

Sobrecarga, Enfrentamento, Sintomas Físicos e Morbidade Psicológica em Cuidadores de Familiares Dependentes Funcionais¹

Ana Catarina Guedes²
Maria da Graça Pereira³

Objetivos: investigar a sobrecarga, enfrentamento, sintomas físicos e morbidade psicológica em cuidadores de familiares dependentes funcionais. Métodos: cinquenta cuidadores de membros da família completaram medidas autorrelatadas de sobrecarga, sintomas físicos, morbidade psicológica e estratégias de enfrentamento. Resultados: foi observada correlação negativa significativa entre estratégias de enfrentamento e as diversas variáveis clínicas, bem como correlação positiva significativa entre estratégias de enfrentamento e tempo de cuidado. Pode-se notar que o vínculo mais forte entre cuidador e familiar leva ao menor uso de estratégias adaptáveis de enfrentamento. Pode-se, também, notar que a deterioração da relação compartilhada entre eles e a mais baixa percepção da autoeficácia são mais proeminentes em cuidadores de familiares com deficiência cognitiva, indicando que cuidadores de familiares que não apresentam deficiências cognitivas enfrentam menos dificuldades. Conclusão: esses resultados enfatizam a necessidade de intervenções que incluam estratégias de enfrentamento, uma vez que essas são importantes para a redução da sobrecarga, morbidade psicológica e sintomas físicos dos cuidadores.

Descritores: Cuidadores; Adaptação Psicológica; Assistência Domiciliar; Relações Familiares.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Sobrecarga, Sintomatologia Física, Morbilidade Psicológica e Coping em Cuidadores de Familiares com Apoio de Enfermagem Domiciliário" apresentada à Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

² MSc.

³ PhD, Professor Associado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Endereço para correspondência:

Maria da Graça Pereira
Universidade do Minho. Escola de Psicologia
Campus de Gualtar
4710-057, Braga, Portugal
E-mail: gracep@psi.uminho.pt

Introdução

O envelhecimento da população e o surgimento de inúmeras doenças crônicas contribuíram para o aumento do número de indivíduos com incapacidades suscetíveis de causar dependência funcional e deficiências⁽¹⁾ que exigem apoio a médio e longo prazo, nos níveis familiar, social e de saúde⁽²⁾. A família é obrigada a reestruturar-se, a fim de prestar assistência, e muitas mudanças ocorrem ao longo do tempo no estilo de vida do cuidador⁽³⁾. A sobrecarga causada pelo cuidado está positivamente correlacionada à gravidade da dependência⁽⁴⁾, à quantidade de tempo utilizado para o cuidado⁽⁴⁾, ao aparecimento de sintomas físicos⁽⁵⁾, à deterioração do bem-estar psicológico do cuidador⁽⁶⁾, ao sexo do cuidador (mulheres cuidadoras estão mais propensas a sofrer com a sobrecarga)⁽⁴⁾ e à idade avançada do cuidador⁽⁷⁾. Cuidadores podem também desenvolver níveis mais altos de morbidade psicológica⁽⁸⁾ e sintomas físicos⁽⁹⁾.

A relação entre situações de estresse, enfrentadas pelos cuidadores, e os sintomas físicos e psicológicos, é mediada pelos processos de enfrentamento⁽¹⁰⁾, nos quais as percepções de autoeficácia e competências (estratégias de enfrentamento) são capazes de mediar a relação entre o evento estressante e a aflição sofrida pelo cuidador, resultando em melhor saúde⁽¹¹⁾.

Muitas vezes, no entanto, a situação de cuidado é inesperada e cuidadores podem não estar preparados para a responsabilidade exigida e, como resultado, as percepções de autoeficácia e competência podem não estar presentes. Portanto, é de importância fundamental que cuidadores estejam preparados, por meio de estratégias educativas, sobre o modo de cuidar. A educação é necessária para a aquisição do conhecimento e habilidades necessárias para a adaptação à situação de prestar cuidado⁽³⁾. Assim, os enfermeiros podem informar os cuidadores sobre a doença, fortalecer o autocuidado e minimizar a sobrecarga. A prestação de cuidado envolve o paciente e o cuidador, o qual se torna um elemento importante na equipe de enfermagem⁽¹²⁾.

Apesar da importância do cuidador, a prática profissional precisa de mais pesquisas, a fim de identificar as necessidades e pontos fortes dos cuidadores, bem como desenvolver e implantar programas de educação de boa saúde direcionados a cuidadores. O presente estudo teve como foco as relações entre sobrecarga, sintomas físicos, enfrentamento e morbidade psicológica em cuidadores e nas diferenças dessas variáveis psicológicas, levando em consideração o tipo de cuidador (cônjuge/filhos cuidadores em contrapartida com outros cuidadores), a presença/ausência de deficiência cognitiva

do familiar (além da dependência funcional) e o sexo do cuidador.

Metodologia

Participantes

A amostra foi composta por 50 cuidadores informais de um membro da família com dependência funcional, avaliada pelo Índice de Barthel, com 18 anos de idade ou mais e recebendo cuidados de enfermagem domiciliar preventivo e/ou curativo de dois centros de saúde, no Norte de Portugal.

Instrumentos

O *Barthel Index* (IB)⁽¹³⁾, composto por 10 atividades básicas da vida diária, sendo que a pontuação mais baixa está associada a maior dependência. Os pontos de corte para a dependência são: <20 pontos (total), 20-35 pontos (grave), 40-55 pontos (moderado), 60-90 pontos (leve), 90-100 pontos (independência)⁽¹⁴⁾. No presente estudo, o alfa de Cronbach para o Índice Barthel foi de 0,89.

Mini-Mental State Examination (MMSE)⁽¹⁵⁾ inclui 11 itens agrupados em cinco categorias (orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem). O escore total varia de 0 a 30. Deficiência cognitiva é definida quando a pontuação total é igual ou menor que 15 para analfabetos, igual ou menor que 22 para cuidadores com 1 a 11 anos de estudo e igual ou menor que 27 para cuidadores com mais de 11 anos de estudo⁽¹⁶⁾. Nesta amostra, o alfa de Cronbach foi de 0,91.

Burden Interview Scale (ZBI)⁽¹⁷⁾ inclui 22 itens de uma escala de cinco pontos que avaliam sobrecarga em cuidadores, divididos em quatro fatores: "impacto do cuidado", "relacionamento interpessoal", "expectativas relativas ao cuidado" e "percepção de autoeficácia"⁽¹⁴⁾. Pontuações altas indicam níveis mais elevados de sobrecarga. No presente estudo, o alfa de Cronbach para "impacto do cuidado", "relacionamento interpessoal", "expectativas relativas ao cuidado", "percepção de autoeficácia" e as pontuações totais foram de 0,86, 0,75, 0,23, 0,88 e 0,87, respectivamente.

Health Symptoms Checklist (HSC)⁽¹⁸⁾ foi utilizada para medir o nível e a frequência pelos quais um sintoma específico afetou um cuidador no mês anterior à avaliação. Pontuações altas indicam mais sintomas físicos. No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,89.

Depression Anxiety Stress Scales⁽¹⁹⁾ inclui 21 itens agrupados em três escalas: ansiedade, depressão e estresse. Pontuações mais altas indicam altos níveis de ansiedade, depressão e estresse, respectivamente. No presente estudo, o alfa de Cronbach para ansiedade, depressão e

estresse foi de 0,80, 0,83 e 0,86, respectivamente.

Carer's Assessment of Managing Index (CAMI)⁽²⁰⁾ inclui 38 itens que avaliam estratégias de enfrentamento. Maior pontuação indica o uso de estratégias de enfrentamento mais eficazes. CAMI inclui três subescalas: "lidando com situações/resolução de problemas", "percepções alternativas da situação" e "lidando com sintomas de estresse"⁽¹⁴⁾. No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,84, 0,80 e 0,37, respectivamente, para as três subescalas, e 0,90 para a subescala total.

Procedimento

Após a aprovação dos diretores executivos dos dois centros de saúde, os cuidadores que satisfizeram os critérios de inclusão foram selecionados e convidados a participar do estudo. Todos os cuidadores foram informados sobre os objetivos da pesquisa, confidencialidade e o direito de interromper sua participação. A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador durante as visitas domiciliares de enfermagem, somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Análise dos dados

As correlações de Spearman foram utilizadas para analisar as relações entre as variáveis psicológicas, e testes de Mann-Whitney foram usados para avaliar as diferenças nas variáveis psicológicas, de acordo com: tipo do cuidador, presença *versus* ausência de deficiência cognitiva, por parte do familiar, e sexo do cuidador.

Resultados

A maioria dos cuidadores era do sexo feminino (78%). A média de idade foi de 56 anos, com média de escolaridade de 5,46 anos, e a maioria era aposentada ou desempregada (68%). Do total, 72% eram casados ou viviam junto com o membro da família e prestavam assistência por mais de três anos (52%), 66% dos familiares que recebiam cuidado eram total ou gravemente dependentes e 64% apresentavam deficiência cognitiva.

Relações entre estratégias de enfrentamento, sobrecarga, sintomas físicos, morbidade psicológica e tempo de cuidado

Correlações negativas significantes, entre estratégias de enfrentamento eficazes, ansiedade e relacionamento interpessoal (sobrecarga), foram encontradas, bem como relação positiva entre as estratégias de enfrentamento e o tempo de cuidado (Tabela 1).

Tabela 1 - Correlações entre sobrecarga, sintomas físicos, morbidade psicológica, enfrentamento e tempo de cuidado

	Tempo cuidado	Sobrecarga	Impacto do cuidado	Relacionamento interpessoal	Autoeficácia	Sintomas físicos	Ansiedade	Depressão	Estresse	Enfrentamento	Lidar com/ resolver problemas	Percepções da situação
Tempo de cuidado	-	0,10	0,14	-0,28*	-0,07	0,17	-0,26†	-0,09	-0,24	0,43†	0,36*	0,53§
Sobrecarga		-	-	-	-	0,27†	0,37†	0,43†	0,34*	-0,22	0,21	-0,28†
Impacto do cuidado			-	-	-	0,35*	0,31*	0,46§	0,33*	-0,19	-0,17	-0,25†
Relacionamento interpessoal				-	-	-0,12	0,42†	0,36†	0,26†	-0,55§	-0,47§	-0,67§
Autoeficácia					-	-0,15	0,34*	0,08	0,17	-0,10	-0,14	-0,14
Sintomas físicos						-	0,36†	0,61§	0,57§	0,07	0,01	-0,11
Ansiedade							-	-	-	-0,41†	-0,42†	-0,43§
Depressão								-	-	-0,20	-0,16	-0,29*
Estresse									-	-0,18	-0,18	-0,28*
Enfrentamento										-	-	-
Lidar/resolver problemas											-	-
Percepções da situação												-

*p<0,05; †p<0,10; ‡p<0,01; §p<0,001

Houve correlações negativas significantes entre as percepções alternativas da situação (enfrentamento), depressão e estresse. Correlações negativas significantes foram observadas entre ansiedade e as dimensões de enfrentamento "lidando com situações" e "percepções alternativas da situação".

Diferenças na sobrecarga, sintomas físicos, morbidade psicológica e enfrentamento entre cônjuge/filhos cuidadores e outros cuidadores

Foram observadas diferenças significativas entre cônjuges/filhos cuidadores e outros cuidadores (família do cônjuge, sobrinhos, irmãos), sendo que os últimos relataram maior uso de estratégias de enfrentamento, especialmente "lidando com a situação ou resolvendo o problema" e "percepções alternativas da situação" (Tabela 2).

Tabela 2 - Diferenças em sobrecarga, sintomas físicos, níveis de morbidade psicológica e enfrentamento, conforme relação com o familiar

	Posição mediana		Z
	Cônjuge/ filhos	Outros	
	(n=37)	(n=13)	
Sobrecarga	26,70	22,80	-0,99
Impacto do cuidado	27,45	19,96	-1,60
Relacionamento interpessoal	26,95	21,38	-1,19
Autoeficácia	24,05	29,62	-1,28
Sintomas físicos	24,88	27,27	-0,51
Ansiedade	26,42	22,88	-0,76
Depressão	26,23	23,42	-0,60
Estresse	25,54	25,38	-0,03
Enfrentamento	23,01	32,58	-2,04*
Lidando com a situação	22,88	32,96	-2,15*
Percepções alternativas da situação	22,91	32,88	-2,13*

*p<0,05

Diferenças em sobrecarga, sintomas físicos, morbidade psicológica e enfrentamento, conforme deficiência cognitiva do membro familiar

Os cuidadores de familiares com deficiência cognitiva relatam maior sobrecarga em relação a relacionamento interpessoal e percepção de autoeficácia. Por outro lado, cuidadores de familiares que não apresentam deficiência cognitiva utilizam mais estratégias de enfrentamento que lhes permitam ter uma perspectiva diferente da situação (Tabela 3).

Não foram observadas diferenças significativas em sobrecarga, sintomas físicos, morbidade psicológica e enfrentamento conforme o sexo do cuidador. No entanto, as mulheres apresentaram mais ansiedade do que os homens.

Tabela 3 - Diferenças na sobrecarga, sintomas físicos, morbidade psicológica e enfrentamento, conforme deficiência cognitiva do membro familiar

	Posição mediana		Z
	Sem deficiência cognitiva	Com deficiência cognitiva	
	(n=18)	(n=32)	
Sobrecarga	23,69	26,52	-0,66
Impacto do cuidado	25,17	25,69	-0,12
Relacionamento interpessoal	20,14	28,52	-1,96*
Autoeficácia	18,61	29,38	-2,71†
Sintomas físicos	28,75	23,67	-1,18
Ansiedade	22,86	26,98	-0,97
Depressão	22,75	27,05	-1,01
Estresse	26,75	24,80	-0,46
Enfrentamento	28,50	23,81	-1,09
Lidando com a situação	28,11	24,03	-0,95
Percepções alternativas da situação	30,28	22,81	-1,74‡

*p<0,05; †p<0,01; ‡p<0,10

Discussão

Os resultados mostraram que a maior duração de cuidado foi associada a níveis mais baixos de sobrecarga e morbidade psicológica, e ao uso de estratégias de enfrentamento; níveis mais elevados de ansiedade e sobrecarga foram associados ao menor uso de estratégias de enfrentamento efetivas; cônjuges/filhos cuidadores mostraram menor utilização de estratégias efetivas de enfrentamento; cuidadores de familiares com deficiência cognitiva relataram menor uso de estratégias de enfrentamento e maior desgaste em seu relacionamento com o familiar e, finalmente, cuidadores do sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de ansiedade (diferenças leves).

Os resultados do presente estudo não corroboram achados anteriores, que mostram que cuidadores do sexo feminino estavam mais propensos a sofrer morbidade psicológica⁽²¹⁾. No entanto, uma tendência nessa direção foi encontrada. Isso pode ser devido ao tamanho da amostra deste estudo. Desse modo, estudos futuros devem utilizar amostras maiores.

Neste estudo, as estratégias de enfrentamento foram positivamente correlacionadas com tempo de cuidado e negativamente com morbidade psicológica e sobrecarga. De fato, os cuidadores adquirem mais habilidades e estratégias de enfrentamento (por exemplo, "percepções alternativas da situação", "lidar com/resolver os problemas") com o passar do tempo e, portanto, não é nenhuma surpresa que sobrecarga e morbidade sejam reduzidas. A menor utilização de estratégias efetivas de

enfrentamento (por exemplo, “percepções alternativas da situação”, “lidar com/resolver os problemas”) foi associada a níveis mais elevados de ansiedade, depressão, estresse e sobrecarga. Esse resultado é consistente com a literatura, sugerindo que cuidadores ansiosos tentam minimizar ou evitar situações de estresse⁽²²⁾.

O uso de estratégias de enfrentamento “lidar com/resolver o problema” e “percepção alternativa da situação” por “outros” cuidadores que não são tão ligados emocionalmente ao familiar foi associado a menos sobrecargas, sintomas físicos e morbidade psicológica. Esse resultado mostra a importância da forte ligação emocional entre o membro da família e seu cônjuge/filhos. Na realidade, quando isso ocorre, o cuidador não faz bom uso dessas estratégias de enfrentamento⁽²³⁾.

Os resultados também reforçam achados anteriores, indicando que os cuidadores de familiares sem deficiência cognitiva utilizam estratégias de enfrentamento mais adaptáveis (por exemplo, “percepções alternativas da situação”), refletindo menor dificuldade em lidar com situações de estresse⁽¹⁴⁾.

Os resultados também mostraram que os cuidadores relataram maior desgaste em seu relacionamento com o familiar quando esse apresenta deficiência cognitiva. Na realidade, relações de intimidade reduzidas, baixa habilidade de comunicação⁽²⁴⁾, menos atividades conjuntas e poucas oportunidades de explorar o relacionamento⁽²⁵⁾ são fortes indicadores de sobrecarga no que diz respeito às relações interpessoais.

No presente estudo, a interpretação dos resultados deve levar em consideração suas limitações, especialmente pelo pequeno número de cuidadores, o fato de que a amostra incluiu somente cuidadores do Norte de Portugal, o baixo alfa da dimensão “expectativas relativas ao cuidado” da Escala Burden Interview e a dimensão “lidar com os sintomas do estresse” do Índice de Avaliação da Gestão do Cuidador que impediu seu uso.

Conclusão

Os achados deste estudo mostram que as estratégias efetivas de enfrentamento foram negativamente correlacionadas com morbidade psicológica, sintomas físicos e sobrecarga. Os resultados deste estudo reforçam a importância de estratégias de enfrentamento, como meio de proteção da saúde física e psicológica dos cuidadores. Portanto, as intervenções devem enfatizar as habilidades e estratégias de enfrentamento, com o fim de minimizar a sobrecarga dos cuidadores, permitindo-lhes proporcionar um cuidado melhor e, como resultado, indiretamente diminuir a institucionalização dos membros da família.

Referências

1. Pearlin LI, Aneshensel CS. Caregiving: The Unexpected Career. *Social Justice Res.* 1994;7(4):373-90.
2. Lage I. Cuidados familiares a idosos. In: Paúl C, Fonseca AM. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores; 2005. p. 203-29.
3. Nogueira PC, Rabeh SAN, Caliri MHL, Dantas RAS, Haas VJ. Burden of care and its impact on health related quality of life of caregivers of individuals with spinal cord injury. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(6):1048-56.
4. Garcés J, Carretero S, Ródenas F, Sanjosé V. Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Arch Gerontol Geriatrics.* 2009;48:372-9.
5. Coe NB, Houtven CH. Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent. *Health Economics.* 2009;18: 991-1010.
6. Pot AM, Deeg JH, Dyck RV. Psychological well-being of informal caregivers of elderly people with dementia: changes over time. *Aging Mental Health.* 1997;1(3):261-8.
7. Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastroforti R, Mattioli M, Polidori MC, Cherubini A, et al. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatric Psychiatry.* 2005;20:168-74.
8. Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, Wood J, Sands L, Dane K, et al. Patient and Caregiver Characteristics Associated with Depression in Caregivers of Patients with Dementia. *J Gen Intern Medicine.* 2003;18:1006-14.
9. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanit.* 2008;22(5):443-50.
10. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, Delongis A. Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *J Person Soc Psychol.* 1986;50(3):571-9.
11. Salin S, Kaunonen M, Astedt-Kurki P. Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care. *J Clin Nurs.* 2009;18:492-501.
12. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Health education: a strategy of care for the lay caregiver. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(2):337-43.
13. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med J.* 1965;14:56-61.
14. Sequeira C. Cuidar de idosos dependentes. Diagnósticos e intervenções. Coimbra: Editora Quarteto; 2007.
15. Folstein MF, Folstein SE. Mini-Mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189-98.

16. Guerreiro M, Silva AP, Botelho A, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). Coimbra: Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia; 1994.
17. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behaviour problems checklist – and the burden interview. United States of America (USA): Pennsylvania State University; 1983.
18. Proctor SP, Heeren T, White RF, Wolfe J, Borgos MS, Davis JD, et al. Health status of Persian Gulf War veterans: self-reported symptoms, environmental exposures and the effect of stress. *Int J Epidemiol.* 1998;27:1000-10.
19. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Therapy.* 1995;33(3):335-43.
20. Nolan M, Grant G, Keady J. Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping. Buckingham: Open University Press; 1996.
21. Idstad M, Ask H, Tambs K. Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health.* 2010;10(516):1-7.
22. Di Mattei VE, Pruna A, Novel L, Marcone A, Cappa SF, Sarno L. The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. *Neurol Sci.* 2008; 29:383-9.
23. Barbosa A, Figueiredo D, Sousa L, Demain S. Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging Mental Health.* 2011;15(4):490-9.
24. Campbell P, Wright J, Oyebode J, Job D, Crome P, Bentham P, et al. Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *Int J Geriatric Psychiatry.* 2008;23:1078-85.
25. Atkins L, Brown RG, Leigh PN, Goldstein LH. Marital relationships in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler.* 2010;11:344-50.

Recebido: 28.6.2012

Aceito: 21.5.2013

Como citar este artigo:

Guedes AC, Pereira MG. Sobrecarga, Enfrentamento, Sintomas Físicos e Morbidade Psicológica em Cuidadores de Familiares Dependentes Funcionais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul.-ago. 2013 [acesso em: / /];21(4):[06 telas]. Disponível em: _____

dia ano
 mês abreviado com ponto

URL