

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR DE
ENFERMOS CRÔNICOS**

Karin Souza Pereira Stival

Goiânia, 2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR DE
ENFERMOS CRÔNICOS**

Karin Souza Pereira Stival

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Psicologia.
Orientador: Dr. Sebastião Benício da Costa Neto.

Goiânia, junho de 2011

S862a Stival, Karin Souza Pereira.
Avaliação da qualidade de vida do cuidador de enfermos crônicos [manuscrito] / Karin Souza Pereira Stival. – 2011.
90 f.

Inclui Bibliografia

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2011.

Orientador: Dr. Sebastião Benício da Costa Neto.

Inclui lista de tabelas.

Inclui Anexos

1. Enfermos crônicos – cuidadores – qualidade de vida – estudo. 2. Cuidadores de enfermos – aspectos psicológicos. 3. *Coping*. 4. Estresse. 5. Doente crônico. I. Título.

CDU: 616-083:613.86(043)

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Folha de Avaliação

Karin Souza Pereira Stival

Avaliação da Qualidade de Vida do Cuidador de Enfermos Crônicos

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, Pós-Graduação *Stricto Sensu*.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto
Presidente da Banca: Professor-Orientador

Profa. Dra. Ângela Elizabeth Lapa Coelho
Centro Universitário de João Pessoa – Membro

Prof. Dr. Fabio Jesus Miranda
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Membro

Profa. Dra. Ana Cristina Resende
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Membro

Data da Avaliação: _____/_____/_____

Nota final: _____

Dedico esta dissertação a Deus, pela força com que me nutriu para superar os desafios e concluir mais esta empreitada; Mãe, Larissa, Paulo e a toda minha família, composta por meus verdadeiros mestres, modelo reais de perseverança, parceria, dedicação, amor e paciência.

Resumo

Esta dissertação parte da suposição de que certos cuidadores de enfermos crônicos apresentam uma dependência neste cuidado intenso e no vínculo que têm com o enfermo, levando-os a codependência. O interesse pelo tema decorre da necessidade de compreensão da qualidade de vida dos cuidadores de enfermos crônicos, incluindo os modos de enfrentamento de problemas utilizados em distintas fases da evolução da doença. Para aproximação ao tema, foi realizada uma revisão teórica (que compõem a Introdução e o Capítulo 1) nas bases: LILACS, IBECs, BDNF, MEDLINE, CAPES, HIGHTBEAM, além de levantamento de livros e sites relacionados aos descritores: qualidade de vida, codependência, doença crônica, cuidador e estratégias de enfrentamento psicológico. No Capítulo 2, apresenta-se um estudo empírico, elaborado com base nas regras da Revista Temas em Psicologia. Este trata-se de um estudo quanti-qualitativo, desenvolvido com 20 cuidadores de enfermos crônicos, de ambos os sexos, abordados entre junho e agosto de 2010, na Clínica Médica de um hospital escola. Aos participantes foram aplicados uma ficha sócio demográfica, o WHOQOL Abreviado, a EMEP e um roteiro de entrevista semi-estruturada. Os resultados indicaram que os escores de qualidade de vida foram satisfatórios e havia uma plasticidade no uso das estratégias de enfrentamento psicológico. Contudo, a análise das entrevistas evidenciou que a maior parte apresentava indicadores sugestivos de codependência. Conclui-se pela necessidade de intervenção psicológica em situações semelhantes, tanto para gerenciar as atitudes codependentes e manter bons níveis de qualidade de vida do cuidador, quanto para torná-lo um agente terapêutico do enfermo crônico.

Palavras Chave: Qualidade de vida, codependência, cuidador, doente crônico, estratégias de enfrentamento psicológico

Abstract

This dissertation starts from the assumption that some caregivers of the chronically ill present a dependency on this intense care and the bond they have with the sick, leading them to codependency. Interest in the subject stems from the need to understand the quality of life of caregivers of the chronically ill, including ways of coping with problems used in different stages of disease progression. To approach this issue, a literature review was performed (which makeup the Introduction and Chapter I) among the bases: LILACS, IBECs, BDENF, MEDLINE, CAPES, HIGHTBEAM, including researching books and sites relating to the key words: quality of life, codependency, chronic illness, caregiver, coping psychological strategies. Chapter 2 presents an empirical study, prepared under the rules of the journal *Issues in Psychology*. It is a quantitative and qualitative study conducted among 20 caregivers of the chronically ill, of both sexes approached between June and August 2010 in the medical clinic at a teaching hospital. Participants were administered a socio demographic form, the WHOQOL- abbreviated, the EMEP and a schedule of semi-structured interview. The results indicated that the quality of life scores were satisfactory and had plasticity in the use of psychological coping strategies. However, analysis of the interviews showed that most indicators showed suggestive of codependency. It is the need of psychological intervention in similar situations, both to manage codependent attitudes and maintain good levels of quality of life of caregivers, as to make them a therapeutic agent of the chronically ill.

Key words: quality of life, codependency, caregiver, chronic patient, psychological coping strategies.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - características sócio demográficas dos participantes (N=20)	38
Tabela 2 - Frequência de dimensões de qualidade de vida dos cuidadores de enfermos crônicos	39
Tabela 3 - Frequência de Categorias de Estratégias de Enfrentamento Psicológico de cuidadores de enfermos crônicos	41
Tabela 4 - Descrição das categorias temáticas com indicação a predisposição a características de codependência.....	43

SUMÁRIO

Resumo	iv
Abstract	v
Apresentação	viii
Introdução	01
Capítulo I - Codependência e doenças crônicas: aspectos históricos e conceituais	12
1.1 - Doença crônica: sobrecarga vivida pelo cuidador do enfermo e qualidade de vida	16
1.2 - Estratégias de enfrentamento psicológico (<i>coping</i>): confrontando o estresse	19
Referências Bibliográficas	24
Capítulo II - Qualidade de Vida, <i>coping</i> e predisposição a características de codependência: um estudo com cuidadores de enfermos crônicos	31
Método	34
Participantes	34
Critérios de Inclusão	34
Critérios de Exclusão	34
Materiais	34
Instrumentos	34
Procedimentos	36
Resultado e Discussão	37
Conclusão	51
Referências Bibliográficas	52
Anexos	55

Apresentação

O Tema relacionado ao familiar cuidador do enfermo crônico vem despertando meu interesse desde a graduação, quando tive a oportunidade de trabalhar, como estagiária de Psicologia, em um Hospital de Goiânia, realizando apoio psicológico ao cuidador principal do enfermo. A assistência psicológica, naquela instituição, era feita tanto de modo individual como grupal, de acordo com as necessidades dos usuários.

Naquele ensejo, eu e outras colegas graduandas do curso de psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, realizávamos um trabalho direcionado aos cuidadores que acompanhavam enfermos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), objetivando fornecer-lhes algumas instruções e regras de higiene e contato com os pacientes da UTI, repasse de instruções quanto aos procedimentos realizados pela equipe multiprofissional na UTI, bem como o comportamento e aspectos emocionais desejáveis dos cuidadores ao visitarem a UTI. Nestes encontros, pôde-se observar como alguns cuidadores principais investiam-se de poder no cuidado ao enfermo: eram eles quem tomavam as principais decisões, que realizavam as atividades de vida diária do enfermo de uma forma controladora, satisfazendo as necessidades do enfermo e excluindo, aparentemente, suas próprias necessidades.

Paralelamente à atividade exercida no hospital, realizei atendimento psicológico, também como estagiária, direcionado ao enfermo, familiar e cuidador, em uma clínica de psiquiatria particular em Goiânia; defrontei-me com explosões dramáticas e exhibições compulsivas de sentimentos pelo cuidador principal quando se deparava com a dificuldade em se separar do enfermo. O contato freqüente com o cuidador principal, e a observação da dificuldade de alguns deles receberem cuidados oferecidos pela instituição, possibilitou escrever meu trabalho de Conclusão de Curso de psicologia sobre a atuação do Psicólogo na UTI, abordando os benefícios possíveis para pacientes e familiares.

Mesmo prosseguindo o meu caminhar no aprendizado de graduação, e tendo me desligado destas instituições, permaneceu o interesse e a inquietação com relação ao cuidado voltado para o cuidador ante a situação vivida. Logo no início da revisão bibliográfica sobre o assunto constatou-se que a literatura na língua portuguesa se mostrava escassa.

Dessa forma, ao empreender o caminho do Mestrado em Psicologia, pude retomar o interesse que permanecia latente, e voltar meu olhar em direção ao cuidado da psicologia a esse indivíduo que vive uma circunstância repleta não só de incertezas e temores inerentes à doença do enfermo, como também de profundas mudanças em sua vida cotidiana e familiar.

Tal oportunidade se fez presente, precisamente, no momento em que o trabalho da Psicologia tem ocupado lugar de destaque nas discussões que envolvem a sua prática no cuidado de qualidade à saúde do enfermo e também de seu cuidador.

Por cuidador entende-se o indivíduo responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo enfermo; cuidar significa fazer coisas pra alguém, coisas estas que esse alguém não pode fazer sozinho; o cuidador pode ser alguém da família do paciente ou muito próximo, como um amigo ou vizinho, que passa a cuidar e aprende, na prática, com tentativas e erros, a melhor forma de auxiliar o enfermo.

A ausência de um suporte formal e regular acarreta o risco de que os cuidadores percebam seus recursos esgotados. Então, não somente o enfermo requererá mais ajuda profissional especializada como também o seu cuidador se tornará um demandante.

Embora a literatura apresente muitos estudos focando o enfermo crônico, e haja mesmo uma atenção crescente em relação a seu cuidador, observam-se lacunas na identificação de um possível padrão relacional e comportamental entre cuidador principal e enfermo crônico.

De maneira ampla, codependente refere-se aquela pessoa que convive de forma direta com algum sujeito que apresenta alguma dependência. Esta pessoa dedica-se ao cuidar de uma maneira exagerada. Nas minhas experiências, pude observar que este cuidador joga

o foco na outra pessoa e faz muito pelo enfermo e pouco por si, não porque se acha altruísta, mas porque se acha onipotente. Supõe-se que o codependente acredita que pode mudar os outros e seus relacionamentos são criados, não com a perspectiva de respeitar as pessoas, mas de ensinar o que acredita ser melhor para elas; é motivado pelo desejo de transformar o outro.

O desenvolvimento de novas tecnologias médicas vem contribuindo para uma maior sobrevivência dos portadores de doenças crônicas. Com isto, o cuidador do doente aumenta seu convívio e vínculo que não representa necessariamente, indício de bem estar geral.

Na estrutura desta dissertação, utilizou-se um formato contendo dois capítulos sendo que o primeiro deles consta de uma revisão teórica que traz os temas que serviram de embasamento para todo o estudo, sendo eles: codependência, características de identificação de indicadores de predisposição da codependência, qualidade de vida, doença crônica, cuidador familiar e modos de enfrentamentos de problemas.

A revisão da literatura não sistemática deu-se por meio do acesso às seguintes bases de dados: LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, IBECs - Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências de la Salud, MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System online*, BDENF - Base de Dados de Enfermagem, bases bibliográficas brasileiras de teses e dissertações da CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e HR - *Highbeam Research*. Ademais, a revisão se constitui do levantamento de livros e materiais de sites e entidades públicas, relacionadas aos descritores: qualidade de vida, codependência, *coping*, cuidadores e doença crônica. Em seguida, no Capítulo II, descreve-se um estudo quanti-qualitativo, cujo objetivo geral foi o de avaliar a qualidade de vida, o *coping* e indicadores de codependência obtidos a partir da aplicação dos instrumentos utilizados em vinte cuidadores de enfermos crônicos. Para a elaboração do Capítulo II, foram seguidas as recomendações da Revista Temas em Psicologia.

Avaliação da Qualidade de Vida do Cuidador de Enfermos Crônicos

Karin Souza Pereira Stival

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

A transição demográfica e epidemiológica, observada nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, tem proporcionado alterações nos quadros de morbimortalidade da população, caracterizando um aumento significativo na incidência e surgimento de doenças crônicas em faixas etárias cada vez mais jovens. Atualmente, as condições crônicas representam 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo e estima-se que, em 2020, 80% das doenças nos países em desenvolvimento, originarão de problemas crônicos (OMS, 2003).

O avanço tecnológico, a melhora das condições de nutrição, a ampliação de saneamento básico, o desenvolvimento das medicações e dos recursos de tratamento, contribuíram para a queda na mortalidade, por doenças infecciosas, e o aumento do número de tratamentos, expandindo, significativamente, o tempo de vida dos portadores de doenças crônicas. As novas possibilidades de tratamento garantem, ao indivíduo portador de uma doença crônica, maiores chances de sobreviver, além de melhorar a qualidade de vida (Seild & Zannon, 2004).

A doença crônica é caracterizada por sua longa duração e por ser incurável. Pode ter caráter hereditário, ou pode ter causas multifatoriais motivadas por um estilo de vida prejudicial ao doente em relação à alimentação, atividades físicas, sono, ingestão de álcool e fumo. O doente crônico, assim como seu cuidador, necessita, na maioria das vezes, refazer toda a sua rotina para se adaptar a esta nova situação (Guterman & Levigovitz, 1998).

Para Minayo (1991), o enfermo crônico é um personagem social com necessidades multideterminadas. Cada um possui, de acordo com a sua patologia e especificidades, suas características próprias. O estudo das enfermidades crônicas e do estado emocional de seus

portadores pode contribuir para uma maior compreensão sobre a doença, bem como auxiliar o enfermo a ter uma maior sobrevida com mais qualidade.

Rolland (1995) acrescenta que as doenças crônicas podem se apresentar de três formas distintas: a progressiva, a constante e a recorrente. As de forma progressiva, como, por exemplo, o câncer, Alzheimer, diabetes juvenil, artrite reumatóide e enfisema, caracterizam-se pela ausência de intervalos ou períodos de alívio dos sintomas, acarretando efeitos progressivos e severos, e nada pode ser feito para impedi-los. Essas características provocam sofrimento, desgaste e tensão crescentes nos membros familiares, que também enfrentam o risco de exaustão, principalmente, o cuidador.

Doenças crônicas caracterizadas como constantes são aquelas em que, tipicamente, ocorre um evento inicial e, depois, o curso biológico se estabiliza. Incluem-se entre elas o acidente vascular cerebral (AVC), o infarto do miocárdio de episódio único, o trauma resultante de amputação e lesão de medula espinhal com paralisia. Essas doenças exigem da família uma adaptação, pois, logo de início, ela se defronta com uma mudança semipermanente, que se torna estável e previsível durante um considerável período de tempo (Rolland, 1995).

Nas doenças recorrentes ou episódicas, como colite ulcerativa, asma, úlcera péptica, enxaquecas, estágios iniciais de esclerose múltipla, câncer em remissão e as doenças mentais, a adaptabilidade da família é diferenciada, pois requer uma flexibilidade que permita o movimento de ir e vir entre as formas de organização familiar. Por um lado, a família deve estar pronta para se restabelecer após situações de crises decorrentes de exacerbações da doença. Por outro, a frequência das crises afeta diretamente a vida familiar, levando-a a tensão pela contínua incerteza de quando ocorrerá a próxima recidiva (Rolland, 1995).

Percebe-se, então, que a doença crônica provoca mudanças, especialmente, na rotina e no planejamento de atividades, aumentando as responsabilidades e exigindo habilidades de natureza médica, social e emocional, de forma particular, nos casos de doenças incapacitantes,

em que o doente deixa de exercer suas atividades cotidianas. As crises recorrentes e a sobrecarga física, emocional e financeira levam à convivência com incertezas e ao enfrentamento de dilemas éticos, individuais, sociais e profissionais, além de onerosos e contínuos gastos, gerando outras condições crônicas que passam a afetar toda a família.

Segundo Adam (2001), para entender a dinâmica do enfermo crônico bem como de seu cuidador, deve-se levar em consideração os valores, as atitudes e as crenças, atentando-se que o fenômeno da doença crônica é complexo e articula fatores biológicos, psicológicos, sociológicos, econômicos, ambientais, culturais e espirituais.

Assim, não há como estabelecer, a priori, como a sociedade ou grupo, vivencia, pensa e simboliza o processo saúde-doença e seu enfrentamento. Cada um reage de uma determinada forma, com suas características, dentro de seu próprio contexto (Minayo, 1991).

Segundo Haley (1997), aproximadamente, 80% dos cuidadores, de um paciente com doença crônica, são membros da família que cuidam desses indivíduos em casa, e responsáveis por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente; cuidar significa fazer coisas para alguém, coisas estas que esse alguém não pode fazer sozinho.

Ademais, é importante destacar que cuidar é mais do que um ato, é uma atitude, já que abrange muito mais do que um momento de atenção e de zelo, constituindo uma atitude de ocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Atitude esta que tem importância ímpar nas situações em que os indivíduos não possuem de forma momentânea ou permanente, as condições necessárias para se auto cuidarem (Boff, 2002).

O termo cuidar inclui dar valor ao indivíduo cuidado, respeitar suas qualidades e necessidades, ajudar a protegê-lo de perigos e, acima de tudo, ter atitudes conscientes e comprometidas com seu bem-estar (Silveira, Caldas & Carneiro, 2006).

Nessa perspectiva, é preciso refletir sobre o caos que passa a imperar sobre a vida desse familiar cuidador e as implicações que essa desorganização causa sobre a saúde do mesmo. Dessa forma, Teixeira (2004) enfatiza que a base do bem-estar está relacionada com a

vida emocional e muitas enfermidades são produzidas por transtornos afetivos, sendo, emoção, corpo e mente componentes de um mesmo processo de vida humana.

O cuidador pode ser definido como primário ou secundário. O primário seria o indivíduo com a principal ou total responsabilidade no fornecimento da ajuda à pessoa necessitada, prestando cuidados diretos ao paciente e assumindo a responsabilidade pelos cuidados fundamentais necessários.

O secundário seria aquele que presta auxílios eventuais ou cuidados menos importantes entre todos os requeridos, sem a principal responsabilidade pelo cuidado (Medeiros, Ferraz & Quaresma, 1998).

Em decorrência do aumento de doenças crônicas e em função de uma política sanitária brasileira que se expressa através do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual privilegia a deshospitalização, há um crescente número de cuidadores familiares que passaram a desenvolver atividades de cuidado no próprio domicílio. Esse cuidador dedica grande parte de seu cotidiano às rotinas de cuidado com a pessoa doente, assumindo uma grande responsabilidade e, com pouco ou quase nenhum conhecimento técnico, segue cuidando em resposta às necessidades que as condições de vida lhe impõem (Marques, 2008).

Leal (2000) destaca que, desde os anos 1950, e, de maneira mais expressiva, na década de 1970, pesquisadores de vários países investigam, sistematicamente, a experiência do familiar cuidador, demonstrando que os cuidados intensivos prestados aos pacientes no dia-a-dia, associados às dificuldades encontradas no desempenho do papel de cuidador, resultam em mudanças nas atividades de vida diária e no funcionamento psíquico dos indivíduos envolvidos. Em outras palavras, o cuidador sem suporte pode ser um futuro paciente. Isto porque, geralmente, por imposição ou escolha, é tão pressionado por necessidades imediatas do doente que se esquece de si.

A dor, a dificuldade e as preocupações inerentes ao ato de cuidar fazem com que os cuidadores atribuam significados para o ato de cuidar, tais como: crescimento, gratidão,

doação, amor, dever, reparação, obrigação, elaboração de conflitos, resgate de omissões, troca, supressão de necessidades de carinho ou de amor, missão, descobrimento de potencial, aprendizado ou vontade de Deus (Silveira & Carneiro, 2006).

Muitas mudanças ocorrem na vida do doente e do cuidador que se depara com limitações, frustrações e perdas. Estas mudanças serão definidas pelo tipo de doença, maneira que se manifesta e como segue o seu curso, além do significado que o paciente e família atribuem ao evento (Lorga, Limp, Silveira & Camargo, 1982).

Segundo Ribeiro (1999), a necessidade do cuidador encontra-se relacionada com o nível de suporte social percebido pelo mesmo e constituída por parentes, amigos e vizinhos, seja em situação de crise ou do cotidiano. Este autor (1999) define suporte social como a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, demonstram preocupação, valoriza e cuida do outro.

Ribeiro (1999) considera que o suporte social está em restrita relação com os recursos que se encontram ao nosso dispor e as unidades sociais, como a família que respondem aos pedidos de ajuda e assistência. Ribeiro (1999) faz a distinção entre duas fontes de suporte social, sendo uma a do informal e a outra do formal. As fontes de suporte social informais expedem para os sujeitos (familiares, amigos, vizinhos, padre) e grupos sociais (clubes, igreja) susceptíveis de fornecer apoio nas atividades do dia-a-dia, constituindo uma forma de resposta à situação de vida normativa e não normativa. As fontes de suporte social formais abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde e outros) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos e outros), tendo como objetivo fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Ribeiro (1999) acrescenta que o suporte social tem um papel mediador particularmente importante nos indivíduos com enfermidades crônicas e seu familiar cuidador. Este suporte pode funcionar não só como um elemento amortecedor do impacto da doença, mas também como um recurso de resolução de problemas que resulta em uma

melhoria na satisfação individual, reciprocamente baixos níveis de suporte social pode causar ou potencializar a insatisfação pessoal.

Sendo o suporte social um importante fator de minimização do efeito da situação de adoecimento no funcionamento familiar, contribui para o ajustamento e a adaptação das situações de cuidar, auxiliando na resposta às necessidades especiais, particularmente as que dizem respeito a determinadas funções como a de familiar cuidador (Ribeiro, 1999).

O sofrimento e as necessidades do familiar cuidador são, muitas vezes, deixados de lado e o foco se concentra apenas no doente, aquele que aparece como o mais frágil na relação. Com isso, esse familiar aparece como Mártir cuidador e como aquele que, por sua vez, não precisa de cuidados (Humberg, 2003).

De acordo com Bleger (1997), familiares cuidadores, também, apresentam uma dependência no cuidar pelo vínculo que têm com o doente e podem apresentar um comportamento compulsivo de controlar, não conseguindo negar ajuda e cuidados.

Da mesma maneira que existem dependentes de drogas, de internet, de sexo e de trabalho, existem os dependentes do outro. Outro que possa preencher suas necessidades específicas. Para tal tipo de dependência, a literatura técnica tem denominado dependência como um padrão de comportamento disfuncional de relacionamento com pessoas muito dependentes, causando dificuldade em expressar sentimentos e necessidade de ter um propósito nos relacionamentos. Seria uma condição psicológica com controle compulsivo no relacionamento interpessoal, uma ajuda acompanhada de sofrimento e uma preocupação com pessoas extremamente dependentes (Harkness & Cotrell, 1997).

Laign (1989) acrescenta que, originalmente, o termo codependência foi usado para descrever a relação disfuncional entre a esposa e seu marido alcoólatra, havendo indicações de que evoluiu do termo co-alcoólatra, no final da década de 1970, quando o alcoolismo e a dependência a outras drogas começaram a ser chamadas de dependências químicas. O foco sobre a família intensificou-se e o conceito de codependência emergiu.

Zampieri (2004) caracteriza codependente como uma pessoa que vive de forma direta com alguém que convive com alguma dependência. É um jogo de comportamentos mal adaptativos e compulsivos, aprendidos na convivência familiar, ou em alguma ocorrência traumática a fim de sobreviver diante do estresse de intensa ou prolongada dor.

Giddens (1993) formula o conceito de codependente como uma pessoa que, para manter uma sensação de segurança ontológica, requer outro indivíduo para definir as suas carências. Ele não sente confiança sem estar dedicado às necessidades dos outros. Nesse relacionamento codependente, um indivíduo está ligado psicologicamente a outro cujas atividades são dirigidas por algum tipo de cuidado especial.

Whitfield (1997) relata que o codependente precisa estar com alguém que não tenha um funcionamento saudável. Conseqüentemente continuaria na posição de cuidador, e não de ser cuidado, deixando de olhar para si mesmo, para suas próprias fragilidades e necessidades. Whitfield (1997) vê a codependência como a perda de si mesmo.

O codependente acredita ter, em relação a sua condição, uma grande auto estima, agradando aos outros e não a ele mesmo. Interrompem suas atividades para atender ao chamado alheio; fazem sempre mais do que os outros pedem e, habilidosamente, antecipam os desejos do próximo e abrem mão dos seus com extrema facilidade. Em outros momentos, ficam chateados quando os outros não fazem o mesmo por eles (Almeida, 2008).

Beattie (2007) define que o codependente é alguém que tem deixado o comportamento de outra pessoa afetá-lo e é obcecado em controlar o comportamento da mesma.

De acordo com Zampieri (2004), não existe no DSM-IV (1995) ou na CID-10 (1993) definição para a codependência. Como não é reconhecida como doença, merece ainda muitos estudos. No entanto, pressupõe-se que a dependência se dá em um meio facilitador, em especial a família desajustada.

Apresentando-se como codependente, Beattie (2007) critica a falta de uma definição científica para o termo e traz, numa tentativa de definição, a noção de que:

Codependência é uma condição psicológica que se desenvolve como resultado da prática e da exposição prolongada do indivíduo às regras opressivas que impedem a expressão aberta de sentimentos e a discussão direta de problemas pessoais e interpessoais. São comportamentos aprendidos de derrotas ou defeitos de caráter que resultam numa diminuição da capacidade de iniciar relações afetivas ou participar delas (p.45).

De acordo com Almeida (2008), a codependência inicia-se quando uma pessoa, em uma relação comprometida com um doente, tenta controlar seu comportamento na esperança de ajudá-lo. Como consequência desta busca mal sucedida, de controle das atitudes do próximo, a pessoa acaba perdendo o domínio sobre seu próprio comportamento, comprometendo sua qualidade de vida, levando em consideração fatores como a saúde, a educação, o bem estar físico, psicológico, emocional e sua expectativa de vida. É um padrão de dolorosa dependência por comportamentos compulsivos e por aprovação dos outros para encontrar segurança e sentimentos de ter valor e identidade.

Edwards e Dare, C. (1997) desenvolveram uma análise nas quais são levados em conta os problemas no contexto dos relacionamentos mais íntimos e da rede social, da qual o indivíduo faz parte (tais como os conjuntos de valores, crenças, conhecimentos e práticas que constituem o referencial cultural que guia as ações deste cuidador na promoção da saúde do doente). Este referencial é construído ao longo da vida familiar e a partir das interações com as pessoas que lhes são importantes.

Conclui que as pessoas de uma família estão conectadas de forma muito íntima e com padrões e interação consideravelmente estáveis, e o exame destas conexões pode evidenciar as possibilidades de promoção de mudança em um comportamento-problema. Os padrões de interação observados podem ser compreendidos tanto como a causa quanto como o efeito do problema, comprometendo, assim, a qualidade de vida e bem-estar dos envolvidos.

A satisfação com a vida está vinculada à literatura sobre bem estar subjetivo e, embora as dimensões que abrangem o bem estar subjetivo sejam questionadas, satisfação com a vida tem sido vista como importante componente para se compreender a qualidade de vida global (Veenhoven, 2000).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida (QV) é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Ainda que hajam esforços nos âmbitos nacional e internacional para o avanço da compreensão da QV relacionada à saúde, permanece a questão de uma relativa imprecisão conceitual para vários autores (Costa Neto, Araújo & Curado 2005).

Segundo Pires (2001), o conceito de QV seria um estado de satisfação decorrente da realização progressiva dos desejos mais elevados. Em meio a tantos conceitos, o autor (2001) cita que muitos estão à procura de novos referenciais para enriquecer o sentido de suas vidas. Esse modelo consiste na própria individualidade, cuja manifestação é sufocada, a cada dia, sob o peso das múltiplas obrigações que temos a realizar.

Pires (2001), ainda, descreve QV como um conceito dinâmico que se modifica no processo de viver dos indivíduos. Inclui uma ampla variedade de condições internas e externas ao sujeito. As internas são, fundamentalmente, definidas pelo padrão pessoal como uma experiência interna de satisfação e um bem-estar com seu processo de viver. Já as externas oferecem predisposição para se ter uma vida de qualidade. Porém, mesmo que todas as condições sejam favoráveis, as pessoas podem considerar que não têm uma boa QV. Nas últimas décadas, o termo QV tem sido muito utilizado em diversos contextos.

Segundo o WHOQOL group (1995), a partir do início da década de 1990, parece consolidar-se um consenso, entre os estudiosos da área, quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e

sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida. Seria a avaliação do próprio indivíduo frente à situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. Este sentido, é preciso compreender a QV no contexto do indivíduo com seu grupo de convivência social, inserido na cultura, aqui estendida como a maneira pela qual os humanos se humanizam por meio de práticas que criam a existência social, econômica, política, religiosa, intelectual e artística (Chauí, 1995).

Já em relação à multidimensionalidade, sabe-se que, apesar das diversas definições, tanto nas áreas de ciência da saúde quanto na de ciência social, não se pode deixar de observar que a QV possui um conceito multidimensional, que inclui bem estar (material, físico, social, emocional e produtivo) e satisfação em várias áreas da vida (Huebner, 1994).

Contudo, para Seild e Zannon (2004), o termo qualidade de vida surgiu, pela primeira vez, na literatura médica, na década de 1930. Estas autoras, seguindo uma tendência da Organização Mundial da Saúde (OMS), consideram a QV como a percepção da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para entender como se processam as relações entre os diferentes campos das dimensões humanas, acreditando que o conceito de QV é relativo a cada população específica, a OMS formou na década de 1990, um grupo de estudo constituído por representantes de diferentes regiões do mundo, com o objetivo inicial de elaborar um conceito atual de QV e, em seguida, um instrumento capaz de desvendá-la (OMS, 1993).

Como resultado deste estudo, a OMS (1998) informa que QV é a representação intelectual e afetiva do indivíduo de sua situação na vida, bem como no sistema de valores e costumes nos quais ele vive e em relação a sua necessidade. Tendo este conceito como parâmetro, foi criado na segunda metade da década de 1990, um instrumento de avaliação denominado WHOQOL, com oito domínios diferentes: físico, psicológico, nível de independência, relação social, meio ambiente, aspectos espirituais, religião e crenças pessoais.

Um estudo piloto qualitativo foi desenvolvido com o auxílio de investigadores e consultores de diversos países e em diferentes culturas (Fleck *et al.*, 1999). Uma lista de domínios e subdomínios (facetas) foi apresentada e discutida em grupos focais com diferentes amostras e em diferentes centros, envolvendo indivíduos normais, indivíduos portadores de doenças e profissionais da saúde; as questões do questionário foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada até extremamente), capacidade (nada até completamente), frequência (nunca até sempre) e avaliação (muito insatisfeito até muito satisfeito; muito ruim até muito bom).

A QV pode diminuir com a incapacidade física, pode ser influenciada, com a mesma ou maior frequência, por meio do sofrimento e abalo emocional ou até mesmo não ser afetada pela condição da debilidade do corpo.

Na prática assistencial na área da saúde, o tema da QV é importante, principalmente, nos casos de enfermidades crônicas, pois, é necessário examinar como o tratamento em longo prazo pode comprometer o futuro de pacientes e de seus cuidadores (Moreno & Castro, 2005).

Assim, supõem-se uma associação entre doenças crônicas, codependência e QV. Em seu conjunto, o que tais fenômenos podem influenciar na vida de um ser humano é o que justifica sua sistemática avaliação.

Desta forma, questiona-se: como o cuidador de enfermos crônicos avalia sua QV? quais as estratégias de enfrentamento são mais utilizadas por eles? e, em que medida emergem indicadores sugestivos de codependência em cuidadores de enfermos crônicos?

Assim, o objetivo geral deste estudo é o de avaliar a qualidade de vida de cuidadores de enfermos crônicos, destacando-se a análise das estratégias de enfrentamento psicológico e o levantamento de indicadores sugestivos a predisposição a características de codependência.

Capítulo I - Codependência e doenças crônicas: aspectos históricos e conceituais

Foi nos anos 1940 que um grupo de pessoas e esposas dos alcoolistas iniciou um programa que as ajudassem a conviver com seus maridos, criando, assim, o chamado Al-anon (Alcoólicos Anônimos, 1991). Esta era uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo (Zampieri, 2004).

Muitas destas pessoas não sabiam que mais tarde seriam chamadas de codependentes; não sabiam que haviam sido diretamente afetadas pelo alcoolismo. O pensamento básico, nessa época, era que estas pessoas que conviviam com pessoas alcoólatras, conhecidas como para-alcoólicos ou co-alcoólicos, eram pessoas cuja vida se tornara incontrolável como resultado de viverem num relacionamento comprometido com um alcoólico. Entretanto, a definição de codependência foi expandida. Desde então, os especialistas começaram a entender melhor os efeitos das pessoas quimicamente dependentes sobre a família e os efeitos da família sobre as pessoas quimicamente dependentes. À medida que os especialistas começaram a compreender melhor esta relação foi surgindo uma notável diferença no conceito (Beattie, 2007).

O termo codependência, conceituado por volta das décadas de 1970 e 1980, estava relacionado aos familiares dos dependentes químicos, alcoolismo e outros problemas da personalidade.

Harkness e Cotrell (1997) apresentam uma revisão bibliográfica descrevendo várias definições: uma condição emocional, psicológica e comportamental, caracterizada pelo controle compulsivo nos relacionamentos interpessoais; um tipo de ajuda (aos outros) acompanhada de sofrimento; e, preocupação com pessoas caracterizadas por extrema dependência.

Por meio da observação de diversos grupos, os especialistas começaram a

compreender melhor a codependência e assim ampliaram a compreensão da mesma, estendendo-a uma vez que mais grupos de pessoas pareciam possuí-la, tais como: os filhos adultos de alcoolistas, pessoas que se relacionavam com outro emocional ou mentalmente perturbado, com doentes crônicos, com pessoas que apresentavam distúrbios compulsivos (comer, jogar, comprar, etc.), com pessoas irresponsáveis, alguns profissionais (médicos, psicólogos, advogados, assistentes sociais) até mesmo com o próprio dependente em recuperação (Zampieri, 2004).

Os estudiosos perceberam que não somente as pessoas que conviviam com dependentes químicos apresentavam problemas ao deixar o comportamento de outros afetá-las e ser obcecadas em controlar o outro, mas que quem convivia com pessoas com problemas compulsivos, em geral, apresentava o mesmo tipo de comportamento.

Ao longo do desenvolvimento do tema, conceitualmente, codependência foi definida tanto como uma doença (Cemark, 1986), quanto como um vício (Mendenhall, 1989). Em ambos, a codependência está de acordo com a suposição de um modelo médico de um indivíduo doente incapaz de controlar os seus sintomas (Krestan & Bepko, 1990).

Porém, os estudos dos cuidadores e seu sofrimento têm sido aprofundados, e o conceito tem se ampliado para descrever a dinâmica de qualquer relação disfuncional. Assim, Gayol (2008) realizou pesquisa com 830 mulheres em um centro de saúde no México, revelando que 25% delas eram afetadas pela codependência. A autora relata que a codependência também se apresentava quando havia situações de estresse familiar ou social, tais como abandono, violência doméstica e perdas na infância, seja por morte ou separação dos pais ou de outro membro da família.

No mesmo sentido, Faur (2003) relatou um estudo que realizou com grupos de auto ajuda para mulheres, que teve início no ano de 1986. Analisou o impacto das discussões conjugais defendendo a importância do apoio social como elemento para diminuir a vulnerabilidade ao estresse e relacionou o papel feminino no relacionamento com padrões de

codependência. Tais mulheres podem desenvolver uma hiper tolerância em situações de abuso e são capazes de fazer qualquer coisa para manter um relacionamento, sendo obcecadas com a vida do companheiro e colocam toda energia no outro perdendo o foco de suas necessidades e interesses próprios. A autora (2003) observou, ainda, que os mecanismos de homens e mulheres na resolução de conflitos são diferentes e isso é refletido diretamente na saúde física de cada um, sendo a mulher mais propensa ao adoecimento físico devido ao cuidado excessivo ao companheiro.

No estudo de Faur (2003), realizado no campo psicoimunoneuroendocrinologia, no qual investigou 90 pares de noivos, que foram convidados para discutir, em módulos de 30 minutos, sobre as áreas onde discordavam, comportamentos negativos tais como o sarcasmo, a desqualificação, crítica e compromisso foram associados com um aumento nos hormônios do estresse. Concluiu que o comportamento com padrões de codependência encontrado nas mulheres inserida numa relação conjugal levam a um adoecimento físico maior do que encontrado nos seus companheiros devido ao estresse ocasionado pela obsessão no outro.

Pacheco, Garcia e Zepeda (2009) realizaram uma pesquisa com quatro mulheres entre 22 e 35 anos, encontrando comportamento de codependência após a união estável, sendo que os fatores que favoreceram uma relação de codependência com o companheiro encontravam-se na história de vida de cada esposa estudada. Os pesquisadores (2009) observaram baixa auto estima e falta de limites claros entre os casais. Relataram que os sentimentos predominantes nestes relacionamentos eram o medo e a desconfiança em seu parceiro. Concluíram, nestes casos, que a união limitou o crescimento pessoal, ficando a pessoa focada em seu parceiro mais do que nela mesma.

Numa investigação de codependência, Herwes e Janikowski (1998) observaram uma população de 76 estudantes que freqüentavam a universidade numa pequena área residencial na parte oriental dos Estados Unidos e compararam a presença de padrões de codependência entre os estudantes que relataram terem um pai alcoólatra com os estudantes do qual os pais

não apresentavam o vício. Observaram que os jovens de pais não alcoólatras exibiam os mesmos problemas mostrados por jovens de pais alcoólatras. Assim, tais achados corroboram a pesquisa de Gayol (2008), na qual concluiu que membros de famílias disfuncionais apresentam padrões de codependência independente de estarem ligadas a algum tipo de dependente químico.

Bhat (2010) comparou estudantes orientais de uma universidade nos E.U.A com estudantes homólogos de Taiwan. Analisaram a codependência levando em conta os valores culturais bem como os fatores individuais e coletivos relatados pelos estudantes universitários. A amostragem utilizada, em um corte transversal, foi de conveniência, composta por 101 alunos de graduação de uma universidade pública no meio-oeste dos EUA, confrontados com 176 estudantes de uma universidade privada em Taiwan. Os resultados indicaram que os estudantes de Taiwan apresentaram níveis mais elevados de padrões de codependência em relação aos seus homólogos nos EUA. Enquanto que, no funcionamento familiar, na auto estima e no ajustamento psicológico, todos foram mais significativos de codependência nos estudantes universitários americanos (N= 101). As implicações destes resultados servem para revelar a existência de padrões de codependência em estudantes homólogos, mesmo vivendo em culturas de países distintos.

Cowan e Warren (1994) abordaram sobre as semelhanças existentes entre os padrões de codependência e a função cultural do sexo feminino e destacaram a semelhança destas características serem compatíveis com as funções de nutrir e cuidar tradicionalmente ocupados por mulheres, sendo elas sensíveis as necessidades dos outros, considerando que agradar e ajudar são conceitos centrais da feminilidade.

Zampieri (2004) pesquisou o padrão relacional apresentado por pessoas de famílias com histórico de alcoolismo, objetivando encontrar dois aspectos: um padrão de sentimentos em inter relações de codependência e possíveis correlações entre estes padrões relacionais na família e a reincidência de sintomas psicossomáticos. A amostra foi constituída por 50

sujeitos em atendimento no centro de saúde pública da cidade de São José do Rio Preto, no qual foi realizado um levantamento em seus prontuários referente aos sintomas e doenças não justificadas por exames de laboratório, bem como a frequência de consultas no período de 2000 a 2003. Concluiu-se que existe um padrão relacional típico da codependência que surge de sujeitos com histórico de alcoolismo na família, sendo que sujeitos codependentes utilizam, mais frequentemente, os serviços de saúde e apresentam sintomas psicossomáticos com maior frequência que a média das pessoas sem este padrão relacional.

Picabia e Jurado (1999) relatam a análise realizada no hospital de psiquiatria da Universidade de Sevilla, Espanha, acerca do papel do cuidador no sistema sanitário. Observaram que aquela unidade de saúde estava, fundamentalmente, orientada para a prevenção, diagnóstico e o tratamento de enfermidades, não dispondo de profissionais para atender as necessidades daquelas acompanhantes que oferecem assistência permanente aos doentes crônicos. Sendo estes cuidadores informais, normalmente, do sexo feminino e tendo que compatibilizarem a atenção das necessidades de outros membros da família com suas atividades laborais, ficavam assim, expostos, a uma sobrecarga que podia levar ao adoecimento físico e emocional.

1.1 - Doença crônica: sobrecarga vivida pelo cuidador do enfermo e qualidade de Vida

Doenças crônicas são aquelas normalmente de desenvolvimento lento, que duram períodos extensos com mais de seis meses e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de prever. A maioria dessas doenças não tem cura (OMS, 2003). O diagnóstico de uma doença é, sem dúvida, um fator de sofrimento prolongado, contínuo e irreversível.

Atualmente, as condições crônicas representam 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo e estima-se que, em 2020, 80% das doenças nos países em desenvolvimento, originarão de problemas crônicos (OMS, 2003). Aqueles que sofrem de

doenças crônicas podem sentir-se irritados, frustrados ou deprimidos devido ao estado em que se encontram.

Victoroff *et al.* (1998) avaliaram 35 enfermos crônicos e verificaram que agitação com agressão física, mas sem alucinações ou delírios, estavam altamente associada com impacto e depressão nos cuidadores. Em outro estudo, de natureza transversal, realizado em 14 países da Europa, com cônjuges cuidadores que residiam com pacientes com doença crônica, verificou-se que os fatores que mais se associavam a um maior impacto eram insatisfação financeira, pouca idade do cuidador, comportamentos deficitários (como apatia e teimosia do paciente) e reações sociais negativas (Schneider *et al.*, 1999).

Em estudo qualitativo, realizado com 24 cuidadores de idosos com diagnóstico de demência, observou-se que nenhum deles tornou-se cuidador principal por falta de opção. Ser cuidador principal implica um processo que envolve todo o sistema familiar. Desta maneira, existe todo um movimento na família que vai influir na decisão de quem vai cuidar. Foi constatado que o papel de cuidador é construído no relacionamento, com a influência de diversos fatores referentes à história familiar: dentre os participantes, 20 sabiam que ocupariam esse lugar e passaram a cuidar tão logo o familiar precisou de atenção (Silveira, 2006). O exercício do papel de cuidador tem um impacto na qualidade de vida (QV) das pessoas.

O perfil, a sobrecarga e a QV dos cuidadores de pacientes com doenças crônicas na comunidade brasileira ainda são desconhecidos e a grande maioria da população de cuidadores informais ainda se encontra sem informações e o suporte necessário (Garrido & Menezes, 2004).

O WHOQOL grupo (*World Health Organization Quality of Life Group*), criado pela Organização Mundial de Saúde, define o termo QV como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive (Minayo *et al.*, 2000). Baseando-se na noção de que QV é uma construção subjetiva, este organismo

internacional desenvolveu escalas para sua avaliação, a exemplo do WHOQOL-100 e do WHOQOL-Abreviado.

Seild e Zannon (2004), tendo como objetivo descrever a evolução histórica e tecer considerações sobre aspectos conceituais e metodológicos da QV no campo da saúde desenvolveram um estudo por meio do WHOQOL-100. Os fatores avaliados foram o conceito de QV e aspectos metodológicos de sua avaliação. Entre as principais conclusões, as autoras (2004) mostraram que o constructo de QV parece consolidar-se como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área da saúde. Vários outros estudos têm sido relatados sobre QV em pacientes com doenças crônicas (Arnold *et al.*, 2004; Elliott, Renier, Haller & Elliott, 2004; Zaag-Loonen, Grootenhuis, Last & Dekx, 2004; Wray *et al.*, 2004), sendo enfocadas diferentes doenças crônicas, associadas ou não a comorbidades.

Thomé, Dykes e Hallberg (2004), em uma pesquisa sobre QV em pessoas idosas, com e sem câncer, referem que o conhecimento dos efeitos que a doença tem é mais importante para a manutenção da QV nos cuidados e tratamentos do que para a cura e prolongamento da vida.

A demanda de cuidados acaba causando grande impacto na vida de quem exerce essa função, como, por exemplo, o isolamento social. Esse cuidador costuma ser privado de suas atividades de lazer e de trabalho fora do lar, sofrendo ruptura no seu convívio social (Mendonça *et al.*, 2007). Frequentemente esquecem a sobrecarga vivida por aqueles que são a referência central do processo do cuidar e assume toda a responsabilidade, algumas vezes de forma súbita e inesperada, sem se ter preparado antes para assumir tão importante papel de cuidador, levando-o a uma diminuição da QV. Após assumirem a responsabilidade de cuidar, tendem a valorizar, em primeiro lugar, as necessidades da pessoa que cuidam deixando para um segundo plano as suas próprias necessidades, e de não ter tempo para si mesmo (Girão, 2005).

De acordo com pesquisa realizada por Alvarenga, Amendola e Oliveira (2008), os cuidadores de pacientes crônicos quase sempre estão cuidando de pessoas com alto grau de incapacidade funcional e, nesses casos, a sobrecarga afeta diretamente a QV desses cuidadores. Somando-se a isso, tratava-se de uma população carente social e economicamente, com pouca oferta de lazer e cultura e com baixo nível de escolaridade, acarretando um afastamento de sua vida cotidiana.

Um estudo realizado por Diogo, Ceolim e Cintra (2005), com dois grupos de cuidadores, revelaram maior número de aspectos positivos quando questionaram sobre a satisfação dos cuidadores ao participarem em um programa de treinamento, aconselhamento e acompanhamento. O aproveitamento do referido curso pode ser explicado pela necessidade de informações que os cuidadores apresentam a respeito das doenças, tais como: o que é a doença, como evolui, que sintomas são normais e o que fazer nas emergências. Esses assuntos foram de extremo interesse para os cuidadores, uma vez que pertenciam a áreas muito sensíveis das suas relações com o doente e com a situação de cuidado. As informações repassadas ao grupo controle ajudaram-os a tomar decisões, a efetivar medidas práticas e a buscar mais informações, o que contribuiu para o seu equilíbrio emocional, para uma melhora na qualidade de vida e para o bem-estar tanto do doente, como do seu cuidador.

Programas de treinamento de cuidadores podem incorporar a avaliação e a intervenção nas estratégias de enfrentamento psicológico.

1.2 - Estratégias de enfrentamento psicológico (*coping*): confrontando o estresse

Lazarus e Folkman (1984) definem *coping* como sendo um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, para lidar com as exigências específicas que são avaliadas como ultrapassando ou excedendo os recursos de cada indivíduo.

Coping diz respeito ao empenho em vencer os obstáculos. No caso do cuidador, se refere à exigência adaptativa diante de suas tarefas e terá também função mediadora na QV e na configuração do estresse (Lazarus & Folkman, 1991).

Assim, para que o indivíduo possa responder às exigências do meio deve desenvolver estratégias de domínio ou controle, e evitar ou aceitar as condições indutoras de estresses (Lazarus & Folkman, 1988). Para Lazarus (1993), a estratégia de enfrentamento é um processo com propósitos bem exatos, no qual o indivíduo dirige as suas cognições e comportamentos com a intenção de resolver as fontes de estresse e regular as reações emocionais do mesmo.

Estudando os diversos aspectos da vida que envolve o enfrentamento, observa-se que as pessoas respondem ao estresse de várias formas. Segundo Weiten (2002), existem algumas pessoas que são capazes de suportar melhor o mal do estresse, pois existem variáveis moderadoras que podem diminuir o impacto do estresse sobre a saúde física e mental, tais como o apoio social, o otimismo e a consciência. O apoio social refere-se aos vários tipos de auxílios fornecidos por membros de uma rede social da pessoa; o otimismo é a forma como a pessoa espera os resultados positivos; e, a consciência é um traço de personalidade que se caracteriza como ético, confiável, produtivo e determinado.

Limongi e Rodrigues (1996) já haviam entendido que o *coping* é a forma como o indivíduo enfrenta o estresse. Descrevem ainda, que o ser humano é capaz de utilizar algumas estratégias para lidar com as exigências externas ou internas do corpo, ou seja, é como se o indivíduo pudesse seguir etapas do processo de estresse, que quando gerada pela consciência, a pessoa saberá o momento certo de parar e manter o equilíbrio do seu organismo.

Segundo Anshel (1990), o *coping* é um processo consciente que permite que a pessoa domine, reduza ou tolere a causa estressante. Já para Pensgaard e Eriksen (2000), baseados na teoria da ativação cognitiva do estresse, o *coping* é uma resposta positiva a um resultado esperado. Enfim, baseado nessas definições observa-se que o *coping* consiste na maneira de

enfrentamento do sujeito ante a uma determinada situação nova ou que lhe produz estresse; o indivíduo utiliza o enfrentamento a fim de vencer, ultrapassar e se manter superior às situações estressantes, sejam elas quais forem.

Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) esclarecem que estratégias de enfrentamento, *coping* podem ser classificadas em duas categorias: a) enfrentamento focalizado no problema (quando a pessoa engaja-se no manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. Em geral são estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, com solução de problemas e planejamento) e b) enfrentamento focalizado na emoção (que teria como função principal a regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta; podem representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva).

Seidl e Faria (2005) investigaram a religiosidade e o enfrentamento em contextos de saúde e doença, inclusive com portadores de HIV; identificaram que muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem, recorrendo, freqüentemente, a religiosidade ou aos pensamentos fantasiosos como recurso para enfrentar os problemas. Por outro lado, outro estudo de Siegel e Schrimshaw (2002), realizado com adultos soropositivos norte-americanos, constatou-se benefícios percebidos na utilização do enfrentamento religioso. Os sujeitos depararam-se com uma variedade de benefícios provenientes de suas crenças e práticas dessa natureza. Esse enfrentamento foi observado como associado ao favorecimento de emoções e sentimentos de conforto, sensação de força, poder e controle, disponibilidade de suporte social e senso de pertencimento; facilitação da aceitação da doença, alívio do medo e da incerteza perante a morte. Esses aspectos sugerem mecanismos potenciais de como a religiosidade pode afetar a adaptação psicológica em contextos de ameaça ou danos à saúde.

Em outro estudo, Seidl, Rossi, Viana, Meneses e Meireles (2005) investigaram as

estratégias de enfrentamento de crianças e adolescentes portadores de HIV. Por meio da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) puderam identificar um resultado semelhante aos estudos de Seidl e Faria (2005), com relação à religiosidade, ou seja, mostrou-se que a modalidade de enfrentamento mais utilizada pelas crianças e adolescentes foi a busca de práticas religiosas ou pensamento fantasioso e estratégias focalizadas na emoção foram relatadas em menor frequência.

Pereira e Araújo (2005) avaliaram as estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes e seus cuidadores durante a participação em um programa de reabilitação em traumatismo raquimedular. Os participantes foram estudados antes do ingresso no programa e ao seu término, através da aplicação da Escala de Modos de Enfrentar Problemas (EMEP) e de entrevista semi estruturada. Os dados obtidos revelaram mudanças nas modalidades estratégicas empregadas entre a etapa de pré reabilitação (religiosidade, pensamento positivo e busca de suporte social) e a etapa de pós reabilitação (focalização no problema, pensamento positivo e busca de suporte social). Houve mudanças quanto às modalidades de enfrentamento adotadas, ao se comparar às etapas de pré e de pós reabilitação.

No estudo de Pereira e Araújo (2005), a participação em atividades do programa de reabilitação, a percepção de aquisição progressiva de independência, bem como a convivência com outros pacientes e familiares foram fatores promotores que propiciaram uma avaliação menos ameaçadora da situação de lesão. Os participantes mostraram-se engajados em planos de alteração de rotina, visando alcançar melhoria da qualidade de vida. No caso específico do cuidador, sua participação no programa de reabilitação deu oportunidade para o desenvolvimento do seu senso de competência, capacitando-o a conhecer o problema e a desempenhar seu papel de cuidador.

Na prática assistencial na área da saúde, o tema da QV é importante, principalmente, nos casos de enfermidades crônicas, sendo necessário examinar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos cuidadores destes enfermos, que ao se encontrarem sob grande

estresse ou intensa e prolongada dor, são induzidos a características de codependência, acarretando perda da sua qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Adam, P. (2001). *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: Edusc.
- Alcoólicos Anônimos (1991). *As doze tradições*. Centro de distribuição de literatura A.A para o Brasil. SP
- Almeida, F. B. (2008). Um mal chamado codependência. *Revista Ciência e Vida* VI, 29, 28-43.
- Alvarenga, M. R. M., Amendola, F., & Oliveira, M. A. C. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de Saúde da Família. *Revista Texto e Contexto*, 17 (2), 266-72.
- Anshel, M. H. (1990). Toward validation of a model for coping with acut estress in sport. *International Journal of Sport Psychology*, 21, 58-83.
- Arnold, R., Ranchor, A. V., Sanderman, R., Kempen, G. I. J. M., Ormel, J., & Suurmeijer, T. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research*, 13, 883-896.
- Bhat T. S. C. (2010). Codependency among college student in the United States and Taiwan: A cross cultural study (164pp). Dissertação apresentada na Universidad Carlos III de Madrid, Spain
- Beattie, M. (2007). *Co-dependência nunca mais* (M. Braga, trad.) Rio de Janeiro: Editora Nova Era.
- Boff, L. (2002). *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Bleger, J. (1997). *Simbiose e Ambiguidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Cermak, T.L. (1986) Diagnostic criteria for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*; V.18, P.1- 20.

- CID-10 - Classificação de transtornos Mentais e de Comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organização Mundial da Saúde. Trad. Dorival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas,1993.
- Chauí, M. (1995). *Convite a Filosofia*. São Paulo: Ática.
- Cowan, G, Warren, L. (1994). Codependency and gender stereotyped trait Sex Roles, Vol 30 (9), 631-645.
- Costa Neto, S. B., Araújo, T. C. C. F., & Curado, M. P. (2005). Avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer de cabeça e pescoço. *Acta Oncológica Brasileira*, 20 (3), 96-194.
- Diogo, M. J. E, Ceolim, M. F., & Cintra, F. A. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP*. 39 (1), 97-102.
- DSM IV - Manual de Estatística e Diagnóstica de Transtornos Mentais 4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- Edwards, G., & Dare, C. (1997). *Psicoterapia e tratamento das Adições*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Faur P. S. Codependency y estrés Marital: um enfoque psicoimunoneuroendocrinológico (2003). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10401/2713> Comunicação apresentada em: 4º Congresso Virtual de Psiquiatria.
- Fleck, M.P.A., Leal, O.F., Louzada, S. Xavier, M., Chachamovich,E.,Vieira, G.,et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida OMS, WHOQOL-100. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 198-205.
- Garrido, R., & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*,38 (6),835-841.
- Gayol N. G. (2008). Prevalence of codependence in young womem seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of orthopsychiatry*; V.78 P.199-210,

- Giddens, A. (1993). *A transformação da identidade*. São Paulo: Unesp.
- Girão, M. J. (2005). Integração social do doente com psicose esquizofrenia dificuldades e potencialidades dos cuidadores informais. Tese de mestrado Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Guterman, J., & Levcovitz, E. C. (1998). Impacto da doença de Alzheimer na família: a visão do familiar e as propostas de assistências psicológicas. *Informativo de Psiquiatria*, 17 (1), 33-36.
- Haley, W.E. (1997). The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*. 48 (6), 2529.
- Harkness, D., & Cotrell, G. (1997). The social construction of co-dependency in the treatment of substance abuse. *Journal of substance abuse*, 14 (5), 473-479.
- Hewes, R.L. & Janikowski, T.P. (1998). Parental alcoholism and Codependency: A Comparison of Female children of Alcoholics and Nonalcoholics in two college age groups. *College Student Journal*, 32 (1), P. 140-147.
- Huebner, E.S. (1994). Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychol Assessment*, 6, 149-58.
- Humberg, V.L. (2003). Dependência do vínculo: uma releitura do conceito codependência. Dissertação de mestrado. Universidade São Paulo.
- Krestan J.A & Bepto C. (1995). Problemas de alcoolismo e o ciclo de vida familiar In: *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laign, J. (1989). Codependency Hás Arrived. *Focus on the family and chemical dependency*, 1-3.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1988). *Manual for the way coping questionnaire: Research edition*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

- Lazarus, R.S., & Folkman S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46 (4), 352-367.
- Lazarus, R. (1993). Coping Theory and research: Past, present, and Future. *Psychomatic medicine*, 55, 234-247.
- Leal, M. G. S. (2000). O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. *Revista Terceira Idade*, 11(20), 19-29.
- Limongi, F. A. C., & Rodrigues, A. (1996). *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- Lorga, J. A. M., Limp, C. A. D., Silveira, C. G. B. N., & Camargo, J. K. R. (1982). O paciente crônico. *Revista Informativo de psiquiatria*, 3 (1), 11-14.
- Marques, A. K. M. C. (2008). Apoio Social na experiência do familiar cuidador. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 12, 37-69.
- Medeiros, M. M. C., Ferraz, M.B.&Quaresma, M.R. (1998). Cuidadores: As vítimas ocultas das doenças crônicas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 38, 189-192.
- Mendonça, F. F., Garanhani, M. L., & Martins, V. L. (2007). Cuidador familiar de sequelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. *Physis*, 8 (1), 143-158.
- Mendenhall, W. (1989). Co-dependency Definitions and Dynamics. *Alcoholism Treatment Quarterly*; V.6, P. 3-17.
- Minayo, M. C. S. (1991). Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista de Saúde Pública*, 25 (3), 233-238.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18.
- Moreno J. B., & Castro, E. K. (2005). Funcionamento familiar en situación de trasplante de órganos. *Revista Interamericana de Psicología*, 39 (3), 383-388.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). Qué Calidad de Vida? *Acta Psiquiátrica Psicológica da América Latina*, 44 (2), 185-186.

- Organização Mundial da Saúde (1993). WHOQOL study protocol. Genebra: WHO; (MNH/PSF/93.9). Disponível em www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS. Organização Mundial de Saúde. Disponível em <http://www.who.int>.
- Pacheco M. Garcia R. Zepeda T. (2009). La confluência em La relación de pareja como limitante para El crecimiento personal. Revista Mal estar e Subjetividade. 9 (4)
- Pensgaard, A. M., Eriksen, H. R., (2000). Cognitive arousal theory of stress in sport. Disponível em www.CongressInternationalParis.com.
- Pereira, M., & Araújo, T. C. C. (2005). Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. Arquivos de Neuro Psiquiatria, 63 (2-b), 502-507.
- Picabia B., Jurado A.(1999). La Codependencia en el actual sistema Sanitário Ver. Suma psicología V.6 (2) P.221-239.
- Pires, P. W. (2001). Qualidade de vida. São Paulo: Komedi.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Análise Psicológica, 17, 547-558.
- Rolland, J. S. (1995). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. Em: B. Carter., & M. Mcgoldrick (Orgs.), As mudanças no ciclo de vida familiar (pp.373-392). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Seidl, E M F., Faria, J. B. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da Literatura. Psicologia, Reflexão e Crítica, 18 (3), 381-389.
- Seidl, E. M F, Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Teoria e Pesquisa, 17 (3), 225-234
- Seidl, E.M.F., Rossi, W. S., Viana, K. F., Meneses, A. K. F., & Meireles E. (2005). Crianças e Adolescentes Vivendo com HIV/Aids e suas Famílias: Aspectos Psicossociais e Enfrentamento. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21(3), 279-288.

- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), 580- 588.
- Silveira, T., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (8), 1629-1638.
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2002). The Perceived Benefits of Religious and Spiritual Coping Among Older Adults Living with HIV/AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41 (1), 91–102.
- Schneider J. Murray J. Sube B. Mann A. (1999). A cross-national study of Co-resident spouse carers for people with Alzheimer. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 14 (8) 662-667.
- Teixeira, E. R. A. (2004). A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*, 8 (3), 361-369.
- Thomé, B., Dykes, A., & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: ordering concepts and measures of the good life. *Happiness Stud*, 1, 1-39.
- Victoroff J, Mack J, Nielson K. (1998). Psychiatric complications of dementia: impact on caregivers. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 9, 50-55.
- Weiten, W. (2002). *Introdução à psicologia temas e variações*. São Paulo: Pioneira.
- Whitfield, C .L. (1997). *Co-dependence, addictions and related disorders*. Philadelphia: Willians & Wilkins.
- WHOQOL group (1995). *The World Health Organization Quality of life Assessment*. Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41,1403-1409.

Wray, Ricardo, Matthew Kreuter, Heather Jacobsen, Bruce Clements, & Gregory Evans.

(2004). Theoretical Perspectives on Public Communication Preparedness for Terrorist Attacks. *Journal of Family and Community Health* 27: 324-343.

Zaag Loonen, H. J., Grootenhuis, M. A., Last, B. F., & Derkx, H. F. (2004). Coping strategies on QOL of Adolescents with IBD. *QOL research*, 13, 1011-1019.

Zampieri, M. A. J. (2004). *Codependência: o transtorno e a intervenção em rede*. São Paulo: Àgora.

Capítulo II - Qualidade de Vida, *coping* e predisposição a características de codependência: um estudo com cuidadores de enfermos crônicos

O cuidado constante do enfermo crônico pode influenciar seu cuidador a desenvolver certa predisposição às características de codependência, levando à escolha de determinadas e pouco adaptativas formas de enfrentamento psicológico e ao declínio da sua qualidade de vida (QV).

Neste sentido, a avaliação da QV do cuidador, bem como de suas estratégias de enfrentamento psicológico e predisposição à codependência, justificam a exploração do tema, por meio de processos sistematizados de investigação científica. Por outro lado, na perspectiva da intervenção, o estudo de tema possibilita avançar a assistência ao cuidador familiar e, no limite, do enfermo crônico.

Especificamente, conforme o *WHOQOL Group*, da Organização Mundial da Saúde (1995), qualidade de vida seria o modo como o indivíduo percebe sua posição na vida, dentro do contexto da cultura e do sistema de valores no qual se insere, bem como quanto aos objetivos, expectativas, normas e preocupações que cada um tem. Esta noção de QV é marcada pela multidimensionalidade e pela complexidade – uma certa forma de tecer elementos distintos em combinação diversa numa dada realidade.

Ainda que hajam esforços nos âmbitos nacional e internacional para o avanço da compreensão da QV relacionada à saúde, permanece a questão de uma relativa imprecisão conceitual do termo para vários autores (Costa Neto, Araújo & Curado, 2000). Neste sentido, os autores (2005), a partir da revisão da literatura internacional sobre o tema, acreditam que se trata de um conceito que incorpora a avaliação sobre diversos segmentos da própria vida, incluindo as relações com os outros, a forma de vida da comunidade e também as crenças religiosas. Pensar em QV seria o mesmo que refletir as várias formas e dimensões da vida. Desse modo, não existe uma fórmula para alcançar um padrão de QV considerado ideal para

todos. Contudo, alguns aspectos gerais parecem contribuir para estruturar uma forma pessoal de se viver com mais harmonia, dentre elas destacam-se as estratégias de enfrentamento psicológico.

Para Lazarus (1993), as estratégias de enfrentamento psicológico (ou *coping* na língua anglo-saxônica) é um processo com propósitos bem exatos, no qual o indivíduo dirige suas emoções, cognições e comportamentos com a intenção de resolver as fontes de estresse (*coping* focalizado na resolução de problemas) e/ou de regular as reações emocionais (*coping* focalizado na regulação das emoções). Além disso, o *coping* acarreta também uma vertente de processo dinâmico, o qual varia em função das diferenças individuais e nas mudanças que ocorrem ao longo da vida do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus e Folkman (1984) afirmaram que as estratégias seriam, “Mudanças constantes nos esforços cognitivos e, comportamentais para enfrentar demandas específicas externas ou internas que são apreciadas pelo indivíduo como sobrecarregando ou excedendo seus próprios recursos” (p.141). Assim, para que o indivíduo possa responder às exigências do meio deve desenvolver estratégias de domínio, de controle ou de gerenciamento e evitar ou aceitar as condições indutoras de estresse (Folkman & Lazarus, 1988).

Sendo o *coping* compreendido como um processo de mudança, o indivíduo pode iniciá-lo utilizando uma estratégia e continuar o mesmo com outra estratégia, ou então, usar de uma combinação de várias estratégias, à medida que a relação com o meio se altera (Scherer, Wiebe, Lutjer & Adams, 1988). O *coping* pouco adaptativo pode ser considerado uma causa que esteja na base do fenômeno da codependência.

O termo codependência é utilizado para designar o comportamento de pessoas que convivem em uma relação compulsiva com outra pessoa, e tem sido usado para descrever um padrão exagerado de dependência no cuidado ao outro que traz ao indivíduo o descaso de si mesmo e enfraquece a sua própria identidade (Cleverland, 1987).

Zampieri (2004) relata que o indivíduo que cresce sem obter a satisfação de suas

necessidades emocionais tem propensão a desenvolver a codependência. Crescendo em ambiente hostil, sem espaço para conversas e sem a certeza do amor, as crianças se reconhecem como insignificantes, têm vergonha de seus sentimentos, de suas carências e de suas necessidades. Descobrem que não podem ser amadas, mas podem ser úteis e passam a chamar a atenção desta forma cuidando de outro.

Zampieri (2004) destaca que, ao tornar-se adulto, para perpetuar as sensações vividas na infância, o codependente tende a buscar situações e relacionamentos do qual possibilite essa condição de convívio com pessoas que tenham que ajudar, e mais uma vez, tomar a responsabilidade para si, consistindo em mais uma forma de se sentir viva.

Segundo Ballone (2006), o codependente é atado na pessoa problema. Esta expressão representa bem a maneira como o codependente adere à pessoa enferma, tal como uma atadura emocional. Existe atadura emocional quando uma pessoa se encontra atrelada emocionalmente às coisas patológicas de outra pessoa. Devida a essas amarras emocionais o codependente passa a ser o outro dependente e tende a escolher um extremo ou outro: a negação de si mesmo para manter outra pessoa feliz, ou uma fuga compulsiva dos outros, para manter-se seguro.

Zampieri (2004) descreve diversas manifestações que podem configurar um quadro de codependência, a saber: 1) forte tendência a cuidar e/ou controlar o outro, em detrimento de suas próprias necessidades; 2) tendência de assumir a maior parte da responsabilidade nos relacionamentos; 3) tolerância elástica em dar outra chance ao outro, ainda que sentindo mágoa, raiva ou desrespeito; 4) grande dificuldade de perceber, de impor e de respeitar limites; 5) impulsividade; 6) oscilação freqüente entre desvalia e sentimentos de supervalorização (“herói”); 7) sentimentos de autopiedade e rancor por falta de reconhecimento e traição; 8) dificuldade em expressar sentimentos e demonstrar afetos mesmo sentindo falta; 9) dificuldade no relacionamento sexual; 10) hipersensibilidade a críticas; e, 11) atração por parceiros emocionalmente instáveis, explosivos e/ou quimicamente dependentes.

O indivíduo acometido por uma doença crônica e, conseqüentemente, fragilizado emocionalmente, passa a demandar maior acolhimento, tornando-se mais dependente de seu cuidador para lidar com a ameaça orgânica. Assim como o enfermo, o cuidador codependente requer cuidados clínicos, não apenas, para as manifestações somáticas da angústia emocional, mas também, para aquelas doenças que são geralmente consideradas como relacionadas ao estresse resultante de uma dedicação excessiva, originando uma perda na sua QV (Labra, 2009).

Desta forma, este estudo propõe-se a avaliar a QV do cuidador de enfermos crônicos e os indicadores das estratégias de enfrentamento psicológico empregadas nesta tarefa, bem como identificar e compreender características sugestivas e/ou indicadoras de predisposição à codependência.

Método

Tipo de estudo: Trata-se de um estudo quali-quantitativo, descritivo e exploratório.

Participantes: Vinte (20) cuidadores de enfermos crônicos internos do Serviço de Clínica Médica, do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), de ambos os sexos, com idade variada.

Critérios de inclusão: Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ter tempo de cuidado igual ou superior a um (01) ano; e ser considerado o principal cuidador do enfermo crônico.

Critérios de exclusão: exercer a atividade de cuidado mediante qualquer tipo de remuneração.

Materiais utilizados: Materiais de escritório, de informática e gravador de áudio.

Instrumentos:

1 - Ficha de Características Sócio demográfica: consiste em um formulário para coleta de dados pessoais e sócio demográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil, religião, parentesco e tempo de acompanhamento).

2 - R. E. S. - Roteiro de entrevista semi estruturada: composto por 56 itens, foi desenvolvido pela pesquisadora com o propósito de levantar e analisar, no histórico de vida do cuidador e no processo de cuidar, indicadores de qualidade de vida e sugestivos de predisposição às características de codependência. Para a construção do roteiro de entrevista foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema nos bancos de dados: LILACS, IBECs, MEDLINE, BDNF, CAPES, e HIGHBEAM, levantamento de livros, materiais de sites e de entidades públicas.

3 - WHOQOL Abreviado (*Health Organization Quality of Life Assessment*): é uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, e que possui validação no Brasil. O instrumento possui 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Adicionalmente, avalia a condição global da qualidade de vida (The WHOQOL Group, 1998, apud Fleck *et al.*, 2003). As questões do WHOQOL Abreviado foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert de cinco pontos (1 a 5), com intensidade (nada a extremamente), capacidade (nada a completamente), frequência (nunca a sempre) e avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito; muito ruim a muito bom). Neste instrumento, quanto maior a pontuação obtida (de 1 a 5), melhor é a QV relacionada a cada domínio avaliado. A análise do instrumento pode ser feita por meio do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

4 - EMEP - Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas, versão adaptada para a população brasileira por Gimenes e Queiroz (1997, apud Seidl, 2005): é composta por 45 itens, englobando pensamentos e ações apresentados diante de um evento estressor específico. Tais itens são distribuídos em quatro fatores: o enfrentamento focalizado no problema (esforços para mudar determinado aspecto do estressor); o enfrentamento focalizado na emoção (manejar as emoções perturbadoras que surgem dos encontros estressantes); o enfrentamento focalizado no pensamento (fantasioso/ religioso); e, a busca de suporte social

(procura de apoio social emocional ou instrumental para ajudar a lidar com o problema). A pontuação da escala é baseada em escores construídos para cada um dos fatores que representam as diferentes estratégias de enfrentamento, sendo que os maiores escores indicam maior utilização daquela estratégia de enfrentamento (Seidl, 2001; *Seidl et al.*, 2005).

Das possibilidades de respostas do EMEP (quais sejam, 1= Eu nunca faço isso, 2= Eu faço isso um pouco, 3= Eu faço isso às vezes, 4= Eu faço isso muito e 5= Eu faço isso sempre), pode-se obter um escore máximo de 20 pontos. Os escores obtidos são centralizados para que se verifique qual estratégia os participantes dizem mais utilizar (se focalizadas na emoção ou focalizadas no auxílio das práticas religiosas ou em pensamentos fantasiosos ou, ainda, focalizadas na busca de suporte social). O escore mais alto obtido em algum dos quatro focos de enfrentamento indica a estratégia supostamente mais utilizada pela pessoa.

Procedimento

Após aprovação do projeto de pesquisa, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG), no mês de junho de 2010, entrou-se em contato com cuidadores de enfermos crônicos, que se encontravam acompanhando o enfermo durante a internação hospitalar. Os mesmos foram informados dos objetivos da pesquisa e convidados a participar. Os interessados eram encaminhados a uma sala reservada para atendimento, disponibilizada pela direção do hospital, no mesmo andar das enfermarias de internação da Clínica Médica. Houve muito interesse por parte dos cuidadores em participar da pesquisa, contabilizando-se apenas três casos, de 23 abordados, que não aceitaram contribuir, pela falta de condições clínicas do paciente que não podia permanecer no leito sem acompanhante. Depois de devidamente informados de suas características, formato e objetivos do estudo, os participantes que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), em duas vias, e foram encaminhados a uma sala que continha uma mesa e três cadeiras, um armário, uma pia, e que oferecia privacidade.

Em seguida, foram aplicados os instrumentos na seguinte ordem: Ficha de caracterização sócio demográfica, Roteiro de Entrevista Semiestruturada, WHOQOL Abreviado e EMEP.

Os encontros tiveram, em média, duração de 45 minutos. Todos participantes tiveram um único encontro com a pesquisadora, sem que fossem registradas intercorências ao longo da coleta de dados. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas literalmente logo após seu término. Todas as entrevistas foram submetidas à categorização de seus conteúdos temáticos, segundo a técnica de Bardin (2008).

Os dados obtidos por meio do WHOQOL Abreviado foram tratados em função de cada domínio. Estes dados foram analisados da seguinte forma: quanto maior a pontuação obtida, melhor é a função de cada domínio (Física, Psicológica, Ambiental, Social e Geral). Os escores foram pontuados utilizando o programa estatístico SPSS versão 15.0.

Resultados e Discussão

A análise dos dados será apresentada em quatro sessões, formuladas para responder aos objetivos deste estudo, quais sejam: 1) descrever o perfil sócio demográfico dos cuidadores de enfermos crônicos, 2) avaliar os escores de QV, apreendidos por meio do WHOQOL Abreviado; 3) apresentar os escores da escala de modos de enfrentamento de problemas; e, 4) avaliar os indicadores sugestivos a predisposição de codependência.

Tabela 1 – características sócio demográficas dos participantes (N=20)

Característica	F	F(%)	
Sexo do Acompanhante	Masculino	3	15,0
	Feminino	17	85,0
Faixa de Idade	18 a 34 anos	6	30,0
	35 a 44 anos	4	20,0
	45 a 60 anos	8	40,0
	Acima de 60 anos	2	10,0
Estado Civil	Solteiro	5	25,0
	Casado	11	55,0
	Divorciado/Viúvo	4	20,0
Escolaridade	Fundamental	8	40,0
	Médio	10	50,0
	Superior	2	10,0
Religião	Católica	7	35,0
	Evangélica	11	55,0
	Espírita	1	5,0
	Sem Religião	1	5,0
Parentesco	Mãe / Pai	2	10,0
	Filha / Filho	3	15,0
	Esposa / Marido	9	45,0
	Irmã / Irmão	6	30,0

A Tabela 1 apresenta os dados sócio demográficos dos 20 cuidadores de enfermos crônicos participantes do estudo. Entre as principais variáveis, observa-se que 85% são do sexo feminino, 30% encontra-se na faixa etária de 18 a 34 anos, 20% entre 35 e 44 anos, 40% entre 45 e 60 anos e 10% estão acima de 60 anos de idade. Outro dado importante é que 55% da amostra são casadas, ao passo que 20% da mesma são viúvos ou divorciados e 25% solteiros. Assim, observa-se que a mulher continua a representar o membro da família responsável pelos cuidados a serem prestados aos enfermos (Beattie, 2007).

Dos participantes (Tabela 1), 40% cursaram o ensino fundamental, 50% cursaram o ensino médio, 10% concluíram o ensino superior. A grande maioria da amostra é evangélica (55%), enquanto 35% são católicos, 5% são espíritas e 5% sem religião. Observa-se que a amostra de cuidadores é composta por cônjuges dos enfermos (45%), seguidos por irmãos (30%), filhos (15%) e pais (10%). Estes dados corroboram os estudos de Beattie (2007) e Ziemer (2008) que também encontraram maior número parceiros e parceiras cuidando de enfermos crônicos, sendo que em frequência menor participam os demais membros familiares.

Tabela 2 – Frequência de dimensões de qualidade de vida de cuidadores de enfermos crônicos (WHOQOL Abreviado)

Dimensão	Itens	Media	DP
Física	1,2,3,10,11 e 12	4,45	0,34
Psicológica	4,5,6,7,8,9 e 24	4,28	0,39
Social	13,14 e 15	4,34	0,27
Ambiental	16,17,18,19,20,21,22 e 23	4,34	0,49
Avaliação Geral	25 e 26	4,38	0,53

A Tabela 2 refere-se às médias dos escores dos domínios da qualidade de vida (que variam de 1 a 5), avaliados por meio do instrumento WHOQOL Abreviado. Assim, quanto maior a pontuação obtida, melhor é a função de cada domínio.

Observa-se que a maior média dos escores da qualidade de vida foi apresentada no domínio Físico e na Avaliação Global (4,45 e 4,38, respectivamente). Nos domínios Psicológico, Ambiental e Social apresentam, respectivamente, escores de 4,28, 4,34 e 4,34,

respectivamente. Não havendo diferença significativa entre os escores das diversas dimensões, pode-se enfatizar que a base da qualidade de vida dos cuidadores de enfermos crônicos esteve relacionada a todas elas, uma vez que os escores foram elevados (acima de 4,0). A variabilidade existente entre os resultados é demonstrada pelo desvio padrão. Quanto maior variabilidade de respostas em relação à média, maior o desvio padrão. De acordo com a Tabela 2, os participantes (N = 20) apresentaram maior homogeneidade nas respostas relativas ao domínio Social (DP = 0,27). As respostas mais heterogêneas encontram-se no domínio da Avaliação Geral (DP = 0,53), o domínio Físico apresenta um desvio padrão de 0,34 e o domínio Psicológico apresenta desvio padrão de 0,39.

Chauí (1995) ressalta que é preciso compreender a QV do indivíduo em seu contexto e em relação a seu grupo de convivência social e sua cultura. Os dados possibilitados pelo WHOQOL Abreviado são sugestivos de uma condição geral de qualidade de vida bastante satisfatória entre os cuidadores familiares avaliados. Todas as médias encontradas nos diversos domínios da vida foram acima de quatro, sugerindo uma vivência satisfatória naquilo que se refere a condições física e funcional, aspectos psicológicos, sociais e familiares. Da mesma forma, a avaliação geral da QV segue o encontrado nas diversas dimensões. Estes dados, certamente, chamam atenção uma vez que a experiência clínica dos pesquisadores e relatadas por outros profissionais da área e pela literatura (Costa Neto, Araujo & Curado, 2000), cada vez mais, realçam o estado, usualmente, de desgaste que vive um cuidador em sua tarefa de cuidar. Possivelmente, entre as questões que poderiam estar concorrendo para que os cuidadores avaliados tivessem bons resultados de QV, pode-se encontrar a plasticidade no uso das estratégias de enfrentamento psicológicas. Neste caso, tanto a orientação para a resolução de problemas e busca de suporte social, quanto a utilização de regulação da emoção e busca pela espiritualidade e religiosidade foram comuns entre os cuidadores de enfermos crônicos (Tabela 3). A natureza da escolha da amostra (por conveniência, ou seja, desde que atendessem os critérios de inclusão e de exclusão, foram avaliadas todas as pessoas abordadas

e que aceitaram participar do estudo) não permite supor qualquer generalização desses dados de QV para a população em geral.

Tabela 3 – Freqüência de Categorias de Estratégias de Enfrentamento Psicológico de cuidadores de enfermos crônicos

Categoria	Itens	Escore médio	DP
Focalizado no Problema	1, 3, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 24, 28, 30, 32, 33, 36, 39, 40, 42 e 45	4,45	0,50
Focalizado na Emoção	2, 5, 11, 12, 13, 18, 20, 22, 23, 25, 29, 34, 35, 37 e 38	4,40	0,31
Religiosidade e Pensamentos Fantasiosos	6, 8, 21, 26, 27, 41 e 44	4,32	0,50
Busca de Suporte Social	4, 7, 9, 31 e 43	4,70	0,43

A Tabela 3, ainda, apresenta as categorias de estratégias de enfrentamento psicológico, os itens do instrumento (EMEP) que constitui cada categoria, a média dos escores e o desvio padrão (DP). Os escores foram calculados por meio da média simples, considerando-se o intervalo que variou de 1 (eu nunca faço isso) a 5 (eu faço isso muito).

Conforme anteriormente observado, as medidas descritivas mostram que os participantes utilizavam diversas estratégias de enfrentamento (Tabela 3), delineando-se uma maior utilização do enfrentamento focalizado na Busca de Suporte Social e uma menor utilização do enfrentamento Religioso e Pensamentos fantasiosos, ainda que tal diferença não seja estatisticamente significativa. Quando se olha numa perspectiva clínica, supõe-se, também, que as diferenças no uso das estratégias de enfrentamento são mínimas e revelam um grupo de cuidadores que lança mãos de recursos distintos no enfrentamento de seus estressores. Esta plasticidade no uso do *coping* é benéfica desde que a pessoa saiba identificar a natureza do estressor e lança mãos de recursos que sejam, de fato, adaptativas. Por exemplo,

o enfrentamento tipo Focalizado no Problema, usualmente, é mais adaptativo quando existe, de fato, uma possibilidade de ações práticas mudarem o curso dos fatos. Por outro lado, o enfrentamento tipo Regulação de Emoções é mais propício quando um dano já está consolidado e a pessoa, então, parte para a busca do gerenciamento de demandas internas, tais como a elaboração de luto. Certo é que, ao longo de uma vivência com uma doença crônica ou crônico-degenerativa, o cuidador do enfermo enfrentará tantos eventos desestabilizadores que exigirão respostas que sejam mais próprias a cada situação. Neste sentido, o grau de adaptação que a estratégia de enfrentamento possibilitará estará mediando o resultado de qualidade de vida, em cada momento.

Outra relação clínica importante, neste estudo, é a estabelecida entre as estratégias de enfrentamento psicológico e a configuração de um quadro de codependência. Nos 20 participantes do estudo, foram aplicados os onze critérios sugeridos por Zampieri (2004) e, em função da literatura não apresentar um padrão, convencionou-se, neste estudo, que a pessoa codependente deveria apresentar, ao menos, seis dos indicadores por ele descritos. Ao final, dezessete participantes foram incluídos neste critério (Tabela 4).

Para análise dos indicadores de codependência (Tabela 4), as entrevistas semi estruturadas foram transcritas literalmente e submetidas a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2008). Desta forma, a análise originou 14 categorias temáticas, sendo 11 delas coincidentes as descritas por Zampieri (2004), quais sejam: categorias 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 (Tabela 4). Ainda, na coluna F (Tabela 4), encontra-se o número de ocorrências de unidades de análise temática (UAT's – ou, trechos do discurso do cuidador) indicadoras de codependência e na coluna F% encontra-se a frequência percentual de cada categoria temática, considerando-se o número total de UAT's (N=191).

Tabela 4 - Frequência de categorias indicadoras de predisposição a codependência de cuidadores de enfermos crônicos (N=17)

CATEGORIA	PARTICIPANTE	EXEMPLO	F	F %
1 - Cuidar e/ou controlar o outro	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17,18	“Sempre sou eu que dou os remédios, porque eu é que fico cuidando dela o tempo todo! mas também tem de fazer do meu jeito, se sou eu que to ali, então deixa eu fazer do meu jeito!” (P13)	18	9,4
2 - Auto estima	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 17, 20	“Eu me acho uma pessoa boa, amiga, sempre faço tudo o que for possível pros outros. Vale a pena sim se relacionar comigo.”(P3)	12	6,3
3 - Responsabilidade e nos relacionamentos	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19,	“Eu fico da hora que levanto, até a hora de ir dormir, fazendo tudo lá em casa, pergunta se alguém agradece? Todas as decisões, eu é que tenho que resolver, ir atrás, senão ninguém faz nada!” (P2)	14	7,3
4 - Grande tolerância	1, 2, 3, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20	“(…) Eu não sei falar não pra ninguém!” (P8) “Ih, não tem jeito não! Já falei muita veis pra não levar aqueles amigos pra beber lá em casa, mas fazer o que? fico numa raiva, dá vontade de apagar o relógio pra ficá tudo escuro”(P1)	14	7,3
5 - Percepções da relação	3, 5, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 20	“(…) Se tiver que resolver eu vou logo e faço pra não escutar reclamação, mas as minhas coisas eu vou só depois que resolver as dos outros, porque os meus negócios se não der pra resolver num dia, vai no outro, é meu mesmo, ninguém vai falar nada! (P20)	9	4,7
6 – Limites	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	“(…) Eu sempre achei certo aquele ditado: faça o que eu falo mais não o que eu faço! Se eu to falando pra não sair, ou não fazer alguma coisa, pra que fazer?... mas eu sou dona do meu nariz, sei que é certo ou não! E se não der certo eu arco com as conseqüências! Pode deixar!” (P5)	15	7,8
7 – Impulsividade	1, 5, 6, 9, 11, 16, 17, 18, 20	“Ah! Eu tinha que ir lá pra cidade do meu ex marido, eu não ia com a mão abanando né! Comprei um presente pra cada cunhada minha., eu gosto muito de dar presente, só que depois eu é que to sofrendo pra arrumar dinheiro! (P16)	9	4,7
8 - Sentimento de super valorização	2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20	“(…) num tem ninguém mais que eles confiem, mas também fazer tudo do jeito que eu faço nem minha mãe viu! nem sei o que seria se não fosse eu na vida deles!” (P10)	15	7,8

9 - Auto Piedade	1, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20	Acha que chega alguém pra dar uma ajuda? eu é que tenho que arrumar tudo de todos e ninguém faz nada e ainda reclama de tudo que eu fiz! agora vê se tem algum deles que pergunta se eu to bem? quando to com dor, eu é que pego e dou jeito! Ninguém tá nem ai! (P1)	14	7,3
10 - Negação dos sentimentos	2, 4, 7, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 19	“(…) eu não deixo ninguém saber como eu estou. Eu escondo de todo mundo se estou triste. Fico sempre mostrando os dentes. Sorrindo.” (P11)	10	5,2
11 - Dificuldade afetiva	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20	“(…) as vezes dentro de mim eu quero até pegar na mão, fazer um carinho no cabelo dele, mais não, fico calada mesmo. Senão já fica querendo outra coisa” (P18)	17	8,9
12 - Dificuldades no Relacionamento sexual	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 20	“(…) ele já chega, pega eu e faz lá e pronto, nem sei se já beijei ele” (P17); “(…) eu sofri abuso até meus 16 anos pelo meu padrasto que eu achava que era meu pai” (P12)	15	7,8
13 - Hipersensibilidade de a críticas	1, 2, 3, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20	“Primeiro a pessoa tem de olhar pra ela, tá podenu falar de mim? Eu pedi opinião? tem de ver isto tudo. Porque eu acho assim: enrola o rabo e vai falar do rabo dos outros (P1).	12	6,3
14 - Atração por parceiros instáveis, explosivos ou dependentes.	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9,10, 11,12, 13, 15, 16, 17, 18, 20	“Eu sempre deixo passar, porque se ficar discutindo vai dar mais confusão! e não resolve nada. Então eu deixo pra lá, falar com bêbado num dianta! Com meu pai era assim também, então eu já sabia que tinha que fazer igual minha mãe pra agüentar! isto me ajudou quando casei!” (P16)	17	8,9
TOTAL	-	-	191	100

Abaixo são descritas características e expostos, ao menos, um exemplo de cada indicador sugestivo do fenômeno de codependência.

1 - Cuidar e ou controlar o outro: refere-se a uma necessidade afetiva excessiva pelo controle e cuidado. Neste sentido, Familiares cuidadores, também, apresentam uma dependência no cuidar pelo vínculo que têm com o doente e podem apresentar um comportamento compulsivo de controlar, não conseguindo negar ajuda e cuidados (Bleger,

1997). Ex.: *“Eu acho importante estar cuidando de outra pessoa faz bem, me sinto viva!”* (P8).

2 - Auto estima: diz respeito ao conceito ou opinião do participante dele mesmo. O codependente tem, em relação a sua condição, uma grande auto estima. Contudo, assegura sua auto-estima agradando aos outros e não a ele mesmo (Almeida, 2008). Assim expressou um cuidador: *“Eu penso que se todo mundo fosse como eu, o mundo tava era diferente, porque eu só tenho coisa boa no meu coração, não tenho inveja, maldade, faço tudo pros outros, sei que tem gente que quer me prejudicar por isto pelo que eu fico fazendo, mas continuo com minha vida! (P9)”*.

3 - Responsabilidade nos relacionamentos: refere-se a total disponibilidade do cuidador em assumir o controle no cuidar. Frequentemente, os cuidadores, ainda que de forma súbita e inesperada, e sem ter se preparado, esquecem a sobrecarga vivida e assumem toda a responsabilidade nos cuidados do enfermo crônico. Expressou um deles: *“Eu fico da hora que levanto, até a hora de ir dormir, fazendo tudo lá em cãs. Pergunta se alguém agradece? Todas as decisões, eu é que tenho que resolver, ir atrás, senão, ninguém faz nada!”*(P2).

4 - Grande tolerância: diz respeito a uma tolerância elástica em dar outra chance, ainda que sentindo mágoa e raiva. É um padrão de dolorosa dependência por comportamentos compulsivos e por aprovação dos outros para encontrar segurança e sentimentos de ter valor e identidade (Almeida, 2008). Ex.: *“Th, não tem jeito não! Já falei muita veis pra não levar aqueles amigos pra beber lá em casa, mas fazer o que? fico numa raiva, dá vontade de apagar o relógio pra ficá tudo escuro”*(P1).

5 - Percepção da relação: Diz respeito ao participante ignorar os seus problemas ou fingir que as circunstâncias não são tão ruins, comprometendo-se com os afazeres do outro e deixando o seu próprio de lado. Seria uma condição psicológica com controle compulsivo no relacionamento interpessoal, uma ajuda acompanhada de sofrimento e uma preocupação com pessoas extremamente dependentes (Harkness & Cotrell, 1997). Ex.: *“(…) Se tiver que*

resolver eu vou logo e faço, pra não escutar reclamação, mas as minhas coisas eu vou só depois que resolver as dos outros, porque os meus negócios se não der pra resolver num dia, vai no outro, é meu mesmo, ninguém vai falar nada!” (P20).

6 – Limites: reflete a dificuldade em aceitar limites e a importância em impor limites ao outro. A experiência do cuidador, demonstrando que os cuidados intensivos prestados aos pacientes no dia-a-dia, associados às dificuldades encontradas no desempenho do papel de cuidador, resultam em mudanças nas atividades de vida diária e no funcionamento psíquico dos indivíduos envolvidos (Leal, 2000). Ex.: *“(...) Eu sempre achei certo aquele ditado: faça o que eu falo mais não o que eu faço! Se eu to falando pra não sair, ou não fazer alguma coisa, pra que fazer?... mas eu sou dona do meu nariz, sei que é certo ou não! E se não der certo eu arco com as conseqüências! Pode deixar!” (P5).*

7 – Impulsividade: reflete o costume de agir e depois analisar as conseqüências. As pessoas interrompem suas atividades para atender ao chamado alheio; fazem sempre mais do que os outros pedem e, habilidosamente, antecipam os desejos do próximo e abrem mão dos seus com extrema facilidade. Em outros momentos, ficam chateados quando os outros não fazem o mesmo por eles (Almeida, 2008). Ex.: *“Ah! Eu tinha que ir lá pra cidade do meu ex marido, eu não ia com a mão bananu né! Comprei um presente pra cada cunhada minha. Eu gosto muito de dar presente, só que depois eu é que to sofrendo pra arrumar dinheiro!” (P16)*

8 - Sentimentos de supervalorização: trata-se da dedicação excessiva ao outro e do rancor por falta de reconhecimento. Rodrigues (1998) expõe como sendo regra da codependência a proposta determinante do qual relacionar com outra pessoa é ser incompatível com o relacionar-se com suas próprias necessidades e sentimentos. O codependente percebe-se como insubstituível ao outro. Ex.: *“(...) num tem ninguém mais que eles confiem, mas também fazer tudo do jeito que eu faço nem minha mãe viu! nem sei o que seria se não fosse eu na vida deles!” (P10).*

9 - Auto piedade: esta categoria esta relacionada a dó ou pena que o participante sente dele mesmo. As preocupações inerentes ao ato de cuidar fazem com que os cuidadores atribuam significados para o ato de cuidar, tais como: crescimento, gratidão, doação, amor, dever, reparação, obrigação, elaboração de conflitos, resgate de omissões, troca, supressão de necessidades de carinho ou de amor, missão, descobrimento de potencial, aprendizado ou vontade de Deus (Silveira, 2006). Ex.: *“Acha que chega alguém pra dar uma ajuda? eu é que tenho que arrumar tudo de todos e ninguém faz nada e ainda reclama de tudo que eu fiz! agora vê se tem algum deles que pergunta se eu to bem? quando to com dor, eu é que pego e dou jeito! Ninguém tá nem ai!” (P1).*

10 - Negação de sentimentos: relata o quanto o participante altera ou nega, verdadeiramente, o que sente. É um padrão de comportamento disfuncional de relacionamento com pessoas muito dependentes, causando dificuldade em expressar sentimentos e necessidade de ter um propósito nos relacionamentos (Harkness & Cotrell, 1997). Ex.: *“(...) eu não deixo ninguém saber como eu estou. Eu escondo de todo mundo se estou triste. Fico sempre mostrando os dentes. Sorrindo.” (P11)*

11 - Dificuldade afetiva: diz da dificuldade em demonstrar ou receber afetos, mesmo sentindo falta. Como resultado, os codependentes tendem a escolher um extremo ou outro: a negação de si mesmos para manter outra pessoa feliz, ou uma fuga compulsiva dos outros, para manter-se seguros (Rodrigues, 2009). Ex.: *“(...) as vezes dentro de mim eu quero até pegar na mão, fazer um carinho no cabelo dele, mais não, fico calada mesmo. Senão já fica querendo outra coisa” (P18).*

12 - Dificuldade no relacionamento sexual: expõe a dificuldade do participante em relação ao sexo e também a ocorrência de abuso sexual. É um jogo de comportamentos mal adaptativos e compulsivos, aprendidos na convivência familiar, ou em alguma ocorrência traumática a fim de sobreviver diante do estresse de intensa ou prolongada dor (Zampieri, 2004). Ex.: *“(...) eu sofri abuso até meus 16 anos pelo meu padrasto que eu achava que era*

meu pai” (P12).

13 - Hipersensibilidade a críticas: demonstra o quanto o participante costuma criticar as ações alheias, contudo não aceita receber críticas. As pessoas que estão conectadas de forma muito íntima, e com padrões e interação consideravelmente estáveis, podem evidenciar um comportamento-problema em tal relação (Edwards, 1997). Ex.: *“Ah, mais tem coisa que não tem jeito! Como não falar se tá ridículo? tem de falar pra pessoa desconfiar né”?(P3).*

14 - Atração por parceiros instáveis, explosivos ou dependentes: relata o quanto o participante é tolerante em aceitar abusos para não perder o outro. Nesse relacionamento codependente, um indivíduo está ligado psicologicamente a outro cujas atividades são dirigidas por algum tipo de cuidado especial (Giddens, 1993). Ex.: *“Eu sempre deixo passar, porque se ficar discutindo vai dar mais confusão! e não resolve nada. Então eu deixo pra lá, falar com bêbado num dianta! Com meu pai era assim também, então eu já sabia que tinha que fazer igual minha mãe pra guentar! isto me ajudou quando casei!”(P16).*

Dos 20 participantes deste estudo, três (P6, P14 e P19) apresentaram cinco ou menos indicadores sugestivos de codependência. Disto resulta que a grande maioria pode ser considerada como mantendo uma relação disfuncional com o enfermo crônico no processo de cuidar.

Por outro lado, quando se avalia quais indicadores de codependência foram mais frequentes entre os cuidadores, se destacam a busca pelo cuidar e/ou pelo controle do outro (categoria 1), as dificuldades afetivas (categoria 11), a atração por parceiros instáveis, explosivos ou dependentes (categoria 14), a falta de limites (categoria 6) e as dificuldades no relacionamento sexual (categoria 15). Tais características, necessariamente, não apareceram associadas diretamente ao enfermo crônico, mas incluem-se no relato de outras vivências relacionais do cuidador.

De acordo com Almeida (2008), a codependência inicia-se quando uma pessoa, em uma relação comprometida com um doente, tenta controlar seu comportamento na esperança de ajudá-lo. Como consequência desta busca mal sucedida de controle das atitudes do próximo, para o autor (2008), a pessoa acaba perdendo o domínio sobre seu próprio comportamento, comprometendo sua qualidade de vida. Contudo, neste estudo, o que se observou foi algo distinto: os cuidadores avaliados mantinham bons escores de qualidade de vida e utilizavam de uma diversidade de estratégias de enfrentamento psicológico. Neste sentido, fugiram ao anteriormente descrito pela literatura. Uma possível explicação para isto pode estar, de um lado, associado às características pessoais para lidar com o estresse do processo de cuidar e, por outro lado, pelo fato de que, mesmo se tratando de enfermos crônicos, muitos ainda mantinham boas condições gerais de saúde e funcionais, exercendo, possivelmente, menor pressão sobre o cuidador.

Parece ser lugar comum que a presença do cuidador é fundamental na melhora do enfermo crônico, pois este se sente, geralmente, protegido e seguro na presença daquele. Por outro lado, os relatos dos cuidadores indicam que os mesmos acabam se dedicando mais ao outro do que a si mesmo. Na prática clínica, observa-se que muitos cuidadores que iniciam a atividade do cuidar assim o fazem de forma mais livre (ou, ao menos, porque são as pessoas mais disponíveis na família) e que, com o passar do tempo, tal atividade vai se tornando compulsória: a família tende a manter uma expectativa de que o cuidador esteja a todo tempo e espaço em função do enfermo.

Com características ou não de codependência, o cuidador merece um acompanhamento por parte da equipe de saúde, sobretudo dos profissionais preparados para avaliar e intervir nas dinâmicas relacionais, ora numa atitude preventiva terciária (ou seja, prevenção de co-morbidades), ora numa atitude de tratamento das disfunções instaladas no processo de cuidar. Seja qual for a situação, o psicólogo da saúde, como membro da equipe de saúde, poderá incluir entre suas atividades de rotina o acompanhamento ao cuidador do

enfermo crônico com a pretensão, no limite, de torná-lo um agente de qualificação da vida do enfermo, e de sua própria.

Conclusão

Aspectos relacionados ao cuidador de enfermos crônicos devem fazer parte dos interesses dos psicólogos da saúde e dos pesquisadores da área da psicologia da saúde. São muitas as adversidades que o cuidador terá que enfrentar, em distintas fases de acompanhamento do enfermo crônico. Nem sempre, uma adaptação às situações difíceis pode, necessariamente, ser feita baseada em uma relação construtiva e organizadora. As configurações de codependência (ou seja, os arranjos específicos produzidos pelo encontro das diversas características de codependência) podem trazer e alimentar um processo de sofrimento que agrava a condição do enfermo crônico, sendo, portanto, objeto passível de transformação. Dentro das políticas públicas brasileiras na área da saúde, a Política de Humanização dos espaços de saúde vem requerer da psicologia, dentre outras contribuições, a proposição e o acompanhamento de formas sistemáticas de avaliação e intervenção da qualidade de vida das pessoas envolvidas. Estudos como este, ainda que não sejam passíveis de generalização populacional, podem ajudar no avanço e na problematização do conhecimento na área da psicologia da saúde e na contínua organização da assistência à saúde.

Referências Bibliográficas

- Almeida, F. B. (2008). Um mal chamado codependência. *Revista Ciência e Vida* VI, 29, 28-43.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (5ª ed.). (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Originalmente publicado em 1977).
- Ballone G. J., (2006). Codependência in. *Psiqu Web*, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br,
- Beattie, M. (2007). *Co-dependência nunca mais* (M. Braga, trad.) Rio de Janeiro: Editora Nova Era.
- Bleger, J. (1997). *Simbiose e Ambiguidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Chauí, M. (1995). *Convite a Filosofia*. São Paulo: Ática.
- Cleveland, M. "Treatment of codependent women through the use of mental imagery" *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1987. 4, 1: 27-40.
- Costa Neto, S. B., Araújo, T. C. C. F., & Curado, M. P. (2000). O Coping como variável relevante na qualidade de vida de pessoas mutiladas: com um enfoque especial à pessoa atingida pelo câncer de cabeça e pescoço In: *Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço*. São Paulo. Frôntis Editorial, 529-546.
- Costa Neto, S. B., Araújo, T. C. C. F., & Curado, M. P. (2005). Avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer de cabeça e pescoço. *Acta Oncológica Brasileira*, 20 (3), 96-194.
- Edwards, G., & Dare, C. (1997). *Psicoterapia e tratamento das Adições*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Fleck, M.P.A.; Borges, Z.N.; Bolognesi, G.; Rocha, N.S. (1999). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública* 37(4): 446-455.
- Folkman, S. Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the way of coping questionnaire: Research edition*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Garmezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry* 56, 127-136.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da identidade*. São Paulo: Unesp.
- Labra, M. E. (2009) Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. *Coleção Pensar em Saúde*, 8, 176-203.
- Lazarus, R. S. Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S (1993). Coping Theory and research: Past, present, and Future. *Psychomatic medicine*, V.55 p.234-247.
- Leal, M. G. S. (2000). O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. *Revista Terceira Idade*, 11(20), 19-29.
- Rodrigues, A. C. C.(1998). *Cidadania nas Relações afetivas sexuais no Brasil contemporâneo uma questão de políticas públicas*. Tese doutoramento Curso de pós-graduação em sociologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, DF.
- Seidl, E. M F, Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Teoria e Pesquisa*, 17 (3), 225-234.
- Seidl, E.M.F., Faria, J. B. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da Literatura. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 18 (3), 381-389.
- Schere, R. F., Wiebe, F. A.; Luther, D. C. & Adams, J. S. (1988). Dimensionality of coping: Factor stability using the ways of coping questionnaire. *Psychological Reports*, 62, 763-770.

Silveira, T. M., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (8), 1629-1638.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41:1403-9, 1995.

Zampieri, M. A. J. (2004). *Co-dependência: o transtorno e a intervenção em rede*. São Paulo: Àgora.

Zierner R., (2008). Um mal chamado codependência. *Revista Ciência e Vida* VI, 29, 28-43.

Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Karin Souza Pereira Stival, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é Psicologia. Após ler com atenção este documento ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Karin Souza Pereira Stival nos telefones: (62) 8111.01.01

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 32 69 83 38 – 32 69 84 26.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

Título: Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de enfermos crônicos.

Objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de enfermos crônicos.

O/A Sr(a). será abordado(a) no leito do enfermo crônico, onde será submetido ao estudo.

O Estudo consiste de uma entrevista semi estruturada para identificar indicadores a pré disposição de características de codependência e da avaliação de modos de enfrentamento de problemas. Também avaliaremos sua percepção de Qualidade de vida por meio de um instrumento denominado WHOQOL Breve, da Organização Mundial de Saúde.

O/A Sr(a). terá acompanhamento psicológico da pesquisadora durante todo o processo de coleta de dados.

Neste estudo está previsto um risco mínimo que será o desconforto ao responder as questões.

O/A Sr(a). terá direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa.

Qualquer despesa efetuada pelo(a) Sr(a). na pesquisa será ressarcida pela pesquisadora responsável.

Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela participação na pesquisa.

Sua participação na pesquisa auxilia no estudo do comportamento humano bem como em avaliar a qualidade de vida do cuidador durante o processo de cuidar.

Sua participação será efetivada em um (1) ou dois (2) encontros durante o período de internação do enfermo, podendo ser utilizada um (1) dia para explicação da pesquisa, fechamento do contrato verbal (TCLE) e aplicação dos instrumentos especificados.

Em todas as respostas será garantido o respeito, a individualidade e a privacidade. As informações colhidas serão cuidadosamente mantidas em sigilo, bem como garantido o sigilo de seu nome e dados que possam revelar sua identidade.

Será garantida a liberdade de não aceitação, bem como de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual. Podendo retirar-se do estudo, se julgar necessário.

Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Nome e Assinatura do (a) pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA
Eu _____ RG _____ CPF _____ Prontuário _____ matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Avaliação da qualidade de vida de cuidadores codependentes de enfermos crônicos”, sob a responsabilidade da Pesquisadora Karin Souza Pereira Stival como sujeito voluntário. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência e tratamento.

Local

Data

_____ / _____

Nome do Participante

Pesquisadora

_____ / _____

Anexo II- Dados Sócio Demográficos

Nome do cuidador: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Tempo de Internação: _____

Idade: _____ Sexo: M () F ()

Estado Civil: Casado (a) () Viúvo (a) () Amasiado(a) () Divorciado(a) ()

Solteiro (a) () Outros () Especificar: _____

Filhos: Sim () Não () em caso afirmativo, quanto filhos? _____

Mora: Sozinho () Com família () Quantas pessoas? _____ Com amigos ()

Quantos? __

Grau de instrução:

Trabalha: Sim () Não () em caso afirmativo, qual profissão? _____

Religião: Sim () Não () Em caso afirmativo, especificar: _____

Praticante: Sim () Não ()

Nome do Paciente: _____

Diagnóstico no prontuário: _____

Leito N°: _____

Idade Paciente: _____ Sexo: F () M ()

Estado Civil: _____

Anexo III - WHOQOL- Abreviado

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas**.

Quanto você se preocupa com sua saúde?				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero,

ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "*trabalho*" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se **às últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre "*quão bem você é capaz de se locomover*" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Anexo– IV Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

Data: _____/_____/_____

Nome: _____

Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual.

Veja um exemplo:

Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Obrigado pela sua participação!

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

2. Eu me culpo.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

5. Procuro um culpado para a situação.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

6. Espero que um milagre aconteça.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

8. Eu rezo/ oro.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

13. Desconto em outras pessoas.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

27. Tento esquecer o problema todo.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

29. Eu culpo os outros.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

34. Procuo me afastar das pessoas em geral.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

37. Descubro quem mais é ou foi responsável.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

• Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com seus problemas?

Anexo V – Roteiro de Entrevista Semi-estruturada

1- Tendência a cuidar e/ou controlar o outro

Sente-se responsável por outra pessoa?

Acredita que a maioria das pessoas são incapazes de tomarem conta da própria vida, necessitando de outro para ajudar?

Tenta convencer os outros de que eles deveriam pensar como eles verdadeiramente sentem?

Fica ressentido quando não aceitam a sua ajuda?

Sente necessidade de ser necessário?

2 -Tendência a balizar a auto estima em assumir a maior parte da responsabilidade nos relacionamentos.

Sente-se responsável pelo sentimento do outro?

Assume a maior parte das responsabilidades no relacionamento?

Decide sobre o bem estar e destino e escolhas do outro?

3 -Tolerância elástica em dar outra chance, ainda que sentindo mágoa, raiva ou desrespeito.

Você se flagra dizendo sim quando quer dizer não?

Tolera abusos para não magoar o outro e correr o risco de perdê-lo?

Perdoa mesmo estando magoado, com raiva ou sentindo-se desrespeitado?

Sente raiva de si mesmo?

4 - Grande dificuldade de perceber, impor e de respeitar limites.

Ignora os seus problemas ou finge que as circunstâncias não são tão ruins?

Acha importante impor limites nos outros?

Quando imposto a você, o limite é aceito?

5 - Impulsividade.

Costuma agir e depois analisar as conseqüências?

Oferece conselhos e direções sem ser questionado?

Considera-se impulsivo?

6 - Oscilação freqüente entre desvalia e sentimentos de supervalorização (herói).

É importante para você agradar ao outro mesmo que não lhe agrade?

Sente medo de errar?

Tenta provar que está certo? Costuma julgar seus pensamentos, palavras e ações tentando aproximar-se da perfeição?

7 - Sentimento de autopiedade: rancor por falta de reconhecimento e traição.

Acha que se dedica mais ao outro do que a você?
 Sente-se uma pessoa amável, que vale a pena relacionar-se?
 É reconhecido o que faz pelo outro?
 Guarda magoa por um longo tempo, mas, de vez em quando explode?
 Sente-se traído quando não lhe pedem auxílio, e procuram uma outra pessoa?
 Você já tentou se vingar dos outros de forma disfarçada, talvez mesmo sem se dar conta de estar fazendo isso no momento?
 Tem medo de ficar muito irado e perder o controle?

8 - Dificuldade de expressar sentimentos e demonstrar ou receber afetos, mesmo sentindo falta.

Você minimiza, altera ou nega o que verdadeiramente sente?
 Considera as opiniões e sentimentos do outro muito mais do que os seus?
 Sente dificuldade de identificar o que está sentindo?
 Em geral você deixa que vêm como realmente é?
 Como é receber elogios espontâneos?
 Você tem dificuldades para dizer o que quer e precisa?

9 - Dificuldade no relacionamento sexual.

Procura seu parceiro para sexo?
 Ocorrência de abuso sexual com você? Quando?
 Usa o sexo para ganhar aprovação e aceitação?
 Aceita sexo quando quer atenção e amor?

10- Hipersensibilidade a críticas.

Como se sente em relação ao que o outro está pensando a seu respeito?
 Costuma criticar as ações alheias?
 Quando recebe uma crítica, como se comporta?
 Geralmente concorda ou discorda das críticas recebidas?

11-Atração por parceiros emocionalmente instáveis, explosivos e dificuldade para sair de tais relacionamentos com tendência a repetição.

Costuma tolerar abuso para não perder o outro?
 Necessita estar com uma pessoa em específico para sentir que sua vida faz sentido?
 Sente-se preso na relação?
 Tem medo de ficar só?
 Já se relacionou com alguém com dependência?
 Descreva o relacionamento com seu pai desde a infância.
 Descreva o relacionamento com sua mãe desde a infância.

12-Oscilações freqüentes entre vitima sofrendo agressões física e/ou sexual e algoz compulsivo de seus dependentes.

Você acha que abusam de sua ajuda, Sente-se auto carregado?

Agressão física, já foi vitima?

Fica ressentido quando não fazem aquilo que determina?

Usa de ameaça para obter o que considera certo?

Já manipulou conselho para que as coisas aconteçam da maneira que acha correta?

Considera-se tolerante?

Anexo VI- Aprovação do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas/ UFG.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL



PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 051/2010

Em, 29/04/2010

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL: Psicóloga: Karin Souza Pereira Stival

ORIENTADOR: Prof. Psic. Sebastião Benício da Costa Neto

TÍTULO: "Avaliação da Qualidade de Vida do Cuidador Codependente de Enfermos Crônicos"

Área Temática: Grupo III


Local de realização: Hospital das Clínicas/UFG

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás analisou e **aprovou** o projeto de pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

Após início do estudo, o pesquisador responsável **deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios semestrais** do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*)


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

Anexo VII– Regras da Revista Temas em Psicologia.

Submissão de artigos

A revista *Temas em Psicologia* é uma publicação da Sociedade Brasileira de Psicologia. Iniciada em 1993 teve como seu processo de captação de artigos até esta data as reuniões anuais da *Sociedade Brasileira de Psicologia*. Entretanto, a partir de agora passa a aceitar artigos submetidos diretamente à Comissão Editorial.

Normas para Publicação

Temas em Psicologia é uma publicação da Sociedade Brasileira de Psicologia que se destina à divulgação de artigos originais relacionados à Psicologia nas categorias de trabalhos abaixo relacionadas.

I. Tipos de Colaboração Aceita

1. **Relato de pesquisa:** investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica. Limitado a um total de 30 páginas quando da submissão.
2. **Estudo histórico teórico / conceitual:** análise de temas que conduzam ao questionamento de conceitos e/ou modelos existentes e/ou à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas, contendo evidência do método utilizado. Limitado a um total de 30 páginas quando da submissão.
3. **Análise de experiência profissional:** exame de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos, ou estratégias de intervenção, contendo evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia. Limitado a um total de 30 páginas quando da submissão.
4. **Revisão crítica da literatura:** análise de um corpo abrangente de investigação, relativa a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia. Limitado a um total de 30 páginas quando da submissão.
5. **Nota técnica:** descrição de instrumentos e técnicas originais de pesquisa. Limitado a um total de 10 páginas quando da submissão.

II. Apreciação pela Comissão Editorial

Aceita-se o manuscrito para análise pressupondo-se que: (a) o trabalho não foi publicado e não está sendo submetido para publicação em outro periódico; (b) todos os autores listados como autores aprovaram seu encaminhamento para publicação nesta revista; (c) qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal aprovou a citação.

Os trabalhos enviados serão apreciados pela Comissão Editorial que recorrerá a consultores externos. Os autores serão notificados da aceitação – com solicitação de reformulação ou não – ou recusa de seus artigos. Os manuscritos originais não serão devolvidos.

A Comissão Editorial poderá fazer pequenas modificações no texto. Solicitação de mudanças substanciais – em caso de aceitação com sugestão de reformulação – deverão ser feitas pelos autores no prazo máximo de um mês da data de postagem / contato por e-mail.

III. Forma de Apresentação dos Manuscritos

Temas em Psicologia adota as normas de publicação da APA (4a edição, 1994), exceto naquelas situações específicas em que haja conflito para se assegurar a revisão cega por pares, regras da língua portuguesa, normas da ABNT, ou procedimentos internos da revista. Manuscritos devem sempre ser redigidos em português.

Os manuscritos originais poderão ser encaminhados para avaliação por via eletrônica ou por correio.

O manuscrito deve ser encaminhado acompanhado de carta assinada / enviada eletronicamente pelo autor principal, na qual esteja explicitada a intenção de submissão do trabalho para publicação. Quando houver mais de um autor, a versão final do trabalho deve ser acompanhada de carta de acordo de publicação assinada por todos os autores, conforme modelo fornecido pela revista ao autor principal, quando da solicitação de reformulações.

Digitação do manuscrito: O artigo deverá ser digitado em processador de texto compatível com o padrão *Word for Windows 6.0 ou superior*, em fonte *Times New Roman*, tamanho 12, não excedendo 80 caracteres por linha e o número máximo de páginas estabelecido. A página deverá ser tamanho A4, com no mínimo 2,5 cm de margens superior e inferior e 3 cm de margens esquerda e direita, com paginação desde a folha de rosto personalizada (página 1). Solicita-se a não utilização de recursos especiais de edição (justificação, recuos, hifenização, negritos, itálicos, etc.), indicando apenas a mudança de parágrafo (não usar a tecla de tabulação). A versão reformulada deverá também ser encaminhada em disquete e em 3 vias impressas, seguindo estas mesmas instruções.

Envio eletrônico de manuscrito: o manuscrito deve ser enviado por e-mail, como um anexo de carta dos autores solicitando sua avaliação.

Envio por correio de manuscrito: o manuscrito do artigo deverá ser encaminhado em 03 vias impressas e uma via em disquete.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

1. Folha de rosto personalizada, contendo:

1.1. Título pleno em português, não excedendo 15 palavras.

1.2. Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não excedendo 4 palavras.

1.3. Título pleno em inglês, traduzido do português.

1.4. Nome de cada autor e suas afiliações institucionais.

1.5. Indicação do endereço para correspondência com a Comissão Editorial, incluindo FAX, telefone e endereço eletrônico.

1.6. Indicação do autor a quem o leitor deverá enviar correspondência e seu endereço completo (incluir endereço eletrônico).

1.7. Identificação do tipo e título da atividade da Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, na qual o trabalho foi apresentado, quando for o caso.

1.8. Quando necessário, parágrafo reconhecendo apoio financeiro, colaboração de colegas e técnicos e outros fatos eticamente necessários.

2. Folha de rosto personalizada sem identificação

2.1. Título pleno em português.

2.2. Sugestão de título abreviado.

2.3. Título pleno em inglês.

3. Folha contendo *Resumo* em português

O *Resumo* deve ter de 100 a 150 palavras, seguido de 3 a 5 palavras-chave para indexação do trabalho. As palavras-chave devem ser escolhidas com precisão adequada para fins de classificação, permitindo que o trabalho seja recuperado com trabalhos semelhantes. Devem ser palavras-chave que, possivelmente, seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico.

4. Folha contendo *Abstract* em inglês

O *Abstract* deve ser compatível com o *Resumo* em português, obedecendo as mesmas especificações da versão em português. *Key words* compatíveis com as palavras-chave devem ser apresentadas.

5. Texto propriamente dito

Esta parte do manuscrito deve começar em uma nova folha, seguindo a numeração iniciada na página de rosto, contendo uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por títulos (centralizados) e subtítulos, quando necessários. Os locais sugeridos para inserção de *figuras e tabelas* devem ser claramente indicados no texto.

As *notas de rodapé* devem restringir-se à complementação de informações que, julgadas relevantes, que não caibam na seqüência lógica do texto; devem ser reduzidas a um mínimo. Notas de rodapé devem ser apresentadas no final do texto em página à parte.

Notas bibliográficas devem ser evitadas. Notas de rodapé devem ser apresentadas no final do texto em página à parte.

Citações de autores devem obedecer às normas da APA. No caso de transcrição na íntegra de um trecho, a transcrição deve ser delimitada por aspas e a citação do autor deve ser seguida do número da página citada. Citações literais com 40 palavras ou mais devem ser apresentadas em bloco próprio, começando em nova linha, com recuo de 0,5cm em cada margem, na posição de um novo parágrafo. O mesmo tamanho de fonte do texto (12) deve ser utilizado.

6. Figuras

Devem ser apresentadas, uma em cada página de papel e por arquivo de computador, incluindo legenda, ao final do texto. Para assegurar qualidade de reprodução, figuras que contêm desenhos devem ser encaminhadas em qualidade para fotografia. Como há limites para a largura de figuras na versão publicada, o autor deve cuidar para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso seja necessária redução.

7. Tabelas

Devem ser apresentadas, uma em cada página e por arquivo de computador, incluindo título, ao final do texto. O autor deverá limitar sua largura a 60 caracteres, para tabelas simples que ocupam uma coluna impressa, incluindo três caracteres de espaço entre colunas, e limitar sua largura a 125 caracteres, para tabelas que ocupam duas colunas impressas. O comprimento de tabelas não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé. Para casos anômalos, o manual da APA deve ser consultado.

8. Anexos

Devem ser apresentados apenas quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

9. Referências bibliográficas

As Referências bibliográficas devem ser inseridas em uma nova página, ordenadas de acordo com as regras gerais que se seguem.

- Trabalhos de autoria única de um mesmo autor são ordenados por data de publicação, o mais antigo primeiro.
- Trabalhos de autoria única precedem trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo.
- Trabalhos de um mesmo primeiro autor, mas de co-autores diferentes, são ordenados por sobrenome dos co-autores.
- Trabalhos com a mesma autoria múltipla são ordenados por data, o mais antigo primeiro.
- Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data são ordenados alfabeticamente pelo título, desconsiderando a primeira palavra se esta for um artigo ou pronome, exceto quando o título tiver indicação de ordem.
- Em caso de mais de um trabalho dos mesmos autores e ano, este é imediatamente seguido por letra minúscula.
- Quando o mesmo autor é repetido, seu nome não deve ser substituído por travessão ou outros sinais.

A lista de referências deve ser formatada também em espaço duplo, com parágrafo normal e recuo apenas na primeira linha, sem deslocamento de margem e sem espaço adicional entre referências; grifos devem ser indicados por um traço abaixo das palavras (a formatação dos parágrafos com recuo e de grifos em itálico é reservada para a fase final de editoração do artigo).

Para definição de outras características das referências o Manual de Publicação da APA deve ser consultado.

9.1. Tipos comuns de citação

a) Citações de artigo de autoria múltipla

Dois autores: o sobrenome dos autores é explicitado em todas as citações. Por exemplo: Esses atributos são chamados fatores de risco (Ramey e Finkelstein, 1981), mas...

Ramey e Finkelstein (1981) denominam esses atributos como fatores de risco.

De três a cinco autores: o sobrenome de todos os autores é indicado na primeira citação, como acima. Da segunda citação em diante só é indicado o nome do primeiro autor, seguido de “e cols.” e o ano, se for a primeira citação da referência em um mesmo parágrafo. Por exemplo:

Blechman, Kotanchi e Taylor (1981) verificaram que... [primeira citação do texto].

Blechman e cols. (1981) verificaram que... [citação subsequente, primeira no parágrafo].

Blechman e cols. verificaram que... [omite o ano em citações subsequentes dentro de um mesmo parágrafo].

Se a forma abreviada gerar aparente identidade de dois trabalhos no quais os co-autores diferem, explicita-se a seqüência dos co-autores até que a ambigüidade seja eliminada. Na seção de Referências todos os nomes são listados.

Seis ou mais autores: desde a primeira citação no texto, só o sobrenome do primeiro autor é mencionado, seguido de “e cols.”, exceto nos casos em que isto gere ambigüidade, caso em que a mesma regra indicada no item anterior se aplica. Na seção de Referências todos os nomes são listados.

b) Citações de trabalho discutido em uma fonte secundária

Quando o trabalho original não foi lido, o que deve ser evitado, e for referenciado via outra fonte, apresenta-se no texto o autor original seguido de um parêntesis em que se referencia o autor lido, antecedido da expressão “citado por”. Por exemplo: Silva (citado por Souza, 1969). Na seção de Referências apenas a fonte secundária é listada.

c) Citações de obras antigas reeditadas

No texto, as datas da publicação original e da edição consultada devem ser apresentadas nesta ordem e separadas por barra.

d) Citações de comunicação pessoal

Deve ser evitado este tipo de citação. Se inevitável, deve aparecer no texto, mas não na seção de referências: em seguida ao nome do autor, entre parêntesis, deve ser indicada a data da comunicação precedida da expressão “comunicação pessoal”. Por exemplo: Silva (comunicação pessoal, 20 de junho de 1996).

e) Citações de trabalho no prelo

Incluir referências a trabalhos no prelo apenas se for possível dar ao leitor indicações sobre o título da publicação e, no caso de periódico, o volume e o número em que será publicado o material citado.

9.2. Exemplos de Tipos Comuns de Referência

a) Relatório técnico

Maioto, P. L. e Silva, A. M. (1996). Medidas de eficiência em avaliação de treinamento (processo 94-1642). São Paulo, SP: Associação de Pesquisadores em Psicologia.

b) Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em publicação seriada regular

Silva, A. A. e Engelman, A. (1988). Teste de eficácia de um curso para melhorar a capacidade de julgamentos corretos de expressões faciais de emoções [Resumo]. Ciência e Cultura, 40 (7, Suplemento), 927.

c) Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em publicação especial

Todorov, J. C.; Souza, D. G. e Bori, C. M. (1992). Escolha e decisão: a teoria da maximização momentânea [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org), Resumos de Comunicações Científicas. XXII Reunião Anual de Psicologia. Resumos (p.385). Ribeirão Preto: SBP.

d) Tese ou dissertação

Lampreia, C. (1992). As propostas anti-mentalistas no desenvolvimento cognitivo: Uma discussão de seus limites. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

e) Livros

Pavlov, I. P. (1927). Conditional reflexes. Oxford: Oxford University Press.

f) Livro traduzido, em língua portuguesa

Salvador, C. C. (1994). Aprendizagem escolar e construção do conhecimento. (E.O. Dimel, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1990).

g) Capítulo de livros

Feyerabend, D. (1992). Mental events and the brain. Em D.Rosenthal (Org.), The independence of consciousness and sensory quality (pp. 53-97). New York: Villanueva.

h) Artigo em periódico científico

Sidman, M. (1953). Two temporal parameters of the maintenance of avoidance behavior by the white rat. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 46, 253-261.

i) Obras antigas com reedição em data muito posterior

Franco, F.de M. (1946). Tratado de educação física dos meninos. Rio de Janeiro: Agir (Originalmente publicado em 1790).

j) Obra no prelo

Vasconcelos, C. R. F., Amorim, K. S., Anjos, A. M. e Rossetti-Ferreira, M. C. (no prelo). A incompletude como virtude: Interação de bebês na creche. Psicologia: Reflexão e Crítica, 16 (2).

l) Autoria institucional

Conselho Federal de Psicologia (1988). Quem é o psicólogo brasileiro? São Paulo/Curitiba: EDUCOPS/ Scientia et Labor.

IV. Direitos Autorais**1. Artigos publicados no periódico *Temas em Psicologia***

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem ao periódico *Temas em Psicologia*. A reprodução total em outras publicações, ou para qualquer outro fim, está condicionada à autorização por escrito do Editor. A reprodução parcial de artigos (partes de texto que excedam 500 palavras, Tabelas, Figuras e outras ilustrações) devem ter permissão por escrito dos autores.

2. Reprodução parcial de outras publicações nos artigos publicados no periódico *Temas em Psicologia*

Os manuscritos submetidos à publicação devem obedecer os limites especificados no item anterior, quando contiverem partes extraídas de outras publicações. Recomenda-se evitar a reprodução de figuras, tabelas e ilustrações; a aceitação de manuscrito que contiver este tipo de reprodução dependerá da autorização por escrito para reprodução, do detentor dos direitos autorais do trabalho original, endereçada ao autor do trabalho submetido ao periódico *Temas em Psicologia*. O periódico *Temas em Psicologia*, em nenhuma circunstância, repassará direitos de reprodução assim obtidos.