmente que os efeitos dos agentes indutores crónicos de *stress* tendem a ter um efeito mais pernicioso sobre o indivíduo do que propriamente as situações de tensão aguda (Gottlieb, 1997).

Porém, conforme Goodman *et al* (1997) fazem notar, os prestadores de cuidados respondem às diferentes situações de formas diversas, e uma situação que é considerada como geradora de *stress* por um prestador de cuidados pode ser por outro encarada como normal.

Como exemplo, o estudo da relação entre o apoio formal oferecido ao prestador de cuidados e a sua situação de sobrecarga psicológica mostrou-se inconclusivo, de acordo com o referido por Morris *et al* (1988). Tal dever-se-á, provavelmente, ao facto de que também a percepção de apoio social depende de cada indivíduo, variando segundo as suas experiências anteriores e os aspectos da situação presente que são sentidos como geradores de *stress* (Kuhlman *et al*, 1991; Goodman *et al* (1997).

Um tal mecanismo estará envolvido também, segundo Goodman *et al* (1997), na forma como os prestadores de cuidados respondem à sua situação e, especificamente, na origem da sintomatologia depressiva que possam manifestar.

Com efeito, e tal como o proposto pelo modelo cognitivo de depressão de Beck, explanado por Fennell (1991), os 'pensamentos negativos automáticos', gerados por

experiências anteriores, relacionam-se de forma biunívoca com os sintomas de depressão, aos seus vários níveis: comportamental, afectivo, cognitivo e somático. Assim, a depressão pode ser vista como o estadio final de um conjunto de variáveis predisponentes e precipitantes de ordem biológica, desenvolvimental, social e psicológica.

É importante salientar, de acordo com Fennell (1991), que o pensamento depressivo faz parte da sintomatologia depressiva e não é por si só 'causa' de depressão. No entanto, as cognições podem preceder o desenvolvimento e instalação de alterações do humor, as quais por sua vez poderão despoletar, potencializar ou manter outros sintomas.

Assim, no que respeita à problemática da situação de saúde dos prestadores de cuidados, e segundo Agar *et al* (1997), a forma como cada um percebe a sua situação de sobrecarga será mais importante do que as características objectivas da sua situação. Por outras palavras, a percepção actua como mediador cognitivo das respostas que o prestador de cuidados dá à sua situação em cada momento.

A este respeito, Lazarus (1993) faz notar que, apesar de existirem estilos pessoais de *coping*, as estratégias de *coping* são altamente contextuais, pois para serem efectivas têm de mudar ao longo do tempo e ajustar-se às diversas circunstâncias.

Nesta perspectiva, e segundo Ford *et al* (1997), um melhor bem-estar tem sido associado com uma percepção mais benigna dos indutores de *stress* primários (exigências de ordem física da prestação de cuidados, problemas comportamentais, etc).

Por outras palavras, a saúde mental e física dos prestadores de cuidados relaciona-se sobretudo com o *stress* percebido, que por sua vez actua como mediador em relação às outras variáveis utilizadas para caracterizar a situação.

Por essa razão, e segundo Fennell (1991), as cognições constituem-se como ponto ideal para a intervenção terapêutica.

3 - A AVALIAÇÃO INDIVIDUAL E MULTIDIMENSIONAL

Tal como no funcionamento psicológico em geral (Lazarus, 1993), também em relação às situações de prestação de cuidados a familiares idosos é actualmente reconhecido que a realidade objectiva e as percepções subjectivas não são necessariamente congruentes.

Em paralelo com a distinção anteriormente referida entre recursos externos e internos, feita a propósito dos factores relacionados com as situações de morbilidade, em alguns estudos sobre a situação de 'sobrecarga' ou *burden* das pessoas que prestam cuidados a familiares idosos foi proposta a distinção entre sobrecarga objectiva e subjectiva.

A sobrecarga objectiva estará basicamente relacionada com a situação de doença e dependência, com o tipo de cuidados necessários e com as repercussões da situação na vida do prestador de cuidados em termos de saúde, emprego, vida social, aspectos financeiros, etc.

A denominada sobrecarga subjectiva resultará, por seu lado, da resposta emocional do prestador de cuidados a toda a situação, incluindo a forma como ele sente a situação de sobrecarga, e o seu grau de desânimo, ansiedade ou depressão (Morris *et al* 1988; Huckle, 1994)

Alguns estudos, como os de Zarit *et al* (1980) e Robinson (1983), referidos por Morris *et al* (1988) e Nolan *et al* (1990), procuraram avaliar o grau de sobrecarga subjectiva através do estudo da correlação directa entre medidas de bem-estar ou ansiedade e certas variáveis objectivas, como o grau de demência ou o tipo de dependência, concluindo apenas que se verificava uma grande diversidade de respostas entre as várias amostra de prestadores de cuidados.

Quanto a Novak e Guest (1989), referidos por Paúl (1997), propuseram uma medida multidimensional que permitisse captar os sentimentos de quem presta cuidados e o tipo de respostas dadas às dificuldades inerentes a esses cuidados. O inventário por eles desenvolvido - 'Caregiver Burden Inventory' - incluía 5 conjuntos de factores: 1) sobrecarga da dependência de tempo; 2) sobrecarga de desenvolvimento; 3) sobrecarga física; 4) sobrecarga social; 5) sobrecarga emocional.

Com efeito, na linha de Lazarus e DeLonguis (1983), referidos por Paúl (1997) e também segundo Morris *et al* (1988) e Brown & Stetz (1999), para a avaliação da sobrecarga subjectiva terão de se ter em conta não apenas variáveis objectivas como as

referidas, mas também todo um conjunto de variáveis mediadoras que influenciam a resposta emocional da pessoa à situação de prestar cuidados, como é o caso do tipo de relação afectiva com o idoso dependente, o grau de apoio sentido, as estratégias de *coping* utilizadas e os significados atribuídos à situação.

Vários outros estudos apontam também para que muito do *stress* ligado à situação de prestar cuidados a um familiar idoso terá menos relação com a quantidade de tarefas objectivas, ou com o grau de dependência física ou mental, do que propriamente com os elementos emocionais da situação e a forma como ela é percebida pelas partes envolvidas, e em especial pelo prestador de cuidados. (Nolan&Grant 1989; Nolan *et al* 1995; Nolan *et al*, 1996; Paúl, 1997)

Segundo Lazarus e Folkman (1984), referidos por Nolan *et al* (1996), a abordagem cognitiva é um processo segundo o qual a pessoa avalia o potencial agressivo do acontecimento, avaliando ao mesmo tempo os recursos disponíveis para lidar com a situação, sendo que os comportamentos de *coping* visam modificar ou aliviar a situação considerada difícil, alterar ou reduzir os aspectos sentidos como ameaçadores, ou então lidar com os sintomas de *stress* resultantes da situação.

Nesta perspectiva, considera-se que a avaliação da situação por parte da pessoa depende em boa medida do significado pessoal que ela atribui ao que vai acontecendo, em função de características mais ou menos estáveis da sua personalidade, mas que ainda assim é objecto de um constante processo de mudança e reformulação, como resultado de mudanças no meio ambiente ou da relação da pessoa com esse meio, variando também as suas formas de lidar com a situação em cada momento. E deverá ser à luz destas características que o impacto dos acontecimentos e as respostas dos indivíduos poderão ser compreendidos (Paúl, 1997).

Transpondo-se este modelo para a questão da sobrecarga ou *burden* dos prestadores de cuidados a familiares idosos, a situação não se poderá avaliar com base na natureza dos factores ou acontecimentos em si mesmos, mas antes através da percepção que cada indivíduo tem acerca deles. Conforme a citação feita por Nolan *et al* (1990) 'there's nothing either good or bad, but thinking makes it so' (Shakespeare, *Hamlet*), e como aqueles autores afirmam, 'stress is in the eye of the beholder' (Nolan *et al*, 1990: 544)

Assim, factores como a idade, o sexo, a raça, o grupo étnico, o tipo de relações prévias e a rede social de apoio têm de ser tidos em consideração para a compreensão da problemática e para a definição de linhas gerais de intervenção, mas a actuação a nível do indivíduo e família requererá sempre, em última análise, a compreensão das suas circunstâncias únicas, no seu sistema de crenças e valores, no conjunto de significados pessoais atribuídos aos vários elementos da situação, independentemente das suas raízes étnicas ou culturais (Nolan *et al*, 1996)

A melhoria e o sucesso do apoio e dos cuidados a este tipo de situações passarão então por uma avaliação individual, baseada numa abordagem multidimensional, que tenha em conta a natureza dinâmica e contextual da situação de prestação de cuidados, só assim se tornando possível determinar qual a intervenção adequada a cada prestador de cuidados, nas suas circunstâncias particulares (Nolan *et al*, 1996).

E com efeito, segundo Ferreira (1995), estamos numa era em que os resultados de saúde estão cada vez mais a ser avaliados sob a perspectiva do doente/utente e com base na forma como afectam as suas expectativas e necessidades, tendo em vista o bem estar e as condições necessárias a uma vida mais efectiva.

Na perspectiva das teorias do *stress*, os cuidados prestados ao idoso constituem então indutores de *stress* ambientais que o prestador de cuidados interpretará de maneira pessoal e aos quais se adaptará com diferentes graus de sucesso. Assim, para além dos mecanismos de *coping* utilizados, há que considerar as dificuldades da situação e também as gratificações que possam derivar da tarefa de cuidar de um familiar idoso, bem como o delicado equilíbrio entre os aspectos conotados, em cada caso, como negativos ou positivos (Nolan *et al*, 1996; Paúl, 1997)

Aliás, e contrariando a ideia de que a prestação de cuidados a familiares idosos está invariavelmente, e apenas, associada a múltiplas dificuldades a nível físico, emocional, financeiro e social, com ausência de qualquer tipo de reciprocidade ou sentido de recompensa pessoal, vários autores têm, nos últimos anos, vindo a chamar a atenção para a importância de se considerarem e explorarem também os aspectos potencialmente satisfatórios e gratificantes da situação de prestar cuidados a um familiar (Motenko, 1988, 1989 e Summers *et al*, 1989, entre outros, referidos por Nolan *et al* 1996; Paúl, 1997)

Com efeito, trata-se de todo um conjunto de diversas e, muitas vezes, subtis fontes de satisfação, que os prestadores de cuidados a familiares experienciam, principalmente resultantes da história passada e presente do seu relacionamento afectivo com a pessoa de quem cuidam, que poderão influenciar decisivamente a forma como a situação no seu todo é vivenciada, e que por isso deverão ser levadas em linha de conta no processo de avaliação pelo profissional de saúde (Nolan *et al*, 1996).

Em outros casos os elementos gratificantes relacionam-se com os significados atribuídos pelo prestador de cuidados aos vários aspectos da situação, desde o facto de estar a desenvolver novas competências e capacidades, até ao sentimento de estar a cumprir um dever moral ou de estar a retribuir cuidados ou carinho recebidos no passado, passando por todo um conjunto de 'pequenas coisas e pequenos nada's' que no quotidiano podem revestir-se do maior valor, pela forma com mantêm ou aumentam a auto-estima da pessoa, até pelo reconhecimento que outros expressem acerca do seu

desempenho. Novamente, tais sentimentos terão mais a ver com a história de vida de cada um do que propriamente com variáveis como a raça, o sexo, etc (Nolan *et al* 1996).

O conhecimento, por parte do profissional de saúde, das modalidades de resposta utilizadas pelos prestadores de cuidados, permitir-lhe-á planear as suas intervenções em termos de identificar quais os prestadores de cuidados em situação de maior risco, e nesses casos, ajudá-los a identificar ou reduzir as formas de *coping* que, em cada situação se mostram ineficazes, bem como ajudá-los a desenvolver novas estratégias para a abordagem da situação. Na opinião de Nolan *et al*, (1996), uma tal abordagem constituirá, provavelmente, uma das mais potentes e eficazes formas de intervenção terapêutica junto do prestador de cuidados, no que respeita à sua saúde mental e, em última análise, com benefícios para todos os envolvidos.

Com efeito, e segundo os autores, um tal tipo de intervenção por parte dos profissionais não será necessariamente dispendiosa em termos de tempo ou dinheiro, requerendo antes dos profissionais o dirigir da sua atenção para além dos aspectos meramente instrumentais dos cuidados.

4 - LINHAS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Na opinião de Brodaty (1999) as intervenções terapêuticas junto dos prestadores de cuidados a familiares idosos deverão ser conduzidas em relação a três vertentes principais: apoio psicológico, educação/informação e sistemas sociais de apoio.

Resultando directamente do modelo cognitivo de depressão de Beck, conforme apresentado por Fennell (1991), a operacionalização das intervenções relacionadas com o apoio psicológico passará, em grande medida, pela modelação das cognições do prestador de cuidados, através da descoberta de novas maneiras de pensar, novas estratégias de *coping*, etc.

No que se refere à vertente educação/informação, Nolan *et al* (1996) referem a procura de informação sobre a situação como uma das formas de *coping* mais utilizadas pelos prestadores de cuidados. Por outro lado, a falta de informação em geral e o sentimento de incompetência para a realização de diversos procedimentos relacionados com os cuidados diários ao familiar idoso, são apontadas como uma das dificuldades mais frequentemente percebidas, podendo afectar de forma significativa o desempenho do prestador de cuidados e a sua disponibilidade para continuar a cuidar.

Apesar de toda a importância atribuída à forma como o prestador de cuidados percebe os vários aspectos da sua situação, e a um adequado acesso à informação necessária, tem igualmente de se atender às condições objectivas de prestação de cuidados, através do desenvolvimento de sistemas sociais de apoio adequados às necessidades dos prestadores de cuidados. Em relação a este aspecto, Nolan *et al* (1996) enfatizam sobretudo a noção de *respite care*, entendido principalmente no sentido de 'pausas nos cuidados', que poderão inclusivamente passar por sistemas de internamento temporário, e que decerto irão influenciar de forma significativa as condições objectivas da situação dos prestadores de cuidados, bem como a forma como eles irão perceber todos os aspectos dessa mesma situação.

Na opinião de Brodaty (1990), os programas de intervenção dirigidos aos prestadores de cuidados a familiares têm um considerável potencial para melhorar a qualidade de vida do prestador de cuidados e do idoso dependente, traduzindo-se claramente em benefícios humanitários e também económicos.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

1 - OBJECTIVOS E MODELOS DE ANÁLISE

É actualmente reconhecida a importância do papel desempenhado pelas pessoas que prestam cuidados a familiares idosos dependentes, tendo em conta os aspectos demográficos e socio-económicos relacionados com a situação, bem como a natureza complexa dos cuidados e das interações que se geram entre os intervenientes nesse tipo de contexto.

Este estudo pretende desenvolver-se sobre algumas questões relacionadas com a saúde e o bem-estar dessas pessoas, especialmente atendendo ao problema de que a situação de prestar cuidados a familiares idosos vem sendo apontada como estando frequentemente associada a alterações negativas na saúde mental dos prestadores de cuidados.

Dado que é ainda escasso o conhecimento, em Portugal, sobre os contornos da situação dos prestadores de cuidados a familiares idosos, o primeiro objectivo deste trabalho, desenvolvido no **Estudo 1**, é de carácter basicamente exploratório e descritivo: pretende-se conhecer algumas características socio-demográficas e clínicas dos prestadores de cuidados inquiridos, dos idosos dependentes de quem cuidam e do contexto da prestação de cuidados, bem como a sua percepção acerca do seu estado de saúde e dos vários aspectos associados à situação de prestar de cuidados a familiares idosos ('dificuldades', 'fontes de satisfação' e formas de *coping* utilizadas).

O segundo objectivo deste trabalho é identificar factores associados com a morbilidade dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Para isso, baseada em estudos recentes sobre o assunto, e apoiando-se em teorias que se considerou podem contribuir para a compreensão da problemática, encetou-se uma pesquisa de natureza descritivo-correlacional, apresentada como **Estudo 2**.

No essencial, este estudo baseia-se no pressuposto de que, para além das variáveis 'objectivas' tradicionalmente associadas à situação de sobrecarga física e psicológica dos prestadores de cuidados, como o grau de dependência e o apoio social, será importante ter em conta os mecanismos cognitivos e emocionais envolvidos, que se considera poderem interferir decisivamente na forma como os indivíduos vivenciam a sua situação.

Com efeito, variáveis 'subjectivas' como as 'dificuldades' percebidas pelos prestadores de cuidados, as 'fontes de satisfação' encontradas e as formas de *coping* por eles utilizadas, poderão mostrar-se como preditores directos da morbilidade com grande interesse clínico, social e mesmo económico, pelas possibilidades que oferecem de intervenção individualizada, preventiva e terapêutica.

Assim, na primeira fase do estudo, e adoptando um modelo linear de análise (Figura 1), pretende-se precisar as relações entre os dois tipos de variáveis e a morbilidade manifestada pelos prestadores de cuidados inquiridos, nomeadamente no que se refere à sua sintomatologia depressiva e ao seu estado de saúde.

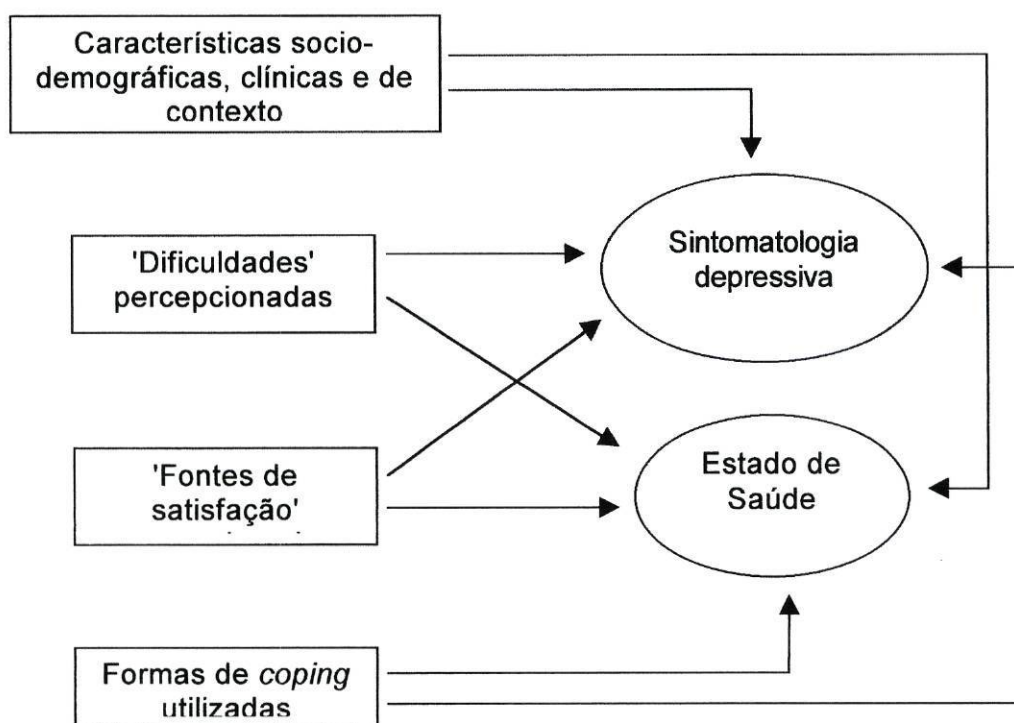


Figura 1 - Modelo linear: preditores directos da morbilidade

Na segunda fase do estudo analisa-se a forma como as diversas variáveis se relacionam com as 'dificuldades' percebidas. Esboça-se assim um 'modelo complexo' de relacionamento entre as variáveis (Figura 2). Neste caso assume-se que, para além de funcionarem como predictoras directas da morbilidade, as 'dificuldades' percebidas poderão também e sobretudo desempenhar um papel de relevo como factores mediadores na relação entre as outras variáveis e a morbilidade dos prestadores de cuidados a familiares idosos.

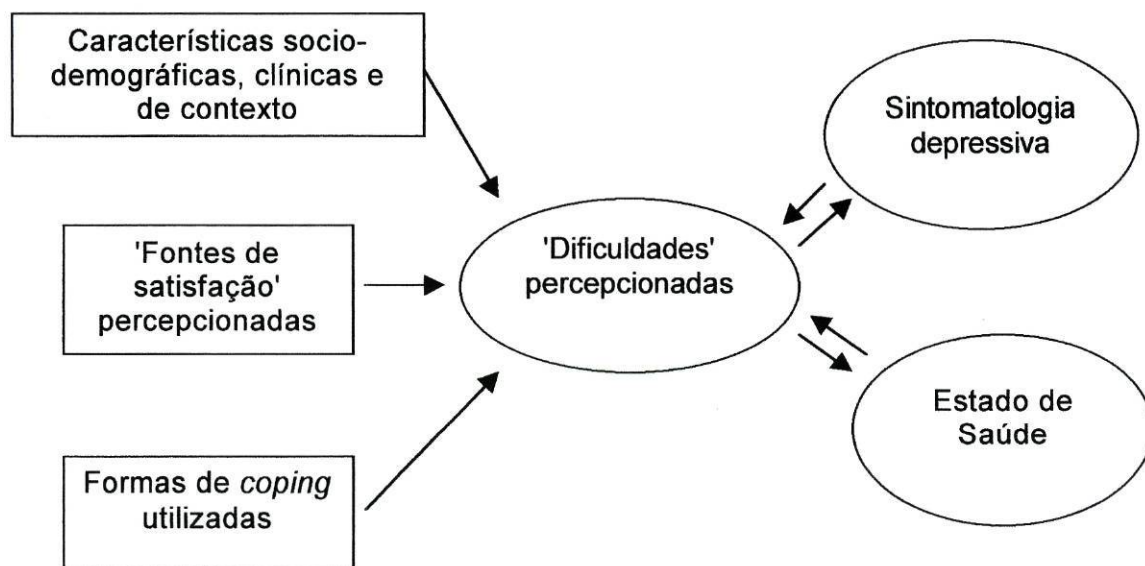


Figura 2 - Modelo complexo: as 'dificuldades percebidas' como mediadoras das variáveis predictoras da morbilidade.

Dada a natureza das variáveis em estudo, adoptou-se um desenho de investigação não experimental, quantitativo e de tipo descritivo transversal, já que se procurou conhecer os resultados da aplicação de um conjunto de questionários, num único momento e a uma única amostra da população em estudo. Poder-se-á considerar que se trata também de uma investigação de tipo analítico - correlacional (Almeida e Freire, 1997; Ribeiro, 1999), visto pretender-se analisar as relações estatísticas entre algumas das variáveis envolvidas.

2 - METODOLOGIA

Seguindo os objectivos e modelos de análise atrás delineados, passa-se a apresentar os aspectos principais da metodologia que se escolheu para os concretizar, nomeadamente a população em estudo e o tipo de amostra constituída, as características dos instrumentos utilizados, os procedimentos adoptados para a colheita dos dados e as técnicas utilizadas no tratamento estatístico dos dados.

Inclui-se também uma breve descrição do processo de criação da versão portuguesa dos instrumentos utilizados para avaliar a percepção dos prestadores de cuidados acerca dos vários aspectos da sua situação (CADI, CASI e CAMI).

2.1 - População e amostra

Sendo o propósito deste estudo analisar alguns dos factores relacionados com a problemática dos prestadores de cuidados a familiares idosos, optou-se por utilizar como população ou universo de trabalho, segundo a designação adoptada por Ribeiro (1999), todas as famílias com idosos que recebiam apoio domiciliário da Extensão de Saúde dos Olivais (Centro de Saúde de Celas), em Coimbra.

O facto de os idosos seleccionados requererem cuidados médicos ou de enfermagem no domicílio foi tomado como indicador de se tratar de situações de alguma dependência por parte dos idosos, que naturalmente justificariam o envolvimento de familiares nos seus cuidados.

A escolha daquela Extensão de Saúde deveu-se ao facto de a sua área geográfica de abrangência incluir simultaneamente zonas habitacionais de características urbanas e rurais adjacentes à parte Leste da cidade de Coimbra.

Também foi tido em conta o conhecimento pessoal e o estabelecimento anterior de relações de trabalho e colaboração com grande parte dos membros da equipa de saúde daquela Extensão, o que efectivamente facilitou todo o processo de colheita de dados para este estudo.

Assim, e depois de ter sido obtida a necessária autorização da Direcção do Centro de Saúde de Celas (Anexo II), procedeu-se à listagem de todos os utentes que à data (19/01/99) se encontravam a receber apoio domiciliário, em termos de cuidados médicos ou de enfermagem, da Extensão de Saúde dos Olivais.

Nessa primeira fase foi feita uma recolha preliminar de dados socio-demográficos e clínicos sobre os utentes listados, com base na consulta dos processos clínicos e administrativos.

A partir desses primeiros dados obtidos foram seleccionados os utentes que, estando a receber cuidados no domicílio, preenchiam também os critérios seguintes: a) ter idade superior a 65 anos; b) existir uma pessoa de família identificada como estando a prestar-lhes cuidados de forma regular.

Ficaram assim identificados, indirectamente, os cerca de 70 prestadores de cuidados a familiares idosos com que se procuraria realizar este estudo.

No entanto, devido às limitações de tempo com que este trabalho se realizou, tendo a maior parte dos dados sido colhidos durante o período de verão, e também devido ao facto de os instrumentos de colheita de dados serem muito extensos, e de ter sido feito re-teste a alguns dos seus componentes, não foi possível aceder, em tempo útil, a todos os elementos do universo de trabalho definido.

Assim, o estudo acabou por ser realizado com base numa amostra não aleatória, constituída por apenas 41 prestadores de cuidados, em função da sua acessibilidade.

2.2 - Instrumentos de colheita de dados

Dada a natureza da problemática em estudo, optou-se por utilizar principalmente instrumentos de colheita de dados que se baseiam na auto-avaliação e auto-relato dos vários aspectos da situação.

Os instrumentos utilizados foram os seguintes, segundo a ordem em que foram apresentados aos prestadores de cuidados inquiridos (Anexo IV):

- Questionário de Estado de Saúde (MOS SF-36), Versão Portuguesa 2.0, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1997, para avaliação da percepção dos inquiridos acerca das várias dimensões do seu *'estado de saúde'*;
- Versão portuguesa de CADl (Carers' Assessment of Difficulties Index), CASI (Carers' Assessment of Satisfaction Index) e CAMI (Carers' Assessment of Managing Index), desenvolvida pelo Prof. Doutor João Barreto e pela autora deste trabalho, no decurso do mesmo, para avaliação das *'dificuldades percebidas'*, *'fontes de satisfação'* e *'formas de coping utilizadas'*, respectivamente;
- Questionário Geral, elaborado no âmbito deste trabalho, para definição das *'características socio-demográficas, clínicas e de contexto'*, incluindo o Índice de Katz para avaliação das Actividades de Vida Diária da pessoa dependente;

- Versão portuguesa de CES-D (Centre for Epidemiologic Studies-Depression), desenvolvida pelo Prof. Doutor João Barreto, para identificação da '*sintomatologia depressiva*' dos prestadores de cuidados inquiridos.

Passa-se a apresentar as características básicas destes instrumentos.

2.2.1 - Questionário de Estado de Saúde (MOS SF-36)

O Questionário de Estado de Saúde (MOS SF-36), Versão Portuguesa 2.0, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde (Ferreira, 1995; Ferreira e Rosete, 1995) (Anexo III) compõe-se de 36 itens, que se distribuem por oito dimensões do estado de saúde: função física, desempenho físico, dor física, saúde em geral, saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade. As respostas são dadas segundo escalas tipo Likert com um número de opções que varia entre 3 e 5.

É considerado como um instrumento de medição facilmente aplicável aos vários grupos etários, por entrevista, pelo correio ou mesmo pelo telefone, e independentemente da sua situação de doença (Brazier *et al.* 1992; McHorney *et al.* 1993; Ferreira, 1995)

2.2.2 - Questionários de avaliação subjectiva da situação dos prestadores de cuidados a familiares (CADI, CASI e CAMI)

O CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index), o CASI (Carers' Assessment of Satisfaction Index) e o CAMI (Carers' Assessment of Managing Index) são um conjunto de questionários (Anexo I) que foi desenvolvido por Nolan e colaboradores, no Reino Unido, com o objectivo de facilitar o trabalho quotidiano dos profissionais na abordagem e avaliação dos vários aspectos da situação dos prestadores de cuidados a familiares, e também como eventuais ferramentas de investigação nesta área (Nolan e Grant, 1989; Nolan *et al.* 1990, 1995, 1996, 1998).

CADI e CASI são compostos por 30 itens cada um, enquanto CAMI é constituído por 38 itens. Em relação a cada item o inquirido deve assinalar, numa escala tipo Likert com quatro opções, se a afirmação em causa se aplica à sua situação e, em caso positivo, de que forma corresponde à sua percepção da situação. No final de cada instrumento existe ainda um espaço aberto para, facultativamente, o inquirido descrever outras situações que ele entenda não estarem contempladas nos questionários.

CADI

No que respeita a CADI - Carers' Assessment of Difficulties Index - e segundo os autores, este instrumento tem como objectivo facilitar a identificação do tipo de dificuldades mais frequentes nas situações de prestação de cuidados a familiares idosos, bem como a maneira como, em cada caso, os prestadores de cuidados percebem e vivenciam essas dificuldades.

O conjunto de 30 potenciais dificuldades listadas no CADI inclui questões sobre as implicações da prestação de cuidados sobre a sua vida social, sobre a sua saúde, as repercussões económicas da situação, os problemas de relacionamento com a pessoa dependente e outros membros da família e também sobre a forma como o apoio profissional e da família são encarados pelo prestador de cuidados.

Um tal conjunto de informações permitirá ao profissional de saúde estabelecer, de forma mais precisa, o plano individualizado de cuidados ou intervenções que melhor poderão responder às necessidades específicas de cada família, para além de poderem ser úteis em estudos de tipo epidemiológico acerca das dificuldades dos prestadores de cuidados a familiares idosos (Nolan *et al*, 1996).

CASI

Quanto a CASI - Carers' Assessment of Satisfaction Index - compõe-se de 30 itens agrupados pelos autores em três principais tipos: a) satisfações principalmente resultantes da dinâmica interpessoal entre o prestador de cuidados e a pessoa que recebe os cuidados; b) satisfações do prestador de cuidados sobretudo de índole intrapessoal e intrapsíquica; c) satisfações principalmente resultantes do desejo de obter os melhores resultados possíveis da situação.

Este instrumento poderá ajudar os profissionais a, em conjunto com o prestador de cuidados, identificarem e explorarem as fontes de satisfação potenciais da situação, o que poderá ser encarado como uma importante forma de intervenção terapêutica, tendo em vista a preservação da saúde mental dos envolvidos (Nolan *et al*, 1996).

Segundo os autores, o CASI pode também ser utilizado pelos profissionais para, no seu trabalho com as várias famílias, mais precocemente identificarem as situações de risco, quer para a saúde mental do prestador de cuidados, quer mesmo para a pessoa que recebe os cuidados, em termos da sua integridade física e psicológica (Nolan *et al*, 1996).

CAMI

Tendo em vista conhecer a forma como cada prestador de cuidados lida com as dificuldades percebidas, que mecanismos de *coping* mobiliza, e quão adequados e eficazes eles se mostram perante as situações, Nolan e colaboradores desenvolveram o CAMI - Carers' Assessment of Managing Index (Nolan *et al*, 1995; 1996).

Inclui 38 afirmações relacionadas com diversos mecanismos de *coping*. Para cada uma os prestadores de cuidados são convidados a indicar se utilizam ou não aquela forma de lidar com as situações e, em caso de resposta afirmativa, deverão também indicar a sua opinião acerca da eficácia e efectividade do procedimento.

Os dados obtidos através deste instrumento poderão ser utilizados pelo profissional de saúde para planear as suas intervenções em termos de identificar quais os prestadores de cuidados em situação de maior risco e, nesses casos, ajudá-los a identificar ou reduzir as formas de *coping* que, em cada situação se mostram ineficazes, bem como ajudá-los a desenvolver novas estratégias para a abordagem da situação.

2.2.3 - Questionário Geral

O Questionário Geral compõe-se de 26 questões que, para além dos dados demográficos sobre os inquiridos, se referem também a um conjunto de aspectos com os quais se procurou caracterizar o contexto e a situação de prestação de cuidados: relações de parentesco, duração da situação de prestação de cuidados, indicadores de morbilidade do prestador de cuidados, dados demográficos sobre a pessoa dependente, o seu diagnóstico médico e tipo dependência e avaliação das Actividades de Vida Diária (Índice de Katz).

Apenas as questões relacionadas com o diagnóstico médico do idoso que recebia cuidados, o seu tipo de dependência e a avaliação das Actividades de Vida Diária se destinavam explicitamente a ser preenchidas pela enfermeira responsável pelos cuidados à família. Todas as restantes questões deveriam, em princípio, ser preenchidas pelos prestadores de cuidados inquiridos.

2.2.4 - Questionário de sintomatologia depressiva (CES-D)

O CES-D (Centre for Epidemiologic Studies-Depression), na Versão Portuguesa desenvolvida pelo Prof. João Barreto, inclui 20 itens, aos quais o inquirido deve responde numa escala tipo Likert com 4 opções baseadas na frequência com que ocorrem as situações referidas nos itens.

Tem sido utilizado em estudos epidemiológicos na população em geral, e também como instrumento para identificação de sintomatologia depressiva em populações com patologias diversas (Lépine, 1996; Oliveira, 1994; McDowell, 1996)

2.3 - Criação da versão portuguesa de CADI, CASI e CAMI

Conforme o anteriormente referido, CADI, CASI e CAMI foram, no âmbito deste trabalho, traduzidos para português a partir do original em inglês.

Várias razões levaram a que fosse julgado útil e interessante encetar, no âmbito desta dissertação, o processo de tradução e adaptação destes instrumentos para a realidade portuguesa, que começou com o convite formulado pelo Prof. Doutor Raimundo Mateos, da Universidade de Santiago de Compostela, no sentido de que o Prof. Doutor João Barreto colaborasse no trabalho de tradução e adaptação conjunta dos referidos instrumentos para galego, castelhano e português.

Por outro lado, foi importante o facto de CADI, CASI e CAMI, já traduzidos e validados para vários países, fazerem parte do conjunto de instrumentos de avaliação do projecto europeu ACTION (Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older persons' Needs), no qual a Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca está a participar desde o início, em Janeiro de 1997, tornando-se por isso necessária uma versão portuguesa dos instrumentos, para aplicação às famílias participantes no Projecto.

E foi efectivamente no contexto do trabalho desenvolvido no Projecto ACTION que se estabeleceu o contacto pessoal com o principal autor dos instrumentos, Prof. Mike Nolan, em Abril de 1998, que prontamente apoiou a ideia de se fazer a tradução sistematizada dos instrumentos para português.

A realização deste trabalho também se justificava pelo facto de não se ter tido conhecimento, até à data, de qualquer outro conjunto de instrumentos especificamente destinados a apoiar os profissionais de saúde na avaliação da forma como os familiares percebem as dificuldades, as fontes de satisfação e os mecanismos de *coping* relacionados com a prestação de cuidados aos seus idosos.

Por último, considerou-se também o interesse actualmente reconhecido no desenvolvimento e utilização de instrumentos equivalentes em várias culturas, possibilitando-se assim a realização de estudos internacionais e interculturais.

2.3.1 - Processo de tradução

Assim, e tendo-se procurado seguir, genericamente, a metodologia preconizada por vários autores (Alonso *et al*, 1994; Badia, 1995; Ferreira, 1995; Van de Vijver & Hambleton, 1996) para o processo de tradução de instrumentos de medição de saúde, começou-se por confirmar o critério de equivalência e relevância conceptual de CADI, CAMI e CASI.

Com efeito, para além do conhecimento pessoal, empírico e profissional, sobre a problemática dos prestadores de cuidados a familiares idosos em Portugal, outros profissionais portugueses se têm debruçado sobre o assunto nos últimos anos (Guimarães, 1994; Ermida, 1995; Veríssimo, 1995; Rebelo, 1996; Paúl, 1997; Barreto, 1998).

Por outro lado, também na Galiza tinha já sido iniciado, pelo Professor Doutor Raimundo Mateos, da Universidade de Santiago de Compostela, um trabalho idêntico que, dada a suposta semelhança cultural com a realidade portuguesa, veio abonar em favor da pertinência dos aspectos visados em CADI, CASI e CAMI.

Além disso, vários estudos a nível europeu apontam claramente para o grande número de aspectos comuns encontrados nas circunstâncias de vida, no dia a dia e nas formas de vivenciar a situação por parte dos prestadores de cuidados a familiares idosos, independentemente do seu país de origem ou das suas raízes culturais (Jani-Le Bris, 1994; O'Reilly, 1997; Berthold, 1997).

No que respeita à questão da equivalência semântica, o processo de tradução de CADI, CAMI e CASI do inglês, sua língua original, para o português, foi conduzido de forma a que a versão portuguesa fosse acessível ao nível cultural da maioria da população portuguesa.

Assim, para além de ter sido feita a tradução dos instrumentos por três indivíduos bilingues, tendo em atenção os conceitos e não apenas o sentido literal das palavras, a versão piloto resultou de um exaustivo trabalho, com especialistas português e castelhanos (sobretudo no que se refere ao CADI, e também comparando com a tradução inglês-galego preliminar dos três instrumentos) para análise e discussão da natureza e amplitude dos conceitos envolvidos nos vários itens, bem como para encontrar a forma mais simples, comum e coloquial de exprimir as ideias em causa.

Seguidamente a versão piloto foi apresentada, individualmente e em grupos, a cerca de 15 pessoas de diversos níveis culturais, da população em geral e também prestadores de cuidados a familiares idosos, tendo-lhes sido pedido que respondessem aos questionários e dessem a sua opinião sobre a linguagem utilizada e sobre as dificuldades encontradas na compreensão das questões e no preenchimento.

Em resultado deste processo considerou-se conveniente substituir alguns dos termos utilizados em alguns dos itens. Nesta fase tornou-se também desde logo aparente que muitas pessoas sentiram um relativamente elevado grau de dificuldade em preencher os questionários, sobretudo devido às várias alternativas de resposta apresentadas. No entanto, dado tratar-se de um aspecto estrutural dos instrumentos, não foram introduzidas quaisquer alterações nessa matéria.

2.3.2 - Características psicométricas

No âmbito deste trabalho procurou-se também fazer uma primeira abordagem ao estudo das características psicométricas da versão portuguesa de CADI, CASI e CAMI assim produzida, pelo que estes instrumentos foram aplicados uma segunda vez aos prestadores de cuidados inquiridos, duas a quatro semanas mais tarde, como reteste, para efeito de análise da sua fiabilidade em termos de estabilidade temporal, conforme o preconizado por Shrout (1995) e utilizado por Ferreira (1995), entre outros autores.

Os resultados das duas aplicações, concretizadas em apenas 40 dos 41 inquiridos, foram comparados através do coeficiente de correlação bivariada de Pearson, tendo-se obtido valores satisfatórios ($r > 0.80$) em todas as escalas, na sua globalidade, e também na maioria das sub-escalas ou categorias propostas pelos autores (Nolan *et al.* 1989, 1996, 1998).

Quanto à avaliação da consistência interna, os valores de alfa de Cronbach encontrados para CADI, CASI e CAMI globais foram de 0.927, 0.827 e 0.804, respectivamente, mostrando-se relativamente mais baixos quando calculados para as sub-escalas ou categorias.

Estes valores mostraram-se semelhantes aos encontrados pelos autores dos instrumentos (Nolan *et al.* 1998:36,37), sendo também comparáveis aos obtidos na aplicação da versão castelhana que foi desenvolvida conjuntamente (dados de Mateos Alvarez R., 1999, ainda não publicados).

Os resultados dos testes de fiabilidade de CADI, CASI, e CAMI são apresentados no Anexo V.

No que respeita aos outros aspectos da validade da versão portuguesa dos instrumentos, optou-se por procurar tirar algumas conclusões a partir do estudo das relações empíricas encontradas entre os dados da primeira aplicação de CADI, CASI e CAMI e os obtidos através dos outros instrumentos utilizados, que serão apresentadas mais adiante neste trabalho.

2.4 - Procedimentos de colheita de dados

O conjunto de questionários proposto aos prestadores de cuidados era precedido por uma nota assinada pela autora do trabalho, explicando os objectivos do mesmo e as condições de confidencialidade na utilização das respostas obtidas (Anexo IV).

Todos os questionários utilizados para a colheita de dados deveriam, à partida, ser preenchidos pelos próprios prestadores de cuidados inquiridos, à excepção das questões referentes à situação clínica da pessoa idosa dependente, que deveriam ser respondidas pelos profissionais de saúde que prestavam cuidados ao idoso dependente e família no domicílio.

No entanto, tendo em atenção o baixo nível de escolaridade de muitos dos elementos da população, bem como o grau de dificuldade que o preenchimento de todo o conjunto de instrumentos poderia representar, colocou-se desde logo a possibilidade de os questionários poderem ser respondidos com ajuda parcial ou total do profissional de saúde que estivesse em contacto com o inquirido.

Em todo o caso, a indicação da forma de preenchimento dos instrumentos era um dos aspectos a ser assinalado na parte do questionário destinada a ser preenchida pelo profissional de saúde (Questão 25 do Questionário Geral).

Sobre esta questão registou-se então que a grande maioria (70.7%) dos questionários foram preenchidos pelos próprios inquiridos. Nos restantes casos foi necessária ajuda, parcial ou total, por parte dos profissionais que colaboraram na colheita dos dados.

2.5 - Tratamento estatístico

Os dados colhidos do conjunto de questionários foram introduzidos numa folha de cálculo Microsoft Excel (Office 97) e processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 7.5.2 de 1997, para Windows.

Os dados obtidos através do Questionário Geral, maioritariamente relacionados com a caracterização da amostra, no que respeita aos prestadores de cuidados e aos seus idosos dependentes, foram dispostos em quadros compostos de distribuição de frequências absolutas e relativas, tendo também sido calculadas as medidas de tendência central e de dispersão julgadas mais adequadas.

As pontuações obtidas em CES-D foram analisadas de forma agrupada, do ponto de vista clínico ('ausência de depressão', 'depressão ligeira' e 'depressão mode-

rada ou grave'), de acordo com os *cutting points* genericamente aceites (Oliveira, 1994; McDowell, 1996). No entanto, para a maioria dos testes efectuados com CES-D, as pontuações obtidas foram consideradas sob a forma de variável contínua, sendo que uma maior pontuação corresponde a 'mais sintomatologia depressiva'.

No que respeita a MOS SF-36, os dados colhidos foram tratados pelo Prof. Doutor Pedro Ferreira, responsável pela tradução e validação do instrumento para português. No caso dos valores obtidos em MOS SF-36 uma maior pontuação corresponde a 'melhor saúde'. Em todas as fases posteriores da análise estatística descritiva e inferencial foram sempre consideradas separadamente as pontuações obtidas em cada uma das oito dimensões de MOS SF-36.

Também os dados obtidos na primeira aplicação de CADI, CASI e CAMI foram analisados em termos de frequências absolutas e relativas, e apresentados em quadros segundo as sub-escalas ou categorias propostas por Nolan *et al* (1989, 1996, 1998).

Apresentou-se também as listas de 'Outras' ('dificuldades', 'fontes de atisfação' e 'formas de *coping*') propostas por alguns dos inquiridos

Segundo os autores de CADI, CASI e CAMI, apenas no caso de CADI será legítimo, e fará sentido do ponto de vista conceptual, utilizar as pontuações totais do questionário, podendo assim tratar-se os dados obtidos como uma variável contínua (Nolan *et al.* 1998).

Através do teste de Kolmogorov-Smirnov verificou-se que a distribuição das pontuações obtidas em CES-D, nas dimensões de MOS SF-36 e também em CADI (global e sub-escalas) se aproximava significativamente da distribuição normal, pelo que se utilizaram testes paramétricos no estudo das suas relações com as diversas variáveis: *t* de Student para diferença de médias independentes, análise da variância (ANOVA) e coeficiente de correlação de Pearson.

Para a análise das relações entre os dados de CASI e CAMI e as restantes variáveis, e visto deverem ser tomadas como variáveis ordinais, item a item, utilizou-se basicamente o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman.

Numa tentativa de esboçar modelos de relacionamento entre as diversas variáveis, tomando como variáveis dependentes os indicadores de morbilidade, no caso do denominado 'modelo linear', e as 'dificuldades percebidas', no caso do 'modelo complexo, utilizou-se o método de regressão linear *stepwise*.

Em todos os testes estatísticos adoptou-se o valor de 0.05 como nível de significância dos resultados ($p < 0.05$).

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Passa-se a apresentar os dados obtidos, bem como os resultados da análise estatística atrás definida, organizados em função dos dois objectivos propostos para este trabalho.

No Estudo 1, relacionado com a situação dos prestadores de cuidados a familiares idosos, analisam-se os dados obtidos directamente dos instrumentos de colheita de dados, com os quais se pretendeu conhecer algumas características dos prestadores de cuidados a familiares idosos inquiridos, dos idosos dependentes de quem cuidam, do contexto da prestação de cuidados, da sua percepção acerca do seu estado de saúde e ainda dos vários aspectos da sua situação ('dificuldades', 'fontes de satisfação' e 'formas de *coping* ' associadas à prestação de cuidados a familiares idosos).

Com o Estudo 2 procurou-se identificar os factores associados com a morbilidade dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Para isso, e numa primeira fase - modelo linear- analisam-se os dados da pesquisa sobre as variáveis que se relacionam com a sintomatologia depressiva e o estado de saúde dos prestadores de cuidados, podendo assim considerar-se como predictoras directas da morbilidade. Na segunda fase - modelo complexo - analisa-se a forma como as diversas variáveis se relacionam com as 'dificuldades' percebidas. Neste modelo assume-se que, para além de funcionarem como predictoras directas da morbilidade, as 'dificuldades' percebidas actuarão fundamentalmente como mediadoras na relação entre as outras variáveis e a morbilidade dos prestadores de cuidados.

Dado o número muito elevado de variáveis em estudo, optou-se por, na maioria dos casos, apenas apresentar nos quadros do texto os resultados das relações estatisticamente significativas.

Estudo 1 - Exploratório e descritivo

A situação dos prestadores de cuidados a familiares idosos

3.1 - Características Gerais

3.1.1 - Características socio-demográficas dos prestadores de cuidados

Tendo como base os dados obtidos através das Questões 1 até 5 do Questionário Geral, e conforme o Quadro 1, observa-se que a distribuição dos prestadores de cuidados da amostra, segundo o sexo, é muitíssimo heterogénea (38 mulheres e apenas 3 homens).

No que respeita à idade dos prestadores de cuidados, a amostra variavam entre os 31 e os 79 anos de idade; a média encontrada foi de 51.7 anos, com um desvio padrão de 11.8. Para o estudo desta variável optou-se por dividir a amostra em três grupos:

- A - 30-49 anos - grupo que presumivelmente inclui os prestadores de cuidados a ascendentes (pais ou sogros), encontrando-se em idade activa do ponto de vista profissional, e com filhos em idade escolar;
- B - 50-64 anos - grupo que presumivelmente inclui os prestadores de cuidados a ascendentes ou cônjuges, encontrando-se em fase de pré-reforma profissional, e com filhos já adultos.
- C - 65 e + anos - grupo que presumivelmente inclui os prestadores de cuidados já reformados, a prestarem cuidados a cônjuges.

Assim, observa-se que a maioria (46.3%) dos prestadores de cuidados se encontra no grupo B de idades, seguindo-se os do grupo mais jovem (36.6%), tendo-se encontrado que apenas 17.1 % dos prestadores de cuidados tinham mais de 65 anos.

A grande maioria (78.0%) dos prestadores de cuidados referiu ser casado, enquanto 17.1% referiram ser solteiros e 4.0% se encontravam no estado de viúvo.

Em relação à escolaridade, a maioria (39.0%) dos prestadores de cuidados da amostra referiu ter completado o 1º ciclo do ensino básico; seguiu-se, em frequência relativa (24.3%) o grupo dos que tinham o 1º ciclo do ensino básico incompleto e depois, com frequências de 9.8%, os outros níveis de ensino, com excepção do ensino superior (7.3%).

Com base nas categorias propostas pelo INE para caracterizar a situação perante o trabalho dos elementos da amostra, observa-se que a maioria (43.9%) dos prestadores de cuidados estavam empregados, seguindo-se o grupo dos que estavam na condição de 'doméstico' (22.0%) e o grupo dos reformados (19.5%). Apenas 7.3% dos inquiridos se encontravam na situação de 'desempregado', enquanto os restantes 7.3% correspondiam a situações de trabalho descontínuo.

Quadro 1 - Características socio-demográficas dos prestadores de cuidados a familiares.

Variáveis	N	%
A01 - Sexo:		
• Feminino	38	92.7
• Masculino	3	7.3
A02 - Grupo etário:		
• 31-49 anos	15	36.6
• 50-64 anos	19	46.3
• 65 e + anos	7	17.1
A03 - Estado civil:		
• Solteiro	7	17.1
• Casado	32	78.0
• Viúvo	2	4.9
A04 - Escolaridade:		
• Não sabe ler nem escrever	4	9.8
• 1º ciclo ensino básico incompleto	10	24.4
• 1º ciclo ensino básico completo	16	38.9
• 2º ciclo ensino básico	4	9.8
• 3º ciclo ensino básico	4	9.8
• Ensino superior	3	7.3
A05 - Situação perante o trabalho:		
• Empregado	18	43.9
• Desempregado	3	7.3
• Doméstico	9	22.0
• Estudante	-	0.0
• Reformado	8	19.5
• Outra	3	7.3

3.1.2 - Características socio-demográficas e clínicas dos idosos dependentes

Tendo por base os dados obtidos através das questões 18-24 e 26 (Índice de Katz) do Questionário Geral, e conforme o Quadro 2, observa-se que no que respeita à distribuição dos idosos dependentes segundo o sexo, se encontrou também a predominância dos elementos do sexo feminino, embora de forma não tão marcada como no caso dos prestadores de cuidados: 24.4% de homens e 75.6% de mulheres.

Quanto à idade dos idosos dependentes, variava entre os 64 e os 96 anos; a média encontrada foi de 78.8 anos, com a moda em 86 anos e o desvio padrão de

8.37. Os elementos da amostra distribuíam-se de forma semelhante pelos três grupos etários definidos para os idosos: 34.1% no grupo dos 64-74 anos, 36.6% no grupo do 75-84 anos e 29.3% no grupo com 85 e mais anos.

No que respeita ao estado civil, também os idosos dependentes da amostra se distribuíram apenas entre os estados de solteiro, casado e viúvo. Encontravam-se maioritariamente no estado de viúvo (65.9%), seguindo-se em número as pessoas dependentes casadas (31.7%), tendo-se encontrado apenas um caso (2.4%) de pessoa dependente solteira.

Na sua maioria (48.7%) não sabiam ler nem escrever; seguindo-se o grupo dos que foram referidas como tendo o 1º ciclo do ensino básico incompleto (29.7%), e os que terão completado aquele primeiro nível de escolaridade (17.1%); apenas 2 (4.9%) tinham completado o 3º ciclo do ensino básico e nenhuma das pessoas dependentes tinha chegado ao nível de ensino superior.

A grande maioria dos idosos dependentes encontrava-se na situação de 'reformado' (85,4%), estando os restantes 14.6% na situação de 'doméstico'.

No que respeita ao diagnóstico médico dos idosos dependentes a cargo dos prestadores de cuidados inquiridos (questão nº23 do Questionário Geral), predominavam as situações relacionadas com a Diabetes (29.2%), seguidas das Demências (21.9%) e das Doenças Osteo-articulares (19.5%); 9.8% dos casos eram situações relacionadas com AVC, encontrando-se frequências idênticas para as situações de Neoplasias e 'Outras patologias'.

Tendo como base a avaliação feita, em cada caso, pelos enfermeiras responsáveis pelos cuidados a cada uma das famílias envolvidas no estudo, verificou-se que na maioria dos casos (61.0%) a dependência do idosos que recebiam cuidados (questão nº24 do Questionário Geral), era predominantemente física; apenas em 4.9% dos casos se considerou tratar-se de uma situação de dependência predominantemente mental; nos restantes casos (34.1%) considerou-se que os idosos apresentavam dependência tanto nos aspectos físicos como nos mentais.

No que respeita à avaliação das Actividades de Vida Diária das pessoas idosas dependentes, através do Índice de Katz, realizada igualmente pelas enfermeiras responsáveis pelos cuidados a cada uma das famílias envolvidas no estudo, os resultados mostram que 22.0 % dos casos apresentavam uma situação de grande dependência, mostrando-se apenas independentes na alimentação, enquanto 17% dos casos se mostravam também dependentes nesta função; outros 17% de casos eram apenas dependentes numa função, normalmente o banho; 14.6% dos casos mostravam-se apenas dependente no banho e em outra função adicional; 9.8% dos casos encontravam-se dependentes no banho, em vestir-se e em outra função adicional, enquanto igual

número de idosos se encontrava no nível seguinte de dependência (dependente no banho, em vestir-se, na utilização do W.C. e em outra função adicional; ainda o mesmo número de idosos (9.8%) mostrava-se independente em todas as funções consideradas no Índice de Katz.

Quadro 2 - Características socio-demográficas e clínicas dos idosos dependentes.

Variáveis	N	%
A18 - Sexo:		
• Feminino	31	75.6
• Masculino	10	24.4
A19 - Grupo etário:		
• 64-74 anos	14	34.1
• 75-84 anos	15	36.6
• 85 e + anos	12	29.3
A20 - Estado civil:		
• Solteiro	1	2.4
• Casado	13	31.7
• Viúvo	27	65.9
A21 - Escolaridade:		
• Não sabe ler nem escrever	20	48.7
• 1º ciclo ensino básico incompleto	12	29.3
• 1º ciclo ensino básico completo	7	17.1
• 2º ciclo ensino básico	-	0.0
• 3º ciclo ensino básico	2	4.9
A22 - Situação perante o trabalho:		
• Doméstico	6	14.6
• Reformado	35	85.4
A23 - Diagnóstico médico:		
• Acidente Vascular Cerebral	4	9.8
• Demências	9	21.9
• Diabetes	12	29.2
• Doenças Osteoarticulares	8	19.5
• Neoplasias	4	9.8
• Outras	4	9.8
A24 - Tipo de dependência:		
• Física	25	61.0
• Mental	2	4.9
• Física e mental	14	34.1

A26 - Índice de Katz		
• Grupo 1	4	9.8
• Grupo 2	7	17.0
• Grupo 3	6	14.6
• Grupo 4	4	9.8
• Grupo 5	4	9.8
• Grupo 6	9	22.0
• Grupo 7	7	17.0
• Grupo 8	-	0.0
Total	41	100.0

3.1.3 - Contexto da prestação de cuidados

Os dados obtidos através das questões 6 até 10, 16 e 17 do Questionário Geral, apresentados no Quadro 3, mostram que a maioria dos prestadores de cuidados inquiridos (48.8%) se encontrava a prestar cuidados ao seu pai ou mãe; seguiu-se em número (22.0%) o grupo dos que estavam a prestar cuidados à sogra ou ao sogro, e os que prestavam cuidados ao seu cônjuge (14.6%); 12.2% dos casos encontravam-se a prestar cuidados a uma tia ou cunhada, englobados no tipo de parentesco 'outro', enquanto em apenas um caso (2.4%) a pessoa inquirida estava a prestar cuidados a uma irmã.

Constatou-se que, nesta amostra, a maioria (78.0%) dos prestadores de cuidados se encontrava a viver no mesmo domicílio com o familiar a quem prestavam cuidados, não se verificando situação de coabitação nos restantes 22.0% dos casos.

Na maior parte dos casos (41.5%) a situação de prestação de cuidados tinha um tempo de duração entre 1 e 5 anos, seguindo-se o número dos casos (26.8%) com mais de 10 anos de evolução; 19.5% das situações tinham menos de um ano de evolução e os restantes 12.2% dos casos tinha um tempo de duração entre os 5 e os 10 anos.

Dos prestadores de cuidados inquiridos, 39.0% dos casos afirmou não partilhar as responsabilidades da prestação de cuidados com outras pessoas. Assim, a maioria (61.0%) afirmou ter a colaboração de outras pessoas, a saber, irmãs ou cunhadas (6 casos), filhos ou enteados (5 casos), marido (4 casos), marido e irma ou cunhada (3 casos), marido/esposa e filhos (2 casos), pessoas remuneradas por instituições (2 casos), pai (1 caso); nos restantes dois casos não foi explicitada a pessoa com quem a prestação de cuidados era partilhada.

A maioria (68.3%) dos prestadores de cuidados inquiridos declarou não ter ajuda regular para a prestação de cuidados. Dentre os 31,7% que consideraram ter ajuda regular, 7 casos referiram receber ajuda regular de instituições de solidariedade social ou dos serviços de saúde (nomeadamente de ajudantes de saúde) e os outros 6 casos referiram ter uma empregada em tempo parcial.

Quando inquiridos sobre se nos últimos 6 meses tiveram de faltar ao trabalho por motivo de doença da pessoa de quem estavam a cuidar, 36.6% dos prestadores de cuidados responderam afirmativamente, referindo como motivos principais o acompanhamento do idoso a consultas e tratamentos (4 casos), e a falta do apoio de outras pessoas nas situações de maior agravamento da situação de saúde da pessoa dependente. A maioria (63.4%) dos prestadores de cuidados referiu não ter tido de faltar ao trabalho, nos últimos 6 meses, por causa da situação da pessoa dependente.

Perante a questão sobre se sentiam que a sua vida familiar tinha sido significativamente afectada, nos últimos 6 meses, por causa da situação da pessoa de quem se encontravam a cuidar, os prestadores de cuidados inquiridos dividiram-se, quase igualmente, entre os que deram resposta negativa (51.2%) e os que responderam afirmativamente (48.8%). Dentre estes, o sentimento de confinamento e falta de liberdade foi referido por 6 pessoas, o excesso de trabalho e a falta de tempo para os outros membros da família foram referidos por 5 pessoas, enquanto outras 3 pessoas referiram ter acontecido uma alteração geral na dinâmica familiar; 7 dos inquiridos não especificaram o tipo de alteração sentida.

Quadro 3 - Caracterização do contexto da prestação de cuidados.

Variáveis	N	%
A06 - Parentesco com a pessoa dependente a quem presta cuidados:		
• Marido/Esposa	6	14.6
• Mãe/Pai	20	48.8
• Sogra/Sogro	9	22.0
• Avó/Avô	-	0.0
• Irmã/Irmão	1	2.4
• Amigo/Vizinho	-	0.0
• Outro	5	12.2
A07 - Vive no mesmo domicílio com a pessoa a quem presta cuidados?		
• Sim	32	78.0
• Não	9	22.0

A08 - Há quanto tempo presta cuidados?		
• Menos de um ano	8	19.5
• Entre 1 e 5 anos	17	41.5
• Entre 5 e 10 anos	5	12.2
• Mais de 10 anos	11	26.8
A09 - Partilha as responsabilidades da prestação de cuidados com alguém?	16	39.0
• Não	25	61.0
• Sim		
A10 - Tem ajuda regular para a prestação de cuidados?	28	68.3
• Não	13	31.7
• Sim		
A16 - Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho por motivo de doença da pessoa de quem está a cuidar?	26	63.4
• Não	15	36.6
• Sim		
A17 - Sente que a sua vida familiar foi significativamente afectada, nos últimos 6 meses, por causa da situação da pessoa de quem está a cuidar?		
• Não	21	51.2
• Sim	20	48.8
Total	41	100.0

3.1.4 - Outros aspectos

No final da parte II do Questionário Geral, foi disponibilizado um espaço para que o enfermeiro responsável pelos cuidados a cada família expusesse as suas impressões sobre a eventual ocorrência de variações no estado clínico do idoso dependente e a intensidade e regularidade dos cuidados prestados pelo familiar, ou sobre outros aspectos que considerasse relevantes para a caracterização e compreensão da situação. Aquele espaço foi apenas utilizado em dois casos: no primeiro foi relatada o facto de, recentemente, o prestador de cuidados ter sofrido uma queda, com fractura do úmero, que provavelmente viria a ocasionar uma diminuição sensível da sua própria independência e percepção de saúde; no segundo caso, a enfermeira explicou que o idoso se encontrava numa situação de dependência basicamente relacionada com a sua reduzida acuidade visual.

3.2 - Indicadores de morbidade dos prestadores de cuidados

3.2.1 - Comportamentos de doença

De acordo com os dados apresentados no Quadro 4, quando questionados acerca do seu próprio estado de saúde, a maioria (43.9%) dos prestadores de cuidados classificou-o de 'Razoável', enquanto 39.0% o classificou como 'Fraco'. Apenas 17.1% dos inquiridos descreveu o seu estado de saúde como 'Bom', sendo que nenhum o classificou de 'Muito bom'.

A maioria dos prestadores de cuidados da amostra referiu não tomar regularmente medicamentos para 'acalmar os nervos'. Dentre os 36.6% que responderam afirmativamente, apenas 7 dos inquiridos especificaram os medicamentos utilizados (Benzodiazepinas e Fluoxetina).

Também em relação à utilização de hipnóticos a maioria dos prestadores de cuidados (73.2%) afirmou não tomar regularmente medicamentos para 'dormir'. Dos 26.8% que responderam afirmativamente, apenas 5 dos inquiridos indicaram os medicamentos utilizados (Benzodiazepinas).

Dos inquiridos, 73.2% declararam nunca ter feito qualquer tratamento 'por doença nervosa (esgotamento ou depressão)'. Dos 15 (36.6%) prestadores de cuidados que responderam afirmativamente, apenas 6 especificaram, referindo 'Depressão'.

A maioria (75.6%) dos prestadores de cuidados da amostra referiu não ter tido, nos últimos 6 meses, de faltar ao trabalho por motivo de sua doença. Das 10 pessoas (24.4%) que responderam afirmativamente, 8 referiram motivos diversos: problemas osteoarticulares, gripe, cansaço, depressão, entre outros.

Quadro 4 - Comportamentos de doença dos prestadores de cuidados

Variáveis	N	%
A11 - Como descreve o seu próprio estado de saúde?		
• Muito bom	-	0.0
• Bom	7	17.1
• Razoável	18	43.9
• Fraco	16	39.0
A12 - Toma regularmente medicamentos para acalmar os nervos?		
• Não	26	3.4
• Sim	15	36.6

A13 - Toma regularmente medicamentos para dormir?		
• Não	30	73.2
• Sim	11	26.8
A14 - Já teve de fazer algum tratamento por doença nervosa (esgotamento ou depressão)?		
• Não	26	63.4
• Sim	15	36.6
A15 - Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho por motivo de doença sua?		
• Não	31	75.6
• Sim	10	24.4
Total	41	100.0

3.2.2 - Sintomatologia depressiva - dados de CES-D

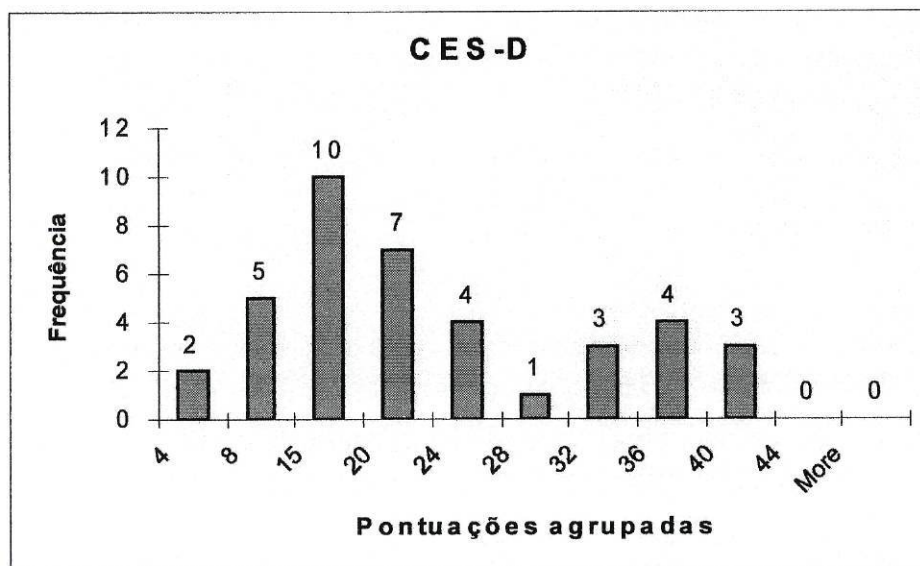
Observando-se o Quadro 5 verifica-se que, de acordo com os critérios definidos para as pontuações da escala (Oliveira, 1994; McDowell, 1996), 43.9% dos prestadores de cuidados inquiridos obtiveram pontuação indicadora de ausência de depressão, seguindo-se aqueles cuja pontuação sugeria um estado de depressão ligeira (29.3%) e os que obtiveram pontuações sugestivas de se encontrarem numa situação de depressão moderada ou grave (26.8%).

Quadro 5 - Pontuações obtidas em CES-D

	N	%
Nível 0 - Ausência de depressão (0-15)	18	43.9
Nível 1 - Depressão ligeira (16-24)	12	29.3
Nível 2 - Depressão moderada ou grave (> 25)	11	26.8
Total	41	100

Apresenta-se a seguir a representação gráfica, por histograma, das frequências observadas nas pontuações de CES-D.

Gráfico 1 - Frequências absolutas das pontuações obtidas em CES-D



3.2.3 - Estado de Saúde - dados de MOS SF-36

Da análise do Quadro 6 observa-se que as pontuações obtidas pelo grupo de prestadores de cuidados da amostra se encontravam abaixo dos 50% nas dimensões *vitalidade, saúde em geral, dor física e saúde mental*.

Quadro 6 - Pontuações obtidas em MOS SF-36

MOS SF-36 (dimensões)	Média	Desvio-padrão
Função física	60.85	24.92
Desempenho físico	51.95	26.10
Dor física	43.85	30.40
Saúde em geral	40.36	17.54
Vitalidade	39.87	21.95
Função social	61.17	24.99
Desempenho emocional	54.90	27.99
Saúde mental	48.97	21.83
Transição em saúde	3.5	.94

Tendo como objectivo uma melhor compreensão do significado dos valores do MOS SF-36 obtidos com a amostra estudada de prestadores de cuidados, procedeu-se à análise comparativa dos dados deste estudo com os dados obtidos por McHorney *et al* (1993:255, 256), apesar de todas as reservas quanto à legitimidade, do ponto de vista metodológico, da comparação entre populações diferentes e resultados de instrumentos em linguas diferentes.

McHorney e col. estudaram a validade clínica de MOS SF-36 em grupos clínicos diversos: 1 - indivíduos com afecções médicas ligeiras; 2 - indivíduos com afecções médicas graves; 3 - indivíduos com afecções psiquiátricas; 4 - indivíduos com uma combinação de afecções psiquiátricas e afecções médicas graves.

Os dados por eles obtidos estão reproduzidos no Quadro 7, tendo sido assinaladas em *negrito* as médias mais próximas das da amostra deste estudo, em cada dimensão.

Quadro 7 - Médias (e erros-padrão) dos grupos estudados por McHorney *et al.* 1993, segundo os diferentes grupos clínicos.

MOS SF-36 (dimensões)	Grupo 1 Afecções médicas ligeiras N=576	Grupo 2 Afecções médicas graves N=144	Grupo 3 Apenas Afecções psiquiát. N=153	Grupo 4 Afecções médicas e psiq. Graves N=43
Função física	80.53 (0.89)	57.35 (2.34)	80.62 (1.64)	46.37 (4.24)
Desempenho físico	70.27 (1.48)	43.92 (3.31)	55.56 (3.18)	23.84 (4.63)
Dor física	76.06 (0.91)	65.10 (2.06)	63.30 (1.91)	50.23 (3.52)
Saúde em geral	67.02 (0.74)	49.13 (1.80)	57.91 (1.75)	39.93 (2.30)
Vitalidade	62.02 (0.82)	47.79 (1.82)	45.32 (1.65)	37.05 (3.11)
Função social	91.62 (0.62)	80.03 (2.03)	64.54 (2.06)	65.12 (3.44)
Desempenho emocional	84.26 (1.27)	76.16 (3.11)	40.74 (3.20)	52.71 (5.89)
Saúde mental	82.49 (0.59)	77.59 (1.32)	52.75 (1.63)	56.90 (3.08)

Reproduzido e traduzido de McHorney *et al.* 1993:255

Através do teste *t* de Student comparou-se a média das pontuações de cada uma das oito dimensões do MOS SF-36 da amostra com o valor da média que, dentre os vários grupos de McHorney *et al.*, mais próximo se apresentava na mesma dimensão.

Pela análise dos Quadros 8, 9 e 10 verifica-se que não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os valores assim comparados, o que sugere que a percepção de saúde dos prestadores de cuidados inquiridos se assemelha, significativamente, embora de forma variável nas diversas dimensões, a grupos clinicamente identificados como sofrendo de afecções médicas e/ou psiquiátricas graves.

Quadro 8 - Análise comparativa: grupo de prestadores de cuidados da amostra e grupo de indivíduos com afecções médicas graves (McHorney *et al.* 1993:255)

MOS SF-36 (dimensões)	PCF (média)	Grupo 2 - Afec. Méd. Graves (média)	t	p
Função física	60.85	57.35	0.900	0.373

Quadro 9 - Análise comparativa: grupo de prestadores de cuidados da amostra e grupo de indivíduos com afecções psiquiátricas (McHorney *et al.* 1993:255)

MOS SF-36 (dimensões)	PCF (média)	Grupo 3 - Afec. Psiq. (média)	t	p
Desempenho físico	51.95	55.56	-0.885	0.381
Função social	91.17	64.54	-0.863	0.393
Saúde mental	48.97	52.75	-1.107	0.275

Quadro 10 - Análise comparativa: grupo de prestadores de cuidados inquiridos e grupo de indivíduos com afecções psiquiátricas e médicas graves (McHorney *et al.* 1993:255)

MOS SF-36 (dimensões)	PCF (média)	Grupo 4 - Afec. Psiq. e médicas graves (média)	t	p
Dor física	43.85	50.23	-1.34	0.187
Desempenho emocional	54.90	52.71	0.501	0.619
Vitalidade	39.87	37.05	0.825	0.414
Saúde em geral	40.36	39.93	0.159	0.874

3.2.4 - Relação entre comportamentos de doença e CES-D

Através da análise da variância (ANOVA), não se encontrou qualquer diferença significativa nas médias das pontuações de CES-D obtidas pelos prestadores de cuidados inquiridos, quando agrupados em função da forma como descreveram o seu estado de saúde (Questão 11 do Questionário Geral). No que respeita à utilização de ansiolíticos (Questão 12 do Questionário Geral), verificou-se através do teste *t* de Student que os prestadores de cuidados que afirmaram tomar regularmente 'medicamentos para acalmar os nervos' apresentavam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, conforme o apresentado no Quadro 11.

Quadro 11 - Diferenças nas médias das pontuações de CES-D segundo a 'utilização de ansiolíticos'

Utiliza ansiolíticos (n=15)		Não utiliza ansiolíticos (n=26)		T	p
Média	DP	Média	DP		
24.267	10.423	16.231	9.344	2.543	0.015

Quanto à utilização regular de hipnóticos, aos tratamentos psiquiátricos anteriores e ao absentismo por motivo de doença (Questões 13, 14 e 15 do Questionário Geral), não se encontrou qualquer diferença significativa entre as médias das pontuações de CES-D dos grupos em função das respostas àquelas questões.

3.2.5 - Relação entre comportamentos de doença e MOS SF-36

Comparando as pontuações obtidas pelos prestadores de cuidados nas várias dimensões de MOS SF-36, agrupados em função da forma como descreveram a sua situação de saúde (Questão 11 do Questionário Geral), apenas se encontrou diferença significativa nas médias das pontuações referentes a *função física, dor física, saúde em geral e vitalidade* (Quadro 12).

Quadro 12 - Resultados da análise da variância (ANOVA) entre os valores das dimensões de MOS SF-36 em função do 'estado geral de saúde'

Dimensões de MOS SF-36	Estado de saúde Bom (n=7)		Estado de saúde Razoável (n=18)		Estado de saúde Fraco (n=16)		F	p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Função física (PF)	80.714	23.171	67.222	14.775	45.000	26.331	8.235	0.001
Desempenho físico (RP)	-	-	-	-	-	-	-	-
Dor física (BP)	78.000	30.359	48.000	27.055	24.250	17.094	12.425	0.000
Saúde em geral (GH)	60.857	25.089	41.611	6.844	30.000	14.259	11.680	0.000
Vitalidade (VT)	65.000	31.754	39.167	12.632	29.688	17.173	8.773	0.001
Função social (SF)	-	-	-	-	-	-	-	-
Desempenho emocional (RE)	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde mental (MH)	-	-	-	-	-	-	-	-

Por outro lado, e conforme os dados do Quadro 13, encontrou-se diferença significativa entre as médias das pontuações obtidas na dimensão *desempenho emocional* em função da utilização de ansiolíticos (Questão 12), sendo que os prestadores de cuidados que afirmaram utilizar regularmente ansiolíticos mostraram um nível mais baixo de saúde naquela dimensão.

Quadro 13 - Diferenças nas médias das pontuações da dimensão *desempenho emocional*, segundo a 'utilização de ansiolíticos'

Utiliza ansiolíticos (n=15)		Não utiliza ansiolíticos (n=26)		T	P
Média	DP	Média	DP		
41.133	23.670	62.846	27.588	2.551	0.015

Quanto à utilização de hipnóticos (Questão 13), observou-se que os prestadores de cuidados que afirmaram utilizá-los regularmente obtiveram pontuações inferiores nas dimensões *função social*, *desempenho emocional* e *saúde mental*, conforme os dados apresentados no Quadro 14.

Quadro 14 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36, segundo a utilização de hipnóticos

Dimensões de MOS SF-36	Utiliza hipnóticos (n=11)		Não utiliza hipnóticos (n=30)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Função social (SF)	45.636	21.718	66.867	23.956	2.574	0.014
Desempenho emocional (RE)	39.455	25.808	60.567	26.979	2.245	0.031
Saúde mental (MH)	34.545	21.487	54.267	19.755	2.768	0.009

Os prestadores de cuidados que referiram já ter feito tratamento por doença psiquiátrica (Questão 14 do Questionário Geral) apresentaram pontuações significativamente inferiores nas dimensões *vitalidade* e *saúde mental*, conforme os dados apresentados no Quadro 15.

Quadro 15 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36, segundo a referência a tratamento psiquiátrico anterior

Dimensões de MOS SF-36	Fez trat. psiq. anterior (n=26)		Não fez trat. psiq. (n=15)		T	p
	Média	DP	Média	DP		
Vitalidade (VT)	29.000	16.169	46.154	22.641	2.574	0.014
Saúde mental (MH)	38.667	20.711	54.923	20.539	2.434	0.020

No que respeita às questões 12, 13, 14 e 15 do Questionário Geral, não se encontrou qualquer diferença significativa nas médias das pontuações obtidas pelos prestadores de cuidados nas dimensões *função física*, *desempenho físico*, *dor física* e *saúde em geral*.

3.2.6 - Relação entre os dados de CES-D e MOS SF-36

Pretendia-se saber até que ponto os três grupos de prestadores de cuidados definidos através dos resultados do CES-D - 'ausência de depressão', 'depressão ligeira' e 'depressão moderada ou grave' variavam também, de forma significativa, no que respeita aos valores obtidos nas várias dimensões de MOS SF-36. Tendo-se verificado, através do teste de Kolmogorov-Smirnov que todas as dimensões do MOS SF-36 apresentavam uma distribuição normal, procedeu-se à comparação das médias com o teste ANOVA. Concluiu-se que apenas se encontrava diferença significativa nas pontuações da dimensão *saúde mental*. No Quadro 16 observa-se que a média dos valores daquela dimensão diminuem à medida que aumenta o nível de depressão.

Quadro 16 - Resultados da análise de variância da dimensão *saúde mental* de MOS SF-36 segundo o nível de depressão medido pelo CES-D.

Dimensão do MOS SF-36	Ausência de depressão (n=18)		Depressão ligeira (n=12)		Depressão mod./grave (n=11)		F	p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Saúde mental (MH)	62.222	20.908	44.000	15.539	32.727	16.181	9.511	0.000

Os resultados do teste de Tukey para localização das diferenças evidenciam que a percepção de *saúde mental* é significativamente mais elevada no grupo dos prestadores de cuidados com 'Ausência de depressão' quando comparada com o grupo de 'Depressão ligeira' ($p=0.029$) e com o grupo de 'Depressão moderada ou grave' ($p=0.000$).

Por outro lado, comparando-se os valores das dimensões do MOS SF-36 diretamente com as pontuações obtidas pelos prestadores de cuidados em CES-D, encontraram-se correlações negativas e significativas na maioria das dimensões, conforme se pode observar no Quadro 17.

Quadro 17 - Correlações encontradas entre as dimensões de MOS SF-36 e as pontuações de CES-D

Dimensões de MOS SF-36	R	p
PF - Função física	-0.308	0.050
RP - Desempenho físico	-0.323	0.040
BP - Dor física	-0.385	0.013
GH - Saúde em geral	-0.205	0.198
VT - Vitalidade	-0.407	0.008
SF - Função social	-0.368	0.018
RE - Desempenho emocional	-0.462	0.002
MH - Saúde mental	-0.680	0.000

3.3 - 'Dificuldades' percebidas pelos prestadores de cuidados - dados de CADI

Passa-se a apresentar os resultados obtidos na primeira aplicação de CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index), segundo as sub-escalas propostas pelos autores (Nolan *et al.* 1989; Nolan *et al.* 1998)

3.3.1 - Problemas relacionais com a pessoa dependente

A análise do Quadro 18 permite observar que, considerando-se a soma das frequências das duas primeiras posições ('Perturba-me muito' e 'Causa-me alguma perturbação'), as situações apresentadas nas questões 5, 11, 25 e 14 são consideradas como difíceis por mais de 50% dos prestadores de cuidados a familiares idosos.

Quadro 18 - Problemas relacionais com o idoso dependente

	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
Q 5 - A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim	10 (24.4)	18 (43.9)	2 (4.9)	11 (26.8)
Q 11 - Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	9 (22.0)	18 (43.9)	- (0.0)	14 (34.1)
Q 25 - O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	7 (17.1)	16 (39.0)	1 (2.4)	17 (41.5)
Q 14 - A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	4 (9.8)	18 (43.9)	- (0.0)	19 (46.3)
Q 22 - A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	5 (12.2)	6 (14.6)	5 (12.2)	25 (61.0)
Q 26 - Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	- (0.0)	8 (19.5)	4 (9.8)	29 (70.7)
Q 12 - Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	3 (7.3)	4 (9.8)	- (0.0)	34 (82.9)

3.3.2 - Reacções à prestação de cuidados

Da mesma forma, e com base no Quadro 19, verifica-se que todas as situações propostas em CADI como relacionadas com reacções à prestação de cuidados são efectivamente consideradas como difíceis por mais de 56% dos prestadores de cuidados. A única excepção encontra-se na questão 30 ('Esta situação faz-me sentir culpado') que foi assinalada como perturbadora por apenas 9.8% dos inquiridos.

Quadro 19 - Reacções à prestação de cuidados

	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
Q 1 - Não tenho tempo suficiente para mim próprio	6 (14.6)	27 (65.9)	1 (2.4)	7 (17.1)
Q 29 - Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	11 (26.8)	20 (48.8)	1 (2.4)	9 (22.0)
Q 19 - Esta situação está a transtornar-me os nervos	11 (26.8)	19 (46.3)	2 (4.9)	9 (22.0)
Q 17 - Esta situação faz-me sentir irritado	11 (26.8)	18 (43.9)	2 (4.9)	10 (24.4)
Q 2 - Por vezes sinto-me "de mãos atadas" / sem poder fazer nada para dominar a situação	8 (19.5)	20 (48.8)	2 (4.9)	11 (26.8)
Q 9 - Chega a transtornar as minhas relações familiares	6 (14.6)	17 (41.5)	1 (2.4)	17 (41.5)
Q 30 - Esta situação faz-me sentir culpado	2 (4.9)	2 (4.9)	3 (7.3)	34 (82.9)

3.3.3 - Exigências de ordem física na prestação

No que respeita à forma como as exigências de ordem física são sentidas como fontes de dificuldades por parte dos prestadores de cuidados, pela análise do Quadro 20 observa-se que tal corresponde de facto à situação da maioria dos inquiridos (mais de 48.8% das respostas dadas às posições 'perturba-me muito' e 'causa-me alguma perturbação').

Quadro 20 - Exigências de ordem física na prestação de cuidados

	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
Q 10 - Deixa-me muito cansado fisicamente	12 (29.3)	20 (48.8)	1 (2.4)	8 (19.5)
Q 13 - A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	13 (31.7)	16 (39.0)	3 (7.3)	9 (22.0)
Q 15 - Ando a dormir pior por causa desta situação	9 (22.0)	19 (46.3)	2 (4.9)	11 (26.8)
Q 23 - A minha saúde ficou abalada	6 (14.6)	19 (46.3)	2 (4.9)	14 (34.1)
Q 6 - A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar	9 (22.0)	14 (34.1)	5 (12.2)	13 (31.7)
Q 24 - A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	10 (24.4)	10 (24.4)	4 (9.8)	17 (41.5)

3.3.4 - Restrições na vida social

Analisando-se os dados do Quadro 21 constata-se que as restrições na vida social são sentidas como dificuldades pela maioria (mais de 65%) dos prestadores de cuidados inquiridos.

Quadro 21 - Restrições na vida social

	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
Q 20 - Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	15 (36.6)	18 (43.9)	- (0.0)	8 (19.5)
Q 8 - Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	5 (12.2)	26 (63.4)	1 (2.4)	9 (22.0)
Q 18 - Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	11 (26.8)	16 (38.9)	3 (7.3)	11 (26.8)

3.3.5 - Deficiente apoio familiar

Através dos dados contidos no Quadro 22 constata-se também que o deficiente apoio familiar é sentido como causa de dificuldade pela maioria (mais de 56%) dos prestadores de cuidados inquiridos.

Quadro 22 - Deficiente apoio familiar

	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
Q 28 - Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	12 (29.3)	11 (26.8)	3 (7.3)	15 (36.6)
Q 16 - As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	12 (29.3)	15 (36.6)	2 (4.9)	12 (29.3)

3.3.6 - Deficiente apoio profissional

Segundo o Quadro 23, também as questões referentes ao deficiente apoio profissional foram sentidas como causa de dificuldade por mais de 53.7% dos prestadores de cuidados.

Quadro 23 - Deficiente apoio profissional

	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
Q 27 - Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	10 (24.4)	15 (36.6)	1 (2.4)	15 (36.6)
Q 7 - Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	10 (24.4)	12 (29.3)	2 (4.9)	17 (41.5)

3.3.7- Problemas financeiros

Pelas respostas apresentadas no Quadro 24 verifica-se que os aspectos financeiros são também sentidos pela maioria dos prestadores de cuidados (mais de 63.4%) como causadoras de dificuldades.

Quadro 24 - Problemas financeiros

	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
Q 4 - Traz-me problemas de dinheiro	8 (19.5)	18 (43.9)	5 (12.2)	10 (24.4)
Q 21 - A qualidade da minha vida piorou	14 34.1	15 (36.6)	1 (2.4)	11 (26.8)

3.3.8 - Outros aspectos

A questão nº 3 de CADI (*Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família*) não foi incluído por Nolan *et al.* (1998) dado que, com base na análise factorial com rotação varimax dos dados obtidos, apresentava um 'factor loading' inferior a 0.35. No entanto, e de acordo com os dados apresentados no Quadro 25, esse problema foi referido pela maioria (63.4%) dos prestadores de cuidados deste estudo como constituindo uma significativa fonte de dificuldade.

Quadro 25 - Respostas à questão nº 3 de CADI

	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
Q 3 - Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	6 (14.6)	20 (48.8)	1 (2.4)	14 (34.1)

Existindo, no fim do questionário, um espaço aberto para os prestadores de cuidados referirem outros aspectos que eles sintam como dificuldades na situação de prestar cuidados, 10 dos inquiridos (24.3%) utilizaram esse espaço. Dos aspectos referidos salientam-se os seguintes:

- Falta de tempo para si próprio - 4
- Falta de preparação para a execução de determinados cuidados - 2
- Outros membros da família, designadamente filhos, a quem cuidar - 3
- Dificuldades físicas na execução dos cuidados - 2
- Falta de apoio em caso de necessidade - 2
- Cansaço físico e psíquico - 2
- Dificuldades financeiras para obtenção de outros apoios - 1
- Dificuldade 'em aturar' - 1
- Sobrecarga para toda a família - 1

3.4 - 'Fontes de satisfação' percebidas pelos prestadores de cuidados - dados de CASI

São agora apresentados e analisados os resultados obtidos na primeira aplicação de CASI (Carers' Assessment of Satisfaction Index), segundo as categorias propostas pelos autores (Nolan *et al*, 1996; Nolan *et al*, 1998), em função da natureza das situações de gratificação e do principal beneficiário.

3.4.1 - Benefícios a nível interpessoal

Da análise do Quadro 26 observa-se que as situações nele referidas, em que o beneficiário principal é o próprio prestador de cuidados, são sentidas pela maioria dos prestadores de cuidados inquiridos (mais de 58.6%) como fonte de satisfação.

As situações em que o principal beneficiário directo é a pessoa dependente (Quadro 27) são percebidas como causa de muita satisfação pela quase totalidade (mais de 95.2%) dos prestadores de cuidados inquiridos.

As situações gratificantes que, de acordo com os autores, se traduzem em benefício mútuo (Quadro 28) foram assinaladas como fonte de satisfação por mais de 65.9% dos prestadores de cuidados, com excepção da situação descrita na questão 18 ('Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade'), apenas assinalada por 48.8% dos casos.

Quadro 26 - Satisfações relacionadas com a dinâmica interpessoal -
Prestador de cuidados como principal beneficiário

	Acontece no meu caso e dá-me muita satisfação	Acontece no meu caso e dá-me alguma satisfação	Acontece no meu caso, mas não me dá qualquer satisfação	Não acontece no meu caso
Q 2 - A pessoa de quem cuido aprecia o que eu faço	19 (46.3)	17 (41.5)	1 (2.4)	4 (9.8)
Q 17 - É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero	21 (51.2)	13 (31.7)	1 (2.4)	6 (14.6)
Q 8 - Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa	12 (29.3)	12 (29.3)	7 (17.1)	10 (24.4)

Quadro 27 - Satisfações relacionadas com a dinâmica interpessoal -
Pessoa dependente como principal beneficiária

	Acontece no meu caso e dá-me muita satisfação	Acontece no meu caso e dá-me alguma satisfação	Acontece no meu caso, mas não me dá qualquer satisfação	Não acontece no meu caso
Q 12 - Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem	37 (90.2)	4 (9.8)	- (0.0)	- (0.0)
Q 14 - É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido	36 (87.8)	4 (9.8)	- (0.0)	1 (2.4)
Q 24 - É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido	30 (73.2)	9 (22.0)	- (0.0)	2 (4.9)

Quadro 28 - Satisfações relacionadas com a dinâmica interpessoal -
Benefício mútuo

	Acontece no meu caso e dá-me muita satisfação	Acontece no meu caso e dá-me alguma satisfação	Acontece no meu caso, mas não me dá qualquer satisfação	Não acontece no meu caso
Q 29 - Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato	30 (73.2)	6 (14.6)	- (0.0)	5 (12.2)
Q 3 - O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido	12 (29.3)	15 (36.6)	- (0.0)	14 (34.1)
Q 18 - Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade	7 (17.1)	13 (31.7)	1 (2.4)	20 (48.8)

3.4.2 - Benefícios a nível intrapessoal

Satisfações relacionadas com a dinâmica intrapessoal, em que se considera que o prestador de cuidados é o principal beneficiário (Quadro 29) são assinaladas por mais de 61.0% dos inquiridos, com excepção das situações referidas nas questões 27 e 19, referidas por 36.6 e 26.8%, respectivamente.

Pelo Quadro 30 verifica-se novamente que as situações em que o principal beneficiário é a pessoa dependente produzem muita satisfação na quase totalidade (mais de 87.8%) dos prestadores de cuidados inquiridos.

Também a maioria (mais de 75.6%) dos prestadores de cuidados inquiridos referiram constituir fonte de grande satisfação as situações que no CASI se considerou resultarem em benefício mútuo (Quadro 31).

Quadro 29 - Satisfações relacionadas com a dinâmica intrapessoal -
Prestador de cuidados como principal beneficiário

	Acontece no meu caso e dá-me muita satisfação	Acontece no meu caso e dá-me alguma satisfação	Acontece no meu caso, mas não me dá qualquer satisfação	Não acontece no meu caso
Q 10 - Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever	28 (68.3)	12 (29.3)	- (0.0)	1 (2.4)
Q 30 - Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado	29 (70.7)	7 (17.1)	- (0.0)	5 (12.2)
Q 7 - Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz	21 (51.2)	15 (36.6)	- (0.0)	5 (12.2)
Q 25 - Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades	14 (34.1)	16 (39.0)	2 (4.9)	9 (22.0)
Q 16 - Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa	13 (31.7)	12 (29.3)	- (0.0)	16 (39.0)
Q - 27 - Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes	9 (22.0)	6 (14.6)	- (0.0)	26 (63.4)
Q 19 - Ajuda a evitar que me sinta culpado	8 (19.5)	3 (7.3)	1 (2.4)	29 (70.7)

Quadro 30 - Satisfações relacionadas com a dinâmica intrapessoal --
Pessoa dependente como principal beneficiária

	Acontece no meu caso e dá-me muita satisfação	Acontece no meu caso e dá-me alguma satisfação	Acontece no meu caso, mas não me dá qualquer satisfação	Não acontece no meu caso
Q 9 - É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada	38 (92.7)	3 (7.3)	- (0.0)	- (0.0)
Q 22 - Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas	28 (68.3)	8 (19.5)	1 (2.4)	4 (9.8)

Quadro 31 - Satisfações relacionadas com a dinâmica intrapessoal -
Benefício mútuo

	Acontece no meu caso e dá-me muita satisfação	Acontece no meu caso e dá-me alguma satisfação	Acontece no meu caso, mas não me dá qualquer satisfação	Não acontece no meu caso
Q 11 - Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros	33 (80.5)	8 (19.5)	- (0.0)	- (0.0)
Q 28 - No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível	34 (82.9)	6 (14.6)	- (0.0)	1 (2.4)
Q 26 - Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé	20 (48.8)	12 (29.3)	- (0.0)	9 (22.0)
Q 21 - Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim	26 (63.4)	5 (12.2)	2 (4.9)	8 (19.5)
Q 6 - Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido	25 (61.0)	6 (14.6)	1 (2.4)	9 (22.0)

3.4.3 - Vantagens da situação

Os aspectos da prestação de cuidados relacionados com a dinâmica dos resultados e nas quais o prestador de cuidados é visto como sendo o principal beneficiário (Quadro 32), foram assinalados como fontes de satisfação por apenas 56.1 e 53.6% dos inquiridos.

Quanto às questões relacionadas com os resultados em que o principal beneficiário é a pessoa dependente (Quadro 33), a grande maioria dos prestadores de cuidados (mais de 75.7%) considerou serem importante fonte de satisfação na situação de prestação de cuidados.

Quadro 32 - Satisfações relacionadas com a dinâmica dos resultados -
Prestador de cuidados como principal beneficiário

	Acontece no meu caso e dá-me muita satisfação	Acontece no meu caso e dá-me alguma satisfação	Acontece no meu caso, mas não me dá qualquer satisfação	Não acontece no meu caso
Q 1 - Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades	6 (14.6)	17 (41.5)	4 (9.8)	14 (34.1)
Q 23 - Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus Interesses e contactos	11 (26.8)	11 (26.8)	1 (2.4)	18 (43.9)

Quadro 33 - Satisfações relacionadas com a dinâmica dos resultados
- Pessoa dependente como principal beneficiária

	Acontece no meu caso e dá-me muita satisfação	Acontece no meu caso e dá-me alguma satisfação	Acontece no meu caso, mas não me dá qualquer satisfação	Não acontece no meu caso
Q 13 - É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas	31 (75.6)	7 (17.1)	- (0.0)	3 (7.3)
Q 5 - Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades	21 (51.2)	16 (39.0)	- (0.0)	4 (9.8)
Q 4 - É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido	29 (70.7)	4 (9.8)	1 (2.4)	7 (17.1)
Q 15 - Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém	25 (61.0)	7 (17.1)	- (0.0)	9 (22.0)
Q 20 - Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar	27 (65.9)	4 (9.8)	3 (7.3)	7 (17.1)

3.4.4 - Outros aspectos

No espaço proporcionado para a apresentação de outros aspectos dos cuidados que os prestadores de cuidados entendessem referir como fonte de satisfação no seu caso, 7 dos inquiridos (17%):

O familiar é mais feliz estando em casa - 2

Forma de expressar o amor pela pessoa dependente - 2

Sente satisfação por estar a fazer o bem, mesmo não sendo sempre reconhecido - 1

Forma de retribuir benefícios anteriores e de compensar por desgostos anteriores - 1

Dúvidas sobre a capacidade de continuar a manter a pessoa em casa - 1

Problemas de saúde seus e de outros membros da família impossibilitam maior satisfação - 1

3.5 - Formas de *coping* utilizadas pelos prestadores de cuidados - dados de CAMI

Passa-se a apresentar e analisar os resultados obtidos na primeira aplicação de CAMI (Carers' Assessment of Managing Index), segundo as categorias propostas pelos autores (Nolan *et al*, 1995; Nolan *et al*, 1996; Nolan *et al*, 1998), sobre os tipos de estratégias adoptadas.

3.5.1 - Lidar com os acontecimentos / resolução dos problemas

Como se pode observar no Quadro 34, a maioria (mais de 51%) dos prestadores de cuidados inquiridos utiliza e considera úteis as estratégias relacionadas com acções mais ou menos concretas tendo em vista o lidar com as situações difíceis e a resolução dos problemas.

Quadro 34 - Lidar com os acontecimentos/ resolução dos problemas

	Faço assim e dá bastante bom resultado	Faço assim e acho que dá resultado	Faço assim mas não dá resultado	Não procedo desta forma
Q 31 - Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes	10 (24.4)	25 (61.0)	2 (4.9)	4 (9.8)
Q 29 - Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido	4 (9.8)	28 (68.3)	4 (9.8)	5 (12.2)

Q 10 - Procurar obter toda a informação possível acerca do problema	8 (19.5)	24 (58.5)	1 (2.4)	8 (19.5)
Q 14 - Manter a pessoa de quem cuida tão activa quanto possível	12 (29.3)	19 (46.3)	7 (17.1)	3 (7.3)
Q 18 - Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução	4 (9.8)	26 (63.4)	5 (12.2)	6 (14.6)
Q 23 - Tomar medidas para evitar que os problemas surjam	1 (2.4)	28 (68.3)	6 (14.6)	6 (14.6)
Q 17 - Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais	12 (29.3)	16 (39.0)	6 (14.6)	7 (17.1)
Q 3 - Falar dos meus problemas com alguém em quem confio	7 (17.1)	21 (51.2)	3 (7.3)	10 (24.4)
Q 30 - Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte	4 (9.8)	24 (58.5)	6 (14.6)	3 (7.3)
Q 13 - Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder	7 (17.1)	19 (46.3)	6 (14.6)	9 (22.0)
Q 33 - Ser firme com a pessoa de quem cuida e fazer-lhe ver o que espero dela	3 (7.3)	22 (53.7)	5 (12.2)	11 (26.8)
Q 15 - Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível	11 (26.8)	13 (31.7)	4 (9.8)	13 (31.7)
Q 1 - Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo	7 (17.1)	16 (39.0)	1 (2.4)	17 (41.5)
Q 5 - Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer	3 (7.3)	18 (43.9)	7 (17.1)	13 (31.7)

3.5.2 - Percepções alternativas sobre a situação

Segundo os dados apresentados no Quadro 35, muitos (mais de 56%) dos prestadores de cuidados inquiridos utilizam e acham úteis diversas estratégias relacionadas com a procura de uma percepção alternativa sobre as situações difíceis que vivem. Apenas em relação às estratégias referidas nas questões 6, 8, 12 e 22 se observam percentagens inferiores a 47%.

Quadro 35 - Percepções alternativas sobre a situação

	Faço assim e dá bastante bom resultado	Faço assim e acho que dá resultado	Faço assim mas não dá resultado	Não procedo desta forma
Q 12 - Viver um dia de cada vez	14 (34.1)	22 (53.7)	1 (2.4)	4 (9.8)
Q 25 - Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação	7 (17.1)	29 (70.7)	5 (12.2)	- (0.0)
Q 34 - Pensar que ninguém tem culpa da situação	10 (24.4)	23 (56.1)	3 (7.3)	5 (12.2)
Q 11 - Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está	17 (41.5)	16 (39.0)	3 (7.3)	5 (12.2)
Q 20 - Aceitar a situação tal como ela é	3 (7.3)	29 (70.7)	7 (17.1)	2 (4.9)
Q 32 - Procurar ver o que há de positivo em cada situação	4 (9.8)	27 (65.9)	7 (17.1)	3 (7.3)
Q 7 - Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu	7 (17.1)	24 (58.5)	6 (14.6)	4 (9.8)
Q 9 - Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido	12 (29.3)	18 (43.9)	2 (4.9)	9 (22.0)
Q 24 - Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas	6 (14.6)	22 (53.7)	3 (7.3)	10 (24.4)
Q 26 - Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento	4 (9.8)	21 (51.2)	8 (19.5)	8 (19.5)
Q 27 - Manter dominados os meus sentimentos e emoções	4 (9.8)	19 (46.3)	11 (26.8)	7 (17.1)
Q 16 - Pensar que a situação está agora melhor do que antes	3 (7.3)	16 (39.0)	6 (14.6)	16 (39.0)
Q 8 - Cerrar os dentes e continuar	1 (2.4)	15 (36.6)	2 (4.9)	23 (56.1)
Q 6 - Ver o lado cómico da situação	3 (7.3)	10 (24.4)	7 (17.1)	21 (51.2)
Q 22 - Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe	2 (4.9)	9 (22.0)	6 (14.6)	24 (58.5)

3.5.3 - Lidar com os sintomas de *stress*

Como se pode observar pelo Quadro 36, as estratégias relacionadas com formas de lidar com os sintomas de *stress* são relativamente menos utilizadas pelos prestadores de cuidados inquiridos, dado que apenas as estratégias referidas nas questões 4, 19, 21 e 38 são utilizadas e consideradas úteis por uma percentagens que se situam entre os 43.9 e os 61%. Por outro lado, estratégias como as referidas nas questões 36 e 37 são utilizadas e consideradas úteis por apenas 14.6% dos inquiridos.

Quadro 36 - Lidar com os sintomas de *stress*

	Faço assim e dá bastante bom resultado	Faço assim e acho que dá resultado	Faço assim mas não dá resultado	Não procedo desta forma
Q 38 - Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa	7 (17.1)	18 (43.9)	- (0.0)	16 (39.0)
Q 19 - Chorar um bocado	8 (19.5)	16 (39.0)	7 (17.1)	10 (24.4)
Q 4 - Reservar algum tempo livre para mim próprio	5 (12.2)	17 (41.5)	2 (4.9)	17 (41.5)
Q 21 - Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante	6 (14.6)	12 (29.3)	9 (22.0)	14 (34.1)
Q 35 - Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico	4 (9.8)	12 (29.3)	1 (2.4)	24 (58.5)
Q 28 - Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género	2 (4.9)	7 (17.1)	8 (19.5)	24 (58.5)
Q 2 - Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante	3 (7.3)	6 (14.6)	10 (24.4)	22 (53.7)
Q 37 - Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras	1 (2.4)	18 (43.9)	2 (4.9)	33 (80.5)
Q 36 - Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes	- (0.0)	6 (14.6)	1 (2.4)	34 (82.9)

3.5.4 - Outros aspectos

No espaço para referência de outras forma de lidar com a situação, 7 dos inquiridos (17%) utilizaram-no para referirem os aspectos seguintes:

Arranjar formas de se sentir bem para poder transmitir esse bem-estar - 2

Apoio da família e de outras pessoas para os cuidados - 1

Deixar falar - 1

Falar até se cansar de se ouvir - 1

Fazer algumas vontades e dar atenção - 1

Falar de pessoas que estão em situação pior - 1

Estimular o autocuidado e a autoestima - 1

Estudo 2 - Descritivo-correlacional

Factores associados com a morbilidade dos prestadores de cuidados a familiares idosos

3.6 - Modelo linear: predictores directos da morbilidade - variáveis relacionadas com a sintomatologia depressiva e o estado de saúde (CES-D e MOS SF-36)

3.6.1 - Variáveis socio-demográficas, clínicas e de contexto

Sexo (A01)

Dado que a amostra de prestadores de cuidados a familiares surgiu constituída por 38 mulheres e apenas 3 homens, tornou-se estatisticamente impossível procurar quaisquer relações entre o sexo e as outras variáveis do estudo.

Idade dos prestadores de cuidados (A02)

Tendo-se calculado o coeficiente de correlação de Pearson entre a idade dos prestadores de cuidados e as pontuações por eles obtidas em CES-D e nas várias dimensões de MOS SF-36, não se encontrou qualquer correlação estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

Através da análise de variância (ANOVA) entre as pontuações de CES-D e dimensões de MOS SF-36 obtidas pelos prestadores de cuidados, por grupos de idades (grupo A: 30-49 anos; grupo B: 50-64; grupo C: 65 e mais anos), também não se encontrou qualquer diferença significativa.

Estado civil (A03)

Tendo-se agrupado as situações de estado civil em 'casado' (n=32) e 'não casado' (n=9), e utilizando-se o teste *t* de Student, não foram encontradas quaisquer diferenças significativas nas médias obtidas pelos dois grupos no que respeita às pontuações de CES-D e das várias dimensões de MOS SF-36.

Escolaridade (A04)

Através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, e conforme o Quadro 37, os dados encontrados sugerem que quanto mais elevado é o nível de escolaridade do prestador de cuidados, melhor é a sua percepção de saúde no que respeita a *função física, dor física e saúde em geral*.

Não se encontrou qualquer correlação significativa entre o nível de escolaridade dos prestadores de cuidados e as pontuações por eles obtidas no CES-D.

Quadro 37 - Correlações significativas entre o nível de escolaridade e as pontuações de MOS SF-36

Dimensões de MOS SF-36	r_s	p
Função física (PF)	0.376	0.015
Dor física (BP)	0,408	0.008
Saúde em geral (GH)	0.486	0.001

Situação perante o trabalho (A05)

Tendo os prestadores de cuidados da amostra sido agrupados em 'empregados' e 'não empregados' verificou-se, através do teste *t* de Student, e conforme os dados do Quadro 38, que os empregados tendem a ter uma melhor percepção de saúde no que respeita a *função física e dor física*.

Não se encontrou diferença significativa entre as médias das pontuações obtidas em CES-D pelos dois grupos.

Quadro 38 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36, segundo a situação perante o trabalho

Dimensões de MOS SF-36	Empregado (n=18)		Não empregado (n=23)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Função física (PF)	70.556	17.396	53.261	27.535	2.323	0.025
Dor física (BP)	56.222	29.899	34.174	27.693	2.443	0.019

Tipo de dependência do idoso que recebe cuidados (A24)

Tendo os idosos dependentes da amostra sido agrupados, segundo o tipo de dependência, em 'dependência física' (n=25) e 'dependência mental e física' (n=16), não se verificou qualquer diferença significativa nas médias das pontuações obtidas pelos seus prestadores de cuidados no que respeita a sintomatologia depressiva (CES-D) e percepção de saúde (MOS SF-36).

Actividades da vida diária - Índice de Katz da pessoa dependente (A26)

Através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, também não se encontrou qualquer correlação significativa entre o grau de dependência do idoso, avaliado pelo Índice de Katz, e as pontuações obtidas pelos seus prestadores de cuidados no que respeita a sintomatologia depressiva (CES-D) e percepção de saúde (MOS SF-36).

Tipo de parentesco da pessoa dependente (A06)

Tendo os vários tipos de parentesco sido agrupados em 'cônjuge' (n=6), 'pais/sogros' (n=29) e 'outros' (n=6), os resultados da análise de variância (ANOVA) mostraram não haver diferenças significativas entre os vários grupos de prestadores de cuidados no que respeita à sintomatologia depressiva e percepção de saúde.

Coabitação com a pessoa dependente (A07)

Comparando-se as médias das pontuações obtidas em CES-D e em MOS SF-36 pelos prestadores de cuidados que coabitavam com as pessoas dependentes, não se verificou, através do teste *t* de Student, qualquer diferença significativa em relação às pontuações obtidas pelos que não se encontravam em situação de coabitação.

Duração da situação de prestação de cuidados (A08)

Os dados encontrados através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman ($s_r = -0.356$, com $p = 0.022$), sugerem que mais tempo de prestação de cuidados se relaciona com uma menor percepção de saúde do prestador na dimensão *dor corporal* de MOS SF-36.

Não foi encontrada correlação significativa entre a duração da situação de prestação de cuidados e o nível de sintomatologia depressiva manifestado através de CES-D.

Partilha de responsabilidades da prestação de cuidados (A09)

Não se encontrou, através do teste *t* de Student, qualquer diferença significativa nas médias das pontuações obtidas em CES-D e em MOS SF-36 pelos prestadores de cuidados, em função de partilharem ou não, com outra pessoa, as responsabilidades da prestação de cuidados.

Ajuda regular para a prestação de cuidados (A10)

Os resultados do teste *t* de Student apresentados no Quadro 39 sugerem que a percepção de saúde, no que respeita a *dor física*, é melhor nos prestadores de cuidados com ajuda regular para a prestação de cuidados, do que a dos prestadores que referiram não ter essa ajuda.

Quadro 39 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36 segundo a existência de ajuda regular para a prestação de cuidados.

Dimensões de MOS SF-36	Sem ajuda regular (n=27)		Com ajuda regular (n=14)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Dor física (BP)	37.148	27.307	56.786	32.857	-2.037	0.048

Faltas ao trabalho relacionadas com a situação da pessoa dependente (A16)

Os resultados do teste *t* de Student, apresentados no Quadro 40 sugerem que os prestadores de cuidados que referiram não ter tido de faltar ao trabalho, nos últimos 6 meses, por motivo de doença da pessoa de quem estão a cuidar, apresentavam uma

percepção de saúde, no que respeita à dimensão 'função social' do MOS SF-36, superior à dos que assinalaram ter tido de faltar.

Por outro lado, não se encontrou diferença significativa entre as médias das pontuações obtidas no CES-D pelos dois grupos de prestadores de cuidados a familiares idosos.

Quadro 40 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36 segundo as faltas recentes ao trabalho.

Dimensões de MOS SF-36	Sem faltas ao trabalho (n=26)		Com faltas ao trabalho (n=15)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Função social (SF)	68.000	22.592	49.333	25.232	2.442	0.019

Alteração sensível na vida familiar (A17)

De acordo com os resultados do teste *t* de Student, apresentados no Quadro 41, a média das pontuações obtidas em MOS SF-36, na dimensão 'função social', são inferiores no caso dos prestadores de cuidados que afirmaram sentir que a sua vida familiar tinha sido significativamente afectada, nos últimos meses, por causa da situação da pessoa de quem estavam a cuidar.

Não foi encontrada diferença significativa entre as médias obtidas em CES-D pelos dois grupos de prestadores de cuidados.

Quadro 41 - Diferença nas médias das dimensões de MOS SF-36 segundo a percepção de alteração na vida familiar

Dimensões de MOS SF-36	Sem alteração na vida familiar (n=21)		Com alteração na vida familiar (n=20)		t	P
	Média	DP	Média	DP		
Função social (SF)	69.857	21.024	52.050	26.056	2.414	0.021

Modelo de regressão linear de CES-D em relação às variáveis socio-demográficas, clínicas e de contexto

Tendo-se procedido à estimação do modelo de regressão linear, observou-se que nenhuma das variáveis socio-demográficas, clínicas e de contexto foi seleccionada como predictor do CES-D.

Modelo de regressão linear de MOS SF-36 em relação às variáveis socio-demográficas, clínicas e de contexto

No Quadro 42 apresentam-se as variáveis socio-demográficas, clínicas e de contexto seleccionadas, através do estudo da regressão linear, como predictoras das várias dimensões de MOS SF-36.

Quadro 42 - Variáveis seleccionadas como predictoras no modelo de regressão linear das dimensões de MOS SF-36

Dimensões de MOS SF-36	Variáveis seleccionadas p/ modelo como predictoras	r	F	p
Função física (PF)	A04 - Escolaridade	0.400	6.427	0.004
	A09 - Partilha de responsabilidades	0.322		
Desempenho físico (RP)	Nenhuma	-	-	-
Dor física (BP)	A04 - Escolaridade	0.414	6.667	0.003
	A08 - Duração da prestação de cuidados	-0.383		
Saúde em geral (GH)	A04 - Escolaridade	0.344	5.246	0.027
Vitalidade (VT)	Nenhuma	-	-	-
Função social (SF)	A16 - Faltas ao trabalho por doença do dependente	-0.364	5.964	0.019
Desempenho emocional (RE)	Nenhuma	-	-	-
Saúde mental (MH)	Nenhuma	-	-	-

3.6.2 - Percepção das 'dificuldades' (CADI)

Relação entre CADI e CES-D

Para se analisar a relação entre o nível de 'dificuldades' percebido e a sintomatologia depressiva apresentada pelos prestadores de cuidados, optou-se por começar por comparar os valores obtidos em CADI (por sub-escalas e global) com as pontuações de CES-D. Passou-se depois a compará-los também com os grupos clínicos de depressão ('ausência de depressão', depressão ligeira' e 'depressão moderada ou grave') definidos com base nos resultados de CES-D.

Quanto à relação entre os valores obtidos em CADI (por sub-escalas e global) e as pontuações do CES-D verificou-se, através do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, e conforme os dados apresentados no Quadro 43, que a sintomatologia depressiva dos prestadores de cuidados aumenta com o nível de dificuldades por eles percebido, numa correlação positiva e muito significativa com o CADI global e com todas as suas sub-escalas (excepto a sub-escala E - Deficiente apoio familiar).

Quadro 43 - Correlações encontradas entre os valores de CADI e as pontuações de CES-D.

Sub-escalas de CADI	R	p
A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	0.552	0.000
B - Reacções à prestação de cuidados	0.541	0.000
C - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	0.402	0.009
D - Restrições na vida social	0.449	0.003
E - Deficiente apoio familiar	0.259	0.102
F - Deficiente apoio profissional	0.464	0.002
G - Problemas financeiros	0.437	0.004
CADI global	0.587	0.000

Comparando as médias dos valores obtidos em CADI (sub-escalas e global) pelos grupos clínicos de depressão, através da análise da variância (ANOVA), conforme o Quadro 44, verificaram-se diferenças significativas nas médias obtidos pelos três grupos de CES-D nas sub-escalas A, B e F, e também no CADI global.

Quadro 44 - Resultados da análise da variância entre os valores de CADI e os grupos clínicos definidos por CES-D.

Sub-escalas de CADI	Ausência de depressão (n=18)		Depressão ligeira (n=12)		Depressão moder./ grave (n=11)		F	p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	13,61	4.552	18.000	5.360	20.727	5.140	7.539	0.002
B - Reações à prestação de cuidados	15.778	4.634	16.417	4.055	20.818	3.125	5.526	0.008
C - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	3.556	5.659	17.000	3.977	17.091	2.343	3.019	0.061
D - Restrições na vida social	7.556	2.854	8.083	2.021	9.727	2.284	2.657	0.083
E - Deficiente apoio familiar	4.778	2.184	5.000	2.796	5.909	1.758	0.873	0.426
F - Deficiente apoio profissional	3.833	1.855	5.417	2.353	5.909	1.700	4.457	0.018
G - Problemas financeiros	4.667	2.086	5.667	1.614	6.182	1.079	2.861	0.070
CADI global	63.778	18.203	75.583	18.545	86.364	11.102	6.373	0.004

Seguiu-se a utilização do teste de Tukey para localizar as diferenças acima encontradas, concluindo-se que:

- Em relação à sub-escala A de CADI, os valores das suas médias são significativamente mais altos no grupo de prestadores de cuidados com sintomatologia sugestiva de depressão moderada ou grave do que no grupo sem depressão, com $p=0.002$;
- Em relação à sub-escala B de CADI), o grupo dos prestadores de cuidados com valores de CES-D sugestivos de uma situação de depressão grave é o que apresenta valores significativamente mais elevados, quando comparados com os que não manifestaram sintomatologia de depressão ($p= 0.008$) e os que obtiveram valores sugestivos de depressão ligeira ($p=0.038$);
- Quanto à sub-escala F de CADI observou-se que os seus valores aumentavam significativamente dos indivíduos do grupo sem depressão para os do grupo com sintomatologia de depressão moderada ou grave, com $p= 0.024$;
- No que respeita às média de CADI global, verificou-se que os valores do grupo sem sintomas de depressão eram significativamente mais baixos do que os valo-

res dos indivíduos do grupo com sintomas sugestivos de depressão moderada ou grave, com $p=0.003$.

Em resumo, verificou-se que o grau de sintomatologia depressiva dos prestadores de cuidados, avaliado através do CES-D, se mostrava superior nos que percepcionavam mais dificuldades associadas à sua situação.

Procedendo-se à estimação do modelo de regressão linear de CES-D em relação aos itens de CADI, foram seleccionados como predictores os itens apresentados no Quadro 45.

Quadro 45 - Itens de CADI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear de CES-D

Itens de CADI	r	F	p
CD1-19 - Esta situação está a transtornar-me os nervos.	0.505		
CD1-27 - Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais.	0.487	11.899	0.000
CD1-12 - Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido.	0.490		

Relação entre CADI e MOS SF-36

Calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson entre os valores de CADI (sub-escalas e global) e os valores das diversas dimensões de MOS SF-36. Os dados apresentados no Quadro 46 - sugerem que níveis mais elevados nas 'dificuldades' percebidas pelos prestadores de cuidados correspondem a pontuações mais baixas na maioria das dimensões de MOS SF-36.

Quadro 46 - Correlações significativas encontradas entre os valores de CADI e as pontuações de MOS SF-36 nas suas várias dimensões.

Dimensões de MOS SF-36	Sub-escalas de CADI	r	p
Função física (PF)	A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	-0.410	0.008
	C - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	-0.381	0.14
	G - Problemas financeiros	-0.358	0.021
	CADI global	-0.411	0.008
Desempenho físico (RP)	Nenhuma	-	-
Dor física (BP)	A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	-0.611	0.000
	B - Reações à prestação de cuidados	-0.491	0.001
	C - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	-0.470	0.002
	D - Restrições na vida social	-0.378	0.015
	E - Deficiente apoio familiar	-0.322	0.040
	F - Deficiente apoio profissional	-0.437	0.004
	G - Problemas financeiros	-0.616	0.000
	CADI global	-0.621	0.000
Saúde em geral (GH)	G - Problemas financeiros	-0.377	0.015
	CADI global	-0.333	0.033
Vitalidade (VT)	B - Reações à prestação de cuidados	-0.382	0.014
	F - Deficiente apoio profissional	-0.330	0.035
	CADI global	-0.363	0.020
Função social (SF)	A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	-0.392	0.001
	B - Reações à prestação de cuidados	-0.462	0.002
	C - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	-0.409	0.008
	D - Restrições na vida social	-0.483	0.001
	F - Deficiente apoio profissional	-0.452	0.003
	G - Problemas financeiros	-0.401	0.009
	CADI global	-0.513	0.001
Desempenho emocional (RE)	Nenhuma	-	-
Saúde mental (MH)	A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	-0.500	0.001
	B - Reações à prestação de cuidados	-0.563	0.000
	D - Restrições na vida social	-0.536	0.000
	E - Deficiente apoio familiar	-0.379	0.014
	F - Deficiente apoio profissional	-0.489	0.001
	G - Problemas financeiros	-0.424	0.006
	CADI global	-0.579	0.000

No Quadro 47 apresentam-se os itens de CADI seleccionados, através do estudo da regressão linear, como predictores das várias dimensões de MOS SF-36.

Quadro 47 - Itens de CADI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear das dimensões de MOS SF-36

Dimensões de MOS SF-36	Itens seleccionados p/ modelo como predictores	r	F	p
Função física (PF)	CD1-11 - Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim.	-0.376	7.360	0.002
	CD1-01 - Não tenho tempo suficiente para mim próprio	-0.361		
Desempenho físico (RP)	CD1-30 - Esta situação faz-me sentir culpado	-0.355	5.625	0.023
Dor física (BP)	CD1-19 - Esta situação está a transformar-me os nervos.	-0.570	18.645	0.000
	CD1-04 - Traz-me problemas de dinheiro.	-0.570		
	CD1-22 - A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço.	-0.516		
Saúde em geral (GH)	CD1-10 - Deixa-me muito cansado fisicamente.	-0.448	7.661	0.002
	CD1-14 - A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia.	-0.380		
Vitalidade (VT)	CD1-10 - Deixa-me muito cansado fisicamente.	-0.460	8.995	0.001
	CD1-28 - Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam.	-0.335		
Função social (SF)	CD1-21 - A qualidade da minha vida piorou.	-0.504	9.925	0.000
	CD1-27 - Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais.	-0.413		
	CD1-24 - A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades).	0.076		

Desempenho emocional (RE)	CD1-30 - Esta situação faz-me sentir culpado.	-0.439	7.191	0.002
	CD1-12 - Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido.	-0.423		
Saúde Mental (MH)	CD1-12 - Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido.	-0.541	16.942	0.000
	CD1-09 - Chega a transtornar as minhas relações familiares	-0.459		
	CD1-11 - Por vezes a pessoa de quem cuido exige demasiado de mim.	-0.542		

3.6.3 - Percepção das 'fontes de satisfação' (CASI)

Relação entre CASI e CES-D

Tendo-se calculado o coeficiente de correlação de Spearman entre os valores dos itens de CASI e as pontuações de CES-D, verificou-se que um nível mais elevado de satisfação associada ao item 14 (*É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido*) correspondia a níveis menores de sintomatologia depressiva ($r_s = -0.362$; $p = 0.020$). Não foram encontradas quaisquer outras correlações estatisticamente significativas.

Procedendo-se à estimação do modelo de regressão linear de CES-D em relação aos itens de CASI, foram seleccionados como predictores os itens apresentados no Quadro 48.

Quadro 48 - Itens de CASI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear de CES-D

Itens de CADI	r	F	p
CS1-14 - É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido.	-0.384	5.997	0.002
CS1-19 - Ajuda a evitar que me sinta culpado.	0.242		
CS1-18 - Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade.	-0.217		

Relação entre CASI e MOS SF-36

No Quadro 49 apresentam-se as correlações significativas encontradas, através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, entre os itens de CASI e as pontuações obtidas pelos prestadores de cuidados nas várias dimensões de MOS SF-36.

Quadro 49 - Correlações significativas encontradas entre os itens de CASI e as pontuações de MOS SF-36 nas suas várias dimensões.

Dimensões de MOS SF-36	Itens de CASI	r_s	p
Função física (PF)	Nenhum	-	-
Desempenho físico (RP)	CS1-03 - O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido.	-0.401	0.009
Dor física (BP)	CS1-08 - Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmungava nem se queixa.	0.400	0.010
	CS1-18 - Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade.	0.361	0.020
Saúde em geral (GH)	Nenhum	-	-
Vitalidade (VT)	CS1-19 - Ajuda a evitar que me sinta culpado	-0.322	0.040
Função social (SF)	Nenhum	-	-
Desempenho emocional (RE)	CS1-09 - É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada.	0.347	0.026
Saúde mental (MH)	CS1-15 - Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso cuidar dela melhor do que ninguém.	0.360	0.021
	CS1-16 - Prestar cuidados tem-me ajudado a crescer como pessoa.	0.341	0.029

No Quadro 50 apresentam-se os itens de CASI seleccionados, através do estudo da regressão linear, como predictores das várias dimensões de MOS SF-36.

Quadro 50 - Itens de CASI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear das dimensões de MOS SF-36

Dimensões de MOS SF-36	Itens seleccionados p/ modelo como predictores	r	F	p
Função física (PF)	Nenhum	-	-	-
Desempenho físico (RP)	CS1-03 - O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido.	-0.408	7.803	0.008
Dor física (BP)	CS1-18 - Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade.	0.356	5.675	0.022
Saúde em geral (GH)	Nenhum	-	-	-
Vitalidade (VT)	Nenhum	-	-	-
Função social (SF)	Nenhum	-	-	-
Desempenho emocional (RE)	CS1-14 - É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido.	0.331	4.839	0.013
	CS1-29 - Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem cuido.	-0.232		
Saúde Mental (MH)	CS1-14 - É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido.	0.318	4.385	0.043

3.6.4 - Percepção das 'formas de coping' (CAMI)

Relação entre CAMI e CES-D

Calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman entre os valores dos itens de CAMI e as pontuações de CES-D obtidas pelos prestadores de cuidados inquiridos. No Quadro 51 apresentam-se as correlações estatisticamente significativas que se encontraram.

Quadro 51 - Correlações significativas entre os itens de CAMI e as pontuações de CES-D

Itens de CAMI	sr	p
CM1-01 - Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo.	0.400	0.010
CM1-04 - Reservar algum tempo livre para mim próprio.	-0.357	0.022
CM1-06 - Ver o lado cómico da situação.	-0.353	0.024
CM1-08 - Cerrar os dentes e continuar.	0.393	0.011
CM1-19 - Chorar um bocado.	0.347	0.026
CM1-25 - Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação.	-0.361	0.020
CM1-32 - Procurar ver o que há de positivo em cada situação.	-0.384	0.013

Através da análise da regressão linear pretendeu-se identificar as formas de *coping* (os itens de CAMI) que estatisticamente poderiam apresentar-se como predictoras do grau de depressão manifestado pelos prestadores de cuidados inquiridos (pontuações de CES-D). O Quadro 52 apresenta os aspectos principais do modelo encontrado.

Quadro 52 - Itens de CAMI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear de CES-D

Itens de CAMI	r	F	p
CM1-01 - Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo	0.413		
CM1-32 - Procurar ver o que há de positivo em cada situação	-0.333	8.949	0.000
CM1-19 - Chorar um bocado	0.404		

Relação entre CAMI e MOS SF-36

Procurando-se conhecer as eventuais relações entre as várias formas de *coping* adoptadas pelos prestadores de cuidados e a sua percepção de saúde, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman entre as várias dimensões de MOS SF-36 e os itens de CAMI. No Quadro 53 apresentam-se os resultados estatisticamente significativos.

Quadro 53 - Correlações significativas encontradas entre os itens de CAMI e as pontuações de MOS SF-36 nas suas várias dimensões.

Dimensões de MOS SF-36	Itens de CAMI	r_s	p
Função física (PF)	CM1-22 - Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe.	-0.359	0.02
	CM1-33 - Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	-0.442	0.004
Desempenho físico (RP)	CM1-16 - Pensar que a situação está agora melhor do que antes.	-0.311	0.048
	CM1-30 - Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte.	0.372	0.017
Dor física (BP)	CM1-04 - Reservar algum tempo livre para mim próprio.	0.365	0.019
	CM1-33 - Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	-0.420	0.006
Saúde em geral (GH)	CM1-24 - Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas.	-0.378	0.015
	CM1-33 - Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	-0.319	0.042
Vitalidade (VT)	CM1-34 - Pensar que ninguém tem culpa da situação.	0.334	0.033
Função social (SF)	CM1-01 - Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo.	-0.368	0.018
	CM1-15 - Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível.	-0.345	0.027
Desempenho emocional (RE)	CM1-10 - Procurar obter toda a informação possível acerca do problema.	0.422	0.006
	CM1-11 - Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está.	0.380	0.014
	CM1-30 - Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte.	0.373	0.016
Saúde mental (MH)	CM1-04 - Reservar algum tempo livre para mim próprio.	0.367	0.018
	CM1-10 - Procurar obter toda a informação possível acerca do problema.	0.321	0.041
	CM1-32 - Procurar ver o que há de positivo em cada situação	0.578	0.000

No Quadro 54 apresentam-se os itens de CAMI seleccionados, através do estudo da regressão linear, como predictores das várias dimensões de MOS SF-36.

Quadro 54 - Itens de CAMI seleccionados como predictores no modelo de regressão linear das dimensões de MOS SF-36

Dimensões de MOS SF-36	Itens seleccionados p/ modelo como predictores	R	F	p
Função física (PF)	CM1-33 - Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	-0.447	10.396	0.000
	CM1-22 - Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe.	-0.325		
	CM1-27 - Manter dominados os meus sentimentos e emoções.	0.271		
Desempenho físico (RP)	CM1-33 - Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	-0.355	18.306	0.000
	CM1-18 - Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução.	0.266		
	CM16 - Pensar que a situação está agora melhor do que antes.	-0.306		
	CM1-04 - Reservar algum tempo livre para mim próprio.	0.237		
	CM1-15 - Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível.	-0.125		
	CM1-22 - Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe.	-0.165		
	CM25 - Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação.	0.177		
	CM1-11 - Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está.	0.259		
Dor física (BP)	CM1-33 - Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	-0.519	10.333	0.000
	CM1-04 - Reservar algum tempo livre para mim próprio.	0.372		
	CM1-14 - Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível.	0.230		

Saúde em geral (GH)	CM1-33 - Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	-0.319	6.769	0.003
	CM1-34 - Pensar que ninguém tem culpa da situação.	0.238		
Vitalidade (VT)	Nenhum.	-	-	-
Função social (SF)	CM1-15 - Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível.	-0.367	5.687	0.003
	CM1-32 - Procurar ver o que há de positivo em cada situação.	0.205		
	CM1-29 - Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido.	-0.174		
Desempenho emocional (RE)	CM1-10 - Procurar obter toda a informação possível acerca do problema.	0.356	11.507	0.000
	CM1-01 - Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo.	-0.308		
	CM1-23 - Tomar medidas para evitar que os problemas surjam.	0.239		
	CM1-15 - Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível.	-0.254		
Saúde Mental (MH)	CM1-32 - Procurar ver o que há de positivo em cada situação.	0.545	13.282	0.000
	CM1-01 - Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo.	-0.304		
	CM1-33 - Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	-0.306		
	CM1-10 - Procurar obter toda a informação possível acerca do problema.	0.298		

3.7 - Modelo complexo: as 'dificuldades' percebidas (CADI) como mediadoras das outras variáveis predictoras da morbidade

3.7.1 - Variáveis socio-demográficas, clínicas e de contexto

Idade dos prestadores de cuidados (A02)

Tendo-se analisado, através do coeficiente de correlação de Pearson, a relação entre a idade dos prestadores de cuidados inquiridos e o nível de 'dificuldades' por eles percebidas (CADI global e sub-escalas), apenas se encontrou correlação estatisticamente significativa ($r=0.325$, com $p=0.038$) com as pontuações da sub-escala C (*Exigências de ordem física na prestação de cuidados*), o que sugere que os prestadores de cuidados com mais idade manifestam mais dificuldades associadas com as situações de cuidados que implicam maior esforço físico.

Através da análise de variância (ANOVA) entre as pontuações de CADI (global e sub-escalas) obtidas pelos prestadores de cuidados, por grupos de idades (grupo A: 30-49 anos; grupo B: 50-64; grupo C: 65 e mais anos), não se encontrou qualquer diferença significativa.

Estado civil (A03)

Tendo os prestadores de cuidados da amostra sido agrupados, no que respeita ao estado civil, em 'não casados (solteiros e viúvos) e 'casados', não se encontrou, através do teste *t* de Student, qualquer diferença estatisticamente significativa entre as pontuações obtidas em CADI (global e sub-escalas) pelos dois grupos.

Escolaridade (A04)

De acordo com os dados obtidos através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, os prestadores de cuidados com maior escolaridade tendem a manifestar menos *problemas relacionais com a pessoa dependente* (sub-escala A de CADI) e menos dificuldades relacionadas com as *exigências de ordem física na prestação de cuidados* (sub-escala C de CADI), com $r_s = -0.434$ ($p=0.005$) e $r_s = -0.320$ ($p=0.042$), respectivamente.

Situação perante o trabalho (A05)

De acordo com o Quadro 55, apenas os resultados obtidos nas sub-escalas C e G de CADI apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente à variá-

vel 'situação perante o trabalho'. Assim, os prestadores de cuidados empregados referiram menos dificuldades relacionadas com as exigências de ordem física na prestação de cuidados e com as consequências financeiras, do que os que não se encontravam empregados (desempregados, domésticos ou reformados).

Quadro 55 - Diferença nas médias de CADI segundo a *situação perante o trabalho*

Sub-escala de CADI	Empregado (n=18)		Não empregado (n=23)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
C - Exigências de ordem física	13.444	4.866	17.130	4.026	-2.655	0.011
G - Problemas financeiros	4.556	1.790	6.000	1.595	-2.728	0.010

Tipo de dependência do idoso que recebe cuidados (A24)

Não se observaram diferenças significativas nas médias das várias sub-escalas de CADI relativamente ao tipo de dependência da pessoa idosa que recebia cuidados (física ou física/mental).

Actividades da vida diária - Índice de Katz da pessoa dependente (A26)

Foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman entre os valores das diversas sub-escalas de CADI e os índices de Katz. Apenas se encontrou correlação significativa (0.422) entre os valores do Índice de Katz e os da sub-escala C ('Exigências de ordem física na prestação de cuidados'), com $p=0.006$.

Tipo de parentesco da pessoa dependente (A06)

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o nível de dificuldades percebidas pelos prestadores de cuidados e o tipo de parentesco com a pessoa a quem prestavam cuidados.

Coabitação com a pessoa dependente (A07)

Também não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o nível de dificuldades percebidas pelos prestadores de cuidados e o facto de viverem ou não no mesmo domicílio com a pessoa a quem prestavam cuidados.

Duração da situação de prestação de cuidados (A08)

Os dados encontrados através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman ($s_r = -0.423$, com $p = 0.006$), sugerem que mais tempo de prestação de cuidados se relaciona com um nível mais elevado de dificuldades associadas a 'restrições na vida social' (sub-escala D de CADI).

Partilha de responsabilidades da prestação de cuidados (A09)

Não se observou diferença estatisticamente significativa entre as médias de CADI dos prestadores de cuidados que afirmaram partilhar as responsabilidades da prestação de cuidados com outra pessoa e as dos que responderam negativamente a essa questão.

Ajuda regular para a prestação de cuidados (A10)

Constatou-se que os prestadores de cuidados que afirmaram não ter ajuda regular para a prestação de cuidados (serviço domiciliário, empregada, etc) expressaram mais dificuldades de relacionamento com a pessoa dependente do que os que referiram ter ajuda regular.

O grupo de prestadores de cuidados sem ajuda regular também manifestou, comparativamente, mais dificuldades relacionadas com o deficiente apoio profissional (Quadro 56).

Quadro 56 - Diferença nas médias de CADI segundo a existência ou não de ajuda regular para os cuidados

Sub-escala de CADI	Sem ajuda regular (n=27)		Com ajuda regular (n=14)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	18.370	5.956	13.786	3.786	2.611	0.013
F - Deficiente apoio profissional	5.519	1.968	3.571	1.910	3.033	0.004

Faltas ao trabalho relacionadas com a situação da pessoa dependente (A16)

Tendo-se utilizado o teste *t* de Student, e conforme o Quadro 57, as médias das pontuações de CADI dos prestadores de cuidados que referiram ter tido de faltar ao

trabalho, nos últimos 6 meses, por motivo de doença da pessoa a quem prestavam cuidados eram significativamente mais elevadas no que respeita a dificuldades associadas a 'deficiente apoio profissional'.

Quadro 57 - Diferença nas médias de CADI segundo a ocorrência ou não de faltas ao trabalho por doença do idoso dependente

Sub-escalas de CADI	Sem faltas (n=26)		Com faltas (n=15)		T	p
	Média	DP	Média	DP		
F - Deficiente apoio profissional	4.269	2.051	5.867	1.959	-2.441	0.019

Alteração sensível na vida familiar (A17)

Conforme se pode observar no Quadro 58 - as 'dificuldade' manifestadas eram, em todas as áreas, significativamente mais elevadas nos prestadores de cuidados que referiram sentir que a sua vida familiar tinha sido significativamente alterada, nos últimos 6 meses, por causa da situação da pessoa a quem estavam a prestar cuidados.

Quadro 58 - Diferença nas médias de CADI segundo a referência, ou não, a alterações significativas na vida familiar

Sub-escalas de CADI	Sem alteração na vida familiar (n=21)		Com alteração na vida familiar (n=20)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	14.571	5.325	19.150	5.234	2.775	0.008
B - Reações à prestação de cuidados	15.190	4.262	19.550	3.790	3.455	0.001
C - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	3.571	5.016	17.550	3.486	2.935	0.006
D - Restrições na vida social	6.952	2.692	9.700	1.559	4.022	0.000
E - Deficiente apoio familiar	4.381	2.312	5.950	1.986	2.325	0.025
F - Deficiente apoio profissional	3.952	1.830	5.800	2.067	3.034	0.004
G - Problemas financeiros	4.810	1.990	5.950	1.432	2.097	0.043
CADI global	63.429	18.004	83.650	13.666	4.035	0.000

Modelo de regressão linear de CADI em relação às variáveis socio-demográficas, clínicas e de contexto

Dentre o grupo de variáveis socio-demográficas, clínicas e de contexto estudadas procurou-se, através da análise da regressão linear, identificar as que, no modelo estatístico, podem funcionar como predictoras de cada uma das sub-escalas do CADI e também do CADI global. Os principais dados obtidos são apresentados no Quadro 59.

Quadro 59 - Variáveis seleccionadas como predictoras no modelo de regressão linear de CADI

Sub-escalas de CADI	Variáveis seleccionadas p/ modelo como predictoras	r	F	p
A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	A04 - Escolaridade	-0.437	8.640	0.000
	A17 - Alterações na vida familiar	0.406		
	A10 - Ajuda regular para os cuidados	-0.386		
B - Reacções à prestação de cuidados	A17 - Alterações na vida familiar	0.484	8.658	0.001
	A08 - Duração da prestação de cuidados	0.275		
C - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	A17 - Alterações na vida familiar	0.425	9.121	0.001
	A26 - Índice de Katz da pessoa dependente	0.424		
D - Restrições na vida social	A17 - Alterações na vida familiar	0.537	12.643	0.000
	A08 - Duração da prestação de cuidados	0.417		
	A09 - Partilha de responsabilidades	-0.221		
	A07 - Situação de coabitação	-0.314		
E - Deficiente apoio familiar	A17 - Alterações na vida familiar	0.349	5.407	0.025
F - Deficiente apoio profissional	A17 - Alterações na vida familiar	0.437	12.079	0.000
	A10 - Ajuda regular para os cuidados	-0.437		
G - Problemas financeiros	A05 - Situação perante o trabalho	0.454	10.099	0.003

CADI global	A17 - Alterações na vida familiar	0.543	10.32	0.000
	A08 - Duração da prestação de cuidados	0.296		
	A10 - Ajuda regular para os cuidados	-0.274		

3.7.2 - Percepção das 'fontes de satisfação' (CASI)

Analisou-se a relação entre os valores dos itens de CASI e as pontuações de CADI (sub-escalas e global), calculando-se o coeficiente de correlação de Spearman. No Quadro 60 apresentam-se as correlações significativas encontradas.

Quadro 60 - Correlações significativas entre os itens de CASI e as pontuações de CADI (sub-escalas e global)

Sub-escalas de CADI	Itens de CASI	r_s	p
A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	CS1-08 - Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuida não resmunga nem se queixa.	-0.418	0.007
	CS1-18 - Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade.	-0.330	0.035
	CS1-21 - Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuida faria o mesmo por mim.	-0.360	0.021
B - Reações à prestação de cuidados	Nenhum	-	-
C - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	Nenhum	-	-
D - Restrições na vida social	Nenhum	-	-
E - Deficiente apoio familiar	CS1-09 - É agradável ver a pessoa de quem cuida limpa, confortável e bem arranjada.	0.363	0.020
F - Deficiente apoio profissional	CS1-04 - É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuida.	0.350	0.025

G - Problemas financeiros	CS1-20 - Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar.	0.351	0.024
CADI global	CS1-18 - Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade.	-0.314	0.045

Analisando-se a correlação entre os scores globais de CADI (sub-escalas e global) e de CASI (categorias e global), através do coeficiente de correlação de Pearson, apenas se encontrou correlação significativa (-0.398), com $p=0.010$, entre CASI-A (*satisfações relacionadas com a dinâmica interpessoal*) e CADI-A (*Problemas relacionais com a pessoa dependente*).

3.7.3 - Percepção das 'formas de coping' (CAMI)

Analisou-se a relação entre os valores dos itens de CAMI e as pontuações de CADI (sub-escalas e global), calculando-se o coeficiente de correlação de Spearman. No Quadro 61 apresentam-se as correlações significativas encontradas.

Quadro 61 - Correlações significativas entre os itens de CAMI e as pontuações de CADI

Sub-escalas de CADI	Itens de CAMI	rs	p
A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	CM1-02 - Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante.	0.434	0.005
	CM1-33 - Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	0.391	0.011
B - Reacções à prestação de cuidados	CM1-03 - Falar dos meus problemas com alguém em quem confio.	0.328	0.036
	CM1-19 - Chorar um bocado.	0.363	0.020
	CM1-28 - Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género.	0.339	0.030
	CM1-32 - Procurar ver o que há de positivo em cada situação.	-0.0355	0.023

C - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	CM1-11 - Pensar que a pessoa de quem cuidado não tem culpa da situação em que está. CM1-19 - Chorar um bocado. CM1-28 - Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género. CM1-36 - Dedicar-me a outras coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa.	0.370 0.326 0.316 0.466	0.017 0.037 0.044 0.002
D - Restrições na vida social	CM1-04 - Reservar algum tempo livre para mim próprio. CM1-19 - Chorar um bocado. CM1-32 - Procurar ver o que há de positivo em cada situação. CM1-36 - Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes.	-0.400 0.438 -0.345 0.312	0.010 0.004 0.027 0.047
E - Deficiente apoio familiar	CM1-16 - Pensar que a situação está agora melhor do que antes. CM1-17 - Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais.	-0.332 -0.405	0.034 0.009
F - Deficiente apoio profissional	CM1-02 - Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante. CM1-25 - Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação. CM1-26 - Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento.	0.323 -0.361 -0.534	0.039 0.020 0.000
G - Problemas financeiros	CM1-02 - Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante. CM1-19 - Chorar um bocado. CM1-31 - Estabelecer uma ordem de prioridade e concentrar-me nas coisas mais importantes. CM1-36 - Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes.	0.421 0.421 0.322 0.318	0.006 0.006 0.040 0.043
CADI global	CM1-02 - Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante. CM1-19 - Chorar um bocado. CM1-28 - Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género.	0.393 0.377 0.339	0.011 0.015 0.030

Analisando-se a correlação entre os scores globais de CADI (sub-escalas e global) e de CAMI (categorias e global), através do coeficiente de correlação de Pearson, encontrou-se que CADI1-C (*Dificuldades relacionadas com as exigências de ordem física na prestação de cuidados*) se correlacionava significativamente com CAMI1-A (*Lidar com os acontecimentos/resolução dos problemas*) (0.343, com $p=0.028$) e com o CAMI global (0.381, com $p=0.014$).

3.7.4 - Modelo global das variáveis predictoras das 'dificuldades' percebidas

Tomando em conjunto todas as variáveis incluídas nos vários instrumentos de colheita de dados, através da regressão linear obteve-se o modelo cujos componentes principais se apresentam no Quadro 62.

Quadro 62 - Variáveis seleccionadas como predictoras no modelo de regressão linear de CADI (sub-escalas e global)

Sub-escalas de CADI	Variáveis seleccionadas p/ modelo como predictoras	R	F	p
A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	BP - Dor física	-0.611	16.785	0.000
	CES-D (pontuações)	0.552		
	A22 - Situação de trabalho da pessoa dependente	0.353		
	A17 - Alteração na vida familiar	0.406		
B - Reacções à prestação de cuidados	MH - Saúde mental	-0.563	13.067	0.000
	A17 - Alteração na vida familiar	0.484		
	A10 - Ajuda regular para os cuidados	-0.289		
C - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	A11 - Estado de saúde	0.476	11.644	0.000
	A26 - Índice de Katz	0.424		
	A17 - Alteração na vida familiar	0.425		
	CES-D (pontuações)	0.402		
D - Restrições na vida social	A17 - Alteração na vida familiar	0.537	17.054	0.000
	A08 - Duração da prestação de cuidados	0.417		
	CES-D (pontuações)	0.449		
	Coabitação c/ pessoa dependente	-0.314		

E - Deficiente apoio familiar	A14 - Tratamento psiq. anterior	0.401	7.479	0.009
F - Deficiente apoio profissional	MH - Saúde mental	-0.489	13.014	0.000
	A10 - Ajuda regular para os cuidados	-0.403		
	A16 - Faltas ao trabalho por doença da pessoa dependente	0.364		
G - Problemas financeiros	BP - Dor física	-0.616	15.214	0.000
	A13 - Utilização de hipnóticos	0.245		
CADI global	BP - Dor física	-0.621	26.760	0.000
	A17 - Alteração na vida familiar	0.543		
	CES-D (pontuações)	0.587		

4 - DISCUSSÃO

Pretende-se com este capítulo analisar os aspectos do estudo empírico que se considera serem mais relevantes, pelo seu significado intrínseco ou pela sua comparação com estudos anteriores sobre o assunto.

Após alguma reflexão sobre as limitações, e também sobre os aspectos positivos, das opções metodológicas que foram tomadas, passa-se a comentar brevemente os dados obtidos, seguindo de perto a ordem da sua apresentação no capítulo anterior.

Os objectivos inicialmente propostos para este trabalho, bem como o modelo de análise adoptado, serão o tópico final deste capítulo, embora estejam necessariamente presentes e implícitos em grande parte do processo de interpretação dos resultados encontrados.

Aspectos metodológicos

Algumas considerações acerca de aspectos metodológicos deste trabalho tornam-se necessárias, principalmente no que respeita ao tipo de amostra e aos instrumentos de colheita de dados utilizados, pelas limitações e reservas que impõem na interpretação dos resultados encontrados e nas conclusões que deles se possam retirar.

Assim, e em relação à amostra, é de referir que, dado o âmbito restrito deste trabalho e as limitações de tempo e condições em que foi realizado, apenas foi possível aplicar o conjunto de instrumentos de colheita de dados a 41 prestadores de cuidados a familiares idosos.

Além disso, os indivíduos inquiridos não foram seleccionados aleatoriamente dentre a lista de prestadores de cuidados que preenchiam os critérios de inclusão propostos, já que a intenção inicial era de que todos os elementos do universo de trabalho fossem incluídos no estudo.

Assim, e na realidade, a amostra acabou por ser constituída pelos prestadores de cuidados que, para além de preencherem os critérios definidos, se mostraram acessíveis e disponíveis para o estudo, no período de tempo em que decorreu a colheita de dados.

Pela sua reduzida dimensão, e também pelo seu carácter não probabilístico, uma tal amostra implica desde logo limitações na possibilidade de se fazerem generali-

zações o que, de resto, parece ter acontecido, segundo Nolan *et al.* (1996), no caso da maioria dos estudos até agora realizados com prestadores de cuidados a familiares idosos.

No que respeita aos instrumentos de colheita de dados utilizados, eles baseiam-se, na sua quase totalidade, na auto-avaliação e auto-relato dos vários aspectos da situação em estudo, tendo todos sido concebidos para serem preenchidos pelos próprios inquiridos. Em relação a isso, são reconhecidas as fragilidades deste tipo de abordagem, por todos os riscos relacionados, entre outros, com distorções na compreensão das questões e com o grau de dificuldade no próprio preenchimento dos questionários. Estas questões relacionam-se directamente com a avaliação da fiabilidade e validade dos instrumentos quanto à sua utilização nas diversas populações, com diferentes níveis de escolaridade, em diferentes culturas, ou até mesmo com formas diferentes de expressar as suas vivências e os seus problemas de saúde, sobretudo na componente mental (Goldstein & Simpson, 1995; Shrout, 1995).

Os instrumentos que foram utilizados como principais indicadores de morbilidade dos prestadores de cuidados - CES-D e MOS SF-36 - são já amplamente conhecidos e frequentemente aplicados em Portugal. Por esse motivo, e embora não esteja ainda formalmente completado o seu processo de aferição para a população portuguesa, não foram, neste trabalho, alvo de questionamento do ponto de vista metodológico.

Já no que respeita aos instrumentos utilizados para avaliar as 'dificuldades' percebidas pelos prestadores de cuidados a familiares idosos (CADI), as suas 'fontes de satisfação' (CASI) e as formas de *coping* por eles utilizadas (CAMI), tiveram de ser colocadas desde o início todas as questões relativamente à sua fiabilidade e validade, visto ter sido no âmbito do presente trabalho que CADI, CASI e CAMI foram traduzidos do original em inglês para o português, e pela primeira vez aplicados, de forma sistemática, a uma população portuguesa.

Apesar das limitações directamente decorrentes da dimensão e tipo de amostra da população portuguesa a quem os instrumentos foram aplicados, vários argumentos poderão, no entanto, ser apresentados a favor da validade dos instrumentos e, em particular, da versão portuguesa produzida e utilizada.

Assim, e apesar de CADI, CAMI e CASI constituírem, em conjunto, um total de 98 questões, cada uma com quatro alternativas de resposta, a percentagem de questionários que foram preenchidos sem ajuda dos profissionais foi de 70.7%, o que se considerou satisfatório, já que apenas 26.9% dos inquiridos afirmaram ter um nível de escolaridade acima do 1º ciclo do ensino básico.

Por outro lado, os valores da estabilidade temporal e a consistência interna ve-

rificados na versão portuguesa de CADI, CASI e CAMI, sugerem estar-se perante instrumentos com uma boa fiabilidade para medirem a forma como os prestadores de cuidados a familiares percebem os vários aspectos da sua situação.

Quanto à análise da validade conceptual de CADI, CASI e CAMI, o ponto de partida para a sua aceitação foi o conhecimento teórico e empírico acerca da problemática da prestação de cuidados a familiares idosos em Portugal e em outros países europeus. Além disso, durante o trabalho de tradução, a partir do inglês, que foi feito em conjunto com investigadores de língua galega e castelhana, foram notórias as similaridades encontradas na forma de expressão dos vários aspectos daquela problemática.

A reforçar os argumentos de validade conceptual da versão portuguesa CADI, CASI e CAMI surge o facto de o seu preenchimento invariavelmente ter suscitado, da parte dos inquiridos, inúmeros relatos de experiências, problemas, vivências e sentimentos que ilustravam a maior parte das questões que eram colocadas pelos instrumentos, o que poderá ser entendido como indício da sua relevância conceptual. Por outro lado, a maioria dos 'outros aspectos' que foram referidos por alguns dos inquiridos no espaço aberto que, no final de cada questionário, lhes era disponibilizado, mostraram ser sobretudo paráfrases das questões já incluídas nos instrumentos, o que aliás já tinha ocorrido com as aplicações feitas pelos autores originais (Nolan *et al.* 1996, 1998), e que abona em favor da profundidade e abrangência com que a problemática é abordada no conjunto de CADI, CASI e CAMI.

No que respeita à validade de critério, optou-se por estudar as relações empíricas entre os dados da primeira aplicação de CADI com os obtidos em CES-D e MOS-SF, assumindo-se, teoricamente, que a um mais elevado nível de 'dificuldades' percebidas corresponderia mais sintomatologia depressiva e uma percepção mais baixa de saúde. Efectivamente verificou-se a relação teórica prevista entre as pontuações obtidas, o que por certo se poderá considerar como um primeiro contributo para a validação de CADI.

ESTUDO 1

Em relação ao Estudo 1, cujo objectivo era conhecer a situação dos prestadores de cuidados a familiares idosos, começa-se por confirmar que efectivamente os prestadores de cuidados apresentam indicadores de uma morbilidade mais elevada do que a população em geral, tanto no que diz respeito à sintomatologia depressiva, como em relação à sua percepção do estado de saúde.

Concretamente em relação à sintomatologia depressiva, os valores obtidos aproximam-se dos encontrados noutras populações de prestadores de cuidados, que variavam entre os 35 e os 50%, pelo que se confirma que a situação de prestar cuidados a familiares idosos ocasiona alterações negativas na saúde mental dos prestadores de cuidados (Paúl, 1997; Begany *et al*, 1996; Wagner *et al*, 1997 Brodaty, 1999).

Quanto ao estado de saúde, e com base na comparação feita com os dados de McHorney *et al* (1993) observou-se que os prestadores de cuidados manifestam um nível de saúde equiparável ao de populações clinicamente identificadas como tendo patologias médicas e/ou psiquiátricas, o que é sugestivo da sua condição francamente debilitada em relação às várias dimensões avaliadas em MOS SF-36.

No que respeita às características socio-demográficas dos prestadores de cuidados, é manifesta a larga predominância de mulheres, filhas, noras e esposas, na prestação de cuidados, o que vem ao encontro dos dados encontrados em outros estudos, nomeadamente nos referidos por Huckle (1994) e Paúl (1997).

Quanto à idade, estado civil, escolaridade, situação perante o trabalho e coabitação com a pessoa dependente, os dados obtidos neste estudo mostram-se em tudo semelhantes aos referidos por Rodriguez e Castiello (1995) em relação à população espanhola de prestadores de cuidados: são predominantemente mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos (moda=52 anos), casadas, com um baixo nível de escolaridade, sem trabalho remunerado, e que coabitam com a pessoa idosa de quem cuidam.

Em relação à obtenção de ajuda profissional nos cuidados, a população deste estudo respondeu de forma afirmativa em 31.7% dos casos, ao contrário do que é referido para a população espanhola, onde apenas 7% dos prestadores de cuidados referem obter essa ajuda. Mas tal diferença deve ser atribuída às características específicas da amostra deste estudo, já que o primeiro critério de inclusão era estar a receber cuidados de saúde no domicílio, o que à partida poderá facilitar o acesso a outros tipos de ajuda profissional disponível.

Quanto às características dos idosos dependentes, observou-se que eram predominantemente do sexo feminino, o que está de acordo com os dados demográficos relacionados com a esperança de vida masculina/feminina na população geral.

Predominava o grupo de pessoas com idades compreendidas entre os 64 e os 84 anos, embora se tenha encontrado também um grupo importante de pessoas com mais de 85 anos (29.3% dos inquiridos). Na sua maioria os idosos eram viúvos, reformados, e com um nível de escolaridade muito baixo, o que também se considera estar de acordo com a realidade portuguesa relativamente à alfabetização, com um número significativo de pessoas idosas analfabetas em consequência das deficientes condições de vida e da não obrigatoriedade de frequência à escola.

As 'dificuldades' e 'fontes de satisfação' percebidas pelos prestadores de cuidados eram diversas, assim como as formas de *coping* por eles utilizadas, e na maior parte das sub-escalas ou categorias eram referidas como importantes por mais de 50% dos inquiridos, o que pode ser considerado como indicador da pertinência dos itens incluídos nos questionários.

ESTUDO 2

No que respeita aos resultados da análise das relações entre as diversas variáveis segundo o denominado 'modelo linear', baseado na relação directa com os indicadores de morbilidade, encontrou-se que a situação de ter um nível de escolaridade mais elevado, ter um emprego remunerado, estar há menos tempo a prestar cuidados, ter ajuda regular, não precisar de faltar ao trabalho e não ter sentido alteração na vida familiar se correlacionava positiva e significativamente com um melhor estado de saúde, em várias das dimensões de MOS SF-36.

É de salientar que não se encontrou qualquer correlação significativa entre as variáveis socio-demográficas dos prestadores de cuidados e a ocorrência de sintomatologia depressiva, avaliada através de CES-D.

Também não se encontrou relação entre a duração da prestação de cuidados e o tipo e grau de dependência do idoso e a sintomatologia depressiva do prestador de cuidados, o que coincide com os resultados de outros estudos (Nolan *et al*, 1990; Wagner *et al*, 1997) e sugere que outros processos estarão envolvidos na relação entre os denominados factores 'objectivos' de sobrecarga e os resultados em termos de saúde dos prestadores de cuidados (Fennell, 1991; Lazarus, 1993; Agar *et al*, 1997; Goodman *et al*, 1997).

Ao invés, encontrou-se correlação positiva e significativa entre as 'dificuldades' percebidas pelos prestadores de cuidados inquiridos e a sintomatologia depressiva que apresentavam.

Quanto ao estado de saúde, os dados obtidos indicavam que a percepção de mais dificuldades se correlacionava com menos saúde na maioria das dimensões de MOS SF-36.

Em relação a CASI e CAMI, apenas alguns itens mostraram correlações significativas, sobretudo com dimensões de MOS SF-36.

Passando-se aos resultados da análise das variáveis segundo o denominado 'modelo complexo', centrado nas 'dificuldades percebidas', é notável o incremento observado no número de correlações significativas encontradas, tanto no que respeita aos factores de 'sobrecarga objectiva' (Paúl, 1994), como em relação às 'fontes de satisfação' percebidas.

Merece também especial referência o elevado número de itens de CAMI (formas de *coping* utilizadas) que se correlacionam significativamente com as 'dificuldades percebidas'.

Estes resultados sugerem que as 'dificuldades percebidas' poderão efectivamente actuar como mediadoras na relação entre as outras variáveis e a morbilidade que acontece nos prestadores de cuidados a familiares idosos.

Tais achados vão ao encontro das teorias que apontam os aspectos cognitivos, e nomeadamente as 'cognições negativas', como desempenhando um papel fundamental na génese e manutenção das situações de doença mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos (Fennell, 1991; Kuhlman *et al*, 1991; Agar *et al*, 1997; Ford *et al*, 1997; Goodman *et al*, 1997).

Ainda segundo a concepção cognitivista da depressão, ao se analisar os resultados obtidos neste estudo, considera-se que as 'dificuldades percebidas' poderão então actuar como mediadoras em relação à depressão, conforme o sugerido pelo segundo modelo de análise adoptado. No entanto, não se deve perder de vista o facto de que em alguns momentos será a situação de depressão instalada que poderá influenciar negativamente a forma como o indivíduo percebe a sua situação.

CONCLUSÕES

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento da necessidade de apoio aos idosos surge como um dos problemas prioritários nas políticas sociais de todos os países desenvolvidos (Rodriguez e Castiello, 1995). Ora cada vez mais a abordagem dessa questão passa também pelo apoio às suas famílias, e principalmente às pessoas que assumem o cuidado dos seus familiares idosos (Huckle, 1994; Paúl, 1997).

Com efeito, e por todos os motivos, incluindo os de ordem económica, torna-se necessário dar atenção especial e profissional a esse grupo de pessoas que prestam cuidados a familiares idosos, o qual começa a ser considerado como 'grupo de risco', sobretudo em relação à sua saúde mental.

Deve-se reconhecer, tal como Nolan *et al* (1996), que o trabalho directamente dirigido aos familiares prestadores de cuidados constitui uma área nova de intervenção para os profissionais de saúde.

Por isso, é ainda necessário aumentar o conhecimento sobre a situação dessas pessoas e identificar a natureza das relações que se estabelecem entre os vários factores envolvidos na sua problemática.

Sendo este um estudo de tipo descritivo-correlacional e transversal, apenas se pôde constatar a existência ou não de associação entre as variáveis em análise. Neste contexto, apenas com um desenho de investigação longitudinal será possível tentar conhecer mais profundamente a natureza e o sentido das relações que se estabelecem.

Em todo o caso, considera-se fundamental encontrar meios de apreender os significados de cada pessoa, nos termos de cada pessoa, procurando assim fazer uma avaliação individual adequada e multidimensional, que reconheça a natureza dinâmica da prestação de cuidados e as complexas e subtis interacções entre o prestador de cuidados e a pessoa dependente (Nolan *et al*, 1996).

Foi com esse objectivo que, no âmbito deste trabalho, se iniciou o processo de tradução e validação de CADI, CASI e CAMI, ficando para uma fase posterior o trabalho de adaptação cultural e eventual refinamento dos instrumentos.

Ao nível do trabalho quotidiano dos vários profissionais que lidam com os idosos dependentes e os seus familiares, considera-se que o conhecimento da importância relativa dos vários factores intervenientes e a utilização de instrumentos adequados para a sua avaliação, lhes permitirá enveredar por uma abordagem mais pro-activa da

sua problemática, ampliando-se o espaço para intervenções preventivas e cuidados individualizados, bem como para a utilização dos apoios e recursos existentes de forma mais criteriosa e consentânea com as reais necessidades de todos os envolvidos.

BIBLIOGRAFIA

Agar, S. [et al.] - Measuring the outcome of psychosocial intervention for family caregivers of dementia sufferers: a factor analytic study. *Aging & Mental Health*, 1997; 1 (2):166-175.

Almeida, L.; Freire, T. - *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Coimbra, APPORT - Associação de Psicólogos Portugueses, 1997.

Alonso, J.; Prieto, L.; Antó, J. M. - The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Quality of Life Research* 1994; 3: 385-393.

Asberg, K. - Assessment of daily living. In: Copeland J, Abou-Saleh M, Blazer D. (Eds), *Principles and practice of geriatric psychiatry*. Chichester, John Wiley & Sons, 1994: 235-239.

Badia, X. - Sobre la adaptación transcultural de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud para su uso en España. *Medicina Clínica (Barc)* 1995; 105: 56-58.

Barreto J. A realidade social dos idosos em Portugal: o desafio do ano 2000. *Saber educar. Porto, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti*, 1998, 3:17-24.

Barreto, J. - Editorial. *Patient care*. Lisboa. ISSN: 0873-2167. Vol. 2, Ed. Especial (Set.1997), p.3-4.

Barreto, J. - *Envelhecimento e saúde mental*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto, 1984.

Barreto, J. - *Relatório do Grupo de trabalho de Gerontopsiquiatria*. Lisboa, Ministério da Saúde - Direcção Geral de Saúde, 1994-1996.

Begany, T. [et al.] - Caring for the caregiver. *Patient care* 1996; 15:108-130.

Berger, L.; Maillouse-Poirier, D. - *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta, 1995.

Berthold, H. - *Users' Needs and priorities*. Public deliverable D04.1 in the European project ACTION (Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older

Persons'n Needs). European Commission, DG XIII - Telematics Applications Programme, Disabled and Elderly Sector, 1997.

Brazier, J. E. [et al.] - Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305:July 1992.

Brodaty, H. - Interventions with caregivers.

Brodaty, H. - Interventions with caregivers. *Alzheimer insights*.. ISSN:1360-8495. Special. Ed. Jan1999: 8-10.

Brown, M; Stetz, K. - The labor of caregiving: a theoretical model of caregiving during potentially fatal illness. *Qualitative Health Research*, vol 9 No.2, March 1999, 182-197.

Carmo, H.; Ferreira, M. - *Metodologia da Investigação - guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta, 1998. ISBN:972-674-231-5.

Cook, Joan M.; Ahrens, Anthony H.; Pearson, Jane L. - Hopelessness: a mediator or moderator of depression in Alzheimer's disease caregivers ?. *Journal of Mental Health and Aging*. Vol. 2, nº 1 (1996), p. 5-16.

Ermida, J. G. - Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. In: Magro, FC. *Temas Geriátricos*. Tomo I. Lisboa, Roche, 1995:53-67.

Fadden, G.; Bebbington, P.; Kuipers, L. - The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*. 150 (1987), p. 285-292.

Fennell, M. J. V. - Depression. In:Hawton K. et al. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems - a practical guide*. 1991, Oxford, Oxford Medical Publications.

Fernandes, P. - *A depressão no idoso*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Extremadura. Badajoz, 1995.

Fernandes, P. - A propósito do ano internacional do idoso. *Referência 1999*; 2: 3,4.

Ferreira, P. - *A medição do estado de saúde - criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra, 1995.

Ferreira, P.L.; Rosete, M. L. - Cross-cultural validation of health outcomes measures: a portuguese experience. *Quality of Life Research* 1995; 4:425.

Fleck, M. - *Versão em português dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)* 1998. Organização Mundial de Saúde, <http://www.hcpa.ufrgs.br/psiq/whoquol.html>, 08-02-1999.

Ford, G. [et al] - Gender roles and caregiving stress: an examination of subjective appraisals of specific primary stressors in Alzheimer's caregivers. *Aging & Mental Health*, 1997; 1 (2):158-165.

Fortin, M. F. - *O processo de investigação - da concepção à realização*. Lusociência, 1999. ISBN:972-8383-10-X.

Gameiro, M. - *O Sofrimento na Doença*. Coimbra, Quarteto Editora, 1999, ISBN: 972-8535-06-6.

Gleitman, H. - *Psicologia*. 2ª ed, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1986.

Goldstein, J. M.; Simpson, J. C. - Validity: definitions and applications to psychiatric research. In: Tsuang, Tohen and Zahner (Eds.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York, Wiley-Liss, 1995: 229-242.

Goodman, C.; Zarit, S.; Steiner, V. - Personal orientation as a predictor of caregiver strain. *Aging & Mental Health*, 1997; 1 (2):149-157.

Gottlieb, B. - Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. In: Gottlieb B. *Coping with Chronic Stress*. New York, Plenum Press, 1997: 3-40.

Guimarães, M. D. [et al.] - Algumas abordagens de trabalho social com o idoso na comunidade. *Geriatrics*. Lisboa. 1994 ISSN 0871-5386. Vol VII, 68:25-31.

Hawton K. [et al.] - *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems - a practical guide*. Oxford, Oxford Medical Publications, 1991.

Huckle, P. - Review families and dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1994, 9: 735-741.

Hunt, S. [et al.] - Cross-cultural adaptation of health measures. *Health Policy*, 1991; 19:33-44.

Instituto Nacional de Estatística - *Anuário estatístico da região Centro 1996*, Coimbra, INE/DRC, 1996.

Instituto Nacional de Estatística - *Estimativas de população residente*, Lisboa, INE, 1996.

Jani-Le Bris, H. - *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Conselho Económico e Social, 1994

Jiménez Herrero, F. - *Gerontologia 1993*. Barcelona, Masson-Salvat Medicina, 1993.

Kaufert, Daniel I. [et al.] – Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the neuropsychiatric inventory caregiver distress scale. *Journal of the American Geriatrics Society*. 46 (1998), p. 210-215.

Kuhl, K.; Gutzmann, H. - Comprehensive interviews. In: Copeland J, Abou-Saleh M, Blazer D. (Eds), *Principles and practice of geriatric psychiatry*. Chichester, John Wiley & Sons, 1994: 235-239.

Kuhlman, Gloria [et al.] – Alzheimer's disease and family caregiving: critical synthesis of the literature and research agenda. *Nursing Research*. Vo. 40, nº 6 (Nov.-Dez. 1991), p. 331-337.

Lamy, P.P. - A compreensão e acompanhamento da Doença de Alzheimer. *Pharmacy Times*. Out.1993:37-51.

Lazarus, R. S. - From psychological stress to emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review Psychology*. 1993; 44:1-21.

Lépine, J. P. - Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Tome I, GUELFY, J.D., Éditions Médicales Pierre Fabre, 1996

Mateos Alvarez, R. - *Unidad de psicogeriatría - memoria*. Xunta de Galicia/Consellería de Sanidade, 1991.

McDowell, I.; Newell, C. - *Measuring Health - a guide to rating scales and questionnaires*. New York, Oxford University press, 1996.

McHorney, C.A.; Ware, J. E.; Raczek, A. E. - The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and Clinical Tests of Validity in Measuring Physical and Mental Health Constructs. *Medical Care* 1993; 31:247-263.

Morris, R.; Morris, L.; Britton, P. - Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *British Journal of Psychiatry* 1988, 153, 147-156.

Neter, J.; Wasserman, W.; Kutner, M. - *Applied Linear Statistical Models*. 3rd ed, Boston, Irwin, 1990. ISBN 0-256-08338-X.

Nolan, M.; Grant, G. - Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nurses practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1989, 14: 950-961.

Nolan, M.; Grant, G.; Ellis, N. - Stress is in the eye of the beholder: reconceptualizing the measurement of carer burden. *Journal of Advanced Nursing*, 1990, 15: 544-555.

Nolan, M.; Grant, G.; Keady, J. - *Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners*. Brighton, Pavilion Publications, 1998.

Nolan, M.; Grant, G.; Keady, J. - *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.

Nolan, M.; Keady, J.; Grant, G. - CAMI - A basis for assessment and support with family carers. *British Journal of Adult/Elderly Care Nursing*, 1995, 4(14): 822-826.

Oliveira, H. - *A depressão nos cuidados de saúde primários*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Coimbra, 1994.

O'Reilly, A. - *Report describing the health and care - formal and informal systems in Ireland, Portugal, Sweden and United Kingdom*. Public deliverable D03.1 in the European project ACTION (Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older Persons'n Needs). European Commission, DG XIII - Telematics Applications Programme, Disabled and Elderly Sector, 1997.

Paúl, M. C. - *Lá para o fim da vida*. Coimbra, Livraria Almedina, 1997.

Perlado, F. - Apoyo a los cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Simposio de Epidemiologia y Atencion a la Demencia*. 1995:47-53.

Pires, L. - Idosos - modos de vida e condições de vulnerabilidade. *Boletim do Hospital*. 1995; 4 (6): 5-12,

Polít, D.; Hungler, B. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed, Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

Rebelo A. - Prestadores de cuidados informais. *Geriatrics*. Lisboa. ISSN 0871-5386. 81:22-28, 1996.

Ribeiro, J. - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, Climepsi Editores, 1999. ISBN 972-8449-44-5.

Rica, M. de la; Hernando, I. - Cuidadores del anciano demente. *RoI*. Barcelona. Nº 187 (Marzo 1994), p. 35-40.

Rodriguez, P.R.; Sancho, M. T. C. - Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores - las situaciones de fragilidad. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*. 199;:30 (3):141-152.

- Shrout, P. E. - Reliability. In: Tsuang, Tohen and Zahner (Eds.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York, Wiley-Liss, 1995: 213-227.
- Townsend, M. - *Psychiatric Mental Health Nursing - concepts of care*. Philadelphia, J.A. Davis Company, 1993
- Van De Vijver, F. J. R.; Hambleton, R. K. - Translating tests: some practical guidelines. *European Psychologist* June 1996; 1 (No.2): 89-99.
- Vaz Serra, A. - O 'Inventário Clínico de Auto-Conceito'. *Psiquiatria Clínica*, 7 (67-84), 1986.
- Veríssimo, S. - *Suporte social em idosos institucionalizados e em idosos residentes na comunidade*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1995.
- Vézina, J.; Cappeliez, P.; Landreville, P. - *Psychologie g rontologique*. Montréal, Gaetan Morin  diteur, 1994.
- Wagner, A. [et al]. - Caregiver expressed emotion and depression in Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 1997; 1 (2):132-139.
- Wheaton, B. - The nature of chronic stress, In: Gottlieb B. *Coping with Chronic Stress*. New York, Plenum Press, 1997: 43-73.
- Wilson, K.; Green, B. - Rating scales designed for nurses and other workers. In: Copeland J, Abou-Saleh M, Blazer D. (Eds), *Principles and practice of geriatric psychiatry*. Chichester, John Wiley & Sons, 1994: 235-239.
- Zar, J. H. - *Biostatistical analysis*. 3. ed, Prentice-Hall International, 1996.

ANEXO I

Versão original (em inglês) de CADI,
CASI e CAMI

Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI)

CADI is a 30-item index and contains a series of statements which carers have made about the difficulties they face. Carefully read each statement and show if it applies by placing a tick in the space available. Together, responses can be used as the basis for discussing an agreed programme of support with the carer.

THIS STATEMENT APPLIES TO ME AND I FIND IT:

CARING CAN BE DIFFICULT BECAUSE:

	This does not apply to me	Not stressful	Stressful	Very stressful
1 I don't have enough private time for myself.				
2 I can feel helpless/not in control of the situation.				
3 I can't devote enough time to other family members.				
4 It causes financial difficulties.				
5 The person I care for can play me up.				
6 The person I care for is immobile/has problems getting about.				
7 Professional workers don't seem to appreciate the problems carers face.				
8 It restricts my social life/outside interests.				
9 It can put a strain on family relationships.				
10 It is physically tiring.				
11 The person I care for can demand too much of me.				
12 I no longer have a meaningful relationship with the person I care for.				
13 The person I care for needs a lot of help with personal care.				
14 The person I care for doesn't always help as much as they could.				
15 My sleep is affected.				
16 Relatives don't keep in touch as often as I'd like.				
17 I feel angry about the situation.				
18 I can't see friends as often as I'd like.				
19 My emotional well-being suffers.				
20 I can't have a break or take a holiday.				

Continued/...

THIS STATEMENT APPLIES
TO ME AND I FIND IT:

CARING CAN BE DIFFICULT BECAUSE:

- 21 My standard of living has fallen.
- 22 The person I care for doesn't always appreciate what I do.
- 23 My physical health has suffered.
- 24 The person I care for is incontinent.
- 25 The behaviour of the person I care for is a problem.
- 26 There is no satisfaction to be gained from caring.
- 27 I don't get enough help from health and social services.
- 28 Some family members don't help as much as they could.
- 29 I can't relax because I worry about caring.
- 30 I feel guilty about the situation.

This does not apply to me	Not stressful	Stressful	Very stressful

Please add below any further difficulties you face and indicate how stressful you find them:

Carers' Assessment of Satisfaction Index (CASI)

CASI is a 30-item index and contains a series of statements which carers have made about the satisfactions they have experienced. Carefully read each statement and show if it applies by placing a tick in the space available. Together, responses can be used as the basis for discussing an agreed programme of support with the carer.

**THIS APPLIES TO ME
AND PROVIDES ME WITH:**

CARING CAN BE SATISFYING BECAUSE:

	This does not apply to me	No real satisfaction	Quite a lot of satisfaction	A great deal of satisfaction
1 Caring has allowed me to develop new skills and abilities.				
2 The person I care for is appreciative of what I do.				
3 Caring has brought me closer to the person I care for.				
4 It's good to see small improvements in their condition.				
5 I am able to help the person I care for reach their full potential.				
6 I am able to repay their past acts of kindness.				
7 Caring provides a challenge.				
8 Despite all their problems the person I care for does not grumble or moan.				
9 It is nice to see the person I care for clean, comfortable and well turned out.				
10 Caring enables me to fulfil my sense of duty.				
11 I am the sort of person who enjoys helping people.				
12 I get pleasure from seeing the person I care for happy.				
13 It's good to help the person I care for overcome difficulties and problems.				
14 It's nice when something I do gives the person I care for pleasure.				
15 Knowing the person I care for the way I do, means I can give better care than anyone else.				
16 Caring has helped me to grow and develop as a person.				
17 It's nice to feel appreciated by those family and friends I value.				

Continued/...

**THIS APPLIES TO ME
AND PROVIDES ME WITH:**

CARING CAN BE SATISFYING BECAUSE:

	This does not apply to me	No real satisfaction	Quite a lot of satisfaction	A great deal of satisfaction
18 Caring has strengthened close family ties and relationships.				
19 It helps to stop me from feeling guilty.				
20 I am able to keep the person I care for out of an institution.				
21 I feel that if the situation were reversed, the person I care for would do the same for me.				
22 I am able to ensure that the person I care for has their needs tended to.				
23 Caring has given me the chance to widen my interests and contacts.				
24 Maintaining the dignity of the person I care for is important to me.				
25 I am able to test myself and overcome difficulties.				
26 Caring is one way of showing my faith.				
27 Caring has provided a purpose in my life that I did not have before.				
28 At the end of the day I know I will have done the best I could.				
29 Caring is one way of expressing my love for the person I care for.				
30 Caring makes me feel needed and wanted.				

Please add below any other aspects of caring that you find satisfying and indicate how much satisfaction they give you:

Carers' Assessment of Managing Index

(CAMI)

CAMI is a 38-item index and contains a series of statements which carers have made about the coping strategies they use. Carefully read each statement and show if it applies to you by placing a tick in the space available. Together, responses can be used as the basis for discussing an agreed programme of support with the carer.

I USE THIS AND FIND IT:

ONE WAY OF DEALING WITH DEMANDS OF CARING IS BY:

	I do not use this	Not really helpful	Quite helpful	Very helpful
1 Establishing a regular routine and sticking to it.				
2 Letting off steam in some way – shouting, yelling or the like.				
3 Talking over my problems with someone I trust.				
4 Keeping a little free time for myself.				
5 Keeping one step ahead of things by planning in advance.				
6 Seeing the funny side of the situation.				
7 Realising there's always someone worse off than me.				
8 Gritting my teeth and just getting on with it.				
9 Remembering all the good times I used to have with the person I care for.				
10 Finding out as much information as I can about the problem.				
11 Realising that the person I care for is not to blame for the way they are.				
12 Taking life one day at a time.				
13 Getting as much practical help as I can from my family.				
14 Keeping the person I care for as active as possible.				
15 Altering my home environment to make things as easy as possible.				
16 Realising that things are better now than they used to be.				
17 Getting as much help as I can from professionals and other service providers.				
18 Thinking about the problem and finding a way to overcome it.				
19 Having a good cry.				
20 Accepting the situation as it is.				
21 Taking my mind off things in some way, by reading, watching TV or the like.				
22 Ignoring the problem and hoping it will go away.				
23 Preventing problems before they happen.				

Continued/...

I USE THIS AND FIND IT:

ONE WAY OF DEALING WITH DEMANDS OF CARING IS BY:

	I do not use this	Not really helpful	Quite helpful	Very helpful
24 Drawing on strong personal or religious beliefs.				
25 Believing in myself and my ability to handle the situation.				
26 Forgetting about my problems for a short while by day-dreaming or the like.				
27 Keeping my emotions and feelings tightly under control.				
28 Trying to cheer myself up by eating, having a drink, smoking or the like.				
29 Relying on my own experience and the expertise I have built up.				
30 Trying out a number of solutions until I find one that works.				
31 Establishing priorities and concentrating on them.				
32 Looking for the positive things in each situation.				
33 Being firm and pointing out to the person I care for what I expect of them.				
34 Realising that no one is to blame for things.				
35 Getting rid of excess energy and feelings by walking, swimming or other exercise.				
36 Attending a self-help group.				
37 Using relaxation techniques, meditation or the like.				
36 Maintaining interests outside caring.				

Please add below any other coping methods you use and indicate how helpful you find them:

ANEXO II

Pedido de autorização para colheita de dados no Centro de Saúde de Celas - Extensão de Saúde dos Olivais e resposta obtida

Maria Luisa da Silva Brito Van Velze
Escola Superior de Enfermagem
Dr. Ângelo da Fonseca
Avenida Bissaya Barreto
3000 Coimbra

Ex^a Senhora
Directora do Centro de Saúde
de Celas
Rua Augusto Rocha, 6
3000 Coimbra

Assunto: Colheita de Dados para Trabalho de Investigação

Maria Luisa da Silva Brito Van Velze, Professora-Adjunta na Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, encontrado-se a frequentar o Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, vem solicitar a V. Exa. autorização para a consulta de dados e a realização de entrevistas com aplicação de questionários a utentes do Centro de Saúde de Celas e suas Extensões, a fim de serem utilizados na Dissertação que se encontra a realizar, sob orientação do Prof. Dr. João Barreto, sobre o tema “Avaliação da Saúde Mental dos prestadores de cuidados a familiares dependentes”.

Os dados que pretende consultar destinam-se a identificar a população de utentes que se encontram na situação em estudo – a prestação de cuidados a familiares idosos dependentes – bem como as suas características. As entrevistas e a aplicação de questionários destinam-se a contribuir para o processo de tradução e validação que está a ser desenvolvido, simultaneamente para português, galego e castelhano (em colaboração com a Universidade de Santiago de Compostela), de três instrumentos de avaliação da situação de saúde dos prestadores de cuidados a familiares. Os referidos instrumentos foram desenvolvidos por M. Nolan (Reino Unido) e prevê-se a sua utilização próxima no âmbito do processo de avaliação do projecto europeu ACTION. São os seguintes:

- CADI – Carers Assessment of Difficulties Index
- CASI – Carers Assessment of Satisfaction Index
- CAMI – Carers Assessment of Managing Index.

A participação dos utentes do Centro de Saúde de Celas e Extensões será voluntária, e em relação a todos os dados recolhidos será mantido o anonimato, atendendo-se também ao respeito pelo sigilo profissional da instituição.

Um exemplar do trabalho final será enviado a V. Ex^a, se entender de interesse.

Desde já agradecendo toda a atenção dispensada, e estando disponível para os esclarecimentos que forem julgados necessários, com os melhores cumprimentos

Coimbra, 5 de Janeiro de 1999



Maria Luisa da Silva Brito Van Velze



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
DO CENTRO

SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE COIMBRA

Exma Senhora

D. Maria Luisa da Silva Brito Van Velze

Escola Superior de Enfermagem

Dr. Ângelo da Fonseca

Av Bissaya Barreto

3000 Coimbra

Data: 11.01.99

109

Em resposta à carta de V. Ex^a. com data de 99.01.05 cumpre a esta Direcção informar que foi autorizado o estudo solicitado na mesma.

Para o efeito deverá ser contactada a Enfermeira Infância, Vogal de Enfermagem.

Com os melhores cumprimentos

A Direcção do Centro de Saúde

MARIA DE LÚCIA COSTA MENDES
Vogal Administrativa

ANEXO III

Pedido de autorização para utilização
da MOS SF-36 e resposta obtida



EXPEDIÇÃO DE FAX

DATA: 28/04/99

Nº ORDEM: 47

Nº Pág.: 1

DESTINATÁRIO: Exº Sr. Prof. Dr. Pedro Ferreira

FAX Nº: 039 - 82 18 83

ASSUNTO: MOS-SF36

Maria Luisa da Silva Brito van Velze, Professora-Adjunta da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, estando a realizar uma dissertação sobre "Avaliação da saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos", sob a orientação do Prof. Doutor João Barreto, no âmbito do Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, vem solicitar a V. Exa. a devida autorização, bem como as indicações necessárias, para a utilização da MOS-SF36 – Versão Portuguesa.

Desde já muito grata pela atenção dispensada, com os melhores cumprimentos

Endereço para envio de documentação: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca,
Avenida Bissaya Barreto, 3000 Coimbra



Centro de Estudos
e Investigação em Saúde

Exm^a Senhora
Dr^a Maria Luisa da Silva Brito van Velze
Escola Superior de Enfermagem
Dr. Ângelo da Fonseca
Avenida Bissaya Barreto
3000 COIMBRA

Coimbra, 5 de Maio de 1999

Exm^a Senhora Dr^a Luisa Brito:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

Gostaria, no entanto, que me fornecesse uma cópia do relatório do seu trabalho logo que concluído. Além disto, porque uma das funções do responsável em cada país pelo SF-36 é tentar compilar os dados de vários estudos que passam contribuir para a determinação de valores normais a nível nacional, agradecia que, logo que tenha terminado a introdução dos seus dados me facultasse uma cópia em disquete com os dados do SF-36 e com variáveis de contexto. Obviamente, estes dados nunca serão usados isoladamente e apenas serão divulgados valores agregados

Caso necessite de algum esclarecimento sobre este instrumento de qualidade de vida, por favor não hesite em contactar-me. Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos. *ps*

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

ANEXO IV

Conjunto de instrumentos utilizados
no estudo empírico



Psicologia Médica

Faculdade de Medicina
Hospital de S. João
4200 PORTO

Exmo. Senhor

As pessoas que prestam cuidados a familiares idosos e dependentes têm muitas vezes dificuldades e problemas especiais, e precisam de se sentir devidamente apoiadas.

Mas nem sempre se conhecem essas dificuldades, nem se sabe como as pessoas se sentem e como vivem os seus problemas.

Estamos por isso a realizar um estudo sobre a situação das pessoas que têm a seu cargo familiares idosos e dependentes.

Assim poderemos saber melhor como dar-lhes apoio.

Com o conjunto de questionários que lhe apresentamos pretendemos conhecer as dificuldades que mais frequentemente encontra no seu dia a dia, como as encara, e que meios utiliza para as resolver.

Também procuramos ficar com uma ideia de como a situação se reflecte na sua saúde.

As respostas que nos vai dar são absolutamente confidenciais e serão apenas utilizadas para este estudo.

No final, será divulgado o que se apurar do conjunto das respostas dadas pelas várias pessoas (não o caso de cada uma).

Mas para isso ter valor importa que cada pessoa tenha o cuidado de responder a todas as perguntas.

Se precisar de algum esclarecimento estamos ao seu dispor.

E desde já lhe agradecemos a atenção dispensada.

Coimbra, Junho de 1999

Luisa Brito

(Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Coimbra)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

Prestar cuidados pode ser difícil porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas” / sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				

19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Se entende que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

Prestar cuidados pode ser difícil porque:		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)

O CASI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das satisfações que têm obtido. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

Prestar cuidados pode dar satisfação porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e dá-me:		
			Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação
1	Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades				
2	A pessoa de quem cuido aprecia o que eu faço				
3	O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido				
4	É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido				
5	Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades				
6	Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido				
7	Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz				
8	Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmungava nem se queixa				
9	É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada				
10	Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever				
11	Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros				
12	Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem				
13	É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas				
14	É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido				
15	Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém				
16	Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa				
17	É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero				
18	Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade				
19	Ajuda a evitar que me sinta culpado				

20	Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar				
21	Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim				
22	Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas				
23	Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos				
24	É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido				
25	Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades				
26	Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé				
27	Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes				
28	No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível				
29	Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato				
30	Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado				

Se há outros aspectos da prestação de cuidados que lhe dão satisfação, por favor indique-os, e assinale, como fez antes, quanta satisfação lhe dão.

Prestar cuidados pode dar satisfação porque:		Isto acontece no meu caso e dá-me:		
		Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI)

O CAMI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado
1	Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo				
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante				
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio				
5	Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer				
6	Ver o lado cómico da situação				
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu				
8	Cerrar os dentes e continuar				
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido				
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema				
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está				
12	Viver um dia de cada vez				
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder				
14	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível				
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível				
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes				
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				
19	Chorar um bocado				
20	Aceitar a situação tal como ela é				
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante				

22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe			
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam			
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas			
25	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação			
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento			
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções			
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género			
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido			
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte			
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes			
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação			
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela			
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação			
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico			
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes			
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras			
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa			

Se tem outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Faço assim e acho que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado

6 – A pessoa a quem presta cuidados é:

- ₁ Marido/Esposa
 - ₂ Mãe/Pai
 - ₃ Sogra/Sogro
 - ₄ Avó/Avô
 - ₅ Irmã/Irmão
 - ₆ Amigo/Vizinho
 - ₇ Outro (especifique)
-

7 – Vive no mesmo domicílio com a pessoa a quem presta cuidados? ₁ Sim
₂ Não

8 – Há quanto tempo presta cuidados: ₁ Menos de 1 ano
₂ Entre 1 e 5 anos
₃ Entre 5 e 10 anos
₄ Mais de 10 anos

9 – Partilha as responsabilidades da prestação de cuidados com outra pessoa?
₁ Não
₂ Sim
Se sim, com quem?

10 – Tem ajuda regular para a prestação de cuidados (serviço domiciliário, empregada, etc)? ₁ Não
₂ Sim
Se sim, especifique, por favor

11 – Como descreve o seu próprio estado geral de saúde?
₁ Muito bom
₂ Bom
₃ Razoável
₄ Fraco

12 - Toma regularmente medicamentos para acalmar os nervos?

₁ Não

₂ Sim

Se sim, especifique, por favor

13 - Toma regularmente medicamentos para dormir?

₁ Não

₂ Sim

Se sim, especifique, por favor

14 - Já teve de fazer algum tratamento por doença nervosa (esgotamento ou depressão)?

₁ Não

₂ Sim

Se sim, especifique, por favor

15 - Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho por motivo de doença sua?

₁ Não

₂ Sim

Se sim, especifique, por favor

16 - Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho por motivo de doença da pessoa de quem está a cuidar?

₁ Não

₂ Sim

Se sim, especifique, por favor

17 - Sente que a sua vida familiar foi significativamente afectada, nos últimos 6 meses, por causa da situação da pessoa de quem está a cuidar?

₁ Não

₂ Sim

Se sim, especifique, por favor

B – PESSOA DEPENDENTE

18 – **Sexo:** ₁ Masculino
 ₂ Feminino

19 – **Data de nascimento (dia-mês-ano):** __/__/__

20 – **Estado civil:** ₁ Solteiro
 ₂ Casado
 ₃ A viver como casado
 ₄ Separado
 ₅ Divorciado
 ₆ Viúvo

21 – **Escolaridade:** ₁ Não sabe ler nem escrever
 ₂ 1º ciclo do ensino básico incompleto
 ₃ 1º ciclo do ensino básico completo
 ₄ 2º ciclo do ensino básico
 ₅ 3º ciclo do ensino básico
 ₆ Ensino superior

22 – **Situação perante o trabalho:** ₁ Empregado
 ₂ Desempregado
 ₃ Doméstico
 ₄ Estudante
 ₅ Reformado/aposentado
 ₆ Outra

Versão Portuguesa da CES-D (Prof. João Barreto)

Durante a semana passada	nunca	uma vez ou outra	bastantes vezes	quase sempre
	quase nunca	pouco	bastante	multo
	menos de 1 dia	1 a 2 dias	3 a 4 dias	5 a 7 dias
1. Incomodei-me com coisas que geralmente não me dão preocupação.				
2. Estive sem vontade de comer, tive falta de apetite.				
3. Senti que não podia livrar-me da tristeza, nem mesmo com a ajuda da família ou dos amigos.				
4. Senti que eu era uma pessoa tão boa como outra qualquer.				
5. Tive de me esforçar muito para prestar atenção ao que estava a fazer.				
6. Senti-me infeliz e abatido.				
7. Senti que tudo o que eu fazia, era com grande esforço.				
8. Senti muita esperança no futuro.				
9. Pensei que a minha vida tinha falhado.				
10. Senti-me assustado.				
11. Dormi mal.				
12. Estava feliz e bem disposto.				
13. Eu andava a falar menos do que é meu costume.				
14. Senti-me muito só.				
15. As pessoas eram antipáticas para mim.				
16. Andava com gosto pela vida.				
17. Tive ataques de choro.				
18. Senti-me triste.				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.				
20. Fui incapaz de "arrancar" com as minhas tarefas.				

Nº _____

QUESTIONÁRIO GERAL – Parte II

Esta folha deve ser preenchida pelo enfermeiro que presta cuidados ao idoso dependente e família, no domicílio.

Nome do prestador de cuidados a familiar dependente (iniciais):

Nº do processo familiar: _____

23 - Diagnóstico médico: _____

24 - Tipo de dependência do idoso que recebe cuidados: ₁ Física
₂ Mental
₃ Física e Mental

25 - Forma de administração dos questionários:

- ₁ Auto-administrado
₂ Administrado com ajuda do profissional
₃ Administrado pelo profissional

Outras observações (impressões do enfermeiro sobre a ocorrência de variações no estado clínico do idoso dependente e a intensidade e regularidade dos cuidados prestados pelo familiar, ou sobre outros aspectos que considere relevantes para a caracterização e compreensão da situação) :

Data: __/__/__

Assinatura do enfermeiro:

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA
(ÍNDICE DE KATZ - FORMA ACTUAL⁽¹⁾)**

- Independente significa "sem supervisão, direcção ou ajuda pessoal activa", com as excepções que são indicadas seguidamente. Baseia-se no estado actual e não na capacidade para a realização das actividades. Considera-se que um paciente que se recusa a realizar uma função não realiza a mesma, embora se considere capaz.
- Em termos de avaliação global e tendo em conta as seis funções que a seguir se descrevem, são considerados, em cada um dos oito grupos:

- A - Independente em alimentação, continência, mobilidade, utilização do W.C., vestir-se e tomar banho (1)
- B - Independente para todas as funções anteriormente referidas, excepto uma (2)
- C - Independente para todas as funções anteriormente referidas, excepto tomar banho e outra função adicional (3)
- D - Independente para todas as funções anteriormente referidas, excepto tomar banho, vestir-se e outra função adicional (4)
- E - Independente para todas as funções anteriormente referidas, excepto tomar banho, vestir-se, utilização do W.C. e outra função adicional (5)
- F - Independente para todas as funções anteriormente referidas, excepto tomar banho, vestir-se, utilização do W.C., mobilidade e outra função adicional (6)
- G - Dependente em relação a estas seis funções (7)
- Outros (dependente em, pelo menos duas funções, mas não classificável como C, D, E, ou F) (8)

(1) Tradução para o Espanhol por Jentoft, apresentado por Herrero, in "Actualidades en evaluación geriátrica". Gerontologia, 1993.

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA
(ÍNDICE DE KATZ - FORMA ACTUAL)**

1 - Banho (com esponja em duche ou banheira)

- *Independente*: necessita de ajuda para lavar-se em uma só parte do corpo (como as costas ou uma extremidade incapacitada) ou toma banho completamente sem ajuda (2)
- *Dependente*: necessita de ajuda para lavar-se em mais de uma parte do corpo; necessita de ajuda para sair ou entrar na banheira ou não se lava sózinho (1)

2 - Vestir-se

- *Independente*: vai buscar a roupa de armários e gavetas, veste a roupa, coloca adornos e abrigos; utiliza auxiliares mecânicos; exclui-se o apertar dos sapatos (2)
- *Dependente*: não se veste só ou veste-se parcialmente (1)

3 - Utilização do W.C.

- *Independente*: vai ao W.C., entrando e saindo sózinho do mesmo; limpa os órgãos excretores (pode usar ou não suportes mecânicos); compõe a sua roupa (2)
- *Dependente*: usa bacio ou urinol ou precisa de ajuda para utilizar o W.C. (1)

4 - Mobilidade

- *Independente*: entra e sai da cama, senta-se ou levanta-se da cadeira, de forma independente (pode usar ou não suportes mecânicos) (2)
- *Dependente*: precisa de ajuda para utilizar a cama e/ou a cadeira; não utiliza uma ou mais destas deslocações (1)

5 - Continência

- *Independente*: controle completo da micção e da defecção (2)
- *Dependente*: incontinência urinária ou fecal, parcial ou total; controle total ou parcial mediante enemas, sondas ou o uso regular de bacias ou urinois (1)

6 - Alimentação

- *Independente*: leva a comida do prato ou equivalente até à boca (exclui-se da avaliação o cortar da carne e a preparação dos alimentos, como barrar com manteiga um pão) (2)
- *Dependente*: necessita de ajuda para o acto de se alimentar, tendo em conta o anteriormente referido; não come em absoluto ou recebe alimentação parenteral (1)

ANEXO V

Resultados dos testes de fiabilidade
da versão portuguesa de CADI, CASI
e CAMI

Quadro A - Resultados dos testes de fiabilidade da versão portuguesa de CADI

CADI	Estabilidade temporal (<i>r</i>)	Consistência interna (alfa de Cronbach)
Global	.889	.927
A - Problemas relacionais com a pessoa dependente	.900	.803
B - Reacções à prestação de cuidados	.875	.740
C - Exigências de ordem física na prestação de cuidados	.873	.783
D - Restrições na vida social	.840	.732
E - Deficiente apoio familiar	.294	.827
F - Deficiente apoio profissional	.847	.648
G - Problemas financeiros	.664	.434

Quadro B - Resultados dos testes de fiabilidade da versão portuguesa de CASI

CASI	Estabilidade temporal (<i>r</i>)	Consistência interna (alfa de Cronbach)
Global	.846	.827
A - Satisfações relacionadas com a dinâmica interpessoal	.839	.583
B - Satisfações relacionadas com a dinâmica intrapessoal	.751	.731
C - Satisfações relacionadas com a dinâmica dos resultados	.738	.445

Quadro C - Resultados dos testes de fiabilidade da versão portuguesa de CAMI

CAMI	Estabilidade temporal (<i>r</i>)	Consistência interna (alfa de Cronbach)
Global	.861	.804
A - Lidar com os acontecimento/resolução dos problemas	.817	.753
B - Percepção alternativa sobre a situação	.888	.629
C - Lidar com os sintomas de stress	.887	.607