



Universidade de Brasília

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE UnB/FESURV

**PERFIL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CUIDADORES
DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS
ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA
DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE**

Erika Pereira Machado

Orientador: Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

Brasília – DF

Novembro, 2006



Universidade de Brasília

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE UnB/FESURV

**PERFIL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CUIDADORES
DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS
ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA
DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE**

Erika Pereira Machado

Orientador: Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde.

Brasília – DF

Novembro, 2006

DEDICATÓRIA

A **Deus**, razão maior de minha vida, pelo dom da vida, por guiar e abençoar todos os momentos de minha caminhada, dando-me sabedoria e discernimento.

“O céu se abre para os que acreditam que Deus é nosso maior aliado nas batalhas da vida”.

Aos meus queridos e estimados pais, **Ginair** e **Sadi Machado**, vocês que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade e coragem. Aqui deixo minha gratidão e amor. Saibam que nos méritos de minhas conquistas existe muito da presença de vocês. Esta vitória é nossa! AMO VOCÊS!

Ao meu mano querido, **Eduardo**, você faz parte da minha alegria. Obrigada pelo incentivo, apoio e por tudo que fez por mim, não caberia aqui a minha gratidão e amor por você.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em seu infinito amor, tão presente e constante em minha vida.

Aos meus pais, **Ginair e Sadi**, por existirem e dar alegria a minha vida. Pais desculpe-me se não fiz o melhor, mas tentei dar o melhor de mim. Amo-os demais!

Ao meu querido, **Carlos Melo**, pelo carinho, amor, compreensão, paciência e cumplicidade. *“Admiro-te e gosto de você não por quem tu és, mas por quem sou quando estou ao seu lado”*.

Ao meu estimado Orientador e Coordenador do Programa de Pós-Graduação, **Dr. Carlos Tomaz**, que foi nos momentos de mestre o mais sincero dos amigos, nos momentos de amigo, o mais leal dos mestres. Admiro-te muito, que Deus o ilumine e proteja todos os dias de sua vida e de sua família. Sou muito grata por tudo que fez por mim.

Aos meus queridos pacientes, desde o mais pequenino até o mais velhinho, vocês souberam me entender em todos os momentos, respeitando meus momentos de dedicação à pesquisa e de ausência. Encorajaram-me quando necessário, às vezes era apenas um sorriso, mas tranquilizava meu dia. Saibam que tudo que faço é para melhorar a qualidade de vida do outro e, assim, contribuir neste universo científico. Obrigada por tudo!

A todos meus amigos, colegas de trabalho, alunos da Faculdade de Fisioterapia e funcionários da Clínica Escola, que compartilharam comigo os anos de mestrado, sempre me

apoiando e compreendendo as minhas ausências. Amigo é um só. Não importa se tenho um ou cem. Cada um, em cada momento, é especial. Que Deus abençoe todos vocês. Tenho o maior carinho por todos.

As minhas alunas **Grazielle Dantas, Roberta e Nyanne**, pela grande força e ajuda na coleta de dados de forma incansável e com muito carinho e respeito, correndo, buscando informações dos cuidadores. Obrigada por acreditarem neste estudo e fazerem parte dele apesar de todas as dificuldades enfrentadas.

À direção da Faculdade de Fisioterapia, na pessoa da **Ms. Mônica Teresa Ruocco Alcauza**, e à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, na pessoa da **Dr^a. M^a Dolores Barbosa Lima**, pelo incentivo, apoio e confiança em mim, viabilizando a realização deste estudo.

Ao **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS** pelas valiosas sugestões durante o julgamento deste estudo.

Aos professores **Dr^a. M^a Clotilde Henriques Tavares e Dr. Carlos Alberto Paraguassú Chaves**, membros da banca de projeto, meus sinceros agradecimentos pelas valiosas colocações e sugestões.

Ao aluno de mestrado **Carlos Uribe**, pela imensa ajuda na análise estatística, dando vida aos dados coletados.

À minha fiel amiga **Noeli Aparecida Faria** pelas atitudes de carinho e companheirismo que nunca conseguirei agradecer com palavras ou gestos. A você todo carinho, amizade e minha eterna gratidão.

A todos os professores do Mestrado em Ciências da Saúde que muito contribuíram nestes anos de mestrado aperfeiçoando os conhecimentos e fazendo-me SER gente com olhos científicos. Vocês aperfeiçoaram meus horizontes! Obrigada!

Ângela, Elizabeth, Vanusa e Wagna, obrigada por serem pessoas tão especiais, sempre prontas a ajudar. Que Deus lhes abençoe e muito sucesso, vocês merecem.

Ao casal **Roberta e Ricardo** e a pequenina **Isabela**, muito obrigada pelo apoio recebido e pelo acolhimento em Brasília nos momentos que precisei. Vocês formam uma bela família! Nunca esquecerei tudo que fizeram e fazem por mim, considero-os meus grandes amigos e guardados do lado esquerdo do peito. Obrigada!

Não poderia deixar de agradecer os meus queridos cuidadores e seus portadores de deficiências crônicas que permitiram a realização deste estudo.

OBRIGADA, a todos que direta ou indiretamente ajudaram à concretização deste estudo, contribuindo e acreditando em mim durante esta caminhada.

Não está em eu ser uma pessoa comum. Tenho o direito de escolher e ser incomum se puder. Procuro a oportunidade antes do comodismo. Não sou o cidadão acomodado, indolente e sem iniciativa, que fica a espera que as coisas aconteçam. Escolho o risco calculado de sonhar, de construir, de falhar, de realizar e alcançar o sucesso. Prefiro os desafios da vida a uma existência pacata; as emoções de uma conquista à insipidez da Utopia. Não troco a minha liberdade por caridade, nem a minha dignidade por fama. Meu patrimônio é pensar e agir por mim mesmo, gozar dos benefícios da minha criatividade, olhar com intrepidez o mundo e dizer, de cabeça erguida: “Isto eu fiz com a ajuda de Deus”.

Copyright J. C. Adas

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RELEVÂNCIA DO ESTUDO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1. Paralisia Cerebral (Encefalopatia Crônica Infantil Não-Progressiva).....	22
2.2. Doenças Vasculares Cerebrais.....	27
2.3. O Desempenho das Atividades de Vida Diária da Criança com Paralisia Cerebral e do Adulto com Acidente Vascular Encefálico e de sua Família.....	31
2.4. Cuidador.....	32
2.5. Importância do Cuidador aos Dependentes.....	33
2.6. Problemas Psicológicos envolvendo o Cuidador.....	35
2.7. Ansiedade: Ameaça à Qualidade de Vida do Cuidador.....	37
2.8. Depressão: Resposta Anormal aos Estresses da Vida.....	38
2. OBJETIVOS.....	41
3.1. Geral.....	41
3.2. Específicos.....	41

4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	42
4.1. Caracterização do Estudo.....	42
4.2. Sujeitos.....	42
4.3. Procedimentos.....	44
4.4. Análise Estatística.....	50
5. RESULTADOS.....	52
6. DISCUSSÃO.....	67
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
8. REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES.....	87
ANEXOS.....	112

Lista de Abreviaturas

PC: Paralisia Cerebral

EUA: Estados Unidos da América

SNC: Sistema Nervoso Central

EEG: Eletroencefalograma

TC: Tomografia Computadorizada

AVE: Acidente Vascular Encefálico

AIT: Ataque Isquêmico Transitório

AVD: Atividade de Vida Diária

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck

BDI: Inventário de Depressão de Beck

HAM – D: Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton

Lista de Figuras

FIGURA 1. Médias da frequência idade do cuidador das amostras.....	53
FIGURA 2. Médias da frequência idade do paciente das amostras.....	53
FIGURA 3. Médias da frequência tempo de cuidado das amostras.....	53
FIGURA 4. Correlação entre a variável idade do paciente e idade do cuidador.....	54
FIGURA 5. Correlação entre a variável idade do paciente e tempo de cuidado.....	54
FIGURA 6. Correlação entre a variável idade do paciente e Inventário de Ansiedade de Beck.....	55
FIGURA 7. Correlação entre o tempo de cuidado e Inventário de Ansiedade de Beck.....	55
FIGURA 8. Correlação entre o Inventário de Depressão de Beck e Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton.....	56
FIGURA 9. Correlação do Inventário de Depressão de Beck e da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton entre as amostras.....	56
FIGURA 10. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação do Inventário de Ansiedade de Beck - BAI dentro de cada amostra estudada.....	59
FIGURA 11. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HAM-D dentro de cada amostra estudada.....	60
FIGURA 12. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação do Inventário de Depressão de Beck – BDI dentro de cada amostra estudada.....	60
FIGURA 13. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Confronto do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.....	61
FIGURA 14. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Afastamento do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.....	62

FIGURA 15. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Autocontrole do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.....62

FIGURA 16. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Suporte Social do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.....63

FIGURA 17. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Aceitação de Responsabilidade do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.....64

FIGURA 18. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Fuga e Esquiva do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.....64

FIGURA 19. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Resolução de Problemas do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.....65

FIGURA 20. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Reavaliação Positiva do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.....66

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização dos cuidadores e dos portadores de disfunção crônica.....	43
Tabela 2 – Avaliação da utilização das estratégias de enfrentamento.....	48
Tabela 3 – Caracterização dos sujeitos no Inventário de Ansiedade de Beck – BAI.....	50
Tabela 4 – Caracterização dos sujeitos na Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão.....	51
Tabela 5 – Caracterização dos sujeitos no Inventário de Depressão de Beck – BDI.....	51
Tabela 6 – Média e erro padrão da média da idade e tempo de cuidado nos grupos.....	52
Tabela 7 – Média, Desvio Padrão e Intervalo de Confiança das escalas nas amostras.....	57
Tabela 8 – Média, Desvio Padrão e Intervalo de Confiança do Inventário de Estratégias de Coping nas amostras estudadas.....	58

Lista de Apêndices

APÊNDICE A - Aprovação do Comitê de Ética.....	88
APÊNDICE B - Índice de Barthel.....	89
APÊNDICE C - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	91
APÊNDICE D - Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D).....	93
APÊNDICE E - Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	100
APÊNDICE F - Inventário de Estratégias de Coping.....	103
APÊNDICE G. Tabelas dos Resultados da Relação de Idade e Tempo de Cuidado das Amostras.....	106
APÊNDICE H. Tabelas dos Resultados das Percentis das Escalas e do Inventário de Estratégias de Coping em relação às Amostras.....	107
APÊNDICE I. Tabelas de Correlação do Inventário de Estratégias de Coping.....	108
APÊNDICE J. Dados Brutos das Amostras estudadas.....	110

Lista de Anexos

ANEXO I – Manuscrito do Artigo Original.....	113
ANEXO II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	137
ANEXO III - Parecer aos sujeitos sobre os Resultados dos Testes e Entrevistas de Ansiedade e Depressão.....	138

RESUMO

Considerando a doença crônica uma disfunção que gera seqüelas debilitantes, o presente estudo teve como proposição avaliar o perfil de ansiedade e depressão dos cuidadores de indivíduos portadores de necessidades especiais atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde. Para isto, foram estudados 60 cuidadores com idade variando de 18 a 65 anos, sendo 30 cuidadores de crianças (M=36,67) e 30 cuidadores de adultos (M=44,70). Para verificar os níveis de ansiedade e depressão, os cuidadores foram avaliados por meio de entrevista individual, segundo Inventário de Ansiedade de Beck – BAI, Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton – HAM-D, Inventário de Depressão de Beck – BDI e Inventário de Estratégias de Coping. O nível de comprometimento e dependência funcional do dependente foi avaliado através do Índice de Barthel. O método estatístico empregado foi análise descritiva com variáveis quantitativas discretas e transformadas em variáveis qualitativas ordinais, segundo critérios de pontuação próprios de cada escala, demonstrando uma distribuição não normal. Assim o teste estatístico para análise de correlação foi o de Spearman. A partir dos resultados obtidos, constatou-se nível de significância $p < 0,05$, sendo categorizado, conforme a frequência das classificações de cada escala, ansiedade em cuidadores de crianças e depressão em cuidadores de adultos. Constatou-se correlação positiva entre as escalas de Depressão de Hamilton e Beck tanto no total da amostra como dentro de cada grupo separadamente; da mesma forma foi realizado a correlação entre as dimensões avaliadas no Inventário de Estratégias de Coping. Portanto, os resultados obtidos confirmam a hipótese de que o cotidiano do cuidador interfere em sua qualidade de vida, evoluindo aos quadros de ansiedade e depressão.

Palavras-chaves: ansiedade, depressão, cuidadores.

ABSTRACT

Considering the chronic disease a dysfunction that generates weak sequels, the present study has had a proposition to evaluate the anxiety and depression profile of the caregivers' bearers of special needs assisted in the School of Physiotherapy of the University of Rio Verde. For this, 60 caregivers were studied with the age varying from 18 to 65 years old, being 30 caregivers of children (M=36,67) and 30 caregivers of adults (M=44,70). The caregivers were evaluated through individual interview to verify the anxiety levels and depression, according to Inventory of Anxiety of Beck – BAI, Scale of Evaluation for Depression of Hamilton – HAM-D, Inventory of Depression Beck – BDI and the Inventory of Strategies of Coping. The compromising level and dependence were evaluated through the Index of Barthel. The statistics used was descriptive analysis with discreet quantitative variables and transformed into ordinal qualitative variables, according to the punctuation criteria of each scale resulting a non normal distribution. So, the Sperman test was used for statistical correlation analysis. Significance level was noticed $p < 0,05$, individuals was classified according to the frequency of each scale such as anxiety in children's caregivers and depression in adults' caregivers. Positive correlation was verified between the scales of Depression of Hamilton and Beck as in the total of the sample as inside each group separately; in the same way, the correlation was accomplished among the evaluated dimensions in the Inventory of Strategies of Coping. Therefore, the obtained results confirm the hypothesis that the daily life of the caregivers interferes in their life quality, developing the cases of anxiety and depression.

Words-keys: anxiety, depression, caregivers.

RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Os investimentos públicos apresentam um compromisso básico de gerar crescimento econômico e bem estar social. Logo, este estudo merece ser valorizado por força de novos investimentos públicos na implementação de parcerias para a implantação de cuidados alternativos.

Visto que, a importância deste estudo se justifica no fato de que a depressão não representa somente um problema psiquiátrico, mas, sobretudo, um problema clínico e social. A alta prevalência exige estudos com eficiência e a busca contínua de terapêuticas capazes de minimizar e/ou diminuir o sofrimento de inúmeros indivíduos.

A investigação experimental poderá favorecer o desenvolvimento de novas terapias que nos possibilitem reconhecer e aliviar possíveis déficits e transtornos cognitivos, em especial relacionados com ansiedade e depressão. A compreensão dos mecanismos envolvidos em quadros depressivos, relacionados com a ansiedade, poderá resultar em medidas capazes de modificar o tratamento dos distúrbios afetivos, sob uma perspectiva de prevenção primária.

Outro aspecto relevante é a possível criação de uma associação representada por cuidadores de portadores de necessidades especiais, que se articulam e constituem uma parceria com a Universidade e Prefeitura, para o planejamento e instalação de um Centro-Dia para orientações e medidas preventivas a outros indivíduos cuidadores da cidade de Rio Verde e região, podendo constituir modelo pioneiro desse tipo de procedimento.

O tema é estudado em termos de considerar os sentimentos e reações do cuidador, mas pouco se estuda no sentido de se identificar o perfil de ansiedade e depressão, de se padronizar medidas para avaliação da sobrecarga, relacionando-as com medidas do prejuízo funcional e alterações comportamentais dos portadores de necessidades especiais.

Portanto, este estudo se justifica pela escassez de dados que investigam o cuidador, principalmente no que se refere ao perfil de ansiedade e depressão e aos mecanismos de sobrecarga emocional e física, por saber da importância da vitalidade física, mental e emocional no manuseio diário ao portador de cuidados, capacitando o desenvolvimento qualitativo de seu trabalho diário.

1. INTRODUÇÃO

A frequência de doenças crônicas em crianças e adultos tem apresentado uma prevalência bastante elevada com implicações em seu próprio desenvolvimento, principalmente, sobre estilo de vida e funcionamento psicossocial do paciente e seus cuidadores, e também para sua relação familiar. Pesquisas sobre transtornos mentais, concomitantes às doenças orgânicas, têm indicado presença de problemas como depressão e ansiedade. Além disso, a doença crônica é vista como um estressor de longa duração que afeta não somente o paciente, mas também seus familiares ou cuidadores.

Estimativas sobre a prevalência indicam que entre 15% e 18% da população infantil americana pode sofrer de alguma forma de disfunção crônica, incluindo condições físicas, deficiências no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e doença mental⁽¹⁾. Cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, prepararem refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas⁽²⁾. Estes dados remetem à preocupação por mais de 6 milhões de pessoas e famílias, e a um e meio milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil⁽³⁾.

Historicamente, diferentes países do mundo têm desenvolvido variadas formas de apoio e cuidados aos seus dependentes, e, em alguns países, o suporte oferecido é quase exclusivamente de responsabilidade estatal. Em outros, são predominantemente as famílias que desempenham os encargos.

Entretanto, estes modelos estão sofrendo novos impactos e mudanças inusitadas causados pelas transformações nas relações sociais, sejam no âmbito do trabalho e emprego, sejam nas estruturas familiares, ou até no redirecionamento das funções de proteção e justiça.

No Brasil ⁽⁴⁾, a transição demográfica e a transição epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de dependentes de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Estas pessoas são familiares dos dependentes, especialmente, mulheres, que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. Aliás, não é só no Brasil que as mulheres são as “grandes cuidadoras” dos incapacitados, sendo consideradas a cuidadora tradicional.

Diante de tantas mudanças demográficas no país, ainda são poucas as respostas do Sistema de Saúde e de outras políticas sociais, que visem a saúde e o bem-estar social do cuidador de indivíduos portadores de necessidades especiais. Assim, pode-se antever que a função de prevenir perdas e agravos à saúde deverá abranger, igualmente, a figura do cuidador, e para tanto devem ser desenvolvidas medidas de apoio, objetivando prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde e a qualidade de vida de cuidadores de idosos e de outros dependentes.

Cuidar de dependentes ⁽⁵⁾ traz uma variedade de efeitos adversos, assim é reconhecido o impacto emocional vivido por familiares que cuidam de pessoas com doença mental e/ou física. Esse impacto emocional ou sobrecarga têm sido definidos como: problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que familiares apresentam por cuidarem de doentes.

Todos os fatores e tipos de estresses que recaem sobre o cuidador resultam em um importante e, muitas vezes, debilitante estresse emocional. Este é somado pelas dificuldades em manejar o próprio tempo, os processos afetivos, de raciocínio, conscientes ou inconscientes, que formam a personalidade de cada indivíduo, as angústias, medos, tristezas e as múltiplas responsabilidades, assim como sentir a pressão da dependência do portador de necessidades especiais. Para o cuidador, as diversas formas de estresse podem resultar em

sentimentos como ressentimentos, amargura e até raiva pelas constantes responsabilidades e privações. Podem também ocorrer conflitos nas relações entre pais e filhos, vindo, muitas vezes, a intensificar-se, causando ansiedade e depressão.

Apesar destas constatações, algumas pessoas são capazes de enfrentar mais adequadamente as situações estressantes decorrentes do cuidado prestado. Assim, para propor intervenções, é necessário identificar a variabilidade das respostas aos estressores, para se promover programas que possam ajudar a limitar o impacto que o cuidar pode trazer, ou ajudar a identificar e aumentar fatores que possam mediar e reduzir o impacto.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Nos últimos anos vem aumentando a preocupação de profissionais brasileiros para com o bem estar físico e psicológico de indivíduos que cuidam de portadores de necessidades especiais fragilizados e de alta dependência. Cuidar de um portador de necessidades especiais fragilizado pode ser considerado um papel normativo ou esperado na vida de um cuidador, na medida em que o exerce em virtude de expectativas sociais.

A saúde e a qualidade de vida de portadores de necessidades especiais estão diretamente ligadas ao estado físico e psicológico dos seus cuidadores. Quando o cuidador apresenta problemas principalmente quanto a sua saúde, ficará conseqüentemente comprometido o fornecimento adequado de cuidados, não conseguindo atender as reais exigências do portador de necessidades especiais.

A relação entre o ajustamento de crianças especiais com as atitudes dos pais e as relações familiares, principalmente entre mãe e filho, tem importante significado na auto-estima, interação social, dependência e habilidades acadêmicas⁽⁶⁻⁷⁾. Portanto, a qualidade de interação entre cuidadores e indivíduos com necessidades especiais é responsável pelos problemas de comportamentos e pelas competências do indivíduo com deficiência em ambientes internos e externos. Conseqüentemente, o desenvolvimento social e emocional prejudicados alteram a qualidade de vida do indivíduo com deficiência, sua adaptação ao tratamento e seu ajustamento psicossocial, tendo altíssima relação entre a doença e as variáveis do contexto familiar, envolvidas num processo de ajustamento.

2.1. Paralisia Cerebral (Encefalopatia Crônica Infantil Não-Progressiva)

Paralisia descreve qualquer desordem que acomete o controle do movimento e da postura. Assim, o termo paralisia cerebral pode ser definido como um grupo de distúrbios

neurológicos crônicos, não-progressivos, acometendo particularmente o controle do movimento e/ou postura, em decorrência de processos lesionais em uma ou mais áreas cerebrais específicas durante o período de desenvolvimento cerebral, isto é, durante a vida intra-uterina e até os primeiros anos de vida⁽⁸⁾.

Perante isto, considera-se a Paralisia Cerebral⁽⁹⁾ como um grupo de distúrbios caracterizados por reduzida habilidade em fazer uso voluntário dos músculos, causada por um distúrbio cerebral não-progressivo e não-hereditário, que se inicia antes ou no momento do parto ou nos primeiros anos de vida; diante desta agressão encefálica as seqüelas se caracterizam primordialmente por um transtorno persistente, mas não invariável do tono, da postura e do movimento, que aparece na primeira infância e que não só é diretamente secundária, mas também devido à influência que tal lesão exerce na maturação neurológica.

Muitas dúvidas ainda persistem na conceituação de Paralisia Cerebral, porém à medida que a evolução tecnológica referente à neuroimagem está permitindo descobrir etiologias, antes consideradas obscuras, cada vez mais está conseguindo diagnosticar as causas pré-natais e as natais imediatas e neonatais, permitindo diagnósticos mais precisos⁽⁹⁾, quase sempre relacionados a encefalopatias crônicas infantis por seqüelas pré ou perinatais.

A real freqüência de PC não é bem definida, pois depende dos critérios de inclusão que não são uniformes, além de ser variável de região para região, na dependência dos cuidados pré e perinatais. Estima-se que, por ano, surjam 4.500 novos casos de PC nos EUA e que a incidência seja de, aproximadamente, 0,3% da população. A prevalência geralmente aceita nos países desenvolvidos é de 1,5 a 2,5/1.000 crianças em idade escolar. Apesar dos avanços na prevenção e no tratamento de certas causas de PC, o número de crianças afetadas nesses países mantém-se inalterado ou talvez tenha se elevado discretamente nos últimos 30 anos⁽⁸⁾. Por conseguinte, mais prematuros estão sobrevivendo, fato este em decorrência dos

avanços da terapia intensiva neonatal, apesar de muitos destes desenvolverem quadros de lesão cerebral.

No Brasil, a estimativa provável da incidência de PC deve ser mais elevada, devido às condições de assistência pré e perinatal serem satisfatórias apenas para uma pequena parcela da população, sendo a maioria, mal assistida⁽¹⁰⁻⁹⁾.

O médico inglês Willian Littles, em 1860, descreveu pela primeira vez as alterações clínicas encontradas em uma criança com PC, valorizando muito o papel da hipóxia perinatal como fator determinante de lesões cerebrais irreversíveis. Em 1897, Sigmund Freud, dirigiu sua atenção ao fato de que muitas crianças apresentavam além das alterações motoras outros problemas, dentre eles: retardo mental, convulsões e distúrbios visuais. Tais alterações poderiam estar também relacionadas com agressões ocorridas em fases mais precoces da vida intra-uterina⁽⁹⁻¹¹⁾.

Durante anos, estas observações de Freud não foram muito valorizadas, até que, no final de 1980, pesquisas importantes realizadas nos EUA e na Austrália, demonstraram que tanto a hipóxia quanto outros problemas neonatais não são as principais causas de PC e que na maioria das crianças com PC a causa era desconhecida. Portanto, as causas de PC podem ser de origem pré-natal, perinatal ou pós-natal, como são comumente subdivididos os fatores etiológicos da paralisia cerebral⁽⁹⁻¹¹⁾.

Portanto, diante de causas pré-natais, a PC pode ser resultado de lesões hipoxêmicas, devido a anemia da gestante, hemorragias durante a gestação, eclâmpsia, desprendimento prematuro da placenta, má posição do cordão umbilical, cardiopatias congênitas, infecções congênitas e fatores metabólicos maternos⁽⁹⁾.

As causas perinatais podem ser resultantes de fenômenos circulatório-isquêmicos, tais como: hemorragia intracraniana, convulsões, asfixia, prematuridade, baixo peso, icterícia grave⁽⁹⁾.

Quanto às causas pós-natais vale ressaltar a importância das meningencefalites bacterianas e suas seqüelas, lembrando que, em geral, são de difícil diagnóstico nos primeiros meses de vida e que por isso podem passar despercebidas, só se revelando pelas seqüelas ou por exame necroscópico que pode mostrar se, no passado, houve infecção do Sistema Nervoso. Além disso, as encefalopatias pós-vacinais e pós-infecciosas, os traumatismos craniocencefálicos (acidentes de trânsito e caseiros) e processos vasculares podem levar a quadros de PC⁽⁹⁾.

A PC é classificada, de acordo com o distúrbio do movimento, em quatro grandes categorias: espástica, atetóide, atáxica e mista.

A PC espástica, caracterizada pela hipertonia espástica, é a mais freqüente, correspondendo de 70 a 80% dos casos, podendo ser classificada de acordo com sua intensidade, como paresia ou plegia e de acordo com os membros afetados, como hemiparesia ou hemiplegia, quadriparesia ou quadriplegia, diparesia ou diplegia.

A forma hemiparética ou hemiplégica ocorre em 27 a 44% dos casos acometendo os membros de um mesmo lado, sendo diagnosticada entre o quarto ao nono mês de idade, com déficit no membro superior, negligência dos membros acometidos e presença de sincinesias, isto é, movimentos involuntários dos membros afetados que acompanham a movimentação voluntária⁽⁸⁻¹⁰⁾.

A forma quadriparética ou quadriplégica é a mais grave, acomete os quatro membros, correspondendo a 5% dos casos, presença de um quadro de hipertonia com predomínio da musculatura flexora, abduzora e pronadora dos membros superiores, enquanto que nos membros inferiores há predomínio da musculatura extensora e adutora, com presença de um pé equinovaro. Estas crianças conseguem, no máximo, ficar sentadas e apoiadas, também apresentam distúrbios da deglutição e fonação, comprometimento mental e quadros de microcefalia⁽⁸⁻¹²⁾.

A forma diparética ou diplégica crural é a forma mais freqüente de PC, correspondendo a 41% dos casos, caracterizando-se pelo acometimento dos membros inferiores, havendo também acometimento dos membros superiores, porém menos intenso. Clinicamente, observa-se hipertonia dos músculos extensores e adutores na marcha, denominada marcha em tesoura, sendo adquirida após o terceiro ano de vida. Além da espasticidade, observam-se diminuição da movimentação voluntária e sinais de liberação piramidal com exaltação dos reflexos profundos, clônus e sinal de Babinski⁽⁸⁻¹⁰⁻¹³⁾.

A PC atetóide é relativamente rara, especialmente desde o advento do tratamento vigoroso da hiperbilirrubinemia. Os lactentes afetados são hipotônicos e têm um controle fraco da cabeça e movimento retardado. A alimentação pode ser difícil pela presença de protrusão da língua e sialorréia. Os movimentos atetóides podem ser evidenciados apenas após o primeiro ano de vida. A fala é afetada por envolvimento dos músculos orofaríngeos, sendo, as frases mastigadas e a modulação da voz comprometida. Em geral, os sinais do neurônio motor superior estão ausentes, convulsões são incomuns e o intelecto é preservado na maioria dos casos⁽¹⁰⁾.

A PC atáxica corresponde de 5 a 10% dos casos e suas evidências são raras, existindo controvérsias quanto a sua existência, assim como aos seus aspectos patológicos. Essa forma altera o equilíbrio e a sensibilidade profunda, levando à incoordenação, marcha instável com aumento da base e com dificuldade em movimentos finos, podendo estar presente tremor de intenção. O quadro geralmente só se torna evidente após o primeiro ou segundo ano de vida, quando a criança começa a deambular⁽¹⁴⁾.

A PC mista ocorre quando dois ou mais tipos de PC estão presentes, sendo mais freqüente estar associada a PC espástica e a atetóide⁽¹¹⁾.

O diagnóstico da PC é primordialmente clínico, baseado em uma anamnese e em um exame físico minucioso, que devem excluir um distúrbio progressivo do SNC e incluir as

doenças degenerativas, tumor da medula espinhal ou distrofia muscular; conforme a intensidade e a natureza das anormalidades neurológicas, um EEG e TC iniciais podem estar indicados para determinar a localização e a extensão das lesões estruturais ou malformações congênitas associadas⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A PC não tem cura, seus problemas duram toda vida⁽¹¹⁾. No entanto, muito pode ser feito para que o indivíduo alcance o máximo de independência; a fisioterapia, a terapia ocupacional, os coletes e as cirurgias ortopédicas podem melhorar o controle muscular e a deambulação.

O prognóstico geralmente depende do tipo de PC e de sua gravidade, onde é sabido que 90% das crianças sobrevivem até a idade adulta; contudo, crianças com maior comprometimento neurológico (incapazes de realizar qualquer cuidado pessoal) apresentam menor expectativa de vida⁽¹¹⁾.

Assim, pode-se concluir que a doença crônica na infância apresenta uma prevalência bastante elevada, com implicações para o desenvolvimento da própria criança e também para sua relação familiar⁽¹⁾. Estimativas sobre sua prevalência indicam que entre 15% e 18% da população infantil americana pode sofrer alguma forma de disfunção crônica, incluindo condições físicas, deficiências no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e doença mental⁽¹⁵⁾. Aproximadamente 7% destas crianças sofrem de alguma limitação nas suas atividades diárias⁽¹⁾.

2.2. Doenças Vasculares Cerebrais

As doenças cerebrovasculares são a terceira causa mais comum de morte nos países ocidentais. Entre elas, a manifestação mais comum é um súbito episódio de alteração

nerológica conhecido como Acidente Vascular Encefálico (AVE), resultante de uma hemorragia cerebral ou, na maioria dos casos, de infarto cerebral ⁽¹⁶⁾.

No sentido mais amplo, a Organização Mundial de Saúde define o AVE como o rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbio focal ou global ⁽¹²⁾.

Pelas definições clínicas convencionais, uma pessoa tem o diagnóstico de AVE se os sintomas persistirem por mais de 24 horas. Se ocorrer um déficit neurológico focal, de duração inferior a este período, o distúrbio é definido como um Ataque Isquêmico Transitório (AIT). No caso dos sintomas que ultrapassam 24 horas e se resolvem dentro de três semanas são denominados de déficit neurológico isquêmico reversível, o que não é, senão, um acidente vascular encefálico de menor proporção ⁽¹⁷⁾.

Estas definições dadas através da análise da duração dos sintomas neurológicos estão sendo revistas, devido ao uso mais generalizado da aquisição de imagens cerebrais com técnicas sensíveis, que mostram que pacientes com sintomas fugazes podem apresentar imagens de AVE, isto é, sintomas transitórios de infarto cerebral ⁽¹²⁾.

O cérebro adulto necessita de um suprimento ininterrupto de cerca de 150 gramas de glicose e 72 litros de oxigênio a cada 24 horas. Como no cérebro não há armazenamento destas substâncias, a disfunção ocorre quando o conteúdo de oxigênio ou glicose é reduzido abaixo de níveis críticos ⁽¹²⁾.

Para assegurar ao cérebro uma pressão de perfusão e um fluxo sanguíneo constantes, as principais artérias cerebrais têm uma camada muscular bem desenvolvida, permitindo a constricção em resposta ao aumento da pressão arterial e dilatação à hipotensão, sendo as artérias sensíveis às diferenças entre PaCO_2 e PaO_2 . Quando a pressão parcial de CO_2 aumenta, as arteríolas se dilatam e o fluxo cerebral sanguíneo aumenta, se a tensão de CO_2 é reduzida, as arteríolas se contraem e o fluxo sanguíneo é reduzido; com o O_2 ocorre o efeito contrário ⁽¹²⁾.

A atividade cerebral focal é acompanhada de uma aceleração do metabolismo na região apropriada, que é possibilitada pelo aumento do fluxo sanguíneo naquela área, sendo que este mecanismo pode ser destruído em alguns casos⁽¹²⁾.

Os fatores etiológicos que levam à lesão são divididos em dois grupos principais: os isquêmicos, que correspondem a 85% das lesões, que são provocadas por infarto cerebral, e os hemorrágicos, correspondendo a 15% das lesões, causados por hemorragia intracerebral e subaracnóidea⁽¹⁶⁾.

Nos casos de isquemia, o metabolismo cerebral se altera quando o suprimento sanguíneo é interrompido por 30 segundos, sendo que após 1 minuto a função neuronal pode parar. Após 5 minutos, a anóxia dá início a uma série de eventos que podem culminar em um infarto cerebral; todavia os danos podem ser reversíveis se o fluxo sanguíneo oxigenado for restaurado rapidamente⁽¹²⁾.

Vários mecanismos podem levar à isquemia cerebral, que se origina de um impedimento à perfusão normal, causado habitualmente por grave estenose ou oclusão arterial, conseqüentemente, à aterosclerose e coexistente trombose⁽¹⁷⁾.

Os quatro subtipos mais freqüentes de infarto cerebral são o aterosclerótico, cardioembólico, de pequenos vasos e criptogênico⁽¹⁸⁾.

O AVE hemorrágico decorre da ruptura de um vaso em qualquer ponto na cavidade craniana. As hemorragias intracranianas são classificadas de acordo com a localização (extradurais, subdurais, subaracnóides, intracerebrais, intraventriculares), natureza do vaso (arterial, venoso, capilar) e causa (primária ou secundária).

Pode-se considerar, de modo geral, que o Acidente Vascular Isquêmico é três a quatro vezes mais freqüente que o hemorrágico, constituindo 70 a 80% de todos os acidentes vasculares cerebrais⁽¹⁷⁾.

Na população em geral, o AVE ocorre anualmente com uma frequência de 2 indivíduos em 1000 habitantes, mostrando ser uma patologia de incidência relevante, tendo como público alvo os idosos, ou seja, após os 65 anos de idade. Porém tem aumentado o número de ocorrência em adultos e adultos jovens, tendo o pico de prevalência entre 40 e 55 anos de idade⁽¹⁶⁾.

Considera-se que a principal característica desta patologia é o início súbito dos sintomas neurológicos, porém pode ocorrer sem manifestações clínicas evidentes, sendo caracterizado como “Acidente Vascular Cerebral Silencioso”, onde o paciente e seus familiares não perceberão sintomas de menor gravidade ou será comprometida uma área cerebral dita silenciosa⁽¹²⁾.

Alguns sintomas podem ocorrer isoladamente ou em diversas combinações, como perda de visão (hemianopsia), visão dupla, fraqueza ou perda sensitiva de um lado do corpo, disartria, disfagia, confusão, desorientação espacial, distúrbio de memória, déficit de marcha, cefaléia ou surdez unilateral. Como todos os sinais e sintomas ocorrem sem nenhum padrão que os classifique em lesões hemorrágicas ou isquêmicas, é considerado um desafio localizar com precisão a região anatômica comprometida e o território vascular correspondente⁽¹²⁾.

Portanto, as limitações de movimento pós-acidente vascular encefálico são conseqüentes à paresia, diminuição do funcionamento dos movimentos e hiper-rigidez mioplástica⁽¹⁸⁾.

Perante isto, pode-se concluir que a doença cérebro-vascular não é uma entidade patológica ou clínica única, podendo apresentar-se segundo quadros clínicos distintos⁽¹⁹⁾; tornando-se uma ameaça à qualidade de vida na velhice não só pela sua elevada incidência e mortalidade, mas também pela alta morbidade que causa, implantando-se frequentemente em pessoas já com problemas físicos e/ou mentais.

2.3. O Desempenho das Atividades de Vida Diária da Criança com Paralisia Cerebral e do Adulto com Acidente Vascular Encefálico e de sua Família

A Paralisia Cerebral e o Acidente Vascular Encefálico, além de resultarem em deficiências neuromotoras podem também gerar incapacidades, isto é, limitações no desempenho de atividades e tarefas do cotidiano do dependente e de sua família⁽²⁰⁾.

Os déficits funcional e cognitivo, mudança de personalidade ou comportamental⁽²¹⁻²²⁾, bem como da comunicação⁽²³⁾, são alterações impostas pelo AVE. Elas geram níveis de incapacidades, comprometendo não somente o paciente, mas a família e a comunidade⁽²⁴⁾.

Atividades de Vida Diária incluem, atividades de autocuidado como conseguir alimentar-se sozinho, tomar banho, vestir-se; atividades de mobilidade como ser capaz de levantar da cama, ir ao banheiro, jogar bola e andar de bicicleta; além das atividades de características cognitivas e sociais como brincar com outras crianças e freqüentar a escola⁽²⁵⁾.

A doença crônica se caracteriza por seu curso demorado, progressão, necessidade de tratamentos prolongados e pelo seu impacto na capacidade funcional do dependente⁽¹⁻²⁶⁾.

Desta forma, pode-se considerar que os graus de incapacidades do dependente determinam os níveis de dependência por assistência e, são conseqüentemente, um desafio ao cuidador familiar⁽²⁷⁾.

Portanto, o desempenho nas atividades da vida diária constitui parâmetro amplamente determinante, pois permite aos profissionais uma visão mais precisa quanto à severidade da doença e das suas seqüelas. Desta maneira, a capacidade de se autocuidar e de atender as necessidades básicas diárias, ou seja, as Atividades da Vida Diária (AVDs) são indicativos da qualidade de vida do dependente⁽²⁸⁾, surgindo diante deste contexto o cuidador, que se torna o principal responsável pelo suporte físico e emocional do dependente⁽²⁹⁾.

2.4. Cuidador

Ao emergir a temática “cuidador”, houve a necessidade de aprofundar, explorando o seu significado, por se tratar de nomenclatura intimamente relacionada aos efeitos negativos das incapacidades ocasionadas nas doenças crônicas na infância e na fase adulta e ao papel assumido pelo cuidador, sobretudo familiar.

Buscando autores que abordam a temática conceitual do cuidador e sua sobrecarga diante do dependente, verifica-se que não se trata de conceito recente, sendo utilizado desde a década de 40, mas pouco se preocupa com a relação de ansiedade e depressão concernente aos cuidados diários referenciados ao dependente.

Esta temática é abordada pela linguagem inglesa, por meio do termo *burden*, que descreve os aspectos negativos associados ao cuidado de indivíduos doentes; apresentando as sinónimas fardo, impacto, sobrecarga e interferência⁽²⁹⁾.

Cuidador, em breves, palavras refere-se ao principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente⁽²⁹⁾. Alguns sintomas deficitários (apatia, depressão, isolamento) podem ter um grande impacto sobre a vida do cuidador, enquanto outros sugerem que agitação e comportamentos agressivos estão mais associados com o fardo do cuidar.

Portanto, prestar cuidados aos indivíduos dependentes⁽³⁰⁾, traduz-se, no imaginário social, como uma das obrigações do código de direitos e deveres entre os integrantes da família consanguínea. A mulher torna-se vinculada à esfera doméstica, armazenando funções de articuladora da coesão da unidade familiar, gerenciadora do orçamento, educadora e prestadora de cuidados para o homem e seus filhos; assim, os serviços executados no lar, ora invisíveis, são voltados para a reprodução social do grupo familiar, convertendo-se em atos de amor.

Diante do papel social destinado à mulher, designa-se uma concepção de que a mulher é naturalmente dotada para prestar cuidado. Neste contexto, a mulher internaliza o provimento de cuidado⁽³⁰⁾ como inerente ao seu ser. Apesar disto, vale ressaltar que cada família⁽³¹⁾ reage de forma muito peculiar à notícia da deficiência. Algumas passam por período de crise aguda e recuperam-se gradativamente, outras apresentam dificuldades e acabam estabelecendo uma situação crônica de desequilíbrio.

2.5. Importância do Cuidador aos Dependentes

Estudos⁽⁵⁾ indicam que cuidar de dependentes traz uma variedade de efeitos adversos e reconhece o impacto emocional vivido por familiares que cuidam de pessoas com doença mental e/ou física. Esse impacto emocional ou sobrecarga têm sido definidos como: problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que familiares apresentam por cuidarem de doentes.

Cuidar lembra, a princípio, uma situação que envolve a emoção de um indivíduo e reflete em proteção e segurança de outro. Por outro lado, “cuidar” é um verbo transitivo indireto, implicando na existência de um sujeito agente e um objeto passivo, envolvido assim numa relação, onde um primeiro desenvolve uma ação e o segundo recebe passivamente ou exerce uma atividade indireta ao delegar uma responsabilidade de execução ao primeiro.

Por sua própria definição, supõe-se que o ato de cuidar implica nos binômios atividade/passividade e sujeito/objeto. O cuidado assistencial é contínuo e, quando fornecido à pessoa irreversivelmente incapaz de gerenciar sua vida, ele acaba por tornar-se uma “representação social” do “incapacitado”, o que por sua vez implica em ética. Esta tem participação essencial na dinâmica de prestação de cuidados, já que pode se tornar inteiramente invasiva.

Cuidador é caracterizado ⁽³²⁾ como aquele que ajuda em cuidados pessoais dentro de casa. No entanto, a demanda de cuidados pode gerar estresses que afetará a vida do cuidador em vários aspectos. Devido à complexidade de situações envolvidas nos cuidados, o estresse que o cuidador sofre pode ser de ordem fisiológica, financeira, ambiental, social e emocional.

É sabido que o indivíduo seqüelado pode apresentar deficiências leves, conseguindo uma vida normal ou próxima. Se as deficiências são moderadas, necessitará de um auxílio adicional para realizar suas atividades de vida diária ou dependente, mas não totalmente. Se graves, a necessidade de auxílio é extrema, tornam-se totalmente dependentes ⁽⁴⁾.

Estes indivíduos com dependência considerável, em consequência de lesões, ficarão sob os cuidados de parentes mais próximos como esposa ou esposo, filhos, irmãos, sobrinhos, e pais ⁽³³⁾. No entanto, diante de tais exigências, se vê maior participação feminina dentre os cuidadores ⁽³⁰⁻³³⁾, pois o papel de cuidador é delegado à mulher, levando em consideração as tradições culturais, onde a mulher cuida da casa e da família.

Atualmente têm-se aumentado à preocupação de profissionais brasileiros para com o bem estar físico e psicológico de indivíduos que cuidam de portadores de necessidades especiais fragilizados e de alta dependência. Cuidar de um portador de necessidades especiais fragilizado pode ser considerado um papel normativo ou esperado na vida de um cuidador, na medida em que o exerce em virtude de expectativas sociais ⁽³⁴⁾.

A saúde e a qualidade de vida de portadores de necessidades especiais estão diretamente ligadas ao estado físico e psicológico dos seus cuidadores. Quando o cuidador apresenta problemas, principalmente, quanto a sua saúde, ficará, por consequência, comprometido o fornecimento adequado de cuidados, não conseguindo atender as reais exigências do portador de necessidades especiais ⁽³⁴⁾.

Portanto, a qualidade de interação entre cuidadores e indivíduos dependentes é responsável pelos problemas de comportamentos e pelas competências do indivíduo com

deficiência em ambientes internos e externos. Por consequência o desenvolvimento social e emocional prejudicados alteram a qualidade de vida do dependente, sua adaptação ao tratamento e seu ajustamento psicossocial, tendo altíssima relação entre a doença e as variáveis do contexto familiar, envolvidas num processo de ajustamento⁽⁵⁾.

2.6. Problemas Psicológicos envolvendo o Cuidador

Todos os fatores e tipos de estresses⁽⁵⁾ que recaem sobre o cuidador resultam em um importante e, muitas vezes, debilitante estresse emocional. Este é somado pelas dificuldades em manejar o próprio tempo, os processos afetivos, de raciocínio, conscientes ou inconscientes, que formam a personalidade de cada indivíduo, as angústias, medos, tristezas e as múltiplas responsabilidades, assim como sentir a pressão da dependência do portador de necessidades especiais.

Para o cuidador as diversas formas de estresse podem resultar em sentimentos⁽³⁵⁾ como ressentimentos, amargura e até raiva pelas constantes responsabilidades e privações. Podem também ocorrer conflitos nas relações entre pais e filhos, vindo, muitas vezes, a intensificar-se causando ansiedade e depressão.

As manifestações depressivas reativas⁽³⁶⁻³⁷⁾ ou que ocorrem frente a determinadas situações, representam reações afetivas normais, moduladas por respostas autonômicas, que devem ser entendidas como normais e fisiológicas. Diante de fatos estressantes e conflitivos, pode-se esperar, fisiologicamente, a tristeza e não a depressão. O controle e o desenvolvimento de habilidades para lidar com situações estressantes, são considerados fatores fundamentais na redução da reatividade fisiológica em resposta a tais situações.

Assim, Frank e Tomaz⁽³⁸⁾ relacionam emoção com cognição e enfatizam seu substrato neurológico na perspectiva do modelo de múltiplos níveis de processamento. Os autores

postulam que esta relação oferece condições para a geração de respostas emocionais a todas as contingências as quais são submetidos os indivíduos na luta pela sobrevivência. A cognição participa do comportamento emocional como um avaliador, inibidor, instigador e modulador, facilitando a capacidade adaptativa dos indivíduos. Cognição refere-se de forma direta com o conhecimento.

Os pressupostos disfuncionais ⁽³⁵⁾ produzem uma eclosão de pensamentos negativos automáticos, os quais estão associados a emoções desagradáveis, que invadem a mente sem esforços deliberados. Os pensamentos negativos automáticos interferem nas interpretações de experiências atuais, previsões sobre eventos futuros ou lembranças de fatos passados. À medida que os sintomas depressivos se intensificam, os pensamentos negativos automáticos vão se tornando cada vez mais presentes, dominando os pensamentos racionais. Este processo é acelerado pelo agravamento da depressão, onde se estabelece um círculo vicioso, quanto maior o grau de depressão, maior a ocorrência de pensamentos, conseqüentemente, mais deprimida a pessoa se torna.

As situações diárias que envolvem os cuidados com portadores de necessidades especiais repercutem claramente em sobrecargas física, mental, emocional e social dos cuidadores. Pode-se notar que as tarefas de manuseio, somados às tarefas domésticas e de atenção aos demais familiares, acaba levando o cuidador a exaustão emocional, a despersonalização e redução da realização pessoal e também profissional, devido às pressões externas e conflitos internos.

Portanto, cuidadores apresentam taxas altas de depressão ⁽⁵⁾ e outros sintomas psiquiátricos e podem ter mais problemas de saúde que pessoas, com a mesma idade, que não são cuidadores. Além disso, os cuidadores participam menos de atividades sociais, têm mais problemas no trabalho e apresentam maior frequência de conflitos familiares, freqüentemente tendo como foco a forma como eles cuidam do parente comum.

Não há dúvidas de que as emoções exercem influência direta sobre o sistema imunológico; há quem diga que o mesmo é uma espécie de “sexto sentido”, remetendo informações do ambiente e acessível aos cinco sentidos ao cérebro. Uma mudança no estado emocional produz uma mudança na estrutura do corpo e uma mudança na estrutura do corpo produz uma mudança na estrutura das emoções⁽⁶⁾.

2.7. Ansiedade: Ameaça à Qualidade de Vida do Cuidador

A ansiedade é um sinal de alerta, que adverte sobre perigos iminentes e capacita o indivíduo a tomar medidas para enfrentar ameaças. Parente próximo do medo é distinguido dele pelo fato de, no medo, haver um fator desencadeante real e palpável, enquanto na ansiedade o fator de estímulo teria características mais subjetivas⁽³⁹⁾.

A ansiedade é o grande sintoma de características psicológicas que mostra a intersecção entre o físico e o psíquico, uma vez que tem claros sintomas físicos, como: taquicardia, sudorese, tremores, tensão muscular, aumento das secreções (urinárias e fecais), aumento da motilidade intestinal, cefaléia, exploração do ambiente, entre outros⁽⁴⁰⁾.

Para Beck⁽⁴¹⁾, a ansiedade pode se originar de três formas: origem genética, origem precoce (manifestando através da avidez de mamar, postura mais teimosa ou possessiva como criança, infância carente e problemática) e origem na dificuldade de incorporar fatos e intercorrências novas ou desconhecidas.

A principal característica psíquica do estado ansioso é uma excitação, uma aceleração do pensamento, causando uma confusão mental, ineficiência da ação, aumento da sensação de perigo e de incapacidade de se livrar do perigo o que configura um círculo vicioso, pois esta sensação só faz aumentar ainda mais o estado ansioso, contribuindo, conseqüentemente, à chamada ansiedade patológica, que tende a cronificar e agravar-se com os anos⁽⁴²⁾.

Portanto, a ansiedade prepara o indivíduo para lidar com situações potencialmente danosas, ou seja, é uma reação natural e necessária para a auto-preservação⁽⁴⁰⁾. As reações de ansiedade normais não precisam ser tratadas por serem naturais e auto-limitadas. Os estados de ansiedade anormais, que constituem síndromes de ansiedade são patológicos e requerem tratamento específico.

A ansiedade é um acompanhamento normal do crescimento, da mudança, experiência de algo novo e nunca tentado, encontro da própria identidade e significado da vida. A ansiedade patológica, por outro lado, caracteriza-se pela excessiva intensidade e prolongada duração proporcionalmente à situação precipitante⁽³⁹⁾.

Apesar destas constatações, algumas pessoas são capazes de enfrentar e lidar mais adequadamente com as situações ansiolíticas decorrentes do cuidado prestado, não se deixando reduzir-se a situações de desamparo igual ao vivenciado na infância⁽⁴²⁾.

2.8. Depressão: Resposta Anormal aos Estresses da Vida

A depressão é uma condição que quase todas as pessoas vivenciaram de forma relativamente branda em algum momento da vida. Na maioria dos casos, o sentimento de melancolia é uma reação a um acontecimento específico, dissipa-se em poucos dias e não costuma ser considerado uma doença mental.

A depressão que merece atenção clínica é a de longa duração, suficientemente grave para interferir no funcionamento normal. Vale ressaltar, que a depressão clínica não é apenas “sentir-se triste” - o paciente fica incapacitado. Além de um humor deprimido, fica sem energia mental e física em um grau extremo, tem sentimentos irracionais de desvalor e/ou culpa, e pode pensar em morrer e suicidar-se⁽⁴³⁾.

Embora a depressão se caracterize por ser um transtorno de humor, existem outros conjuntos de sintomas que a acompanham, como os sintomas cognitivos, emocionais e físicos. A tristeza e o abatimento são os sintomas emocionais mais evidentes. Associado a essa tristeza, a pessoa deprimida tende a ter baixa auto-estima, sentindo-se incapaz, culpada por seus fracassos, desesperançada em relação ao futuro e duvida de sua capacidade de fazer alguma coisa para melhorar sua vida⁽⁴⁴⁾.

A etiologia da depressão ainda é desconhecida, assim como a maioria dos outros transtornos psiquiátricos. Contudo, a depressão costuma se apresentar na maioria dos transtornos emocionais. Ora aparece como um sintoma ou consequência de determinado episódio, ora apenas coexiste junto com outros estados emocionais, ora aparece como causa desses transtornos, comprometendo mais o indivíduo. Assim, a depressão aparece como um sintoma associado e permeando todo o viver do cuidador, tanto sob sua forma típica com tristeza, choro, desinteresse, quanto em sua forma atípica com somatizações, pânico, ansiedade ou doenças crônicas e degenerativas.

Portanto, para compreender os sintomas de depressão atípica é necessário referenciar a coexistência da depressão com a ansiedade, sabendo que esta última é pródiga em sintomatologia somática e emocional atípica. Miranda⁽³⁵⁾ afirma que o medo reflete grande insegurança e pode se fazer presente tanto nos transtornos da ansiedade quanto nos transtornos de natureza depressiva.

Enfim, a depressão abrange um leque de sintomas que partem de um pólo que representa a normalidade, por um lado, até outro que representa um processo patológico indiscutível. Por ser uma alteração do estado mental, ou seja, o afeto, não significa, obrigatoriamente, sinal de patologia. Pelo menos, deve ser um sinal de alerta. Tal fato ilustra a presença de sintomas depressivos que não necessariamente correspondem a quadros

psicopatológicos definidos. A fronteira entre a doença afetiva e a normalidade é, talvez, mais tênue nessa etapa da vida e necessita ser bem examinada ⁽⁴⁵⁾.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral:

Avaliar o perfil de ansiedade e depressão dos cuidadores de indivíduos portadores de necessidades especiais atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde-FESURV.

3.2. Específicos:

1. Identificar a Depressão de cuidadores na Clínica Escola de Fisioterapia, por meio da Escala de Depressão de Hamilton (17 itens) e Inventário de Depressão de Beck – BDI.
2. Classificar a intensidade de Ansiedade, por meio do Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (21 sintomas).
3. Realizar um rastreamento do sujeito, englobando ações que o indivíduo utiliza para lidar com os cuidados diários de banho, alimentação e higiene, por meio do Inventário de Estratégias de Coping (66 itens).
4. Classificar os graus de incapacidades motoras do portador de necessidades especiais, por meio do Índice de Barthel.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo consistindo na aplicação de 04 instrumentos que investigaram, avaliaram e classificaram o “Perfil de Ansiedade e Depressão dos Cuidadores de Indivíduos Portadores de Necessidades Especiais”, com idades variando entre 18 e 65 anos. Os cuidadores foram avaliados na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde-FESURV, tendo um primeiro contato com a entrevistadora após a sugestão do fisioterapeuta responsável, que propunha e justificava o estudo. O objetivo deste estudo foi de avaliar e identificar possível quadro de ansiedade e depressão, e, uma vez identificado, o cuidador terá a atenção e acompanhamento psicológico necessário.

4.2. Sujeitos

A amostra constou de medidas derivadas do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Estratégias de Coping, obtidas a partir de cuidadores de indivíduos portadores de necessidades especiais atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde-FESURV, nos setores de Neurologia Pediátrica e Adulto e caracterizados pelo Índice de Barthel, com comprometimento motor de grau moderado a grave.

O tamanho amostral foi calculado, chegando-se a um número de 60 sujeitos, 30 cuidadores de portadores com disfunções pediátricas (Paralisia Cerebral Quadriplégica) e 30 cuidadores de portadores com disfunções em fase adulta (Acidente Vascular Encefálico); com

faixa etária variando entre 18 e 65 anos; com escolaridade mínima correspondente ao 1º grau; de ambos os sexos; e equivalência baixa de nível sócio-econômico-cultural. A amostra foi avaliada através de instrumentos padronizados e os dados coletados por meio de entrevista individual realizada em ambiente privado, estando presentes somente a entrevistadora e o cuidador.

Tabela 1 – Caracterização dos cuidadores e dos portadores de disfunção crônica

Cuidador	Sexo		Idade (anos)		Tempo de Cuidado (meses)	Patologia Portador
	Cuidador	Portador	Cuidador	Portador		
C01	F	M	48	11	132	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C02	F	M	36	12	144	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C03	F	F	35	11	132	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C04	F	F	51	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C05	F	F	39	11	132	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C06	F	M	28	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C07	F	M	48	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C08	F	M	25	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C09	F	F	44	12	144	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C10	F	F	37	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C11	F	F	58	11	132	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C12	F	F	30	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C13	F	M	38	12	144	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C14	F	M	46	12	144	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C15	F	F	37	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C16	F	F	26	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C17	F	F	25	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C18	F	F	38	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C19	F	F	50	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C20	F	F	27	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C21	F	M	31	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C22	F	M	32	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C23	F	F	32	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C24	F	M	30	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C25	F	F	46	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C26	F	F	39	12	144	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C27	F	M	31	11	132	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C28	F	M	25	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C29	F	F	35	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C30	F	M	33	10	120	Paralisia Cerebral Quadriplégica
C31	F	M	44	20	120	Acidente Vascular Encefálico
C32	F	F	58	32	18	Acidente Vascular Encefálico
C33	F	F	49	53	30	Acidente Vascular Encefálico
C34	F	M	32	55	06	Acidente Vascular Encefálico
C35	F	M	29	47	08	Acidente Vascular Encefálico
C36	F	F	32	50	12	Acidente Vascular Encefálico
C37	F	M	35	48	48	Acidente Vascular Encefálico
C38	F	M	50	63	48	Acidente Vascular Encefálico
C39	F	F	52	20	156	Acidente Vascular Encefálico
C40	F	F	37	40	06	Acidente Vascular Encefálico
C41	F	M	53	67	07	Acidente Vascular Encefálico
C42	F	M	42	58	60	Acidente Vascular Encefálico

C43	F	M	38	49	24	Acidente Vascular Encefálico
C44	F	M	52	68	08	Acidente Vascular Encefálico
C45	F	M	54	59	06	Acidente Vascular Encefálico
C46	F	F	32	71	36	Acidente Vascular Encefálico
C47	F	F	59	60	120	Acidente Vascular Encefálico
C48	F	M	65	78	72	Acidente Vascular Encefálico
C49	F	F	34	57	12	Acidente Vascular Encefálico
C50	F	M	40	57	24	Acidente Vascular Encefálico
C51	F	F	37	74	96	Acidente Vascular Encefálico
C52	F	M	43	73	60	Acidente Vascular Encefálico
C53	F	M	37	44	60	Acidente Vascular Encefálico
C54	F	F	39	20	120	Acidente Vascular Encefálico
C55	F	M	42	22	84	Acidente Vascular Encefálico
C56	F	F	55	76	60	Acidente Vascular Encefálico
C57	F	M	37	73	96	Acidente Vascular Encefálico
C58	F	F	45	79	108	Acidente Vascular Encefálico
C59	F	F	67	85	84	Acidente Vascular Encefálico
C60	F	F	52	71	24	Acidente Vascular Encefálico

No início da entrevista, o cuidador foi informado dos objetivos do estudo, finalidade e a viabilidade, bem como dos procedimentos a serem utilizados e o tratamento ético das informações. Com a concordância dos sujeitos, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), sendo enfatizado que os mesmos poderiam sair do estudo, se assim desejarem, sem perdas ou punições.

Os sujeitos foram caracterizados quanto à idade, sexo, atividade laborativa e grau de instrução. Segundo os critérios de exclusão do estudo, foram considerados fatores impeditivos: sujeitos que não estivessem na faixa etária referida ao estudo; tempo de cuidado ao portador inferior a 06 (seis) meses; cuidadores de portadores com idade inferior a 10 (dez) anos de idade; cuidadores de portadores de desordens físicas, com níveis de consciência alterados ou desorientação; uso de drogas; e cuidadores de portadores com comprometimento motor de grau leve, segundo critérios do Índice de Barthel⁽¹⁹⁾.

4.3. Procedimentos

Após aprovação do Comitê de Ética (Apêndice A), os sujeitos foram entrevistados individualmente para preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(AnexoII), coleta de dados pessoais, confirmação dos critérios de inclusão, divulgação da proposta entre os sujeitos e execução da aplicação dos testes, com tempo máximo de 30 (trinta) minutos para cada sujeito.

O **Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI)** ⁽⁴⁶⁾ (Apêndice C) de Beck *et al.* (1988) foi construído para medir sintomas de ansiedade, compartilhados de forma mínima com os de depressão. O inventário é constituído de 21 itens, com afirmações descritivas de sintomas de ansiedade avaliadas pelo sujeito, numa escala de 04 pontos, refletindo níveis de gravidade crescente de cada sintoma:

- Absolutamente não.
- Levemente, não me incomoda muito.
- Moderadamente, é muito desagradável, mas posso suportar.
- Gravemente, dificilmente poderei suportar.

O escore total é o resultado da soma dos escores individuais, permitindo a classificação em níveis de intensidade da ansiedade, que são os seguintes:

- 00 – 07= Ansiedade em grau mínimo
- 08 – 15= Ansiedade em grau leve
- 16 – 25= Ansiedade em grau moderado
- 26 – 63= Ansiedade grave.

O estado de ansiedade ⁽⁴⁶⁾ é conceituado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão; assim, considera-se que é de extrema importância a identificação precoce e correta deste transtorno ⁽⁴⁷⁾, minimizando sofrimentos e prevenindo o desenvolvimento de comorbidades associadas a um pior prognóstico.

Utilizou-se a **Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton – HAM-D** (Apêndice D), adaptada por Kaplan ⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾, que apesar de ter sido desenvolvida há mais de 40 anos, mantém sua posição de escala mais administrada, mundialmente, em pesquisas científicas. É escala padrão de comparação com outras para diagnosticar quadros depressivos. Possui 03 versões contendo 17, 21 e 24 itens. Neste estudo foi utilizada a versão de 17 itens, que são pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4, com uma pontuação variando de 0 a 50. As seguintes pontuações totais foram consideradas: ⁽³⁵⁻⁴⁶⁾:

- 00 – 07 = Normal
- 08 – 13 = Depressão Leve
- 14 – 18 = Depressão Moderada
- 19 – 22 = Depressão Grave
- Acima de 23 = Depressão Gravíssima

Os itens foram avaliados de acordo com a intensidade, sendo que a avaliação foi baseada em dados qualitativos da entrevista, corroborando os achados quantitativos da escala. Os escores, em cada, item sintetizam a frequência e a intensidade dos sintomas.

O Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI) ⁽⁴⁶⁾ (Apêndice E) de Beck *et al.* (1961) é a medida de depressão amplamente usada tanto em pesquisa como na clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países.

A escala original de 1961 consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso,

preocupação somática e diminuição de libido. Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI, recomendando os seguintes pontos⁽⁴⁷⁾:

- < 10 = Sem Depressão ou Depressão Mínima
- 10 – 18 = Depressão Leve a Moderada
- 19 – 29 = Depressão Moderada a Grave
- 30 – 63 = Depressão Grave

O BDI não é um instrumento projetado para finalidades diagnósticas, mas possibilita avaliar presença de transtornos depressivos.

O Inventário de Estratégias de Coping⁽⁴⁶⁾ (Apêndice F) de Folkman e Lazarus (1985) é um questionário que contém 66 itens, englobando pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico, podendo ser definido a intensidade do uso por meio de uma escala:

- 0 = não usei esta estratégia
- 1 = usei um pouco
- 2 = usei bastante
- 3 = usei em grande quantidade.

Os itens que compõem o inventário foram divididos em oito fatores:

- Fator 1 – Confronto (itens 47, 17, 40, 34, 07, 28).
- Fator 2 – Afastamento (itens 41, 13, 44, 21, 06, 10).
- Fator 3 – Autocontrole (itens 15, 14, 43, 54, 35).
- Fator 4 – Suporte social (itens 42, 45, 08, 31, 18, 22).
- Fator 5 – Aceitação de responsabilidade (itens 51, 09, 52, 29, 48, 25, 62).
- Fator 6 – Fuga e esquiva (itens 58, 59).

- Fator 7 – Resolução de problemas (itens 49, 26, 46, 01).
- Fator 8 – Reavaliação positiva (itens 38, 56, 60, 30, 39, 20, 36, 63, 23).

Para aferir os resultados da aplicação do inventário, devem-se somar os itens de cada fator que corresponde a um determinado tipo de estratégia, tal como disposto na Tabela 2:

Tabela 2 – Avaliação da utilização das estratégias de enfrentamento.

	Não utiliza ou pouco utiliza	Utiliza algumas vezes	Utiliza grande parte das vezes	Utiliza quase sempre
Confronto	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Afastamento	0 a 5	6 a 10	11 a 16	17 a 21
Autocontrole	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15
Suporte Social	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Aceitação de responsabilidade	0 a 5	6 a 10	11 a 16	17 a 21
Fuga e esquiva	0 a 1	2 a 3	4 a 5	6
Resolução de problemas	0 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12
Reavaliação positiva	0 a 6	7 a 13	14 a 20	21 a 27

Os sujeitos foram orientados a responder às questões pensando especificamente no enfrentamento de banho, higiene e alimentação.

A aplicação de todos os testes ocorreu de forma oral na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde-FESURV pela pesquisadora responsável pelo estudo e 03 acadêmicas do Curso de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde-FESURV, devidamente treinadas e habilitadas para a realização do estudo.

O número de sujeitos do estudo foi de 100% dos cuidadores dos períodos da manhã e tarde. A referida Clínica tem caráter filantrópico e prestam atendimento fisioterapêutico

gratuito à comunidade carente de Rio Verde e municípios vizinhos, nas áreas de cardiologia, neurologia, ortopedia, pneumologia, pediatria, reumatologia e traumatologia.

Como critério de seleção, fez parte deste estudo somente cuidadores de portadores de necessidades especiais, com comprometimento motor de grau moderado a grave, conforme verificação a partir do **Índice de Barthel** ⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾ (Apêndice B) que constitui uma escala de perfil que mede a independência funcional e a mobilidade em doentes com patologia crônica ⁽¹⁹⁾, indicando se estes necessitam de cuidados ou não, sendo classificado em 10 critérios de cuidados pessoais, continência e mobilidade:

- Alimentar-se
- Mudar da cadeira de rodas para a cama e voltar
- Higiene pessoal
- Ir e voltar ao banheiro
- Banhar-se
- Andar em superfície plana
- Subir e descer escadas
- Vestir-se
- Controlar o intestino
- Controlar a bexiga

Na escala de 10 itens o total pode variar de 0 a 100 ⁽¹⁹⁾, sendo:

- 0 – 20 = Dependência Total
- 21 – 60 = Grave Dependência
- 61 – 90 = Moderada Dependência
- 91 – 99 = Muito Leve Dependência
- 100 = Independência

Foi garantido o anonimato dos cuidadores, sendo que dados de identificação não faziam parte do estudo. Para identificá-los foram, utilizados a letra "C" de cuidador e os números referentes a cada participante do estudo.

Os dados foram manuseados somente pelo pesquisador responsável e mantidos em sigilo conforme preceitos da ética em pesquisa.

4.4. Análise Estatística

As análises foram feitas utilizando o programa SPSS 13[®] (Statistic Package for the Social Sciences, Chicago, II, USA).

Todos os testes foram de duas caudas.

O nível de significância (p-valor) foi estabelecido em 0,05.

Inicialmente, as variáveis quantitativas discretas, que representavam o valor obtido por cada sujeito, em cada uma das escalas de avaliação, foram transformadas em variáveis qualitativas ordinais, segundo os critérios de pontuação, próprios de cada escala como apresentam as seguintes tabelas 3, 4 e 5:

Tabela 3 – Caracterização dos sujeitos no Inventário de Ansiedade de Beck - BAI

	<i>CUIDADORES DE</i>	
	<i>CRIANÇAS</i>	<i>ADULTOS</i>
	<i>% (n)</i>	<i>% (n)</i>
MINIMO	20 (6)	40 (12)
LEVE	26.7 (8)	40 (12)
MODERADO	26.7 (8)	13.3 (4)
GRAVE	26.7 (8)	6.7 (2)
Total	100 (30)	100 (30)

Tabela 4 – Caracterização dos sujeitos na Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão

**ESCALA DE HAMILTON PARA
AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO**

	<i>CUIDADORES DE</i>	
	<i>CRIANÇAS</i>	<i>ADULTOS</i>
	<i>% (n)</i>	<i>% (n)</i>
NORMAL	50 (15)	40 (12)
LEVE	43.3 (13)	50 (15)
MODERADA	6.7 (2)	
GRAVE		3.3 (1)
GRAVÍSSIMA		6.7 (2)
Total	100 (30)	100 (30)

Tabela 5 – Caracterização dos sujeitos no Inventário de Depressão de Beck - BDI

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

	<i>CUIDADORES DE</i>	
	<i>CRIANÇAS</i>	<i>ADULTOS</i>
	<i>% (n)</i>	<i>% (n)</i>
MINIMO	46.7 (14)	50 (15)
LEVE-MODERADA	43.3 (13)	33.3 (10)
MODERADA-GRAVE	10 (3)	10 (3)
GRAVE		6.7 (2)
Total	100 (30)	100 (30)

Uma vez que, a análise da distribuição dos valores das variáveis quantitativas discretas demonstrou uma distribuição não normal, portanto o teste estatístico utilizado para a análise de correlação foi o teste de Spearman.

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos serão apresentados segundo a metodologia definida anteriormente, baseando-se no propósito de verificar o efeito dos cuidados prolongados e diários com o dependente de doença crônica.

Para cada condição de estudo, os resultados foram quantificados com base nas médias e erro padrão da média. Primeiramente, será apresentada a idade do cuidador e do paciente e tempo de cuidado (meses), com intuito de verificar influências na faixa etária e no tempo de cuidado ao dependente em relação às amostras, apesar de não serem objeto de estudo. A seguir, será apresentada uma análise descritiva dos níveis de ansiedade e depressão dos cuidadores de dependentes crônicos por meio de frequências.

No Apêndice G estão apresentados os resultados percentis e teste de correlação da relação de idade e tempo de cuidado nas diferentes amostras.

A tabela 6 ilustra os resultados da média e erro padrão da média, onde se pode verificar que, diante dos 60 sujeitos, a amostra de cuidadores de criança apresenta idade média de 36,67 e erro padrão de 1,61 e a amostra de cuidadores de adultos apresenta idade média de 44,70 e erro padrão de 1,87 ($p=0,002$), demonstrando que as amostras são diferentes nestas variáveis.

Tabela 6 – Média e erro padrão da média da idade e tempo de cuidado nos grupos

	<i>Média (erro padrão da média)</i>		
	<i>CUIDADOR DE CRIANÇAS</i>	<i>CUIDADOR DE ADULTOS</i>	<i>p-valor (2 caudas)</i>
IDADE DO CUIDADOR (anos)	36,67 (1,61)	44,70 (1,87)	0,002
IDADE DO PACIENTE (anos)	10,50 (0,14)	55,63 (3,43)	<0,001
TEMPO DE CUIDADO (meses)	126,00 (1,70)	53,77 (7,88)	<0,001

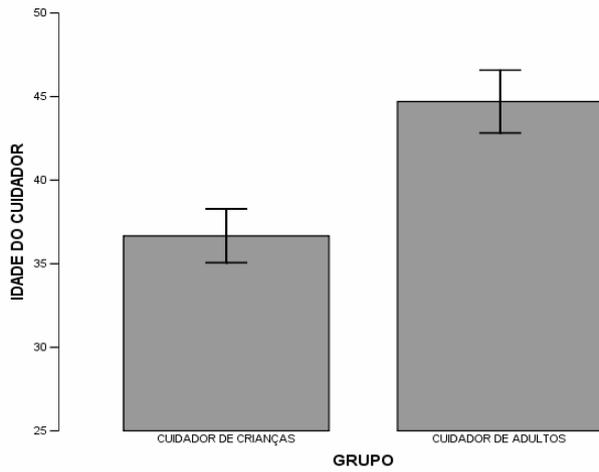


Figura 1. Médias da frequência idade do cuidador das amostras.

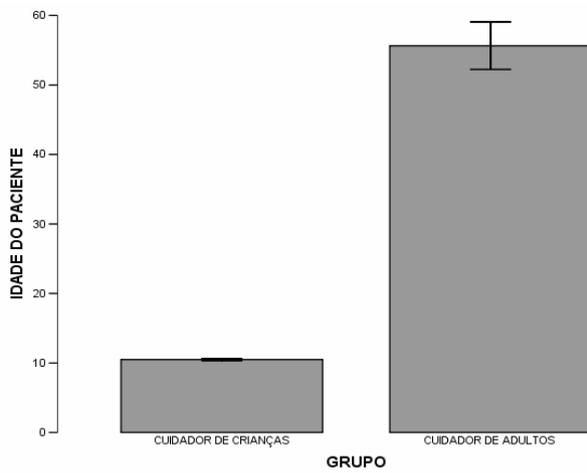


Figura 2. Médias da frequência idade do paciente das amostras.

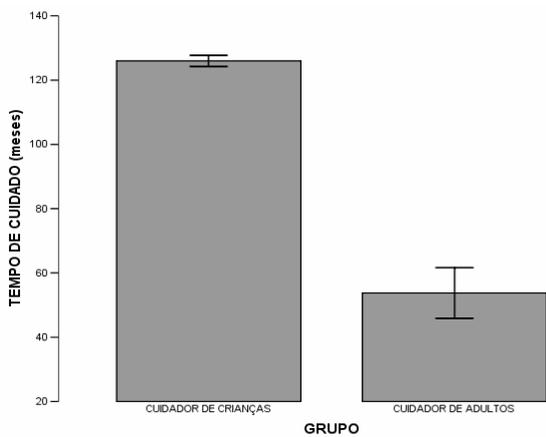


Figura 3. Médias da frequência tempo de cuidado das amostras.

De acordo com o Teste de Correlação entre a variável idade do paciente, idade do cuidador e tempo de cuidado, diante do $n=60$, foi encontrado uma Correlação Regular Positiva entre a idade do cuidador e a idade do paciente ($r=0,500$; $p<0,001$) e uma Correlação Regular Negativa entre a idade do paciente e o tempo de cuidado ($r=-0,612$; $p<0,001$), como confirmado nas figuras a seguir:

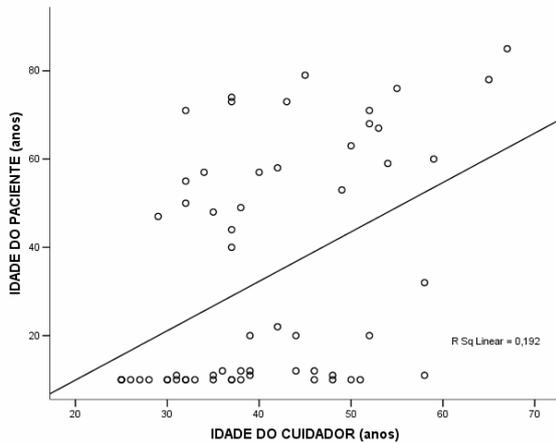


Figura 4. Correlação entre a variável idade do paciente e idade do cuidador.

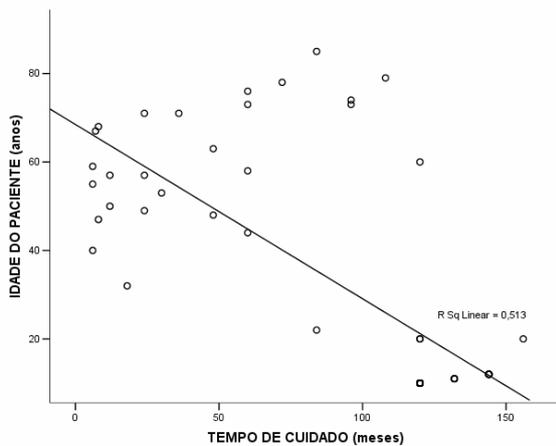


Figura 5. Correlação entre a variável idade do paciente e tempo de cuidado.

Para verificar a relação entre a pontuação dos testes e a idade do paciente e tempo de cuidado, foi utilizado o teste de correlação, obtendo como resultado uma Correlação Fraca Negativa entre idade do paciente e a pontuação no Inventário de Ansiedade de Beck - BAI

($r=-0,368$; $p=0,004$) e uma Correlação Fraca Positiva entre o tempo de cuidado e a pontuação no Inventário de Ansiedade de Beck - BAI ($r=0,311$; $p=0,015$).

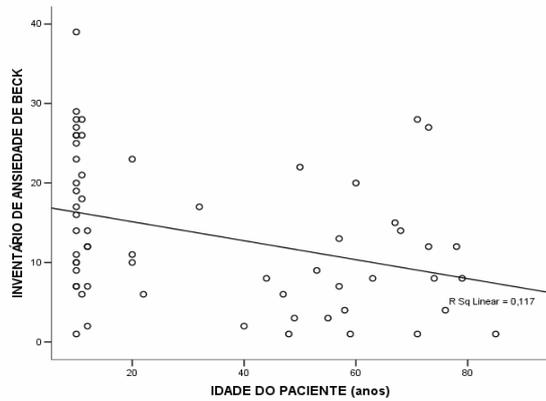


Figura 6. Correlação entre a variável idade do paciente e Inventário de Ansiedade de Beck.

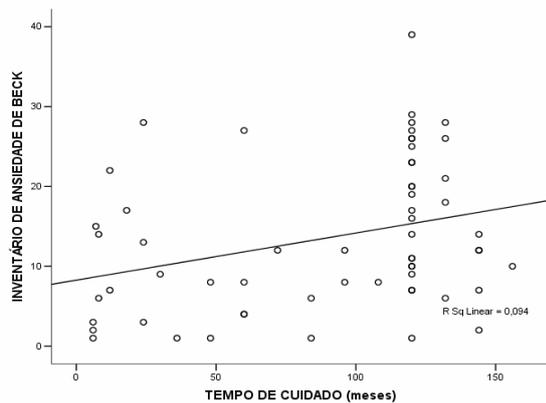


Figura 7. Correlação entre o tempo de cuidado e Inventário de Ansiedade de Beck.

Contudo, foi observado uma forte Correlação Positiva ao serem analisados os testes de depressão, ou seja, o Inventário de Depressão de Beck – BDI e a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton – HAM-D, tanto no total (Figura 8) da amostra ($r=0,512$; $n=60$; $p<0,001$), como dentro de cada amostra (Figura 9) separadamente (Cuidador de Crianças: $r=0,556$; $n=30$; $p=0,001$ e Cuidador de Adultos: $r=0,501$; $n=30$; $p=0,005$), são testes que sugerem se corresponder um ao outro.

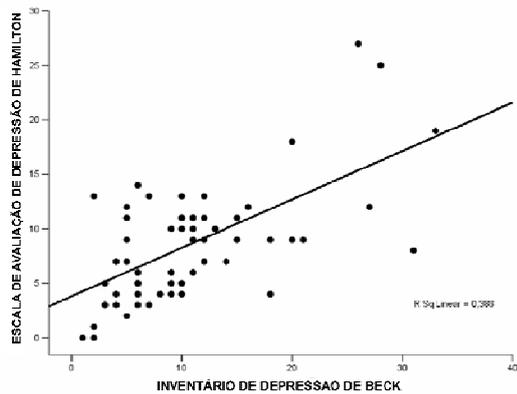


Figura 8. Correlação entre o Inventário de Depressão de Beck e Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton.

Assim, pode-se afirmar que ao analisar os testes, juntamente com as amostras estudadas, resulta uma grande correlação entre si, conforme informado na figura 9.

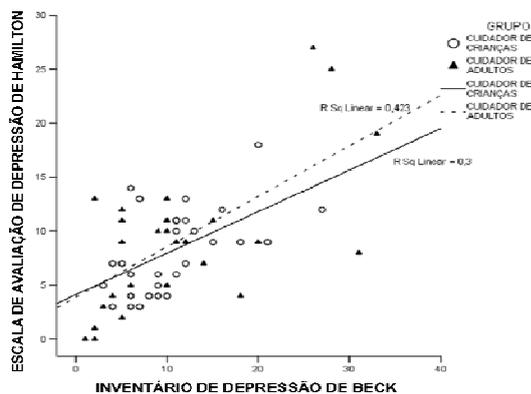


Figura 9. Correlação do Inventário de Depressão de Beck e da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton entre as amostras.

Da mesma forma foi realizada uma análise de correlação entre as dimensões avaliadas no Inventário de Estratégias de Coping, os resultados estão no Apêndice I.

Na análise de Correlação entre as variáveis e as pontuações do Inventário de Estratégias de Coping foram encontradas Correlações Positivas Fracas entre idade do paciente e Aceitação de Responsabilidade ($r=0,397$; $p=0,002$) e entre idade do paciente e Fuga e Esquiva ($r=0,376$; $p=0,003$). Correlação Positiva Regular entre idade do paciente e

Afastamento ($r=0,414$; $p=0,001$). Correlações Negativas Regulares entre tempo de cuidado e Afastamento ($r=-0,556$; $p<0,001$) e tempo de cuidado e Aceitação de Responsabilidade ($r=-0,447$; $p<0,001$). Correlação Negativa Fraca entre tempo de cuidado e Fuga e Esquiva ($r=-0,397$; $p=0,002$).

Nas tabelas 7 e 8 são apresentados a média, o desvio padrão e o Intervalo de Confiança de 95% da média das pontuações obtidas pelos sujeitos nos testes psicométricos.

Tabela 7 – Média, Desvio Padrão e Intervalo de Confiança das escalas nas amostras.

		<i>CUIDADOR DE</i>		
		<i>CRIANÇAS</i>	<i>ADULTOS</i>	
Escala de Hamilton para avaliação de depressão	Média	8.23	8.90	
	Desvio padrão	3.87	6.41	
	Intervalo de Confiança de 95% da média	Limite Inferior	6.79	6.51
		Limite Superior	9.68	11.29
Inventário de depressão de Beck	Média	10.67	10.70	
	Desvio padrão	5.52	8.93	
	Intervalo de Confiança de 95% da média	Limite Inferior	8.61	7.37
		Limite Superior	12.73	14.03
Inventário de ansiedade de Beck	Média	17.00	10.13	
	Desvio padrão	9.31	7.77	
	Intervalo de Confiança de 95% da média	Limite Inferior	13.52	7.23
		Limite Superior	20.48	13.03

Tabela 8 – Média, Desvio Padrão e Intervalo de Confiança do Inventário de Estratégias de Coping nas amostras estudadas.

				<i>CUIDADOR DE</i>	
				<i>CRIANÇAS</i>	<i>ADULTOS</i>
CONFRONTO	Média			5.60	7.47
	Desvio padrão			3.013	4.337
	Intervalo de Confiança de 95% da média	Limite inferior		4.48	5.85
		Limite superior		6.72	9.09
AFASTAMENTO	Média			3.93	8.30
	Desvio padrão			2.924	3.250
	Intervalo de Confiança de 95% da média	Limite inferior		2.84	7.09
		Limite superior		5.03	9.51
AUTOCONTROLE	Média			7.37	7.93
	Desvio padrão			2.484	3.140
	Intervalo de Confiança de 95% da média	Limite inferior		6.44	6.76
		Limite superior		8.29	9.11
SUPORTE SOCIAL	Média			11.40	12.10
	Desvio padrão			4.717	3.448
	Intervalo de Confiança de 95% da média	Limite inferior		9.64	10.81
		Limite superior		13.16	13.39
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	Média			9.73	13.20
	Desvio padrão			3.503	3.123
	Intervalo de Confiança de 95% da média	Limite inferior		8.43	12.03
		Limite superior		11.04	14.37
FUGA E ESQUIVA	Média			2.90	4.40
	Desvio padrão			1.470	1.653
	Intervalo de Confiança de 95% da média	Limite inferior		2.35	3.78
		Limite superior		3.45	5.02
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Média			8.77	8.87
	Desvio padrão			2.897	2.713
	Intervalo de Confiança de 95% da média	Limite inferior		7.68	7.85
		Limite superior		9.85	9.88
REAVALIAÇÃO POSITIVA	Média			18.00	17.80
	Desvio padrão			3.610	3.662
	Intervalo de Confiança de 95% da média	Limite inferior		16.65	16.43
		Limite superior		19.35	19.17

Após a categorização das variáveis quantitativas, foram elaboradas as tabelas de frequência das classificações, dentro de cada escala de avaliação, para cada amostra.

Observa-se na Figura 10, que no Inventário de Ansiedade de Beck - BAI foi encontrada maior frequência das categorias Grave e Moderada na amostra de cuidadores de crianças (26,67% e 26,67%) em relação à amostra de cuidadores de adultos (6,67% e 13,33%).

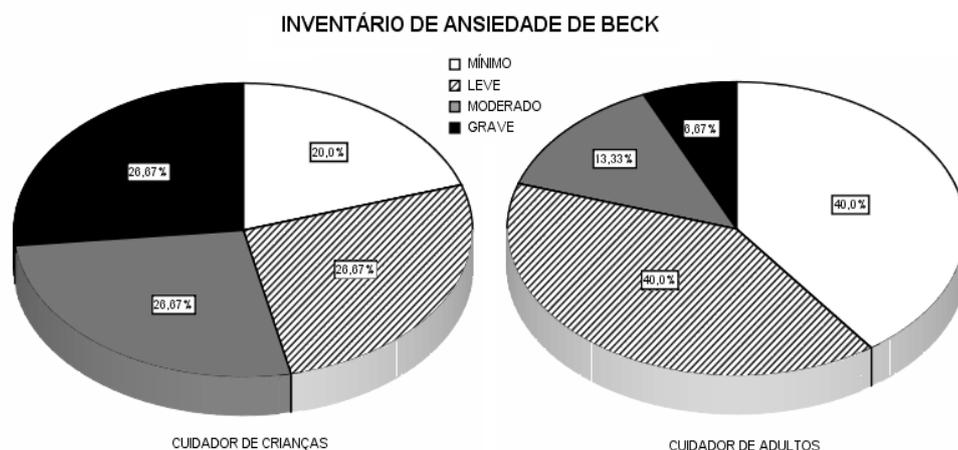


Figura 20. Distribuição de frequências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação do Inventário de Ansiedade de Beck - BAI dentro de cada amostra estudada.

Na Figura 11 está representada a distribuição de frequências observadas para cada categoria de classificação dentro da Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HAM-D dentro de cada amostra estudada, sendo encontrada maior frequência das categorias Leve e Normal na amostra de cuidadores de crianças (43,33% e 50,0%) do que na amostra de cuidadores de adultos (50,0% e 40,0%).

No entanto, foi verificado, na amostra de cuidadores de adultos, na categoria Gravíssima 6,67% e 3,33% na categoria Grave, fato este não observado dentro da amostra de cuidadores de crianças.

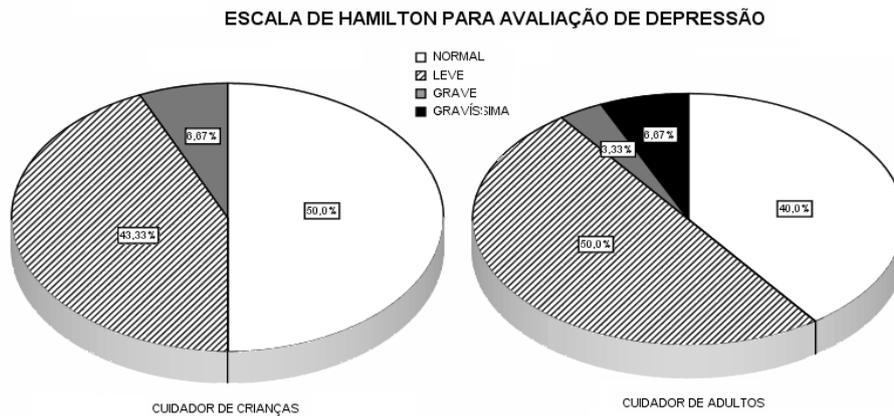


Figura 31. Distribuição de freqüências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HAM-D dentro de cada amostra estudada.

A Figura 12 apresenta a distribuição de freqüências observadas para cada uma das categorias de classificação do Inventário de Depressão de Beck – BDI dentro de cada amostra estudada.

Da mesma forma que na Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HAM-D, a amostra de cuidadores de crianças não apresentou freqüência na categoria Grave. Por outro lado, na amostra de cuidadores de adultos, foi verificado, 6,67% e 10,0% na categoria Moderada-Grave.

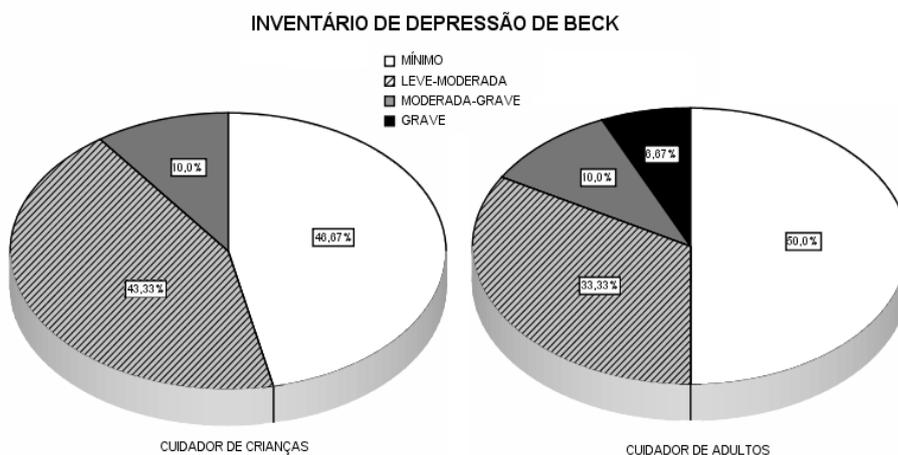


Figura 42. Distribuição de freqüências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação do Inventário de Depressão de Beck – BDI dentro de cada amostra estudada.

Diante do Inventário de Estratégias de Coping, cada dimensão foi estudada separadamente.

Para a dimensão Confronto, a Figura 13 representa as freqüências observadas para cada categoria de classificação dentro de cada amostra. Pode-se observar que, dentro da amostra de cuidadores de adultos, foi detectada uma maior proporção de sujeitos classificados dentro da categoria Muitas vezes ou Quase Sempre em relação à amostra de cuidadores de crianças (33,33% vs. 13,33%).

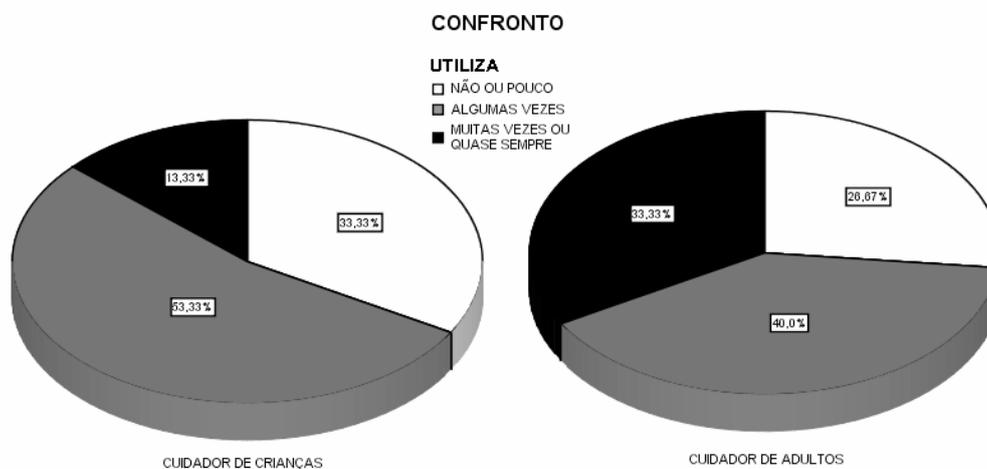


Figura 13. Distribuição de freqüências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Confronto do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.

Diante da dimensão Afastamento, a Figura 14 representa as freqüências observadas para cada categoria de classificação dentro de cada amostra. Pode-se observar que dentro da amostra de cuidadores de adultos, foi revelada uma proporção de sujeitos classificados dentro da categoria Muitas Vezes ou Quase Sempre (23,33%), sendo o mesmo não apresentado na amostra de cuidadores de crianças.

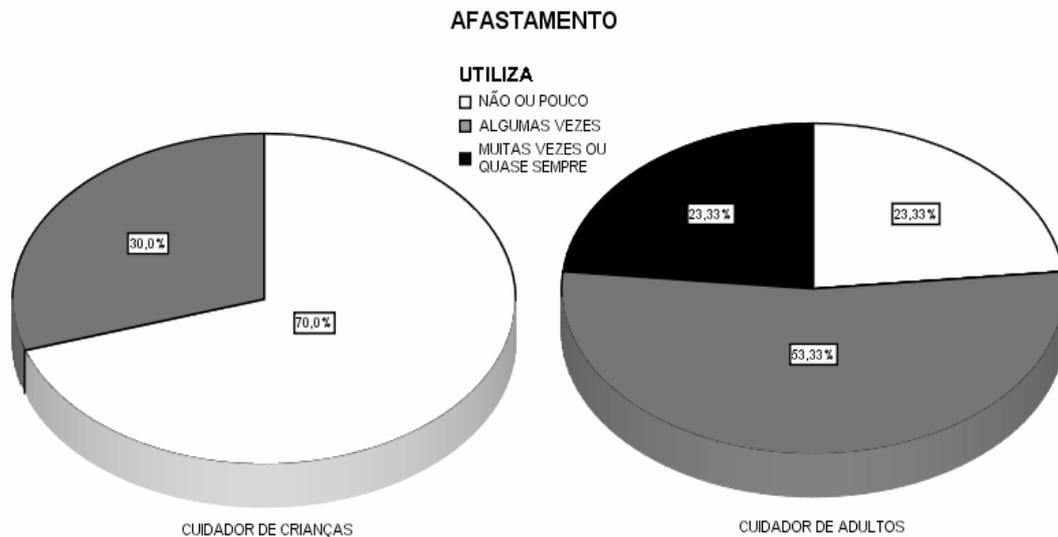


Figura 14. Distribuição de freqüências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Afastamento do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.

Na dimensão Autocontrole, a Figura 15 representa as freqüências observadas para cada categoria de classificação, dentro de cada amostra, sendo verificado uma proporção considerável de sujeitos classificados dentro das categorias nas amostras de cuidadores de crianças e de adultos.

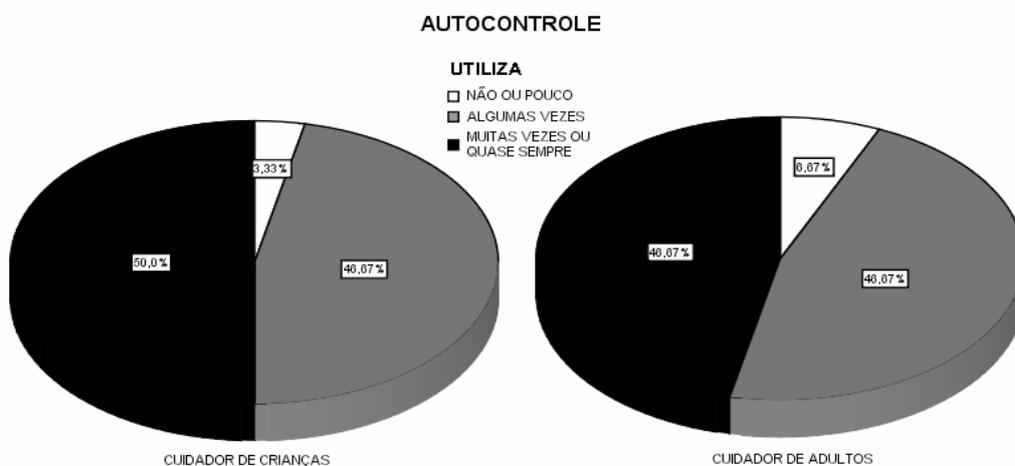


Figura 15. Distribuição de freqüências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Autocontrole do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.

Na dimensão Suporte Social, a Figura 16 representa as freqüências observadas para cada categoria de classificação dentro de cada amostra, onde são verificados 73,33% na categoria Muitas Vezes ou Quase Sempre na amostra de cuidadores de adultos e 66,67% na amostra de cuidadores de crianças, representando grande proporção em relação à amostra de cuidadores de crianças.

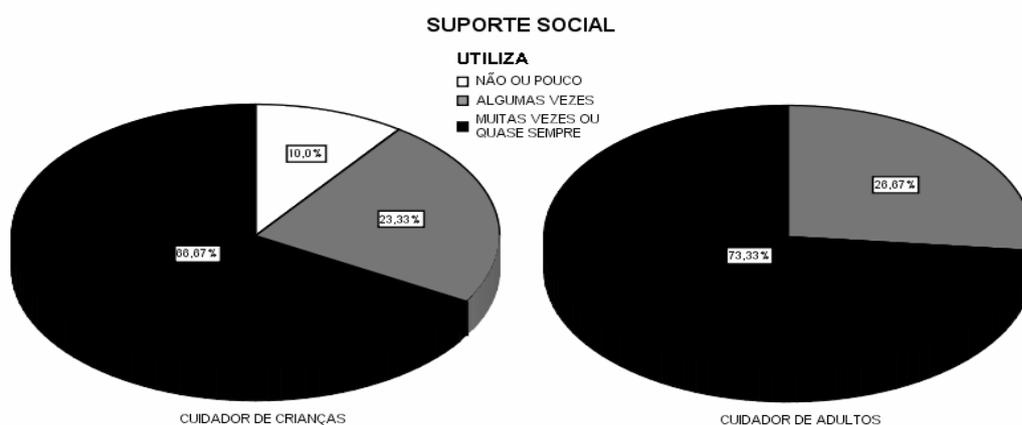


Figura 16. Distribuição de freqüências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Suporte Social do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.

A dimensão Aceitação de Responsabilidade é mostrada na Figura 17, apresentando uma grande proporção de 83,33% na amostra de cuidadores de adultos na categoria Muitas Vezes ou Quase Sempre, diferenciando da amostra de cuidadores de crianças que apresentou uma representação de 33,33% na categoria referenciada.

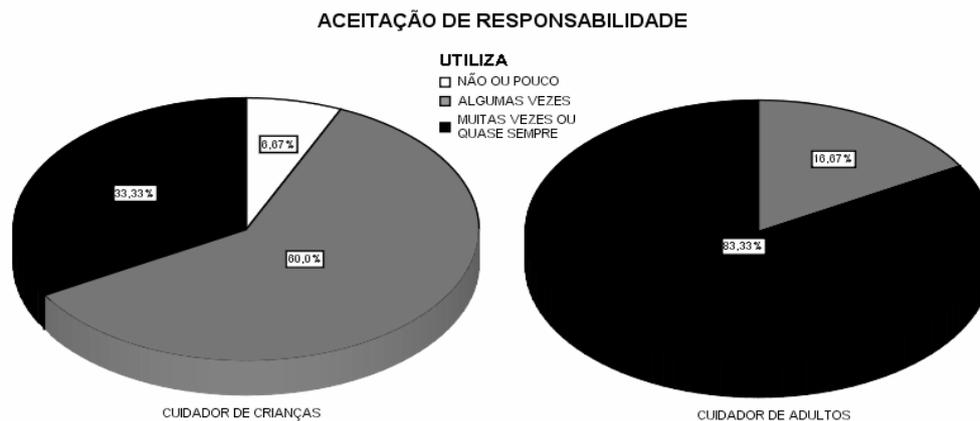


Figura 17. Distribuição de freqüências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Aceitação de Responsabilidade do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.

Na dimensão Fuga e Esquiva, a Figura 18 demonstra uma proporção de 70,0% na amostra de cuidadores de adultos na categoria Muitas Vezes ou Quase Sempre e 56,67% na amostra de cuidadores de crianças na categoria Algumas Vezes.

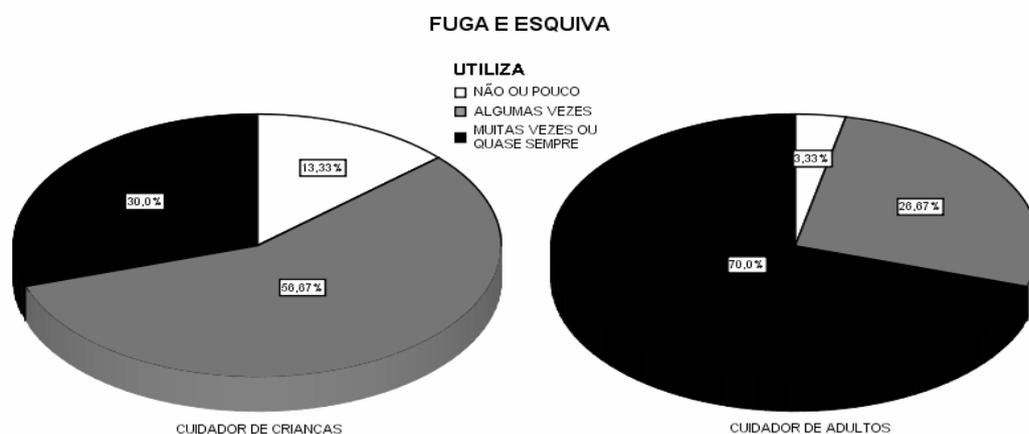


Figura 18. Distribuição de freqüências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Fuga e Esquiva do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.

A dimensão Resolução de Problemas é observada na Figura 19 com uma proporção igual de sujeitos classificados dentro da categoria Muitas vezes ou Quase Sempre em 76,67% nas amostras de cuidadores de crianças e adultos.

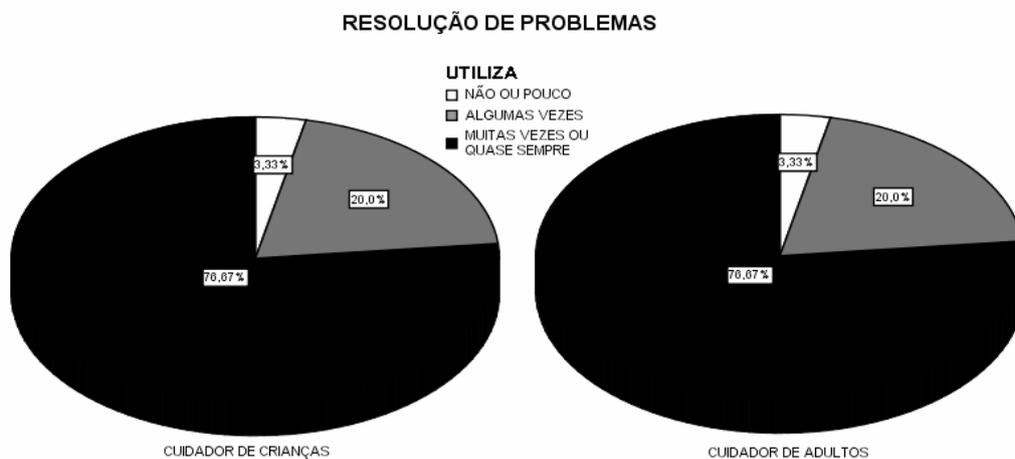


Figura 19. Distribuição de freqüências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Resolução de Problemas do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.

Para a dimensão Reavaliação Positiva, a Figura 20 representa as freqüências observadas para cada categoria de classificação dentro de cada amostra. Pode-se observar que, dentro da amostra de cuidadores de adultos, foi demonstrada uma maior proporção de sujeitos classificados dentro da categoria Muitas vezes ou Quase Sempre (86,67%) em relação à amostra de cuidadores de crianças (83,33%) e maior proporção na categoria Algumas Vezes na amostra de cuidadores de crianças (16,67%) em relação à amostra de cuidadores de adultos (13,33%).

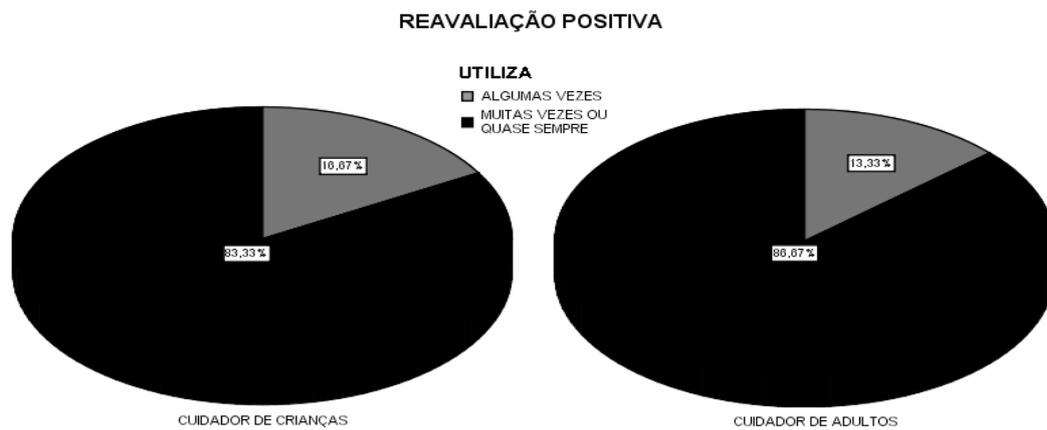


Figura 50. Distribuição de freqüências (representadas como porcentagem) para cada uma das categorias de classificação da dimensão Reavaliação Positiva do Inventário de Estratégias de Coping dentro de cada amostra estudada.

6. DISCUSSÃO

O propósito deste estudo foi verificar se o cuidador de dependentes crônicos apresentaria quadros de ansiedade e depressão, diante dos cuidados realizados no dia-a-dia, em crianças com seqüelas de Paralisia Cerebral Quadriplégica e em adultos com seqüelas de Acidente Vascular Encefálico e realizar um rastreamento das atitudes utilizadas por este cuidador para lidar com as ações diárias de banho, higiene e alimentação. Mais especificamente, objetivou-se avaliar o perfil de ansiedade e depressão dos cuidadores de indivíduos portadores de necessidades especiais atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde-FESURV.

Com base nos resultados estatísticos, constatou-se, com clareza, a presença de quadros de ansiedade e depressão e a reflexão das ações e pensamentos do dia-a-dia em sua qualidade de vida e cuidados diários com o dependente.

Estes achados suportam a hipótese de que a interação entre as características da pessoa e as demandas do meio, ou seja, as discrepâncias entre o meio externo e interno e a percepção do indivíduo quanto a sua capacidade de resposta⁽⁵¹⁾ são respostas ao estresse. Neste sentido, pode-se considerar que os comportamentos e as respostas do indivíduo ao ambiente parecem relacionar-se com a saúde e a doença⁽⁵²⁾, sendo as características da pessoa, nomeadamente traços de personalidade, mecanismos de defesa, estados emocionais e cognitivos, e os fatores sócio-ambientais, como as situações indutoras de stress.

Qualidade de vida no trabalho assimila duas posições distintas: por um lado, as aspirações da pessoa em relação ao bem-estar e satisfação do trabalho e por outro o interesse da organização quanto aos seus efeitos nos objetivos organizacionais⁽⁵³⁾. Nesta perspectiva, vale considerar que a qualidade de vida no trabalho do cuidador não é determinada apenas pelas características individuais (necessidades, valores, crenças e expectativas) ou situacionais (estrutura organizacional, tecnologia, sistemas de recompensas), mas sim pela interação

sistêmica das características individuais e organizacionais. Contudo, diante de um desajuste em toda a dinâmica organizacional e pessoal do indivíduo para contemplar a problemática do cuidado diário, com intuito de enfrentá-la ou neutralizá-la, surgem as experiências de stress. Neste caso a sobreposição de comportamentos é eficaz até certo limite, o qual, uma vez ultrapassado, poderá desencadear um efeito desorganizador ⁽⁵¹⁾, gerando vários impactos na vida individual e emocional do indivíduo ⁽⁵⁴⁾.

Essa visão é muito verificada diante de respostas básicas de um estressor ⁽⁵¹⁾. As habilidades do sujeito para dar respostas adequadas a cada estressor dependem de um aprendizado prévio das condutas pertinentes e se a emissão de respostas recebeu reforço nas situações similares precedentes. Assim, a resposta ao estressor pode ser preditiva de transtornos específicos, como verificado a partir do Inventário de Estratégias de Coping ⁽⁴⁶⁾, que inclui pensamentos e comportamentos que o indivíduo utiliza para lidar com as exigências das transações indivíduo – meio, que tem relevância para o seu bem estar. Portanto, pode-se inferir com os resultados do presente estudo, que cuidadores de adultos e crianças apresentam tendências diferentes diante das situações avaliadas como ameaçadoras, para se confrontar com os desafios e para tentar aceitar as situações de dano ou de perda diante da doença crônica.

Os dados apontam que, na amostra de cuidadores de adultos, existe maior diferenciação entre as estratégias utilizadas, apresentando maior frequência em confronto, afastamento, aceitação de responsabilidade e fuga e esquiva. É possível, então, hipotetizar que cuidadores de adultos vivenciam com maior frequência a falta de adaptação entre as solicitações do contexto e os recursos apropriados para enfrentá-las ⁽⁵⁵⁾. Fato este, possivelmente preconizado pelo fato da família apresentar dificuldades em assistir o paciente por conta das restrições impostas pelo AVE ⁽⁵⁶⁾ e também pela dificuldade na aceitação da incapacidade do paciente, podendo construir metas não-realistas.

Contudo, nas estratégias de autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva, as amostras de cuidadores de crianças e adultos tendem a se assemelhar, demonstrando uma atitude positiva diante dos enfrentamentos no cuidado diário, encorajando, assim, o portador a buscar sua recuperação e colaborar com os tratamentos diários.

As evidências encontradas no presente estudo conduzem à relevância da atuação do profissional treinado e especializado, tendo em vista sua formação e direcionamento como facilitador da comunicação, visando a ampliação e aprimoramento ⁽⁵⁷⁾ da relação paciente/cuidador.

Assim, um inadequado ajustamento entre o cuidador e ambiente pode levar à insatisfação do trabalho, ansiedade, insônias, queixas somáticas e a comportamentos desajustados. Do ponto de vista evolutivo ⁽⁵¹⁾, a ansiedade e o medo, assim como o estresse, têm suas raízes nas reações de defesa dos animais.

Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que seus sintomas são primários ⁽⁵⁸⁾, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas. O impacto do indivíduo exposto aos cuidados diários de um dependente de doença crônica pode propiciar a intercorrência de quadros ansiosos. Assim, foi utilizado neste estudo um instrumento de mensuração para aferir objetivamente as modificações comportamentais relacionadas à ansiedade, através do Inventário de Ansiedade de Beck – BAI, onde foi verificada uma maior frequência de quadros de ansiedade na amostra de cuidadores de crianças, nas categorias moderado e grave. Os resultados evidenciam, conforme o estudo de Ferreira ⁽⁵⁹⁾ ao afirmar que nas famílias de crianças com problemas o que sobressai são as interações negativas associadas às manifestações externalizantes da criança, sinalizando um estilo parental reativo. Isto pode ser devido ao tempo de cuidados diários, pois quanto maior este período, maior será o acúmulo de sobrecarga psicofísica aos sujeitos e o grande impacto negativo que a PC traz à família ⁽⁶⁰⁾.

Outra explicação é o fato de que o nascimento de um filho é uma experiência única, faz parte do ciclo de vida de uma família e, em alguns casos, representa a realização social e emocional da mulher, e o símbolo de masculinidade para o homem. O casal fantasia, cria expectativas, projetam em seus filhos anseios e desejos, esperando que se realize tudo o que haviam sonhado para si. Contudo, o nascimento de uma criança diferente da esperada ⁽⁶¹⁾, é traumático e desestruturador. Interrompe o equilíbrio familiar ⁽⁶⁰⁻⁶²⁾, todos os membros são afetados, o impacto é intenso ⁽⁶³⁾ e sua extensão indeterminada prolonga-se por vários períodos da vida.

É sabido que cuidar de um indivíduo dependente, em casa ⁽⁴⁻⁵⁹⁻⁶⁴⁾, é uma situação que pode ser preservada e estimada, todavia, cuidar de um indivíduo parcial ou totalmente incapacitado durante 24 horas sem pausa, por vários anos ou talvez por toda uma vida, não é tarefa para um único cuidador, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel.

Portanto, são necessárias intervenções psicoeducacionais ⁽²⁹⁾ com cuidadores, com intuito de facilitar o manejo do indivíduo dependente, sendo viável, mais de uma pessoa responsável aos cuidados diários, objetivando a diminuição do impacto à vida do cuidador.

Os diagnósticos de ansiedade merecem intervenções, principalmente, pelo fato da alta prevalência de afecções psicológicas em mulheres ⁽³³⁻⁶⁴⁾, pois além da execução das tradicionais atribuições das tarefas, os cuidados com a casa e a família são atribuídos à mulher. Somando-se aos cuidados de casa, surgem os cuidados aos indivíduos dependentes, realizado por familiares, que, na maioria das vezes, mulheres ⁽⁴⁻⁶⁴⁾, sendo denominadas como grandes cuidadoras.

Portanto, a partir do Inventário de Ansiedade de Beck – BAI, pode-se investigar os transtornos psicológicos propensos ao indivíduo diante de suas angústias diárias, em seus pensamentos automáticos ⁽⁶⁵⁻⁶⁶⁻⁶⁷⁻⁶⁸⁾ e nos momentos críticos de um hospital ⁽⁶⁹⁾.

As situações de estresse produzem, portanto, um aumento geral da ativação do organismo, a fim de que o indivíduo possa reagir. Existem indicativos de associação entre a exposição a eventos de vida estressores negativos e depressão ⁽⁷⁰⁻⁷¹⁾. Brown ⁽⁷¹⁾, ao estudar mulheres deprimidas, concluem que a maioria dos casos apresentava eventos estressores anteriores ao surgimento do quadro depressivo. Achados como estes remetem para a questão da variabilidade individual, onde indivíduos podem não se expor a eventos de vida estressores ao acaso, mas apresentam uma tendência para selecionar situações com maior probabilidade em se constituir num evento de vida estressor. Desta maneira, um conjunto de traços geneticamente influenciados ⁽⁵¹⁾ aumenta a probabilidade do indivíduo selecionar, para si, situações de alto risco ambiental.

A presença de sintomatologia depressiva ⁽⁷²⁻⁷³⁾, entre pacientes dependentes, é por vezes, interpretada como uma reação vivencial natural do paciente à percepção de que suas habilidades intelectuais estão deteriorando, refletindo-se na vida do cuidador ⁽⁷⁴⁾. Assim, o presente estudo investigou a sintomatologia depressiva através de 02 instrumentos de detecção de depressão: a Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HAM-D e Inventário de Depressão de Beck – BDI.

Os resultados indicam, na Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HAM-D, uma maior prevalência das categorias grave e gravíssima na amostra de cuidadores de adultos, diferenciando da amostra de cuidadores de crianças que apresenta uma categoria leve. Torna-se claro que, o quadro de depressão evidenciado nesta população relaciona-se a episódios de sobrecarga ⁽⁷⁵⁾ vivida em consequência do contato próximo ⁽²⁷⁾, com um paciente seqüelado, deficiente nas funções vitais, às vezes, com transtornos de humor e que não admite, na maioria dos casos, sua dependência, gerando desajustes e insatisfações no cuidador, pela tentativa de suprir as perdas conseqüentes de uma patologia debilitantes por toda vida ⁽⁷⁶⁾.

No Inventário de Depressão de Beck – BDI, os resultados corroboram a escala anterior, sendo verificado uma categoria moderada e grave em cuidadores de adultos e uma categoria leve em cuidadores de crianças. Cuidadores informais de portadores de demências evidenciam quadros de depressão com prejuízos na saúde mental e social ⁽⁷⁶⁾, sendo a mulher a mais atingida nesta relação de cuidados ⁽⁶⁴⁾. A alta prevalência de depressão é verificada em pesquisas com pacientes com DPOC ⁽⁷⁷⁾. Em decorrência desta situação, muitos pacientes tornam-se dependentes de seus familiares, o que acaba reforçando seu sentimento de incapacidade.

Os dados obtidos nas amostras evidenciam uma correlação nos testes psicométricos. Assim, vale dizer que ambos são capazes de evidenciar quadros de depressão. Contudo, justifica-se uma avaliação clínica utilizando critérios diagnósticos bem definidos e encaminhamento ao atendimento especializado ⁽⁷⁸⁾.

Portanto, os dados do estudo sugerem uma vulnerabilidade para Depressão em cuidadores de dependentes crônicos adultos ⁽⁷⁹⁻⁸⁰⁻⁸¹⁾, fato este pode ser atribuído por haver uma sobrecarga psíquica e mental em comparação com a amostra de cuidadores de crianças. Existe um aumento do estresse psicológico dos cuidadores de adulto por influências do impacto de incapacidades vividas pelo dependente. Na visão de cuidadores ⁽³⁴⁾, após um trauma, os indivíduos ficam mais agressivos, ansiosos, dependentes, deprimidos, egocêntricos, impulsivos, irritados, esquecidos, com maior inadequação social, oscilação de humor e temperamento mais explosivo, afetando, conseqüentemente, mais o cuidador. Assim, pode-se dizer que os transtornos de comportamento do paciente e os sintomas psiquiátricos do cuidador estão amplamente associados entre si ⁽⁸²⁻⁸³⁾.

No presente estudo, o tempo, medido em meses, em que o cuidador exercia essa função, idade do indivíduo com dependência e idade do cuidador, ambas medidas em anos, não foram objeto de estudo, diferenciando do estudo de Garrido ⁽⁸²⁾. Contudo, era critério de

inclusão ao estudo um tempo de cuidado superior ou igual a 06 meses, idade do dependente crônico pediátrico entre 10 a 12 anos e idade do cuidador entre 18 a 65 anos. Assim, as mudanças na intensidade que os comportamentos afetam o cuidador não estão relacionadas com o tempo ou idade, uma vez que as mesmas não se correlacionam.

Portanto, uma explicação para o presente estudo corrobora os estudos de Garrido ⁽⁸²⁾ e López ⁽⁸⁴⁾ que justificam os resultados como uma hipótese de desgaste, onde a exposição prolongada aos estressores afeta o bem estar do cuidador ⁽⁸²⁾, ou seja, o bem estar declina ao longo dos tempos, diante de uma exposição contínua aos agentes agressores ⁽⁸⁵⁾ e estressantes do dia-a-dia, modificando seu estado físico, psicológico e emocional. Suas conseqüências têm uma íntima relação em como o cuidador vive esta experiência. Desta maneira, o ato de cuidar pode também trazer satisfações benéficas ⁽⁸⁴⁾.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interação com os cuidadores permitiu evidenciar o quanto se sentem apreensivos na situação de acompanhantes ou facilitadores de um indivíduo dependente, vítima de uma doença crônica. As razões para essa apreensão poderiam ser fundamentadas na falta de informações.

Contudo, frente a uma situação estressora, o tipo de resposta de cada indivíduo depende, não somente do evento de vida estressor, como também da junção de fatores ambientais e genéticos.

A resposta de enfrentamento ao evento estressor provocará uma diminuição da cascata fisiológica ativada, podendo propiciar ao sujeito um esgotamento, com aparecimento de transtornos psicofisiológicos diversos, dentre eles a ansiedade e depressão, objeto do presente estudo em cuidadores de portadores de necessidades especiais.

Diversos estudos avaliam a relação entre a ocorrência de eventos de vida estressores e o surgimento de quadros de ansiedade e depressão, principalmente referenciados à saúde do cuidador de dependentes crônicos. Portanto, o reconhecimento de que os cuidadores são um elemento essencial nos cuidados de atenção básica à saúde, principalmente nas situações crônicas na criança e no adulto e de longo período, incentivam a investigação da problemática do cuidador.

Perante isto, são poucas as investigações no Brasil sobre a população de cuidadores informais e muito pouco se provê atendimentos psicológicos voltados à causa do cuidador. Dessa forma, é necessária a formação de equipes de profissionais de saúde para a implantação de programas de orientações e apoio ao cuidador, aprimorando a assistência e oferecendo melhor suporte social a esta população.

Em síntese, não nos parece possível separar a análise das situações indutoras de stress das experiências de stress, das estratégias de coping e das conseqüências das mesmas, pela sua importância no ambiente de trabalho e sua relação com a sua saúde mental e física dos cuidadores. Isto porque, as circunstâncias indutoras de stress devem ser identificadas e analisadas adequadamente, para que seja possível uma intervenção eficaz, no sentido de modificá-las ou de minimizar os seus efeitos negativos.

8. REFERÊNCIAS

- 1- CASTRO E K, PICCININI C A. Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: reflexão e crítica* 2002; 15(3): 625-635.
- 2- MEDINA C, SHIRASSU M, GOLDFEDER M. 1998. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: *Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores* (U. Karsch, org.) 1998; 199-214 São Paulo.
- 3- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2001 [citado 2002 jul 27]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>
- 4- KARSCH U M. Idosos Dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno Saúde Pública* 2003; 19 (3) Rio de Janeiro.
- 5- ZARIT S H. *Research Perspective on Family Caregiving*. American Society for Aging. San Francisco, 1994.
- 6- AUSTIN J K, McBRIDE A B, DAVIS H W. Parental attitude and adjustment in childhood epilepsy. *Nurse Research*, 1984.
- 7- LOTHMAN D J, PIANTA R C. Predicting behavior problems in children with epilepsy: child factors, disease factors, family stress and child-mother interaction. *Child Development*, 1994.
8. MARCONDES E, ORAY Y. *Pediatria Básica: pediatria clínica geral*. 5ed. São Paulo: Savier, 2003.
9. DIAMENT A, CYPEL S. *Neurologia Infantil* . 3ed. São Paulo: Atheneu, 1996.
10. BEHRMAN R E, KHIEGMAN R M. *Tratado de Pediatria*. 16ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

11. MARANHÃO M V M. Anestesia e Paralisia Cerebral. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2005; 55(6): 680-684.
12. ROWLAND L P. Merrit: Tratado de Neurologia. 10ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 887p.
13. GREEN M, HAGGERTY R. Pediatria Ambulatorial. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
14. LEITE J M R S, PRADO G F. Paralisia Cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos. Revista Neurociências. 2004; 12(1)
15. PERRIN J M, SHONKOFF J P. (2000). Development disabilities and chronic illness: An overview. Em BEHRMAN R. E, KLIEGMAN R. M, JENSON H. B. (Orgs), Nelson textbook of pediatrics (452-464). Philadelphia: W. B. Saunders.
16. STEVENS A, LOWE J. Patologia. 2ed. São Paulo: Manole, 2002. 655p.
17. COTRAN R S, KUMAR V, COLLIN T. Robbins: Patologia Estrutural e Funcional. 6ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2000. 1251p.
18. EKMAN L L. Neurociências: fundamentos para a reabilitação. 2ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, 477p.
19. AZEREDO Z, MATOS E. Grau de Dependência em Doentes que sofreram AVC. RFML. 2003; Série III; 8 (4):199-204.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of function and disability. Beta-2, Version Geneva: WHO, 1999.
21. COUGHLAN A K, HUMPHREY M. Presenile stroke: long-term outcome for patients and their families. Rheumatol Rehabil 1982; 21(2):115-122.

22. SILLIMAN R A, FLETCHER R H, EARP J L, WAGNER E H. Families of elderly stroke: effects of elderly stroke patients: effects of home care. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34(9): 643-648.
23. WILLIAMS S E, FREER C A. Aphasia: its effect on marital relationships. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67(4): 250-252.
24. BRONSTEIN, K. S. Psychosocial components in stroke: implications for adaptation. *Nurs Clin North Am* 1991; 26(4): 1007-1017.
25. MANCINI M C, FIÚZA P M, REBELO J M, MAGALHÃES L C, COELHO Z A C, PAIXÃO M L, GONTIJO A P B, FONSECA S T. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arquivos de Neuro-psiquiatria* 2002; 60(2B): 1-10.
26. HEINZER M M. Health promotion during childhood chronic illness: a paradox facing society. *Holistic Nursing Practice* 1998; 12(2): 8-16.
27. BOCCHI S C M. Vivendo a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev. Latino Americana Enfermagem* 2004; 12(1): 115-121.
28. DIOGO M J D'E. Avaliação Funcional de Idosos com Amputação de Membros Inferiores atendidos em um Hospital Universitário. *Revista Latino Americana Enfermagem* 2003; 11(1):59-65.
29. GARRIDO R, ALMEIDA O P. Distúrbios de Comportamento em Pacientes com Demência: impacto sobre a vida do cuidador. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 1999; 57(2B): 427-434.
30. ROSA L C S. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento de cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. *Saúde em Debate*. 2004; 28(66): 28-37.

31. BAZON F V M, CAMPANELLI E A, BLASCOVI-ASSIS S M. A Importância da Humanização Profissional no Diagnóstico das Deficiências. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2004; 6(2): 89-99.
32. POULSHOCK W, DEIMILING G. Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology* 1994; 39: 230-239.
33. MAKIYAMA T Y, BATTISTTELLA L R, LITVOC J, MARTINS L C. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégico por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr* 2004; 11(3); 106-109.
34. HORA E C, SOUSA R M C. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Revista Latino Am Enfermagem*. 2005; 13(1): 93-98.
35. MIRANDA L H S. Estudo da Memória Emocional em Pacientes Internados Portadores de Quadro de Depressão Maior [Tese]. Distrito Federal (Doutorado em Ciências da Saúde): Universidade de Brasília; 2004.
36. ANISMAN H, ZACHARKO R M. Coping with stresses, norepinephrine depletion and scape performance. *Brain Research*. 1990;191: 538-558.
37. LEVINE S. A Psychobiological approaches to the ontogeny of coping. In: GARMEZZY N, RUTTER M (Eds). *Stresses, coping and development in children*. McGraw – Hill: New York, 1983.
38. FRANK J E, TOMAZ C. Enhancement of declarative memory associated with emotional content in a Brazilian sample. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2000; 33: 1483-1489.

39. ITO L M. Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
40. BARLOW D H. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 583p.
41. BECK A T, RUSH A J. Cognitive therapy of depression and suicide. *Am J. Psychother* 1978; 32 (2): 201-219.
42. SCHULTZ D D, SCHULTZ S E. Teorias da Personalidade. São Paulo: Thompson, 2002, 528p.
43. HAMILTON I S. A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
44. ATKIWSON R L, SMIT E E. *et al.* Introdução a Psicologia de Hilgard. 13ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
45. COSTA M C, SOUZA R P. Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
46. GORENSTEIN C, ANDRADE L H S G, ZUARDI A W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos, 2000.

47. OSÓRIO F L, CRIPPA J A S, LOUREIRO S R. Instrumentos de Avaliação do Transtorno de Ansiedade Social. Rev Psiq Clín 2005; 32 (2): 73-83.
48. KAPLAN H, SADDOCK B, GRED J. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
49. UMPHRED D A. Reabilitação Neurológica. 4ed. São Paulo: Manole, 2004.
50. WADE D T. Measurement in Neurological Rehabilitation. Oxford University Press. New York, 1991.
51. MARGIS R, PICON P, COSNER A F, SILVEIRA R O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Rev Psiquiatria 2003; 25 (1 supl):65-74.
52. BINIK Y. Psychosocial Predictors of Sudden Death: A Review and Critique. Social Science and Medicine 1985; 7:667-680.
53. CHIAVENATO I. Recursos Humanos. São Paulo: Atlassa, 1995.
54. POLAKOFF R J, MORTON A A, KOCH K D, RIOS C M. The psychosocial and Cognitive Impact of Duchenne's Muscular Dystrophy. Seminars in Pediatric Neurology 1998; 5 (2):116-123.
55. HARRISON R V. Person – environment Fit and Job Stress; Stress at Work. Chichester: John Wiley and Sons, 1978.

56. CHAGAS N R, MONTEIRO A R M. Educação em Saúde e Família: o cuidado ao paciente, vítima de Acidente Vascular Cerebral. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 2004; 26(1): 193-204.
57. PEREIRA M E M S M, ARAÚJO T C C F. Estratégias de Enfrentamento na Reabilitação do Traumatismo Raquimedular. *Arq Neuropsiquiatria* 2005; 63(2B): 502-507.
58. CASTILHO A R G, RECONDO R, ASBAHR F R, MANFRO G G. Transtornos de Ansiedade. *Rev Bras. Psiquiatria*. 2000; 22(Supl II): 20-23.
59. FERREIRA M C T. Ambiente Familiar e os Problemas do Comportamento apresentados por Crianças com Baixo Desempenho Escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2002; 15(1): 35-44.
60. GROV E K, DAHL A A. Anxiety, depression and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*. 2005; 16(1): 1185-1191.
61. PETEAN E B L, NETO J M P. Investigações em Aconselhamento Genético: impacto da primeira notícia – a reação dos pais à deficiência. *Medicina - Ribeirão Preto* 1998; 31: 288-295.
62. WALKER L S, SLYKE D A V, NEWBROUGH J R. Family Resources and Stress: a Comparison of Families of Children with Cystic fibrosis, Diabetes, and Mental Retardation. *Journal of Pediatric Psychology* 1992; 17(3): 327-343.

63. AZOULAY E, POCHARD F, CHEVRET S, JOURDAIN M, BORNSTAIN C. *et al.* Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 165:438-442.
64. MU P, KUO H, CHANG K. Boundary ambiguity, coping patterns and depression in mothers caring for children with epilepsy in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42: 273-282.
65. ROMÁN S, SAVOIA M G. Pensamentos automáticos e ansiedade num grupo de jogadores de futebol de campo. *Psicologia teórico-prática* 2003; 5(2): 13-22.
66. DELREY G J F, POLLACK P N. Ansiedade grave: características, prevalência de sintomas e procura de tratamento profissional em uma amostra de pessoas. *Arq. Ciências Saúde* 2002; 6(2): 129-132.
67. GUILLAND R, KORBES J M, HERNANDEZ J A E. Ansiedade, depressão e desempenho escolar na adolescência. *Atelheia* 2000; 1 (11):29-40.
68. GOYATÁ S L T, ROSSI L A, DALRI, M C B. Diagnósticos de Enfermagem de Familiares de Pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. *Rev. Latino Americana Enfermagem*, 2006; 14(1): 102-109.
69. KARKOW F J, SPIANDORELLO W P, GODOY R F, PEZZI P, KARKOW A G M, FAINTUCH J. Subjective versus objective stress in noncritically ill hospitalized and out patient adult men. *Rev. Hosp. Clín. Fac Med.* 2004; 59(4): 161-167.

70. DAVIES N. Patients' and carers' perceptions of factors influencing recovery after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32(2): 318-326.

71. BROWN G W, BIFULCO A, HARRIS T O. Life events, vulnerability and onset of depression. Some Refinements. *British Journal of Psychiatry*. 1987; 150: 30-42.

72. ALMEIDA O P. Sintomas Psiquiátricos entre Pacientes com Demência atendidos em um Serviço Ambulatorial. *Arq. Neuropsiquiatria*. 1999; 57(4): 937-943.

73. ROLLMAN B L, BELNAP B H, MAZUMDAR S, ZHU F, KROENKE K, SCHULBERG H C, SHEAR M K. Symptomatic Severity of Prim-MD Diagnosed Episodes of Panic and Generalized Anxiety Disorder in Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2005; 20: 623-628.

74. GILLEN R, TENNEM H, AFFECK G, STEINPREIS R. Distress, Depressive Symptoms, and Depressive Disorder among Caregivers of patients with brain injury. *J. Head Trauma Rehabil*. 1998; 13(3): 31-43.

75. BRONNEC M, CORRUBLE E, FALISSARD B, REYNAUD M, GUELFY J, HARDY P. Reports on Defense styles in Depression. *Psychopathology - Health & Medical Complete*. 2005; 38(1): 9-15.

76. TAKAHASHI M, TANAKA K, MIYAOKA H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005; 59: 473-480.

77. GODOY D V, GODOY R F. Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. *Jornal Pneumologia*. 2002; 28(3): 120-124.
78. MAUSBACH B T, DIMSDALE J E, ZIELGLER M G, MILLS P J, ISRAEL S, PATTERSON T L, GRANT I. Depressive Symptoms Predict Norepinephrine Response to a psychological Stressor Task in Alzheimer's Caregivers. *Psychosomatic Medicine*. 2005; 67:638-642.
79. FARRAN C J, LOUKISSA D A. Caring for self while caring for others: the two-track life of coping with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*. 2004: 38-46.
80. MOURIK J C, ROSSO S M, NIERMEIJER M F, DUIVENVOORDEN H J, SWIETEN J C, TIBBEN A. Frontotemporal Dementia: Behavioral Symptoms and Caregiver Distress. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2004; 18:299-306.
81. SHIELDS C. Family Interaction and Caregivers of Alzheimer's Disease Patients: Correlates of Depression. *Fam. Proc*. 1992; 31:19-33.
82. GARRIDO R, MENEZES P R. Impacto em Cuidadores de Idosos com Demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(6): 1-13.
83. MARTIN P, LEÓN J, ALONSO F, CATALÁN M J, PONDAL M, ZAMARBIDE I, TOBIÁS A, PEDRO J. Quality of life of caregivers in Parkinson's disease. *Qual Life Res*. 2005; 14: 463-472.

84. LÓPEZ J, ARRIETA J, CRESPO M. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005; 41:81-94.

85. HARRIS J K J, GODFREY H P D, PARTRIDGE F M, KNIGHT R G. Caregiver depression following traumatic brain injury (TBI): a consequence of adverse effects on family members? *Brain Injury*. 2001; 15(3): 223-238.

Apêndice A. Aprovação do Comitê de Ética.

Apêndice B. Índice de Barthel*.

1. Alimentar-se (se comida precisar ser cortada = ajuda)
10 = Independente.
05 = Alguma ajuda é necessária.
2. Mudar da cadeira de rodas para a cama e voltar (incluindo sentar na cama)
15 = Independente em todas as fases dessa atividade.
10 = Uma ajuda mínima é necessária em algum estágio dessa atividade ou o paciente precisa ser lembrado ou supervisionado para segurança em uma ou mais partes dessa atividade.
05 = O paciente pode sentar-se sem a ajuda de uma segunda pessoa, mas precisa ser levado da cama, ou se ele se transfere, somente com muita ajuda.
3. Higiene pessoal (lavar o rosto, pentear o cabelo, barbear-se, escovar os dentes)
05 = O paciente consegue lavar o rosto e as mãos, pentear o cabelo, escovar os dentes e barbear-se.
4. Ir e voltar ao banheiro (manusear roupas, limpar-se, dar a descarga)
10 = O paciente é capaz de ir e voltar do banheiro, abrir e fechar as roupas, prevenir sujar as roupas e usar o papel higiênico sem ajuda.
05 = O paciente precisa de ajuda, devido ao desequilíbrio.
5. Tomar banho
05 = O paciente consegue usar a banheira ou chuveiro, ou tomar um banho completo com esponja.
6. Andar em superfície plana (ou se incapaz de andar, empurrar a cadeira de rodas)
15 = O paciente consegue andar pelo menos 45 metros sem ajuda ou supervisão.
10 = O paciente precisa de ajuda ou supervisão.
05 = Se o paciente não consegue andar, mas consegue empurrar a cadeira de rodas independentemente.
7. Subir e descer escadas
10 = O paciente deve ser capaz de subir e descer um lance de escadas seguramente, sem ajuda ou supervisão.
05 = O paciente necessita de ajuda ou supervisão.
8. Vestir-se (inclui amarrar sapatos, abotoar fechos)
10 = O paciente é capaz de colocar, remover e abotoar todas as roupas, assim como amarrar os sapatos.
05 = O paciente precisa de ajuda para colocar, remover ou abotoar qualquer peça de roupa.
9. Controlar o intestino
10 = O paciente é capaz de controlar os intestinos e não ter acidentes.

05 = O paciente precisa ajuda em usar um supositório, realizar um enema ou sofre acidentes ocasionais.

10. Controlar a bexiga

10 = O paciente é capaz de controlar a bexiga durante o dia e a noite.

05 = O paciente tem acidentes ocasionais ou não consegue, esperar pelo urinol ou chegar ao toailete em tempo ou precisa de ajuda com um dispositivo externo.

* Um escore de 0 é dado na atividade quando o paciente não consegue satisfazer os critérios definidos.

Apêndice C. Inventário de Ansiedade de Beck - BAI.

Abaixo se encontra uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Leia atentamente cada item e identifique o quanto você tem se incomodado durante a última semana, incluindo hoje, colocando um X no espaço correspondente.

1. Dormência ou Formigamento	ABSOLUTAMENTE NÃO	LEVEMENTE Não me incomoda muito	MODERADAMENTE É muito desagradável, mas eu suporto	GRAVEMENTE Dificilmente suportarei
2. Sensação de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				

15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não, devido ao calor)				

Apêndice D. Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton - HAM-D.

Item	Escore
1- Humor Depressivo	0 - 4
2- Sentimentos de Culpa	0 - 4
3- Suicídio	0 - 4
4- Insônia Inicial	0 - 2
5- Insônia Intermediária	0 - 2
6- Insônia Tardia	0 - 2
7- Trabalhos e Atividades	0 - 4
8- Retardo	0 - 4
9- Agitação	0 - 4
10- Ansiedade Psíquica	0 - 4
11- Ansiedade Somática	0 - 4
12- Sintomas Somáticos Gastrointestinais	0 - 2
13- Sintomas Somáticos Gerais	0 - 2
14- Sintomas Genitais	0 - 2
15- Hipocondria	0 - 4
16- Alteração de Peso	0 - 2
17- Crítica (insight)	0 - 2
18- Variação Diurna	0 - 2
19- Despersonalização e Desrealização	0 - 4
20- Sintomas Paranóides	0 - 4
21- Sintomas Obsessivos e Compulsivos	0 - 4
Adaptado por Kaplan e Saddock, 2002.	

Guia da Entrevista Estruturada para a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D)

Nome do Cuidador: _____

Entrevistador: _____ Data ____/____/____

Introdução:

Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana.

Como você tem se sentido com relação ao ato de cuidar?

1- Como tem estado o seu humor na última semana? Você tem se sentido para baixo ou deprimido? Triste? Sem esperança? Na última semana com que frequência você sentiu (utilizar a palavra usada pelo cuidador)? Todos os dias? O dia inteiro? Você tem chorado?

Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0- ausente;

1- sentimentos relatados somente se perguntados;

2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras;

3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e labilidade emocional;

4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal, como na comunicação não-verbal.

Pontuou-se de 1 a 4, perguntar: Há quanto tempo está se sentindo assim.

2- Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez alguma coisa errada ou decepcionou alguém?

Se sim: Quais foram esses pensamentos? Você está se sentindo culpado em relação às coisas que fez ou não fez? Tem pensado que dê alguma forma você é o único responsável pela sua depressão? Você sente que está sendo punido adoecendo?

Sentimentos de Culpa

0- ausente;

1- auto-recriminação, acha que decepcionou outras pessoas;

2- idéias de culpa ou ruminções de erros ou ações pecaminosas (más) no passado;

3- cuidador acha que cuidar da doença atual é punição (castigo). Delírio de culpa;

4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3- Nesta última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? Ou pensamentos de se machucar ou até se matar?

Se sim: O que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

Suicídio

0- ausente;

1- acha que não vale a pena viver;

2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si;

3- idéias ou atitudes suicidas;

4- tentativas de suicídio.

4- Como têm sido o seu sono na última semana? Você teve alguma dificuldade para iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para adormecer? Durante a semana, quantos dias você teve problemas para iniciar o sono?

Insônia Inicial

0- sem dificuldade para iniciar o sono;

1- queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora;

2- queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites.

5- Durante essa última semana você tem acordado no meio da noite?

Se sim: Você sai da cama? O que você faz? Somente vai ao banheiro? Quando volta para cama, retoma logo o sono? O sono tem estado agitado ou perturbado em algumas noites?

Insônia Intermediária

0- sem dificuldade;

1- queixa de agitação ou perturbação durante a noite;

2- acorda durante a noite (qualquer saída da cama, exceto por razões fisiológicas).

6- A que horas você tem acordado pela manhã na última semana?

Se cedo: Acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acordava antes do quadro depressivo?

Insônia Tardia

0- sem dificuldade;

1- acorda durante a madrugada, mas volta a dormir;

2- não consegue voltar a dormir, daí se levanta da cama durante a noite.

7- Como você tem passado seu tempo na última semana, quando não está trabalhando? Você se sente motivado a fazer suas atividades ou tem que se obrigar? Você abandonou alguma atividade de rotina? Se sim: Por quê? Há alguma coisa que você esteja aguardando ansiosamente?

Trabalho e Atividades

0- sem dificuldade;

1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionados a atividades, trabalho ou passatempos;

2- perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado pelo próprio paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sentimentos de muito esforço para a realização de quaisquer atividades);

3- diminuição no tempo gasto em atividades ou perda na produtividade geral. No trabalho, o cuidador ocupa-se menos de três horas em atividades (trabalho ou passatempos), com exceção das tarefas de rotina;

4- parou as tarefas diárias, devido doença. No domicílio encontra-se sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras de cuidador, ou se não consegue realizá-las sem ajuda.

8- Avaliação baseada na observação durante a entrevista.

Retardo (lentificação do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora).

0- pensamento e fala normal;

1- lentificação discreta à entrevista;

2- lentificação óbvia durante a entrevista;

3- entrevista difícil;

4- estupor completo.

9- Avaliação baseada na observação durante a entrevista.

Agitação

0- nenhuma;

1- inquietação;

2- mexe as mãos, cabelos, etc;

3- movimenta-se bastante, não consegue se manter sentado durante a entrevista;

4- retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10- Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana? Tem estado preocupado com coisas pouco importantes com as quais normalmente não se preocupa?

Se sim: Com o que, por exemplo.

Ansiedade Psíquica

- 0- sem dificuldade;
- 1- tensão e irritabilidade subjetivas;
- 2- preocupa-se com trivialidades;
- 3- atitude apreensiva aparente no rosto e na fala;
- 4- paciente expressa medo sem ser perguntado.

11- Na última semana você sofreu alguns dos seguintes sintomas físicos:

GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreias, cólicas, eructações;

CV: palpitações, cefaléias, sudorese;

Respiratórios: hiperventilação, respiração suspirosa;

Urinários: poliúria.

- 0- ausente;
- 1- duvidoso ou trivial: sintomas menores relatados quando questionados;
- 2- leve: cuidador descreve espontaneamente os sintomas, porém não são acentuados ou incapacitantes;
- 3- moderado: mais que dois sintomas e com maior frequência são acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento orgânico normal;
- 4- grave: manifestação sintomática persistente e incapacitante na maior parte do tempo e/ou ataques de pânico quase que diariamente (vide quadro sugestivo de pânico).

Crítérios para Ataque de Pânico (segundo DSM-IV)

Constitui-se de um período distinto de intenso temor ou desconforto, no qual quatro ou mais dos seguintes sintomas desenvolveram-se abruptamente e alcançaram um pico em 10 minutos:

- (1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado;
- (2) sudorese;
- (3) tremores ou abalos;
- (4) sensação de falta de ar ou sufocamento;
- (5) sensação de asfixia;
- (6) dor ou desconforto torácico;
- (7) náusea ou desconforto abdominal;
- (8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio;
- (9) desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciando-se de si mesmo);
- (10) medo de perder o controle ou enlouquecer;
- (11) medo de morrer;
- (12) parestesias (anestesia ou sensações de formigamento);

(13) calafrios ou ondas de calor.

12- Como tem estado seu apetite nesta última semana? Houve alguma mudança significativa? Você tem tido que se esforçar para alimentar-se? Há a necessidade de outras pessoas insistirem para que você se alimente?

Sintomas Gastrintestinais Somáticos

0- nenhum;

1- perda de apetite;

2- dificuldade para comer se não insistirem.

13- Como tem estado sua energia nesta última semana? Você se sente cansado o tempo todo? Nesta última semana você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular? Nesta última semana você tem sentido um peso nos membros, nas costas ou na cabeça?

Sintomas Somáticos Gerais

0- nenhum;

1- peso nos membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos; perda de energia e fatigabilidade;

2- qualquer sintoma bem caracterizado e nítido.

14- Como tem estado seu interesse por sexo nesta última semana? Não se trata de desempenho, mas naquilo que você tem pensado, no apetite sexual. Houve alguma mudança em seu interesse por sexo em relação à época que antecede a sua depressão?

Sintomas Genitais (perda da libido, distúrbios menstruais)

0- ausente;

1- leve ou infreqüente: perda da libido, desempenho sexual insatisfatório;

2- óbvio e grave: perda completa do interesse sexual.

15- Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado em sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo? Comparando ao estado anterior à depressão. Você se queixa muito dos sintomas físicos? Tem se deparado com situações em que pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho?

Se sim: Como o que, por exemplo? Com que freqüência isso tem ocorrido?

Hipocondria

0- ausente;

1- auto-observação aumentada (em relação ao corpo);

2- preocupação com a saúde;

3- queixas freqüentes, pedidos de ajuda;

4- delírios hipocondríacos.

16- Você perdeu algum peso desde que a depressão começou?

Se sim: Quanto? Você acha que suas roupas estão mais folgadas? Depois disso você voltou a ganhar peso?

Perda de Peso (desde o início da doença)

0- sem perda de peso ou perda sem correlação com a depressão;

1- perda de peso, provavelmente causada pela doença atual;

2- perda de peso, definitivamente causada pela doença atual.

17- Avaliação baseada na observação

Crítica (consequência da doença)

0- reconhece estar deprimido ou doente OU não estar deprimido no momento;

1- reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, a necessidade de descanso, etc;

2- nega estar doente.

Score total HAM-D – 17 itens.

Apêndice E. Inventário de Depressão de Beck - BDI.

Beck Depression Inventory – BDI (Beck et al., 1961) – versão revisada (Beck et al., 1979)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste
1 Eu me sinto triste
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
2 Acho que nada tenho a esperar
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes
2 Não encontro um prazer real em mais nada
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido
1 Acho que posso ser punido
2 Creio que serei punido
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo
1 Estou decepcionado comigo mesmo
2 Estou enojado de mim
3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros
 - 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
 - 3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
 - 2 Gostaria de me matar
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais do que o habitual
 - 1 Choro mais agora do que costumava
 - 2 Agora, choro o tempo todo
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui
 - 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo
 - 3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas
 - 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
 - 3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes
 - 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
 - 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser
 - 1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos
 - 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
 - 3 Acredito que pareço feio
15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes
 - 1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa
 - 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
 - 3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual
 - 1 Não durmo tão bem quanto costumava
 - 2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava
 - 2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa
 - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual
- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser
 - 2 Meu apetite está muito pior agora
 - 3 Não tenho mais nenhum apetite
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente
- 1 Perdi mais de dois quilos e meio
 - 2 Perdi mais de cinco quilos
 - 3 Perdi mais de sete quilos
- Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: sim() não ()
20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual
- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre
 - 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
 - 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar
 - 2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Apêndice F. Inventário de Estratégias de Coping.

Ways of Coping Inventory (Folkman e Lazarus, 1985) – adaptado por Savioa et al. (1996)

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____

0 Não usei esta estratégia

1 Usei um pouco

2 Usei bastante

3 Usei em grande quantidade

- | | |
|---|---------|
| 1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo | 0 1 2 3 |
| 2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor | 0 1 2 3 |
| 3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair | 0 1 2 3 |
| 4. Deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar.
O tempo é o melhor remédio. | 0 1 2 3 |
| 5. Procurei tirar alguma vantagem da situação | 0 1 2 3 |
| 6. Fiz alguma coisa que acreditava não dar resultados, mas ao menos estava
fazendo alguma coisa | 0 1 2 3 |
| 7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias | 0 1 2 3 |
| 8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados
sobre a situação | 0 1 2 3 |
| 9. Critiquei-me, repreendi-me | 0 1 2 3 |
| 10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras
opções | 0 1 2 3 |
| 11. Esperei que um milagre acontecesse | 0 1 2 3 |
| 12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino | 0 1 2 3 |
| 13. Fiz como se nada tivesse acontecido | 0 1 2 3 |
| 14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos | 0 1 2 3 |
| 15. Procurei encontrar o lado bom da situação | 0 1 2 3 |
| 16. Dormi mais que o normal | 0 1 2 3 |
| 17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema | 0 1 2 3 |
| 18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas | 0 1 2 3 |
| 19. Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem | 0 1 2 3 |
| 20. Inspirou-me a fazer algo criativo | 0 1 2 3 |
| 21. Procurei a situação desagradável | 0 1 2 3 |
| 22. Procurei ajuda profissional | 0 1 2 3 |
| 23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva | 0 1 2 3 |

24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa	0 1 2 3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos	0 1 2 3
26. Fiz um plano de ação e o segui	0 1 2 3
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado	0 1 2 3
28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos	0 1 2 3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim	0 1 2 3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava	0 1 2 3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	0 1 2 3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema	0 1 2 3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	0 1 2 3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0 1 2 3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso	0 1 2 3
36. Encontrei novas crenças	0 1 2 3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0 1 2 3
38. Redescobri o que é importante na vida	0 1 2 3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	0 1 2 3
40. Procurei fugir das pessoas em geral	0 1 2 3
41. Não me deixei impressionar, recusava-me a pensar muito sobre esta situação	0 1 2 3
42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos	0 1 2 3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0 1 2 3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela	0 1 2 3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0 1 2 3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	0 1 2 3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s)	0 1 2 3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar	0 1 2 3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0 1 2 3
50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo	0 1 2 3
51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez	0 1 2 3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema	0 1 2 3
53. Aceitei, nada poderia ser feito	0 1 2 3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo	0 1 2 3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido, ou como me senti	0 1 2 3
56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma	0 1 2 3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que	

aqueles em que eu estava	0 1 2 3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	0 1 2 3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0 1 2 3
60. Rezei	0 1 2 3
61. Preparei-me para o pior	0 1 2 3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	0 1 2 3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo	0 1 2 3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	0 1 2 3
65. Eu disse a mim mesmo(a) que as coisas poderiam ter sido piores	0 1 2 3
66. Corri ou fiz exercícios	0 1 2 3

Apêndice G. Tabelas dos Resultados da Relação de Idade e Tempo de Cuidado das Amostras.

Tabela G1. Percentis para a interação das amostras, referente à idade e tempo de cuidado.

		PERCENTIS						
		5	10	25	50	75	90	95
IDADE DO CUIDADOR (anos)	CUIDADOR DE CRIANÇAS	25.00	25.10	30.00	35.50	44.50	49.80	54.15
	CUIDADOR DE ADULTOS	30.65	32.00	37.00	42.50	52.25	58.90	65.90
IDADE DO PACIENTE (anos)	CUIDADOR DE CRIANÇAS	10.00	10.00	10.00	10.00	11.00	12.00	12.00
	CUIDADOR DE ADULTOS	20.00	20.20	46.25	57.50	71.50	77.80	81.70
TEMPO DE CUIDADO (meses)	CUIDADOR DE CRIANÇAS	120.00	120.00	120.00	120.00	132.00	144.00	144.00
	CUIDADOR DE ADULTOS	6.00	6.10	12.00	48.00	87.00	120.00	136.20

Tabela G2. Correlação de Spearman para a interação das amostras, referente à idade, tempo de cuidado e escalas.

		IDADE DO PACIENTE	TEMPO DE CUIDADO	HAM - D	BDI	BAI
IDADE DO CUIDADOR	Coefficiente de correlação de Spearman	.500	-.125	.152	.056	-.014
	<i>p</i>	.000	.341	.246	.672	.913
IDADE DO PACIENTE	Coefficiente de correlação de Spearman		-.612	.049	-.055	-.368
	<i>p</i>		.000	.708	.675	.004
TEMPO DE CUIDADO	Coefficiente de correlação de Spearman			.113	.211	.311
	<i>p</i>			.391	.105	.015

Tabela G2. Correlação de Spearman para a interação das amostras, referente à idade, tempo de cuidado e Inventário de Estratégias de Coping.

		CONFRONTO	AFASTAMENTO	AUTOCONTROLE	SUPORTE SOCIAL	ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	FUGA E ESQUIVA	RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	REAVLIAÇÃO POSITIVA
IDADE DO CUIDADOR	Coefficiente de correlação de Spearman	-.002	.230	.045	-.153	.116	.135	-.056	-.136
	<i>p</i>	.987	.077	.734	.242	.376	.303	.673	.301
IDADE DO PACIENTE	Coefficiente de correlação de Spearman	.098	.414	.043	-.002	.397	.376	-.057	-.112
	<i>p</i>	.458	.001	.744	.986	.002	.003	.666	.393
TEMPO DE CUIDADO	Coefficiente de correlação de Spearman	-.061	-.556	-.128	-.119	-.447	-.397	-.119	-.008
	<i>p</i>	.643	.000	.331	.366	.000	.002	.365	.949

Apêndice H. Tabelas dos Resultados das Percentis das Escalas e do Inventário de Estratégias de Coping em relação às Amostras.

Tabela H1. Percentis para a interação das amostras, referente às escalas.

		PERCENTIS							
		5	10	25	50	75	90	95	
GRUPO	CUIDADOR DE CRIANÇAS	Esca de Hamilton para avaliação de depressão	3.00	3.10	4.75	8.00	11.00	13.00	15.80
		Inventário de depressão de Beck	3.55	4.10	6.00	10.50	12.25	19.80	23.70
		Inventário de ansiedade de Beck	1.55	6.10	9.75	16.50	26.00	28.00	33.50
GRUPO	CUIDADOR DE ADULTOS	Esca de Hamilton para avaliação de depressão	.00	1.10	4.00	9.00	11.00	18.40	25.90
		Inventário de depressão de Beck	1.55	2.00	4.75	9.50	14.25	27.80	31.90
		Inventário de ansiedade de Beck	1.00	1.00	3.75	8.00	14.25	22.90	27.45

Tabela H2. Percentis para a interação das amostras, referente ao Inventário de Estratégias de Coping.

		PERCENTIS							
		5	10	25	50	75	90	95	
GRUPO	CUIDADOR DE CRIANÇAS	CONFRONTO	.00	2.00	3.75	5.50	7.50	10.00	10.90
		AFASTAMENTO	.00	.00	2.00	3.00	6.00	8.90	9.45
		AUTOCONTROLE	2.65	4.10	6.00	7.50	9.00	11.00	11.45
		SUPORTE SOCIAL	2.00	4.10	7.75	12.00	16.00	17.00	17.45
		ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	2.65	6.00	7.75	9.00	12.00	14.00	16.90
		FUGA E ESQUIVA	.00	.00	2.00	3.00	4.00	4.90	5.45
		RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	3.55	4.00	6.75	9.50	11.00	12.00	12.00
		REAVLIAÇÃO POSITIVA	10.55	13.00	15.75	18.50	21.00	21.90	24.45
GRUPO	CUIDADOR DE ADULTOS	CONFRONTO	.00	4.00	4.00	6.00	12.00	14.00	15.00
		AFASTAMENTO	2.55	4.00	5.75	9.00	10.25	12.00	13.35
		AUTOCONTROLE	2.55	4.00	6.00	7.00	10.25	12.00	14.45
		SUPORTE SOCIAL	6.00	7.00	9.00	12.50	15.00	16.00	18.00
		ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	7.55	8.20	11.00	13.00	15.00	17.00	20.00
		FUGA E ESQUIVA	1.10	2.00	3.00	5.00	6.00	6.00	6.00
		RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	3.55	5.00	6.75	9.00	11.25	12.00	12.00
		REAVLIAÇÃO POSITIVA	10.55	12.00	16.00	18.00	20.00	23.00	24.00

Apêndice I. Tabelas de Correlação do Inventário de Estratégias de Coping.

Tabela I1. Correlação de Spearman para a interação da amostra total (n=60), referente ao Inventário de Estratégias de Coping.

		AFASTAMENTO	AUTOCONTROLE	SUPORTE SOCIAL	ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	FUGA E ESQUIVA	RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	REAValiaÇÃO POSITIVA
CONFRONTO	Coefficiente de correlação de Spearman	.220	.097	.457	.309	.255	.174	.480
	<i>p</i>	.091	.462	.000	.016	.049	.184	.000
AFASTAMENTO	Coefficiente de correlação de Spearman		.159	.068	.396	.407	.093	-.005
	<i>p</i>		.225	.604	.002	.001	.482	.969
AUTOCONTROLE	Coefficiente de correlação de Spearman			.048	.115	.121	.341	.357
	<i>p</i>			.716	.383	.355	.008	.005
SUPORTE SOCIAL	Coefficiente de correlação de Spearman				.243	.120	.253	.362
	<i>p</i>				.061	.361	.051	.004
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	Coefficiente de correlação de Spearman					.485	.350	.270
	<i>p</i>					.000	.006	.037
FUGA E ESQUIVA	Coefficiente de correlação de Spearman						.195	.345
	<i>p</i>						.135	.007
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Coefficiente de correlação de Spearman							.307
	<i>p</i>							.017

Tabela I2. Correlação de Spearman para a interação da amostra de cuidadores de crianças (n=30), referente ao Inventário de Estratégias de Coping.

		AFASTAMENTO	AUTOCONTROLE	SUPORTE SOCIAL	ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	FUGA E ESQUIVA	RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	REAValiaÇÃO POSITIVA
CONFRONTO	Coefficiente de correlação de Spearman	-.024	-.208	.392	.245	.069	-.004	.490
	<i>p</i>	.899	.270	.032	.193	.718	.984	.006
AFASTAMENTO	Coefficiente de correlação de Spearman		.236	-.074	-.002	-.088	.052	.029
	<i>p</i>		.209	.696	.992	.645	.783	.881
AUTOCONTROLE	Coefficiente de correlação de Spearman				.126	-.189	.003	.143
	<i>p</i>				.505	.316	.990	.451
SUPORTE SOCIAL	Coefficiente de correlação de Spearman				.387	-.005	.278	.601
	<i>p</i>				.035	.981	.137	.000
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	Coefficiente de correlação de Spearman					.375	.514	.436
	<i>p</i>					.041	.004	.016
FUGA E ESQUIVA	Coefficiente de correlação de Spearman						-.033	.279
	<i>p</i>						.862	.135
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Coefficiente de correlação de Spearman							.043
	<i>p</i>							.822

1. GRUPO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS

Tabela I3. Correlação de Spearman para a interação da amostra de cuidadores de adultos (n=30), referente ao Inventário de Estratégias de Coping.

		AFASTAMENTO	AUTOCONTROLE	SUPORTE SOCIAL	ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	FUGA E ESQUIVA	RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	REAVALIAÇÃO POSITIVA
CONFRONTO	Coefficiente de correlação de Spearman	.316	.292	.487	.308	.268	.337	.465
	<i>p</i>	.089	.118	.006	.097	.152	.068	.010
AFASTAMENTO	Coefficiente de correlação de Spearman		.046	.269	.190	.326	.120	.001
	<i>p</i>		.810	.150	.315	.079	.529	.994
AUTOCONTROLE	Coefficiente de correlação de Spearman			.075	.130	.251	.626	.554
	<i>p</i>			.693	.494	.180	.000	.001
SUPORTE SOCIAL	Coefficiente de correlação de Spearman				.063	.298	.175	.069
	<i>p</i>				.742	.109	.354	.716
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	Coefficiente de correlação de Spearman					.211	.198	.295
	<i>p</i>					.263	.293	.114
FUGA E ESQUIVA	Coefficiente de correlação de Spearman						.417	.483
	<i>p</i>						.022	.007
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Coefficiente de correlação de Spearman							.561
	<i>p</i>							.001

GRUPO DE CUIDADORES DE ADULTOS

Apêndice J. Dados Brutos das Amostras estudadas.

SUJEITO	Grupo 1:Criança, Grupo 2:Adulto.			COPING										
	GRUPO	HAMILTON	BECK	BECK-A	TOTAL	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	
1	1	14	6	26	49	5	0	6	2	9	5	11	11	
2	1	11	11	7	62	7	0	8	8	11	3	5	20	
3	1	9	18	6	50	2	7	9	5	8	3	3	13	
4	1	12	16	27	61	4	3	11	6	9	4	8	16	
5	1	18	20	18	57	10	6	6	9	6	2	5	13	
6	1	9	21	25	48	3	1	4	7	9	3	8	13	
7	1	13	7	39	73	2	10	11	2	14	3	12	19	
8	1	12	27	19	56	2	3	5	10	8	2	11	15	
9	1	6	11	12	80	3	9	8	12	13	5	11	19	
10	1	10	13	28	58	10	8	6	4	6	3	4	17	
11	1	13	12	21	45	0	0	7	6	7	0	8	17	
12	1	5	3	1	31	0	4	1	8	1	3	4	10	
13	1	11	11	12	75	6	2	8	17	12	3	7	20	
14	1	3	4	2	63	6	4	6	12	4	2	11	18	
15	1	11	12	29	83	7	6	8	16	11	2	12	21	
16	1	3	6	11	77	5	6	7	16	10	3	11	19	
17	1	4	9	16	73	5	5	9	13	9	6	4	22	
18	1	7	4	14	73	9	3	10	13	10	0	10	18	
19	1	4	6	9	65	5	3	9	14	7	0	9	18	
20	1	10	11	26	68	4	4	9	12	9	3	12	15	
21	1	4	8	10	78	10	3	5	17	9	3	10	21	
22	1	4	10	7	74	6	3	12	12	9	3	8	21	
23	1	7	12	20	73	4	3	9	17	7	3	9	21	
24	1	6	6	17	74	6	2	9	16	10	3	7	21	
25	1	5	9	10	75	9	4	6	11	10	4	6	25	
26	1	11	11	14	77	6	0	6	13	18	4	12	18	
27	1	6	9	28	76	9	0	4	15	12	4	12	20	
28	1	7	5	23	82	5	9	11	15	14	0	12	16	
29	1	3	7	7	79	6	2	6	18	14	4	10	19	
30	1	9	15	26	96	12	8	5	16	16	4	11	24	
31	2	10	10	23	94	14	10	9	14	17	6	7	17	
32	2	5	6	17	73	5	15	3	15	13	3	9	10	
33	2	3	3	9	87	5	6	12	6	20	5	12	21	
34	2	0	1	3	99	13	11	12	13	15	3	12	20	
35	2	11	15	6	93	10	6	7	13	20	5	8	24	
36	2	10	9	22	66	4	10	2	10	11	6	8	15	
37	2	4	4	1	83	5	8	9	7	13	6	12	23	
38	2	9	12	8	92	12	12	6	15	14	6	8	19	
39	2	4	18	10	83	7	8	9	8	13	4	11	23	
40	2	1	2	2	78	5	10	7	6	16	5	10	19	
41	2	8	31	15	101	11	12	15	14	13	5	12	19	
42	2	13	2	4	105	15	9	14	16	13	6	12	20	
43	2	7	14	3	72	4	6	6	15	17	3	9	12	
44	2	5	10	14	71	0	10	7	9	11	6	11	17	
45	2	11	5	1	83	4	9	9	16	11	6	10	18	
46	2	3	3	1	101	14	12	9	18	13	5	11	19	
47	2	27	26	20	90	13	9	6	18	10	6	8	20	
48	2	9	11	12	83	7	4	10	14	13	5	12	18	

49	2	11	10	7	89	7	3	11	15	14	6	12	21
50	2	11	10	13	105	12	12	11	15	14	6	11	24
51	2	9	20	8	61	4	6	11	7	8	3	5	17
52	2	25	28	27	69	4	12	8	10	15	5	4	11
53	2	11	5	8	64	5	5	7	11	8	2	10	16
54	2	12	5	11	69	8	10	7	12	7	2	7	16
55	2	9	5	6	87	15	10	4	12	16	5	9	16
56	2	5	6	4	51	0	5	6	13	12	0	3	12
57	2	13	10	12	60	6	2	5	12	13	2	6	14
58	2	0	2	8	59	4	4	4	9	11	4	6	17
59	2	2	5	1	58	5	4	7	8	10	2	6	16
60	2	19	33	28	76	6	9	5	12	15	4	5	20

Anexo I. Manuscrito do Artigo Original.

ARTIGO ORIGINAL

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CUIDADORES
DE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS**

Erika Pereira Machado¹, Carlos Tomaz².

¹. Mestranda em Ciências da Saúde pela UnB (Universidade de Brasília), fisioerika@hotmail.com; pesquisadora.

². Professor Titular, ctomaz@unb.br; orientador e pesquisador.

Todos possuem currículo cadastrado na Plataforma Lattes do CNPq

Autor responsável pela correspondência: Erika Pereira Machado; Rua Goiânia, 1021 – Centro. Rio Verde – GO. Cep: 75901-020. Telefone (64)3621-1080 ou (64)9987-9070. E-mail: fisioerika@hotmail.com

Autor responsável pelos contatos pré-publicação: Carlos Tomaz; Universidade de Brasília/UnB – Faculdade de Ciências da Saúde – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. Brasília-DF. Cep: 70910-900. E-mail: ctomaz@unb.br. Telefone (61) 3307-2643

RESUMO

Objetivo: Avaliar os níveis de ansiedade e depressão em cuidadores de portadores de necessidades especiais atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde. **Materiais e Métodos:** 60 sujeitos, sendo 30 cuidadores de crianças e 30 cuidadores de adultos. Avaliados por entrevista individual, através Inventário de Ansiedade de Beck - BAI, Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton – HAM-D, Inventário de Depressão de Beck – BDI e Inventário de Estratégias de Coping. O método estatístico empregado foi análise descritiva. **Resultados:** Maiores níveis de ansiedade em cuidadores de crianças e de depressão em cuidadores de adultos. **Conclusão:** Confirma-se a hipótese de que o cotidiano do cuidador interfere na sua qualidade de vida, evoluindo à quadros de ansiedade e depressão.

Descritores: ansiedade, depressão, cuidadores.

ABSTRACT

Objective: To value the anxiety and depression profile of the caregivers' the bearers of special needs assisted in the School of Physiotherapy of the University of Rio Verde. **Material and Method:** 60 caregivers, being 30 caregivers of children and 30 caregivers of adults. The caregivers were appraised through individual interview, according to Inventory of Anxiety of Beck – BAI, Scale of Evaluation for Depression of Hamilton – HAM-D, Inventory of Depression Beck – BDI and Inventory of Strategies of Coping. The statistician method employed was descriptive analysis. **Results:** The biggers points the anxiety in children's caregivers and depression in adults' caregivers. **Conclusion:** Confirm the hypothesis that the daily of the caregivers interferes in their life quality, developing to the anxiety and depression pictures.

Descriptors: anxiety, depression, caregivers.

1. Introdução

A frequência de doenças crônicas em crianças e adultos tem apresentado uma prevalência bastante elevada com implicações em seu próprio desenvolvimento, principalmente, sobre estilo de vida e funcionamento psicossocial do paciente e seus cuidadores. Pesquisas sobre transtornos mentais, concomitantes às doenças orgânicas, têm indicado presença de problemas como depressão e ansiedade. Além disso, a doença crônica é vista como um estressor de longa duração que afeta não somente o paciente, mas também seus familiares e cuidadores.

Estimativas sobre a prevalência indicam que entre 15% e 18% da população infantil americana pode sofrer de alguma forma de disfunção crônica, incluindo condições físicas, deficiências no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e doença mental ⁽¹⁾. Cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, prepararem refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas ⁽²⁾. Estes dados remetem à preocupação por mais de 6 milhões de pessoas e famílias, e a um e meio milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil⁽³⁾.

No Brasil ⁽⁴⁾, a transição demográfica e a transição epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de dependentes de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Estas pessoas são familiares dos dependentes, especialmente, mulheres, que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. Aliás, não é só no Brasil

que as mulheres são as “grandes cuidadoras” dos incapacitados, sendo consideradas a cuidadora tradicional.

Todos os fatores e tipos de estresses que recaem sobre o cuidador resultam em um importante e, muitas vezes, debilitante estresse emocional. Este é somado pelas dificuldades em manejar o próprio tempo, os processos afetivos, de raciocínio, conscientes ou inconscientes, que formam a personalidade de cada indivíduo, as angústias, medos, tristezas e as múltiplas responsabilidades, assim como sentir a pressão da dependência do portador de necessidades especiais. Para o cuidador, as diversas formas de estresse podem resultar em sentimentos como ressentimentos, amargura e até raiva pelas constantes responsabilidades e privações. Podem também ocorrer conflitos nas relações entre pais e filhos, vindo, muitas vezes, a intensificar-se causando ansiedade e depressão.

Apesar destas constatações, algumas pessoas são capazes de enfrentar mais adequadamente as situações estressantes decorrentes do cuidado prestado. Assim, para propor intervenções, é necessário identificar a variabilidade das respostas aos estressores, para se promover programas que possam ajudar a limitar o impacto que o cuidar pode trazer ou ajudar a identificar e aumentar fatores que possam mediar e reduzir o impacto. Ainda pouco se sabe sobre a possível diferença entre o cuidar de crianças ou de adultos no que se refere aos níveis de ansiedade e depressão causados por esta tarefa. Neste sentido, o presente estudo investigou os níveis de ansiedade e depressão em pessoas cuidadoras de crianças ou de adultos portadoras de necessidades especiais.

2. Materiais e Métodos

2.1. Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo consistido na aplicação de 04 instrumentos que investigaram, avaliaram e classificaram o perfil de ansiedade e depressão dos em cuidadores, com idades variando entre 18 e 65 anos. Os cuidadores foram avaliados na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde-FESURV, Rio Verde, Goiás.

2.2. Sujeitos

A amostra constou de medidas derivadas, obtidas a partir de cuidadores de indivíduos portadores de necessidades especiais atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde-FESURV.

O tamanho amostral foi calculado, chegando-se a um número de 60 sujeitos, 30 cuidadores de portadores com disfunções pediátricas (Paralisia Cerebral Quadriplégica) e 30 cuidadores de portadores com disfunções em fase adulta (Acidente Vascular Encefálico); com faixa etária variando entre 18 e 65 anos, com escolaridade mínima correspondente ao 1º grau, com ambos os sexos e equivalência baixa de nível sócio-econômico-cultural. A amostra foi avaliada por meio do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Estratégias de Coping. Estes dados foram coletados por meio de entrevista individual realizada em ambiente privado, estando presentes somente à entrevistadora e o cuidador.

Os sujeitos foram caracterizados quanto à idade, sexo, atividade laborativa e grau de instrução. Segundo os critérios de exclusão do estudo foram considerados

fatores impeditivos, sujeitos que não estivessem na faixa etária referida ao estudo; tempo de cuidado ao portador inferior a 06 (seis) meses; cuidadores de portadores com idade inferior a 10 (dez) anos de idade; cuidadores com desordens físicas, com níveis de consciência alterados ou desorientação; uso de drogas; e cuidadores de portadores com comprometimento motor de grau leve, segundo critérios do Índice de Barthel⁽¹⁹⁾.

2.3. Procedimentos

Após aprovação do Comitê de Ética FS/UnB, os sujeitos foram entrevistados individualmente com preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, coleta de dados pessoais, confirmação dos critérios de inclusão, divulgação da proposta entre os sujeitos e execução da aplicação dos testes, com tempo máximo de 30 (trinta) minutos para cada sujeito.

O **Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI)**⁽⁴⁶⁾ de Beck *et al.* (1988) foi construído para medir sintomas de ansiedade, compartilhados de forma mínima com os de depressão. Constituído de 21 itens, permitindo a classificação em níveis de intensidade da ansiedade, que são os seguintes: 00 – 07= Ansiedade em grau mínimo; 08 – 15= Ansiedade em grau leve; 16 – 25= Ansiedade em grau moderado; 26 – 63= Ansiedade grave.

Utilizou-se a **Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton – HAM-D** adaptada por Kaplan⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾. Possui 03 versões contendo 17, 21 e 24 itens. Neste estudo foi utilizada a versão de 17 itens, que são pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4, com uma pontuação variando de 0 a 50. As pontuações totais foram consideradas a seguinte⁽³⁵⁻⁴⁶⁾: 00 – 07 = Normal; 08 – 13 = Depressão Leve; 14 – 18 = Depressão Moderada; 19 – 22 = Depressão Grave; Acima de 23 = Depressão Gravíssima.

O **Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI)** ⁽⁴⁶⁾ de Beck *et al.* (1961), consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, caracterizando os seguintes pontos ⁽⁴⁷⁾: < 10 = Sem Depressão ou Depressão Mínima; 10 – 18 = Depressão Leve a Moderada; 19 – 29 = Depressão Moderada a Grave; 30 – 63 = Depressão Grave.

O **Inventário de Estratégias de Coping** ⁽⁴⁶⁾ de Folkman e Lazarus (1985) é um questionário que contém 66 itens, englobando pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico.

Os itens que compõem o inventário serão divididos em oito fatores:

- Fator 1 – Confronto (itens 47, 17, 40, 34, 07, 28).
- Fator 2 – Afastamento (itens 41, 13, 44, 21, 06, 10).
- Fator 3 – Autocontrole (itens 15, 14, 43, 54, 35).
- Fator 4 – Suporte social (itens 42, 45, 08, 31, 18, 22).
- Fator 5 – Aceitação de responsabilidade (itens 51, 09, 52, 29, 48, 25, 62).
- Fator 6 – Fuga e esquiva (itens 58, 59).
- Fator 7 – Resolução de problemas (itens 49, 26, 46, 01).
- Fator 8 – Reavaliação positiva (itens 38, 56, 60, 30, 39, 20, 36, 63, 23).

Os sujeitos foram orientados a responder às questões pensando especificamente no enfrentamento de banho, higiene e alimentação.

Como critério de seleção, fez parte deste estudo somente cuidadores de portadores de necessidades especiais, com comprometimento motor de grau moderado a grave, conforme verificação a partir do **Índice de Barthel** ⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾ que constitui uma escala de perfil que mede a independência funcional e a mobilidade

em doentes com patologia crônica ⁽¹⁹⁾, indicando se estes necessitam de cuidados ou não, sendo classificado em 10 critérios de cuidados pessoais. Na escala de 10 itens o total pode variar de 0 a 100 ⁽¹⁹⁾, sendo: 0 – 20 = Dependência Total; 21 – 60 = Grave Dependência; 61 – 90 = Moderada Dependência; 91 – 99 = Muito Leve Dependência; 100 = Independência.

2.4. Análise Estatística

As análises foram feitas utilizando o programa SPSS 13[®] (Statistic Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA). O nível de significância (p-valor) foi estabelecido em 0,05. Inicialmente as variáveis quantitativas discretas, que representavam o valor obtido por cada sujeito em cada uma das escalas de avaliação, foram transformadas em variáveis qualitativas ordinais, segundo os critérios de pontuação, próprios de cada escala.

Análise da distribuição dos valores das variáveis quantitativas discretas demonstrou uma distribuição não normal, portanto, o teste estatístico utilizado para a análise de correlação foi o teste de Spearman.

3. Resultados

Os resultados obtidos estão apresentados, baseando-se no propósito de verificar o efeito dos cuidados prolongados e diários com o dependente de doença crônica. Para cada condição de estudo, os resultados foram quantificados com base nas médias e erro padrão da média. A análise descritiva dos níveis de ansiedade e depressão dos cuidadores de dependentes crônicos foi realizada por meio de frequências e os níveis de ansiedade e depressão com a frequência e as amostras de cuidadores de crianças e adultos.

INSERIR TABELA 1 AQUI

A tabela 1 ilustra os resultados da média e erro padrão da média, onde se pode verificar que diante dos 60 sujeitos a amostra de cuidadores de criança apresenta idade média de 36,67 e erro padrão de 1,61 e a amostra de cuidadores de adultos apresenta idade média de 44,70 e erro padrão de 1,87 ($p=0,002$), demonstrando que as amostras são diferentes nestas variáveis.

Foi observada uma forte Correlação Positiva ao ser analisado os testes de depressão, ou seja, o Inventário de Depressão de Beck – BDI e a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton – HAM-D, tanto no total (Figura 1) da amostra ($r=0,512$; $n=60$; $p<0,001$), como dentro de cada amostra separadamente (Cuidador de Crianças: $r=0,556$; $n=30$; $p=0,001$ e Cuidador de Adultos: $r=0,501$; $n=30$; $p=0,005$), são testes que sugerem se corresponder um ao outro.

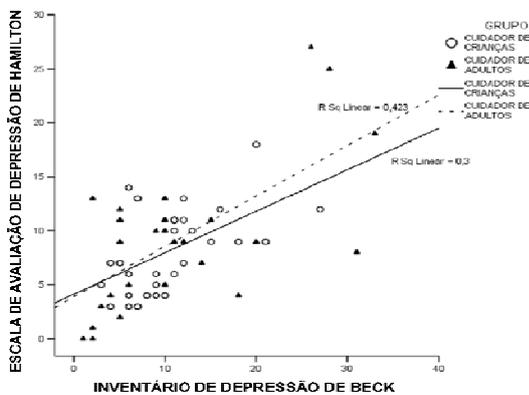


Figura 1. Correlação do Inventário de Depressão de Beck e da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton entre as amostras.

Após a categorização das variáveis quantitativas foi elaborada a tabela de frequência das classificações dentro de cada escala de avaliação para cada amostra.

INSERIR TABELA 2 AQUI

Observa-se que no Inventário de Ansiedade de Beck - BAI foi encontrada maior frequência das categorias Grave e Moderada na amostra de cuidadores de crianças (26,67% e 26,67%) em relação à amostra de cuidadores de adultos (6,67% e 13,33%).

Na Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HAM-D dentro de cada amostra estudada, foi encontrada maior frequência das categorias Leve e Normal na amostra de cuidadores de crianças (43,33% e 50,0%) e na amostra de cuidadores de adultos (50,0% e 40,0%). No entanto, foi verificado na amostra de cuidadores de adultos na categoria Gravíssima 6,67% e 3,33% na categoria Grave, fato este não observado dentro da amostra de cuidadores de crianças.

No Inventário de Depressão de Beck – BDI dentro de cada amostra estudada. Da mesma forma que na Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HAM-D, a amostra de cuidadores de crianças não apresentou frequência na categoria Grave, na amostra de cuidadores de adultos foi verificado nesta categoria 6,67% e 10,0% na categoria Moderada-Grave.

Diante do Inventário de Estratégias de Coping, cada dimensão foi estudada separadamente. Para a dimensão Confronto (fator 1) observa-se que dentro da amostra de cuidadores de adultos, foi observada uma maior proporção de sujeitos classificados dentro da categoria Muitas vezes ou Quase Sempre em relação à amostra de cuidadores de crianças (33,33% vs. 13,33%).

A dimensão Afastamento (fator 2) pode observar-se que dentro da amostra de cuidadores de adultos, foi observada uma proporção de sujeitos classificados dentro

da categoria Muitas Vezes ou Quase Sempre (23,33%), sendo o mesmo não apresentado na amostra de cuidadores de crianças.

Na dimensão Autocontrole (fator 3) foi verificado uma proporção de sujeitos classificados dentro das categorias das amostras de cuidadores de crianças e adultos.

Na dimensão Suporte Social (fator 4) são verificados 73,33% na categoria Muitas Vezes ou Quase Sempre na amostra de cuidadores de adultos e 66,67% na amostra de cuidadores de crianças, representando grande proporção em relação à amostra de cuidadores de crianças.

A dimensão Aceitação de Responsabilidade (fator 5) apresenta-se uma grande proporção de 83,33% na amostra de cuidadores de adultos na categoria Muitas Vezes ou Quase Sempre, diferenciando da amostra de cuidadores de crianças que apresentou uma representação de 33,33% na categoria referenciada.

Na dimensão Fuga e Esquiva (fator 6) demonstra uma proporção de 70,0% na amostra de cuidadores de adultos na categoria Muitas Vezes ou Quase Sempre e 56,67% na amostra de cuidadores de crianças na categoria Algumas Vezes.

A dimensão Resolução de Problemas (fator 7) apresenta com uma proporção igual de sujeitos classificados dentro da categoria Muitas vezes ou Quase Sempre em 76,67% nas amostras de cuidadores de crianças e adultos.

Para a dimensão Reavaliação Positiva (fator 8) pode observar-se que dentro da amostra de cuidadores de adultos, foi observada uma maior proporção de sujeitos classificados dentro da categoria Muitas vezes ou Quase Sempre (86,67%) em relação à amostra de cuidadores de crianças (83,33%) e maior proporção na categoria Algumas Vezes na amostra de cuidadores de crianças (16,67%) em relação à amostra de cuidadores de adultos (13,33%).

4. Discussão

O propósito deste estudo foi verificar se o cuidador de dependentes crônicos apresentaria quadros de ansiedade e depressão, diante dos cuidados realizados no dia-a-dia em crianças com seqüelas de Paralisia Cerebral Quadriplégica e adultos com seqüelas de Acidente Vascular Encefálico e realizar um rastreamento das atitudes utilizadas por este cuidador para lidar com as ações diárias de banho, higiene e alimentação.

Com base nos resultados constatou-se a presença de quadros de ansiedade e depressão e a reflexão das ações e pensamentos do dia-a-dia em sua qualidade de vida e cuidados diários com o dependente. Estes achados suportam a hipótese de que a interação entre as características da pessoa e as demandas do meio, ou seja, as discrepâncias entre o meio externo e interno e a percepção do indivíduo quanto a sua capacidade de resposta ⁽⁵⁾ são respostas ao estresse. Neste sentido pode-se considerar que os comportamentos e as respostas do indivíduo ao ambiente, parecem relacionar-se com a saúde e a doença ⁽⁶⁾, sendo as características da pessoa, nomeadamente traços de personalidade, mecanismos de defesa, estados emocionais e cognitivos, e os fatores sócio-ambientais, como as situações indutoras de stress.

Essa visão é verificada diante de respostas básicas de um estressor ⁽⁵⁾. As habilidades do sujeito para dar respostas adequadas a cada estressor dependem de um aprendizado prévio das condutas pertinentes e se a emissão de respostas recebeu reforço nas situações similares precedentes. Assim, a resposta ao estressor pode ser preditiva de transtornos específicos como verificado a partir do Inventário de Estratégias de Coping ⁽⁷⁾, que inclui pensamentos e comportamentos que o indivíduo utiliza para lidar com as exigências das transações indivíduo – meio que

tem relevância para o seu bem estar. Portanto, pode-se inferir com os resultados do presente estudo, que cuidadores de adultos e crianças apresentam tendências diferentes diante das situações avaliadas como ameaçadoras, para se confrontar com os desafios e para tentar aceitar as situações de dano ou de perda diante da doença crônica.

Os dados apontam que na amostra de cuidadores de adultos existe maior diferenciação entre as estratégias utilizadas, apresentando maior frequência em confronto, afastamento, aceitação de responsabilidade e fuga e esquiva. É possível, então, hipotetizar que cuidadores de adultos vivenciam com maior frequência a falta de adaptação entre as solicitações do contexto e os recursos apropriados para enfrentá-las ⁽⁸⁾. Fato este preconizado por a família apresentar dificuldades em assistir o paciente por conta das restrições impostas pelo AVE ⁽⁹⁾ e também pela dificuldade na aceitação da incapacidade do paciente, podendo construir metas não-realistas.

Contudo, nas estratégias de autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva as amostras de cuidadores de crianças e adultos tendem a se assemelhar, demonstrando uma atitude positiva diante dos enfrentamentos no cuidado diário, encorajando, assim, o portador a buscar sua recuperação e colaborar com os tratamentos diários. As evidências encontradas no presente estudo conduzem à relevância da atuação do profissional treinado e especializado, tendo em vista sua formação e direcionamento como facilitador da comunicação, visando à ampliação e aprimoramento ⁽¹⁰⁾ da relação paciente/cuidador.

Assim, um inadequado ajustamento entre o cuidador e ambiente pode levar a insatisfação do trabalho, ansiedade, insônias, queixas somáticas e a

comportamentos desajustados. Do ponto de vista evolutivo ⁽⁵⁾, a ansiedade e o medo, assim como o estresse, têm suas raízes nas reações de defesa dos animais.

Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que seus sintomas são primários ⁽¹¹⁾, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas. O impacto do indivíduo exposto aos cuidados diários de um dependente de doença crônica pode propiciar a intercorrência de quadros ansiosos, assim, foi utilizado neste estudo um instrumento de mensuração para aferir objetivamente as modificações comportamentais relacionadas à ansiedade, através do Inventário de Ansiedade de Beck – BAI, onde foi verificada uma maior frequência de quadros de ansiedade na amostra de cuidadores de crianças nas categorias moderado e grave. Os resultados evidenciam conforme o estudo de Ferreira ⁽¹²⁾ ao afirmar que nas famílias de crianças com problemas o que sobressai são as interações negativas associadas às manifestações externalizantes da criança, sinalizando um estilo parental reativo. Isto pode ser devido ao tempo de cuidados diários, pois quanto maior este período maior será o acúmulo de sobrecarga psicofísica aos sujeitos e ao grande impacto negativo que a PC traz à família ⁽¹³⁾.

Portanto, é necessário intervenções psicoeducacionais ⁽¹⁴⁾ com cuidadores, com intuito de facilitar o manejo do indivíduo dependente, sendo viável, mais de uma pessoa responsável aos cuidados diários objetivando a diminuição do impacto à vida do cuidador.

Os diagnósticos de ansiedade merecem intervenções, principalmente, pelo fato da alta prevalência de afecções psicológicas em mulheres ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, pois além da execução das tradicionais atribuições das tarefas, os cuidados com a casa e a família são atribuídos à mulher. Somando aos cuidados de casa, surgem os

cuidados aos indivíduos dependentes, realizado por familiares, que, na maioria das vezes, mulheres ⁽⁴⁻¹⁶⁾, sendo denominadas como grandes cuidadoras.

As situações de estresse produzem, portanto, um aumento geral da ativação do organismo, a fim de que o indivíduo possa reagir. Existem indicativos de associação entre a exposição a eventos de vida estressores negativos e depressão ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Brown ⁽¹⁸⁾ ao estudar mulheres deprimidas, concluem que a maioria dos casos apresentava eventos estressores anteriores ao surgimento do quadro depressivo. Achados como estes remetem para a questão da variabilidade individual, onde indivíduos podem não se expor a eventos de vida estressores ao acaso, mas apresentam uma tendência para selecionar situações com maior probabilidade em se constituir num evento de vida estressor; assim, um conjunto de traços geneticamente influenciados ⁽⁵⁾ aumenta a probabilidade do indivíduo selecionar para si situações de alto risco ambiental.

A presença de sintomatologia depressiva ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ entre pacientes dependentes é por vezes, interpretada como uma reação vivencial natural do paciente à percepção de que suas habilidades intelectuais estão deteriorando, refletindo na vida do cuidador ⁽²¹⁾; assim o presente estudo investigou através de 02 instrumentos de detecção de depressão: a Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HAM-D e Inventário de Depressão de Beck – BDI.

Os resultados indicam na Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HAM-D uma maior prevalência das categorias grave e gravíssima na amostra de cuidadores de adultos, diferenciando da amostra de cuidadores de crianças que apresenta uma categoria leve. Torna-se claro que o quadro de depressão evidenciado nesta população relaciona-se a episódios de sobrecarga ⁽²²⁾ vivida em consequência do contato próximo ⁽²³⁾ com um paciente seqüelado, deficiente nas

funções vitais, às vezes, com transtornos de humor e que não admite, na maioria dos casos, sua dependência, gerando desajustes e insatisfações no cuidador, pela tentativa de suprir as perdas conseqüentes de uma patologia debilitantes por toda vida ⁽²⁴⁾.

No Inventário de Depressão de Beck – BDI os resultados corroboram a escala anterior, sendo verificado uma categoria moderada e grave em cuidadores de adultos e uma categoria leve em cuidadores de crianças. Cuidadores informais de portadores de demências evidenciam quadros de depressão com prejuízos na saúde mental e social ⁽²⁴⁾, sendo a mulher a mais atingida nesta relação de cuidados ⁽²⁵⁾. Os dados obtidos nas amostras evidenciam uma correlação nos testes psicométricos, assim, vale dizer que ambos são capazes de evidenciar quadros de depressão. Contudo, justifica-se uma avaliação clínica utilizando critérios diagnósticos bem definidos e encaminhamento ao atendimento especializado ⁽²⁶⁾.

Portanto, os dados do estudo sugerem uma vulnerabilidade para Depressão em cuidadores de dependentes crônicos adultos ⁽²⁷⁻²⁸⁻²⁹⁾, fato este pode ser atribuído por haver uma sobrecarga psíquica e mental em comparação com a amostra de cuidadores de crianças.

Assim, uma explicação para o presente estudo corrobora aos estudos de Garrido ⁽³⁰⁾, e López ⁽³¹⁾ que justifica tão resultado como uma hipótese de desgaste, onde a exposição prolongada aos estressores afeta o bem estar do cuidador ⁽³⁰⁾, ou seja, o bem estar declina ao longo dos tempos diante de uma exposição contínua aos agentes agressores ⁽³²⁾ e estressantes do dia-a-dia, modificando seu estado físico, psicológico e emocional; onde suas conseqüências têm uma íntima relação em como o cuidador vive esta experiência, assim, o ato de cuidar pode também trazer satisfações benéficas ⁽³¹⁾.

5. Considerações Finais

A interação com os cuidadores permitiu evidenciar o quanto se sentem apreensivos na situação de acompanhantes ou facilitador de um indivíduo dependente vítima de uma doença crônica. As razões para essa apreensão poderiam ser fundamentadas na falta de informações.

A resposta de enfrentamento ao evento estressor provocará uma diminuição da cascata fisiológica ativada, podendo propiciar ao sujeito um esgotamento com aparecimento de transtornos psicofisiológicos diversos, dentre eles a ansiedade e depressão, objeto do presente estudo em cuidadores de portadores de necessidades especiais. Diversos estudos avaliam a relação entre a ocorrência de eventos de vida estressores e o surgimento de quadros de ansiedade e depressão, principalmente referenciados a saúde do cuidador de dependentes crônicos.

Em síntese, não nos parece possível separar a análise das situações indutoras de stress das experiências de stress, das estratégias de coping e das conseqüências das mesmas, pela sua importância no ambiente de trabalho e sua relação com a sua saúde mental e física dos cuidadores. Isto, porque as circunstâncias indutoras de stress devem ser identificadas e analisadas adequadamente, para que seja possível uma intervenção eficaz, no sentido de modificá-las ou de minimizar os seus efeitos negativos.

6. Referências

1- CASTRO E K, PICCININI C A. Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: reflexão e crítica* 2002; 15(3): 625-635.

- 2- MEDINA C, SHIRASSU M, GOLDFEDER M. 1998. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores (U. Karsch, org.) 1998; 199-214 São Paulo.
- 3- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2001 [citado 2002 jul 27]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>
- 4- KARSCH U M. Idosos Dependentes: famílias e cuidadores. Caderno Saúde Pública 2003; 19 (3) Rio de Janeiro.
5. MARGIS R, PICON P, COSNER A F, SILVEIRA R O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Rev Psiquiatria 2003; 25 (1 supl):65-74.
6. 52. BINIK Y. Psychosocial Predictors of Sudden Death: A Review and Critique. Social Science and Medicine 1985; 7:667-680.
7. GORENSTEIN C, ANDRADE L H S G, ZUARDI A W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos, 2000.
8. HARRISON R V. Person – environment Fit and Job Stress; Stress at Work. Chichester: John Wiley and Sons, 1978.
9. CHAGAS N R, MONTEIRO A R M. Educação em Saúde e Família: o cuidado ao paciente, vítima de Acidente Vascular Cerebral. Acta Scientiarum. Health Sciences 2004; 26 (1): 193-204.
10. PEREIRA M E M S M, ARAÚJO T C C F. Estratégias de Enfrentamento na Reabilitação do Traumatismo Raquimedular. Arq Neuropsiquiatria 2005; 63(2B): 502-507.
11. CASTILHO A R G, RECONDO R, ASBAHR F R, MANFRO G G. Transtornos de Ansiedade. Rev Bras. Psiquiatria. 2000; 22(Supl II): 20-23.

12. FERREIRA M C T. Ambiente Familiar e os Problemas do Comportamento apresentados por Crianças com Baixo Desempenho Escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2002; 15(1): 35-44.
13. GROV E K, DAHL A A. Anxiety, depression and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*. 2005; 16(1): 1185-1191.
14. GARRIDO R, ALMEIDA O P. Distúrbios de Comportamento em Pacientes com Demência: impacto sobre a vida do cuidador. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 1999; 57(2B): 427-434.
15. MAKIYAMA T Y, BATTISTTELLA L R, LITVOC J, MARTINS L C. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégico por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr* 2004; 11(3); 106-109.
16. MU P, KUO H, CHANG K. Boundary ambiguity, coping patterns and depression in mothers caring for children with epilepsy in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42: 273-282.
17. DAVIES N. Patients' and carers' perceptions of factors influencing recovery after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32(2): 318-326.
18. BROWN G W, BIFULCO A, HARRIS T O. Life events, vulnerability and onset of depression. Some Refinements. *British Journal of Psychiatry*. 1987; 150: 30-42.
19. ALMEIDA O P. Sintomas Psiquiátricos entre Pacientes com Demência atendidos em um Serviço Ambulatorial. *Arq. Neuropsiquiatria*. 1999; 57(4): 937-943.
20. ROLLMAN B L, BELNAP B H, MAZUMDAR S, ZHU F, KROENKE K, SCHULBERG H C, SHEAR M K. Symptomatic Severity of Prim-MD Diagnosed Episodes of Panic and Generalized Anxiety Disorder in Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2005; 20: 623-628.

21. GILLEN R, TENNEM H, AFFECK G, STEINPREIS R. Distress, Depressive Symptoms, and Depressive Disorder among Caregivers of patients with brain injury. *J. Head Trauma Rehabil.* 1998; 13(3): 31-43.
22. BRONNEC M, CORRUBLE E, FALISSARD B, REYNAUD M, GUELFY J, HARDY P. Reports on Defense styles in Depression. *Psychopathology - Health & Medical Complete.* 2005; 38(1): 9-15.
23. BOCCHI S C M. Vivendo a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev. Latino Americana Enfermagem* 2004; 12(1): 115-121.
24. TAKAHASHI M, TANAKA K, MIYAOKA H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2005; 59: 473-480.
25. ROMÁN S, SAVOIA M G. Pensamentos automáticos e ansiedade num grupo de jogadores de futebol de campo. *Psicologia teórico-prática* 2003; 5(2): 13-22.
26. MAUSBACH B T, DIMSDALE J E, ZIELGLER M G, MILLS P J, ISRAEL S, PATTERSON T L, GRANT I. Depressive Symptoms Predict Norepinephrine Response to a psychological Stressor Task in Alzheimer's Caregivers. *Psychosomatic Medicine.* 2005; 67:638-642.
27. FARRAN C J, LOUKISSA D A. Caring for self while caring for others: the two-track life of coping with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing.* 2004: 38-46.
28. MOURIK J C, ROSSO S M, NIERMEIJER M F, DUIVENVOORDEN H J, SWIETEN J C, TIBBEN A. Frontotemporal Dementia: Behavioral Symptoms and Caregiver Distress. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2004; 18:299-306.
29. SHIELDS C. Family Interaction and Caregivers of Alzheimer's Disease Patients: Correlates of Depression. *Fam. Proc.* 1992; 31:19-33.

30. GARRIDO R, MENEZES P R. Impacto em Cuidadores de Idosos com Demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(6): 1-13.

31. LÓPEZ J, ARRIETA J, CRESPO M. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005; 41:81-94.

32. HARRIS J K J, GODFREY H P D, PARTRIDGE F M, KNIGHT R G. Caregiver depression following traumatic brain injury (TBI): a consequence of adverse effects on family members? *Brain Injury*. 2001; 15(3): 223-238.

Tabela 1 – Média e erro padrão da média da idade e tempo de cuidado nos grupos

	<i>Média (erro padrão da média)</i>		<i>p-valor (2 caudas)</i>
	<i>CUIDADOR DE CRIANÇAS</i>	<i>CUIDADOR DE ADULTOS</i>	
IDADE DO CUIDADOR (anos)	36,67 (1,61)	44,70 (1,87)	0,002
IDADE DO PACIENTE (anos)	10,50 (0,14)	55,63 (3,43)	<0,001
TEMPO DE CUIDADO (meses)	126,00 (1,70)	53,77 (7,88)	<0,001

Tabela 2 – Resultados dos testes nas amostras de cuidadores de crianças e adultos

		GRUPO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS	GRUPO DE CUIDADORES DE ADULTOS	
Inventário de Ansiedade de Beck	Mínimo	20,0%	40,0%	
	Leve	26,67%	40,0%	
	Moderado	26,67%	13,33%	
	Grave	26,67%	6,67%	
Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão	Normal	50,0%	40,0%	
	Leve	43,33%	50,0%	
	Grave	6,67%	3,33%	
	Gravíssima	-	6,67%	
Inventário de Depressão de Beck	Mínimo	46,67%	50,0%	
	Leve	43,33%	33,33%	
	Moderada	10,0%	10,0%	
	Grave	-	6,67%	
Inventário de Estratégias de Coping	Fator 1	Não	33,3%	26,7%
		Algumas	53,3%	40%
		Grande	13,3%	26,7%
		Sempre	-	6,7%
	Fator 2	Não	70%	23,3%
		Algumas	30%	53,3%
		Grande	-	23,3%
		Sempre	-	-
	Fator 3	Não	3,3%	6,7%
		Algumas	46,7%	46,7%
		Grande	46,7%	33,3%
		Sempre	3,3%	13,3%
	Fator 4	Não	10%	-
		Algumas	23,3%	26,7%
		Grande	33,3%	43,3%
		Sempre	33,3%	30%
	Fator 5	Não	6,7%	-
		Algumas	60%	16,7%
		Grande	30%	70%
		Sempre	3,3%	13,3%
	Fator 6	Não	13,3%	3,3%
		Algumas	56,7%	26,7%
		Grande	26,7%	36,7%
		Sempre	3,3%	33,3%
	Fator 7	Não	3,3%	3,3%
		Algumas	20%	20%
		Grande	26,7%	30%
		Sempre	50%	46,7%
	Fator 8	Não	-	-
		Algumas	16,7%	13,3
		Grande	56,7%	66,7%
		Sempre	26,7%	20%

Anexo II. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE UnB/FESURV
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LEVANTAMENTO DO PERFIL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO DOS CUIDADORES DE INDIVÍDUOS
PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

O presente documento é firmado entre o Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, e o(a) Sr(a) _____, portador(a) do RG _____. Neste documento, o(a) Sr(a) acima citado(a) declara que todas as informações, por ele(a) prestadas são verdadeiras, e que está consciente e devidamente informado(a) que será atendido(a) pela Pesquisadora e Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNB, Erika Pereira Machado.

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) e estou de acordo com que seja estudada minha história pessoal e profissional, bem como meus dados pessoais e informações pertinentes. Por outro lado, declaro-me ciente e concordo que a Universidade utilize informações e dados referentes ao meu caso, sendo mantida a privacidade pessoal, para fins de estudo e aprendizado, apresentação em congressos, publicação em livros, revistas e outras atividades científicas, tanto no país como no exterior, respeitada toda a legislação vigente em relação ao assunto.

O presente estudo se compromete a fazer diagnóstico de Ansiedade e Depressão, fazendo uso de testes e entrevistas, sem, entretanto, utilizar quaisquer métodos invasivos. Os pesquisadores se comprometem a apresentar e explicar ao(à) participante, para informação e consentimento do(a) mesmo(a), as propostas de diagnóstico e encaminhamento para tratamento, quando necessário.

Para tanto estou ciente dos seguintes pontos:

- O objetivo do presente estudo é avaliar o perfil de ansiedade e depressão dos cuidadores de indivíduos portadores de necessidades especiais atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia/FESURV e suas correlações nos domínios dos sentimentos e comportamentos relativos ao doente;
- Os instrumentos de investigação utilizados serão questionários, oferecendo instruções para administração;
- O instrumento para classificação do portador de necessidades especiais (grau moderado a grave) será o Índice de Barthel;
- Os testes realizados não causam danos físicos e/ou constrangimentos e não será realizado qualquer procedimento invasivo ou forma que proporcionará riscos à saúde do participante;
- Toda forma e instrumento de avaliação serão realizados mediante um pesquisador, orientado e treinado para tal;
- Em caso comprovado de despesas decorrentes da participação no estudo ou eventuais danos, o sujeito terá o ressarcimento devido, ou receberá a justa indenização, por parte da pesquisadora promotora do estudo.
- Informa-se também que há liberdade do sujeito recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, além de manter em sigilo e privacidade quanto aos dados envolvidos no estudo;
- Qualquer esclarecimento referente à realização do estudo poderá ser feito antes e durante o curso do estudo.
- Estando em pleno consentimento livre e esclarecido, assino o presente termo.

Participante

Mestranda Erika Pereira Machado
Pesquisador Responsável

Profº Drº Carlos Alberto Bezerra Tomaz
Orientador Responsável

Contatos com a Pesquisadora **Erika Pereira Machado** na Universidade de Rio Verde/FESURV – Faculdade de Fisioterapia – Clínica Escola de Fisioterapia. Tel:(64) 3620-2317 ou 9987-9070. Rio Verde – GO, cep: 75900-000. E-mail: erika@fesurv.br; erikamachado@unb.br; com o Orientador **Drº Carlos Alberto Bezerra Tomaz** na Universidade de Brasília/UnB – Faculdade de Ciências da Saúde – Programa de Pós-Graduação. Tel.:(61) 3307-2643 ou no Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. Brasília-DF, cep: 70910-900. E-mail: ctomaz@unb.br.

Anexo III.



Parecer 001/06

Assunto: Resultados dos Testes e Entrevistas de Ansiedade e Depressão

Prezada(o) Sr^a/Sr. _____:

Agradecemos sua participação no estudo que teve por objetivo avaliar o Perfil de Ansiedade e Depressão dos Cuidadores de Indivíduos Portadores de Necessidades Especiais e suas correlações nos domínios dos sentimentos e comportamentos relativos ao doente.

Estamos encaminhando o resultado dos testes e entrevistas, sem, entretanto, utilizar quaisquer métodos invasivos, como parte deste estudo no qual a Sr^a/Sr. colaborou. Reforçamos a importância de guardar os resultados, pois podem ser importantes para o acompanhamento de evolução do seu estado de saúde.

Os resultados destes testes e entrevistas são válidos como diagnóstico clínico. Caso algum dos valores esteja acima dos valores de referência, recomendamos procurar o Serviço de Saúde e um médico especializado, acompanhado destes resultados, para uma avaliação clínica e terapêutica específica.

Qualquer dúvida está à disposição.

Rio Verde, 10 de julho de 2006.

Mestranda: **Erika Pereira Machado**

Orientador: **Dr^o Carlos Alberto Bezerra Tomaz**

Contatos com a Pesquisadora **Erika Pereira Machado** na Universidade de Rio Verde/FESURV – Faculdade de Fisioterapia – Clínica Escola de Fisioterapia. Tel:(64) 3620-2317 ou 9987-9070. Rio Verde – GO, cep: 75900-000. E-mail: erika@fesurv.br; erikamachado@unb.br; com o Orientador **Dr^o Carlos Alberto Bezerra Tomaz** na Universidade de Brasília/UnB – Faculdade de Ciências da Saúde – Programa de Pós-Graduação. Tel.:(61) 3307-2643 ou no Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. Brasília-DF, cep: 70910-900. E-mail: tomaz@unb.br.