



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Diogo Nascimento Gonçalves

Transtornos de humor entre cuidadores de pacientes
com doenças crônicas incapacitantes da Unidade de
Saúde da Família Vila Bethânia, município de Viana-ES

Florianópolis, Março de 2023

Diogo Nascimento Gonçalves

Transtornos de humor entre cuidadores de pacientes com doenças
crônicas incapacitantes da Unidade de Saúde da Família Vila
Bethânia, município de Viana-ES

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Michelle Kuntz Durand
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Diogo Nascimento Gonçalves

Transtornos de humor entre cuidadores de pacientes com doenças crônicas incapacitantes da Unidade de Saúde da Família Vila Bethânia, município de Viana-ES

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Michelle Kuntz Durand
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: O presente estudo leva em consideração a importância do papel do cuidador na saúde do paciente dependente. É necessário que, ao consultar o paciente, a equipe multidisciplinar também seja capaz de avaliar atentamente o estado de saúde física e mental do cuidador. O prejuízo psíquico e por vezes a sobrecarga de trabalho pode levar ao seu adoecimento. A equipe que acompanha essas famílias deve, portanto, conhecer o perfil da população de cuidadores da sua região, além de suas capacidades e dificuldades. Identificar a presença de alterações como transtornos psíquicos advindos do trabalho de cuidador, bem como tratar e dialogar sobre o assunto, tornando-se de grande relevância quando se objetiva a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada em Atenção Domiciliar. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de alterações psiquiátricas do humor, além da correlação entre sobrecarga de trabalho do cuidador de paciente dependente de cuidados crônicos e o desconforto emocional causado por essa relação. **Metodologia:** Os participantes são cuidadores de doentes com incapacidades acompanhados em Atenção Domiciliar na UBS Vila Bethânia, do município de Viana – ES. Os indivíduos devem ser maiores de 18 anos e ter assumido o cuidado do paciente por no mínimo 6 meses. A coleta de dados se dará por meio de entrevista presencial ao cuidador, com aplicação dos instrumentos: Perfil sociodemográfico, Escala de Zarit reduzida e Escala HAD. **Resultados Esperados:** A partir deste estudo será elaborado um plano de ação para atendimento e acompanhamento das psicopatologias encontradas, com base no que for concluído a partir dos dados obtidos, além de propor para toda a equipe um olhar diferenciado em relação ao cuidado da pessoa incapaz, que deverá se estender também à saúde do cuidador. Tal abordagem deverá aprimorar as perspectivas da equipe de saúde em relação a Saúde Mental e cuidados crônicos em Atenção Domiciliar.

Palavras-chave: Ansiedade, Cuidadores, Depressão, Visita Domiciliar

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

A Unidade de Saúde da Família (USF) de Vila Bethânia, inaugurada em 2015, situa-se no município de Viana, estado do Espírito Santo (ES) e pertence à Região Metropolitana de Vitória. Criado no final do Século XVI, o município foi inicialmente colonizado por portugueses e posteriormente por imigrantes alemães e italianos, que vieram compor a mão-de-obra agrícola da região e povoar as margens da primeira estrada que ligaria Vitória a Minas Gerais. Indígenas que habitavam a região eram da tribo dos Puris. Os açorianos que se instalaram nessas terras iniciaram o cultivo do trigo, arroz, milho e mandioca iniciando assim o desenvolvimento da região.

Historicamente, sabe-se que na localização do atual bairro de Vila Bethania se situava uma fazenda, que tinha como principal atividade a plantação de arroz, cana-de-açúcar e agropecuária.

Posteriormente a área foi loteada e seus lotes foram vendidos a baixo custo, sem estruturação ou planejamento adequados.

O bairro é cortado pelo Rio Formate, outrora potável, onde se dispensa o esgoto de algumas residências, sendo que áreas próximas ao rio possuem alto risco de enchentes por serem menos elevadas.

Somado a isso, o bairro possui áreas de declives e diversas ruas não asfaltadas nos pontos mais afastados da rodovia principal. Nessas regiões mais elevadas é comum a ocorrência de tráfico de drogas devido ao menor policiamento e a precariedade da infraestrutura.

Próximo à BR-262, em área urbana, nas últimas décadas, o bairro tornou-se atrativo às empresas por sua localização, possuindo atualmente empresa de beneficiamento de alimentos, usina de reciclagem, indústria de papéis para escritório e diversas transportadoras.

Apesar do município de Viana possuir 60% de área rural, o setor industrial representa 42% do PIB do município. Uma linha férrea atravessa o bairro, porém a mesma encontra-se desativada há aproximadamente 3 anos.

A população é composta majoritariamente pelas classes C e D, não havendo população em situação de rua. O bairro é composto prioritariamente por casas de alvenaria, possuindo água e esgoto encanados - exceto população ribeirinha que lança esgoto direto no Rio Formate-, possui energia elétrica em 100% das casas. O bairro ainda conta com uma creche e uma escola pública de ensino médio. A escola pública de ensino fundamental situa-se em bairro próximo. Há transporte público no bairro, com circulação de 5 linhas de ônibus. Possui também supermercados, farmácia, feira livre, igrejas, praça, ginásio poliesportivo, campo society e presença de policiamento.

Os usuários locais do serviço de saúde tem a Unidade de Saúde (US) como principal serviço, o qual têm acesso, tornando-a referência para a população adscrita. Esta per-

cepção se dá por meio da participação ativa dos usuários nas atividades propostas pela equipe de USF, nas ações planejadas e de feedbacks junto à equipe de saúde. Há duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuando no local, abrangendo os bairros Vila Bethânia e Arlindo Villaschi.

O município de Viana possui aproximadamente 76.954 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em Vila Bethânia, a população é composta, de 5156 habitantes, sendo 51,55% mulheres e 48,45% homens. A maioria encontra-se na faixa etária entre 15-64 anos (72,3%), apresenta 6,7% de idosos com 65 anos ou mais, 6,9% são crianças de 0-4 anos de idade e 14,1% estão entre 5-14 anos de idade, de acordo com o Censo do IBGE de 2010 (BRASIL, 2020).

Há o registro de 1906 domicílios particulares permanentes, com uma média de 3,1 habitantes por domicílio no bairro.

A taxa média de alfabetização da área urbana do município é de 93,4% (onde Vila Bethânia se encontra), valor pouco acima da média do estado. O município registra IDEB de 5,3 nos anos iniciais do ensino fundamental e 4,1 nos anos finais. Dados apontam que 19,7% da população possui alguma ocupação, sendo o rendimento médio mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade com rendimento em Vila Bethânia é de R\$ 993,96, que é um valor acima da média do município (R\$ 856,53). Além disso, mais de 20% da população desse bairro recebem até 2 salários mínimos.

Quanto às gestantes, o coeficiente é de 14,5 gestantes/mil habitantes atendidas pela US Vila Bethânia, sendo que destes, em 2018, foram realizados 63% de partos via cesárea e 36% via vaginal. Quanto à prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população atendida pela USF Vila Bethânia, temos um coeficiente de 77,7 hipertensos por mil habitantes, no mês de dezembro de 2018, e o coeficiente de diabéticos é de 47,8 a cada mil habitantes.

Em se tratando de mortalidade da população geral, o coeficiente de mortalidade foi de 6,66 mortes/mil habitantes em 2018, sendo que foi encontrado o coeficiente de 1,33 mortes/mil habitantes por causas crônicas. A causa de morte mais registrada no ano foi por doenças do aparelho circulatório, seguido por neoplasias e mortes por causas externas (VIANA, 2020). Já o coeficiente de morte materna em 2018 é de 2,59 mortes/cem mil habitantes e o coeficiente de mortalidade infantil foi de 0,27 mortes/mil habitantes nesse período. O município apresenta taxa de mortalidade infantil de 6,40 óbitos por mil nascidos vivos, sendo as internações por diarreias de 0,3 para cada mil habitantes.

A maior procura pelos serviços de saúde da USF tem como objetivo o diagnóstico e acompanhamento de comorbidades, destacando-se em primeiro lugar a hipertensão arterial sistêmica, em segundo lugar o diabetes, em terceiro as dores crônicas de origem ortopédica ou reumatológica, e por último as doenças pulmonares crônicas, como asma ou DPOC. Devido ao grande número de pessoas portadoras das comorbidades descritas, somados à grande demanda por atendimento em virtude da reduzida quantidade de mé-

dicos no município, sobram poucos espaços na agenda para atendimentos de pacientes com outras queixas mais agudas. Dentre as afecções agudas, é possível dizer que as mais predominantes são arboviroses (Dengue, Zika ou Chikungunya), artralgias, dermatites e parasitoses.

Também merece importante destaque a alta incidência e prevalência de transtornos mentais, sobretudo os de humor como a depressão e ansiedade, muitas vezes somados a outras comorbidades, com elevado uso de medicações psicotrópicas por parte dos pacientes. Apesar da ausência de um CAPS no município, há um centro de referência em saúde mental e presença de psicólogos e assistentes sociais nas unidades básicas que tentam absorver esse tipo de demanda, sendo a maior parte do acompanhamento realizado na US de referência do usuário.

Na US também são reservadas agendas para realização de pré natal, puericultura e visita domiciliar. Em relação às consultas de pré-natal pode-se citar alta prevalência de Doença hipertensiva específica da gestação, Infecção do trato urinário e também o diagnóstico de sífilis durante a gestação. Durante a puericultura, as lesões de pele, como dermatites e infecções das vias aéreas superiores estão entre as queixas mais comuns.

Além disso, o cumprimento das ações de promoção em saúde frequentemente são requisitadas pela Secretaria de Municipal com base no calendário do Ministério da Saúde, como Outubro Rosa contra o Câncer de Mama, o Novembro Azul para a Saúde do Homem, e Maio Amarelo, para a prevenção de acidentes de trânsito. Tais ações são incorporadas na forma de pequenas palestras, reforços das orientações voltadas às campanhas tanto em atendimentos na Unidade de Saúde quanto nas visitas domiciliares, solicitação de exames, cartazes, panfletos e informações em geral.

“Ansiedade e Depressão em cuidadores de pacientes com dependência de cuidados da US Vila Bethania”

Considerando a grande relevância do papel do cuidador na saúde do paciente dependente, é necessário que ao consultar o paciente a equipe multidisciplinar também seja capaz de observar como se encontra o estado de saúde mental do cuidador, que representa a pessoa que se dispõe a assumir a responsabilidade, por vezes total, sobre a vida de outro indivíduo. Algumas destas pessoas tem pouca ajuda do restante da família ou do círculo de convivência, que não se dispõe a dividir a tarefa do cuidado da pessoa cronicamente debilitada. Além disso, o cuidador muitas das vezes precisa abrir mão do emprego e de atividades que antes realizava em seu cotidiano, por não poder abandonar o paciente sozinho para realizar compromissos fora do domicílio. Muitos dos cuidadores revelam sentimentos de tristeza, angústia, preocupação, por estarem dedicando grande parte do seu dia ao serviço de cuidar de outro indivíduo, sintomas esses que podem representar sintomas de transtornos de humor não diagnosticados ou não valorizados pela equipe, como ansiedade ou depressão.

O prejuízo psíquico que por vezes o trabalho do cuidador acarreta leva ao adoecer

do mesmo, tanto pelo trabalho em si quanto pela falta de tempo ou oportunidade do cuidador em realizar seu acompanhamento médico de rotina.

Sendo assim, a equipe multidisciplinar deve ser capaz de atender não só as demandas do paciente atendido na visita domiciliar, mas o foco também deve estar direcionado às necessidades do cuidador quanto à sua própria saúde, quando necessário.

Identificar a presença de transtornos de humor advindos do trabalho de cuidador, tratar e dialogar sobre o assunto é de suma importância em relação à melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada não a um, mas sim a dois ou mais indivíduos dentro do contexto que os insere, podendo até resolver problemas de dinâmica familiar antes ocultos ou subestimados.

O tema aborda segmentos da Saúde da Família de grande relevância no contexto do trabalho na ESF, que une equipe multidisciplinar, saúde do idoso, saúde mental e atenção domiciliar. É de meu interesse o estudo da saúde mental da população que faz parte da minha área de abrangência, intimamente relacionado com a qualidade de vida da população.

Estar atento às condições de saúde do âmbito familiar e não só focado em um só indivíduo nos leva a validar a necessidade desse estudo, pois em muitas das vezes desvalorizamos o estado de saúde do cuidador e focamos nas necessidades do doente, esquecendo que o mesmo possui um contexto familiar único, e que tanto o paciente acamado quanto o cuidador possuem necessidades físicas e psíquicas individuais. Queixas como insônia, redução ou aumento do apetite, humor deprimido, sensação de redução da energia, dores no corpo, agitação, choro fácil podem ser sinais de alerta para situações de prejuízo psíquico que podem estar afetando também o trabalho do cuidador.

Por vezes é esquecido que o cuidador também pode ser o responsável pelo sustento, que também pode ter filhos menores de idade para cuidar, que é o responsável pela cuidado material do lar. Ter um olhar mais atento à saúde psíquica do cuidador pode levar o mesmo a realizar as tarefas do dia a dia com maior resolutividade e satisfação pessoal, que reflete diretamente na saúde do acamado. A identificação de alterações da saúde psíquica do cuidador podem ser realizadas tanto durante a visita domiciliar quanto através de busca ativa dos mesmos para consulta e avaliação, por meio da aplicação de questionários e entrevista. Além disso, o correto tratamento e acompanhamento dos mesmos e a relação com a melhoria da qualidade de vida do paciente dependente também podem ser observadas através do estudo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a correlação entre sobrecarga de trabalho do cuidador de paciente dependente de cuidados crônicos e o desconforto emocional causado no contexto em que se insere.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os cuidadores de pacientes dependentes de cuidados residentes na área adscrita da Unidade de Saúde da Família de Vila Bethânia, município de Viana, ES;
- Classificar o grau de dependência do paciente dependente de cuidados;
- Verificar a prevalência de alterações psiquiátricas do humor entre os cuidadores de pacientes crônicos na área adscrita;
- Avaliar a relação entre sobrecarga do trabalho e desgaste emocional dos cuidadores desses pacientes.

3 Revisão da Literatura

No mundo, há uma tendência de aumento da longevidade humana. A melhoria da qualidade de vida, de condições socioeconômicas e a ampliação do acesso ao saneamento básico, aliada ao desenvolvimento da tecnologia, impactam diretamente na expectativa de vida das populações. Por outro lado, esse processo de desenvolvimento também resulta no aumento global da prevalência de co-morbidades, por vezes, incapacitantes (RABOW; HAUSER; ADAMS, 2004).

Nos últimos anos, o Brasil vem realizando uma transformação no seu perfil demográfico, passando de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado pelo aumento crescente de enfermidades complexas e que requerem maiores recursos. A presença de tais dados no perfil da população caracteriza a presença de faixas etárias mais avançadas no Brasil (GORDILHO et al., 2000).

Os indivíduos que são atingidos pelo aumento da expectativa de vida tem tendência a apresentar natural redução das capacidades decorrentes do avanço do ciclo vital. Somada à elevação da prevalência de doenças crônicas, podem resultar em significativa redução ou até mesmo perda de autonomia e aumento da dependência de terceiros para a realização das atividades básicas diárias, que na maioria das vezes são fundamentais na manutenção de sua qualidade de vida (SEQUEIRA, 2018).

A incapacidade funcional é um conceito que avalia objetivamente as condições de saúde dos indivíduos que são acometidos por alguma morbidade e apresentam prevalência de doenças crônicas que variam no impacto sobre a vida cotidiana. Tal incapacidade funcional pode ser resultado de uma doença crônico degenerativa, como por exemplo a Doença de Alzheimer, doenças auto-imunes, co-morbidades de ordem psiquiátrica graves, ou também ser consequente a processos agudos de doença, como ocorre em pacientes que sofrem amputações traumáticas de membros ou em acidentes vasculares encefálicos (GIACOMIN et al., 2005).

No entanto, cada paciente apresenta limitações físicas ou mentais singulares. A correta avaliação da incapacidade depende de diversos fatores que também devem levar em consideração o contexto social, econômico e ambiental em que a pessoa está inserida. A Organização Mundial da Saúde - OMS definiu incapacidade funcional como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar as atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

No Brasil, as taxas de prevalência de incapacidade funcional dos idosos mais pobres – até 1 salário-mínimo per capita – são maiores do que as dos idosos com rendimento mais elevado – mais de 5 salários mínimos per capita – variando de 20,4% a 39,3% e de 5,8% a 32,9%, respectivamente, nas mesorregiões. Portanto, os dados mostram que a renda está inversamente associada à incapacidade funcional – a elevação da renda parece

ser diretamente proporcional à elevação da qualidade de vida deste grupo, e contribui para a diminuição da incapacidade funcional. Entretanto, mesmo entre os indivíduos com nível socioeconômicos mais elevado, a taxa de prevalência é de 32% em algumas áreas do país. Os dados indicam que nos grupos com maior poder econômico, a realização de ações preventivas de saúde podem ser fatores que influenciem na redução do declínio funcional, sendo essa abordagem necessária em todas as camadas sociais. Algumas dessas ações estão baseadas na atenção voltada à pessoa dependente e também à saúde do cuidador, que assume o papel fundamental no cuidado e se torna interlocutor entre o paciente e o serviço de saúde (IBGE, 2009), (BORIM; FRANCISCO; NERI, 2017).

A questão do cuidado envolve dedicar-se a outra pessoa, considerando todo o desgaste físico e emocional, exposição a riscos físicos e psíquicos, além dos custos financeiros envolvidos nesse ato (RABOW; HAUSER; ADAMS, 2004).

Dessa forma, muitas vezes as pessoas dependentes de cuidados necessitam do apoio suplementar de seu círculo social mais próximo para a realização de tal tarefa. O cuidado informal à pessoa dependente geralmente é atribuído a indivíduos do círculo familiar, amigos, vizinhos ou grupos de pessoas próximas, não remunerados economicamente pelos cuidados que prestam, assumindo a responsabilidade sobre este paciente. O cuidador torna-se o “profissional oculto” dos cuidados à pessoa, vivenciando experiências que tornam parte de sua vida e do seu paciente. No entanto, a prestação de cuidados não se caracteriza como uma experiência somente desgastante. Sendo assim, identificar a dimensão positiva do cuidar pode despertar sentimentos de valorização para os cuidadores informais, na medida em que a relação poderá ser fortalecida quando é reforçado o sentimento de gratificação pelo cuidado realizado (ARAÚJO, 2009).

A escolha do cuidador nem sempre é pré-estabelecida, podendo se moldar de forma espontânea ou por indicação dos próprios membros da família, dadas as condições do paciente e a capacidade do cuidador, além de diversos outros fatores, como laços familiares ou afetivos, proximidade local, condições financeiras e disponibilidade de tempo. Os vínculos formados ao longo da vida do paciente com seu círculo social serão a peça fundamental para a relação entre o cuidador e o doente com os demais membros da família. Portanto, a afetividade é primordial para que haja o apoio (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

Vínculo e afeto também são importantes, pois profissionais e usuários transferem afeto. Com a consciência desses fluxos, pode-se melhor ajudar a pessoa a ampliar sua autonomia e a lidar com a doença de modo proveitoso (BRASIL, 2004).

Portanto, quando se fala da importância da qualidade da relação entre paciente e cuidador, a mesma tem grande relevância, sendo fator decisivo na mediação do estresse causado pela rotina e, indiretamente, contribui para a redução do ônus da contratransferência dos sentimentos que a doença pode gerar no cuidador (REZENDE et al., 2005).

As consequências negativas relacionadas ao cuidado dos pacientes, sobretudo nas fases mais agudas de piora clínica, costumam ser subestimadas. Tal fato pode estar relacionado à falta de conhecimento especializado sobre doenças psiquiátricas e subvalorização do adoecimento do outro ou pela visão equivocada de que o sentimento de angústia e ansiedade é um processo habitual entre pacientes em fase terminal e seus cuidadores (JONES, 2001).

A abordagem ao paciente dependente de cuidados não deve ter como foco apenas o acompanhamento e tratamento das co-morbidades em si. A equipe multidisciplinar deve voltar a atenção também aos indivíduos que fazem parte direta ou indiretamente do processo de cuidado, e com isso, ter em vista que, se, por um lado, os conflitos, interações e desagregações fazem parte do âmbito da família, diretamente intervindo na saúde de seus componentes, por outro, quando um deles depende de outra pessoa para o cuidado diário, sendo necessário que as pessoas se organizem para promover o cuidado, apresenta impacto direto nos círculos sociais que compõem essa família. As situações de doença com tendência a se arrastar por maior tempo podem fazer com que os familiares busquem recursos fora do círculo para suportar a situação (KURTZ et al., 1995), (CONCEIÇÃO, 2003).

Em alguns casos, todavia, a família ou o próprio cuidador podem não procurar o suporte necessário para a promoção do cuidado, acumulando para si responsabilidades que possam estar além de suas capacidades de resolução. Como consequência, surgem sentimentos de frustração, de incapacidade e tristeza, que se não sinalizados ou corrigidos, levam ao adoecimento psicológico. Tais sentimentos costumam ser fatores precipitantes de psicopatologias relacionadas ao humor, como a ansiedade e depressão, ou exacerbar doenças psiquiátricas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012), (NÓBREGA, 2010).

A prevalência de doenças psiquiátricas a nível mundial é significativa. As patologias mentais possuem causas multifatoriais em associação a um provável componente genético, e ocorre quando há um desequilíbrio entre a expressão de neurotransmissores em quantidade adequada, tais como a serotonina, dopamina e noradrenalina, ou ainda falha na captação dessas substâncias por seus receptores. Uma metanálise de 1980 a 2013 sobre a prevalência de transtornos mentais na população geral, revelou que 17,6% das pessoas apresentaram algum transtorno mental nos últimos 12 meses de realização do estudo e 29,2% ao longo da vida. No Brasil, estudos realizados em São Paulo e Rio de Janeiro entre 2005 e 2008 obtiveram os seguintes resultados: ao longo da vida 31,2% da população estudada no RJ e de 29,6 a 32,5% em SP apresentaram algum tipo de psicopatologia (ANDRADE et al., 2012), (RIBEIRO et al., 2013).

Em um estudo realizado com 1.277 pessoas com 15 anos ou mais, em domicílios da região de Pelotas/RS, vem ao encontro dos resultados de estudos realizados fora do país, com uma prevalência geral de transtornos mentais de 22,7%, com maior frequência em mulheres (26,5%) em relação aos indivíduos do sexo masculino (17,9%). Em relação à idade, pessoas na faixa etária de 25 a 54 anos apresentam maior prevalência de trans-

tornos mentais. É importante observar que os indivíduos que assumem compromisso de cuidadores estão incluídos, em sua maioria, nessa faixa etária (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Ribeiro e Souza (2010) aponta que o perfil do cuidador apresenta uma predominância do sexo feminino. Quanto ao grau de parentesco, a grande maioria se resume ao círculo familiar íntimo, sendo mais predominante o cuidador ser marido ou esposa, ou filho da pessoa dependente. Do total, 46,6% dos cuidadores disseram ser aposentados ou desempregados. Também foi observado que 66% dos indivíduos afirmam não ter escolhido assumir o papel de cuidador. Além disso, 60% relatam que suas atividades diárias foram interrompidas a fim de direcionar o tempo para a pessoa dependente.

Outro estudo que avaliou 133 cuidadores de pacientes em cuidados paliativos internados no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Campinas, em 2005, analisou a prevalência de ansiedade e depressão entre os cuidadores. Resultados apontaram que 84% relataram mudança na rotina devido ao compromisso com o cuidar. Do total, 68% dos cuidadores eram do sexo feminino, 81% tinham idade entre 14 e 55 anos, sendo 59% desempregados ou aposentados (REZENDE et al., 2005).

Diante do contexto apresentado, na tentativa de aprimorar o cuidado ao paciente com limitações da vida diária, considera-se de fundamental importância identificar características presentes no contexto da família da pessoa dependente, sobretudo dos cuidadores, observando se fatores que possam ser considerados estressores no contexto da família, que se organiza para atender às necessidades da pessoa dependente, possam desencadear ou exacerbar patologias mentais nos membros daquele círculo social.

Tais fatores, como os transtornos de humor, se não valorizados, podem influenciar negativamente no processo do cuidado e o vínculo entre o paciente e seu cuidador, considerando ainda que por vezes a autopercepção de adoecimento psíquico possa estar limitada ou reduzida. Dessa forma, o estudo propõe amplificar a dimensão do cuidado, levando em conta aspectos que vão além daqueles relacionados apenas ao doente.

4 Metodologia

O estudo proposto possui como público-alvo os indivíduos acompanhados pela equipe multidisciplinar da UBS Vila Bethânia, do município de Viana - ES, por meio de visita domiciliar.

Serão aqueles devidamente identificados pelos Agentes Comunitários de Saúde ou que constam no registro de atendimentos em Atenção Domiciliar, como pacientes portadores de doenças crônicas incapacitantes e seus respectivos cuidadores.

Inicialmente, será realizado um levantamento dos pacientes com doenças incapacitantes com necessidade de acompanhamento para inclusão neste estudo. Na próxima etapa, serão aplicados questionários para investigação de fatores externos (sociais, econômicos e de moradia) relacionados aos cuidadores e pacientes.

Em seguida, será aplicada uma escala para avaliação do nível de sobrecarga sobre os cuidadores. Por último, será aplicado também um screening para identificação de possíveis transtornos psiquiátricos do humor, por meio de testes validados pré-estabelecidos. A listagem de questionários está descrita a seguir:

- Questionário sócio-demográfico, contendo as variáveis: sexo, faixa etária, grau de parentesco, escolaridade, renda familiar do paciente, tempo de dedicação ao cuidado, uso de álcool ou tabaco.

- Avaliação de sobrecarga do cuidador pela Escala de Zarit reduzida ([BRASIL, 2013](#)):

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?
2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?
4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?
5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/doente se manifestou?
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Pontuação: Nunca (1 ponto); Quase nunca (2 pontos); Às vezes (3 pontos); Frequentemente (4 pontos); Quase sempre (5 pontos).

Resultado final: Sobrecarga leve (até 14 pontos); Sobrecarga moderada (15 – 21 pontos); Sobrecarga grave (acima de 22 pontos);

- Screening para depressão e ansiedade realizado por meio da Escala HAD (BOTEGA et al., 1995)– em anexo;

Os pacientes com necessidade de acompanhamento devem obrigatoriamente ser moradores situados na área adscrita atendida pela UBS Vila Bethania, que corresponde ao bairro de mesmo nome e também uma parte de Arlindo Villaschi. Os cuidadores podem ser familiares ou não. O vínculo de cuidado para inclusão neste estudo deve ser de no mínimo 6 meses.

A coleta de informações se dará por meio de visitas domiciliares dos pacientes previamente identificados dentro do território. Os médicos, enfermeiros e psicólogos aplicarão questionários sem a presença do paciente, por meio de entrevista particular durante as visitas, ou o cuidador será convidado a realizar a entrevista, também de forma presencial, na UBS. Os dados serão consolidados por meio de tabelas e gráficos, que estabelecerão a relação entre o nível de sobrecarga do cuidado e prevalência de transtornos do humor entre os cuidadores.

O tempo necessário para a execução da coleta de dados, consolidação e análise das informações é de 90 dias e terá baixos custos em relação a material e recursos humanos. Os formulários serão impressos na própria Unidade de Saúde, que também já dispõe de computador, telefone e internet para consolidação e análise dos dados.

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

<p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:</p> <p>3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p> <p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:</p> <p>0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada</p> <p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</p> <p>3 () Sim, e de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso</p> <p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Anualmente um pouco menos 2 () Anualmente bem menos 3 () Não consigo mais</p> <p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:</p> <p>3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente</p> <p>D 6) Eu me sinto alegre:</p> <p>3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo</p> <p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</p> <p>0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca</p> <p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:</p> <p>3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>	<p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um fio na barriga ou um aperto no estômago:</p> <p>0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre</p> <p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</p> <p>3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</p> <p>3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim</p> <p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca</p> <p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</p> <p>3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso</p> <p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</p> <p>0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca</p>
---	--

Referência: Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, 29(5): 355-63, 1995.

Figura 1 – Escala de avaliação do nível de ansiedade e depressão

5 Resultados Esperados

O presente estudo visa avaliar a prevalência de transtornos de humor entre cuidadores de pacientes com necessidade de cuidados crônicos assim como avaliar a relação entre a carga física, emocional e financeira atribuída ao ato do cuidado e a presença de psicopatologias, como ansiedade e depressão.

É imprescindível que a equipe multidisciplinar apresente estratégias para promoção de saúde e estabelecimento do vínculo de cuidado. Conhecendo as capacidades e limitações das famílias envolvidas, torna-se mais fácil a garantia da resolutividade de problemas.

Espera-se que os dados analisados mostrem se há aumento na prevalência de transtornos como ansiedade e depressão entre os cuidadores em relação à média da população em geral.

A partir das informações também pode-se avaliar se a sobrecarga do trabalho de cuidador corrobora para um possível aumento da prevalência de psicopatologias nesse grupo. Além disso, torna-se importante estabelecer o perfil social predominante entre os cuidadores que estão inseridos na área adscrita, de modo a conhecer melhor essa população e adaptar o trabalho em saúde à realidade local.

A partir deste estudo será elaborado um plano de ação para atendimento e acompanhamento das psicopatologias encontradas, com base no que for concluído a partir dos dados obtidos, além de propor para toda a equipe um olhar diferenciado em relação ao cuidado da pessoa incapaz, que deverá se estender também à saúde do cuidador. Tal abordagem deverá aprimorar as perspectivas da equipe de saúde em relação a Saúde Mental e cuidados crônicos em Atenção Domiciliar.

Referências

- ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: Findings from the são paulo megacity mental health survey, brazil. *PLoS one*, v. 7, n. 2, p. 1–11, 2012. Citado na página 17.
- ARAÚJO, O. Idosos dependentes: impacto positivo do cuidar na perspectiva da família. *Revista Sinais Vitais*, v. 86, p. 25–30, 2009. Citado na página 16.
- BORIM, F. S. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; NERI, A. L. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, p. 1–12, 2017. Citado na página 16.
- BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (had) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, p. 355–363, 1995. Citado na página 20.
- BRASIL, M. d. S. *HumanizaSUS: a clínica ampliada*. Brasília: Editora MS, 2004. Citado na página 16.
- BRASIL, M. d. S. S. d. A. à. S. D. d. A. B. *Caderno de Atenção Domiciliar*. Brasília: Editora MS, 2013. Citado na página 19.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 Jun. 2020. Citado na página 10.
- CONCEIÇÃO, B. M. da S. G. H. *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Citado na página 17.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, p. 187–193, 2005. Citado na página 15.
- GIACOMIN, K. C. et al. Projeto bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, p. 80–91, 2005. Citado na página 15.
- GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. Citado na página 15.
- IBGE, C. d. P. e. I. S. *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Citado na página 16.
- JONES, R. D. Depression and anxiety in oncology: the oncologist's perspective. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 8, p. 52–55, 2001. Citado na página 17.
- KURTZ, M. E. et al. Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression: a longitudinal view. *Social Science Medicine*, v. 40, p. 837–846, 1995. Citado na página 17.

- NÓBREGA, K. I. M. da. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em cuidadores de criança com neoplasia cerebral. *Sergipe*, n. 91, 2010. Curso de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS). Cap. 2. Citado na página 17.
- OLIVEIRA, V.; PEREIRA, T. Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem*, p. 43–54, 2012. Citado na página 17.
- RABOW, M. W.; HAUSER, J. M.; ADAMS, J. Supporting family caregivers at the end of life: "they don't know what they don't know". *JAMA*, p. 291–295, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- REZENDE, V. L. et al. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 27, p. 737–743, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 18.
- RIBEIRO, A. F.; SOUZA, C. A. de. O cuidador familiar de doentes com câncer. *Arquivo de Ciências em Saúde*, p. 22–26, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- RIBEIRO, W. S. et al. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in sao paulo and rio de janeiro, brazil. *PLoS one*, v. 8, n. 5, p. 1–13, 2013. Citado na página 17.
- SANTOS Élem Guimarães dos; SIQUEIRA, M. M. de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010. Citado na página 17.
- SEQUEIRA, C. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, 2018. Citado na página 15.
- VIANA, S. Secretaria Municipal de Saúde de. *Secretaria Municipal de Saúde de Viana*. 2020. Disponível em: <<http://www.viana.es.gov.br/site/secretaria/SEMSA>>. Acesso em: 05 Jun. 2020. Citado na página 10.