

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA NOS FAMILIARES: SOBRECARGA E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA, RELAÇÃO E IMPLICAÇÕES

Impacto de las enfermedades oncológicas en la familia: la sobrecarga y los síntomas psicopatológicos, relación e implicaciones

Impact of oncologic disease on relatives: psychopathological burden and symptomatology, relation and implications

Mara Rezende*, Sónia Remondes-Costa*

RESUMO

Enquadramento: adoecer de cancro é um dos acontecimentos de vida mais temíveis do mundo, e um dos maiores stressores do ciclo de vida, provocando sofrimento, preocupações e perdas no doente e na família. É sobre a família que recai maioritariamente a responsabilidade de cuidar, afetando a saúde física, emocional e psicológica de quem cuida. **Objetivo:** avaliar a sintomatologia psicopatológica e a sobrecarga de familiares de doentes oncológicos e estudar a relação entre as duas variáveis. **Metodologia:** participaram no estudo 96 familiares de doentes oncológicos, com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos, respondendo à Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2009) e ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999). **Resultados:** os níveis de sobrecarga são moderados, sendo a sobrecarga subjetiva a mais afetada. A ansiedade e a depressão são os sintomas psicopatológicos mais prevalentes. A sobrecarga e a sintomatologia psicopatológica variam em função do sexo, residência, situação ocupacional, grau de parentesco, ser cuidador, acompanhamento ao hospital e co-habitação. Constatou-se a existência de relação estatisticamente significativa entre sobrecarga e psicopatologia. **Conclusão:** é fundamental para a melhoria dos cuidados prestados atender à saúde psicológica dos familiares, designadamente, dos cuidadores.

Palavras-chave: Doença oncológica; familiares; sobrecarga; sintomatologia psicopatológica

*Departamento de Educação e Psicologia,
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

ABSTRACT

Background: having cancer is one of the most fearful life events in the world, and one of the greatest stressors in the life cycle, causing suffering, worries and losses in the patient and family. It is the family that takes the majority of responsibility for caring, affecting the physical, emotional and psychological health of the caregiver. **Objective:** to evaluate the psychopathological symptomatology and the burden of family members of cancer patients and to study the relationship between this two variables. **Methodology:** participants in the study were 96 family members of cancer patients, aged 18-67, responding to the Caregiver Overload Scale (Sequeira, 2009) and the Brief Symptom Inventory (Canavarro, 1999). **Results:** suggest moderate levels of burden, with subjective overload being the most affected. Anxiety and depression are the most prevalent psychopathological symptoms. Psychopathological overload and symptomatology vary according to sex, residence, occupational situation, degree of kinship, being a caregiver, hospital follow-up and co-habitation. It was verified the existence of a statistically significant relationship between burden and psychopathology. **Conclusion:** it fundamental for the improvement of the care provided to attend to the psychological health of the relatives, namely, of the caregivers.

Keywords: oncological disease; relatives; overload; psychopathological symptomatology

RESUMEN

Marco contextual: sicken cáncer es uno de los acontecimientos de la vida más temibles del mundo, y uno de los factores de estrés de ciclo de vida, provocando dolor, las preocupaciones y las pérdidas en el paciente y su familia. Se trata de una familia que cae mayoritariamente la responsabilidad de cuidar, que afecta a la salud física, emocional y psicológico de los cuidadores. **Objetivo:** evaluar los síntomas psicopatológicos y carga de los familiares de pacientes con cáncer y estudiar la relación entre las dos variables. **Metodología:** participaron en el estudio 96 familias de pacientes con cáncer, con edades comprendidas entre los 18 y 67, en respuesta a la sobrecarga del cuidador Escala (Sequeira, 2009) y el Inventario de síntomas psicopatológicos (Derogatis, 1982). **Resultados:** los resultados sugieren niveles de sobrecarga moderada, y para la carga subjetiva más afectados. La ansiedad y la depresión son los síntomas psicopatológicos más frecuentes. La sobrecarga y los síntomas psicopatológicos varían según el sexo, la residencia, la situación laboral, relación, cuidador, siga el hospital y la cohabitación. Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre sobrecarga y psicopatología. **Conclusión:** es fundamental para la mejora de los cuidados prestados atender a la salud psicológica de los familiares, en particular, de los cuidadores.

Palabras-clave: enfermedades oncológicas; la familia; la sobrecarga; síntomas psicopatológicos

Como Referenciar:

Rezende, M. & Remondes-Costa, S. (2018). Impacto da doença oncológica nos familiares: sobrecarga e sintomatologia psicopatológica, relação e implicações. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 45-56.

Recebido para publicação em:29/10/2017
Aceite para publicação em: 17/04/2018

INTRODUÇÃO

A doença oncológica é, presumivelmente, o acontecimento de vida mais temido entre as pessoas (Matos & Pereira, 2005; Blanco, Antequera, & Aires, 2002), sendo considerado um evento stressor por aqueles que o experienciam (Remondes-Costa, 2015a). Estas considerações advêm do facto de a doença oncológica ter impacto ao nível biopsicossocial e espiritual do doente e dos seus familiares (Remondes-Costa, 2015b; Alves, 2010).

Como resultado do progresso científico, a incidência de investigações tem-se centrado essencialmente na etiologia da doença oncológica e nas estratégias de adaptação do indivíduo à doença, negligenciando a família enquanto palco de interações relacionais (Kaplan, Weinberg, Small, & Herndon, 1991). Contudo, a doença oncológica não afeta apenas o doente, esta ocorre no contexto de um sistema familiar (Caleiras, 2012), transpondo-se para além de um acontecimento pessoal de vida significativo para passar a ser tido em conta como um acontecimento familiar significativo (Remondes-Costa, 2015a). A vivência da doença oncológica provoca sofrimento, preocupações e perdas no doente e na família (Coelho, 2009), o que leva a que os seus membros tenham de se readaptar no sentido de proteger e atender às necessidades do familiar doente (Carvalho, 2008). Da readaptação da estrutura familiar, destaca-se, normalmente, um cuidador principal, tendo em conta as necessidades específicas do doente, que irá facultar auxílio contínuo nos cuidados físicos e psicossociais (Volpato & Santos, 2007; Franco, 2002). Segundo Castro (2008) o cuidador informal é um indivíduo, habitualmente da família, responsável pela prestação de cuidados à pessoa doente. A este cuidador circunscrevem-se duas características essenciais: não ser remunerado e não possuir formação específica na área de prestação de cuidados. A família, especialmente o cuidador, passa a integrar na sua rotina, tarefas que envolvem o apoio às atividades instrumentais de vida diária como a preparação de refeições, higiene, transporte, gestão financeira (Caleiras, 2012; Given, Given, & Sherwood, 2011; Ribeiro, 2007).

Do mesmo modo, é responsável pela administração da medicação e terapêutica, comunicação com os profissionais de saúde (Caleiras, 2012), bem como a promoção do conforto e a disponibilização de suporte social e emocional (Caleiras, 2012; Afonso, 2011; Given *et al.*, 2011). Contudo, importa salientar que, segundo Laham (2003), o ato de cuidar acarreta aspetos positivos, tais como a valorização pessoal e o valor à vida, devendo ser encarado pelo familiar/cuidador de forma equilibrada. Não obstante às necessidades do doente, não devem ser menosprezadas as suas próprias necessidades.

De acordo com Afonso (2011) e Coelho (2009) o ato de cuidar, decorrente do acréscimo de responsabilidades e funções, pode acarretar consequências a nível físico, emocional, social e psicológico. A literatura sugere que os familiares de doentes oncológicos experienciam com frequência, ansiedade (Ferrario, Zotti, Massara, & Nuvolone, 2003; Lewis, 1990) e depressão (Franca, 2004; Lewis, 1990). De facto, os níveis de ansiedade e depressão são, de acordo com Martins, Ribeiro, e Garrett (2003), significativamente superiores aos valores normais, bem como a sobrecarga física, emocional e social. Lewis (1990) acrescenta as perturbações alimentares, as perturbações de sono e a sintomatologia psicossomática como exemplos de alterações encontradas em esposas de doentes graves decorrentes do ato de cuidar.

Um estudo elaborado por Coelho (2009), com o objetivo de estudar a influência do ato de cuidar na qualidade de vida do cuidador familiar do doente oncológico. Os resultados evidenciaram que os familiares/ cuidadores estão sujeitos a *distress*, dificuldades psicossociais, sobrecarga emocional, perturbações ligadas ao cuidado, sintomas de ansiedade, depressão e stresse. Perez, Chávez e Lanza (2000) constataram que os cuidadores de doentes

com cancro avançado apresentavam sofrimento, desgaste, sensação de impotência, sensação de abandono, desejo de morte, perturbações alimentares e isolamento social.

Figueiredo e Pereira (2006) realizaram uma investigação com o objetivo de identificar a existência de alterações psicológicas nos doentes com cancro colon retal e respetivos cônjuges, e qual a sua relação com o tratamento. Foram reportadas alterações emocionais, designadamente ao nível da ansiedade, depressão e stresse pós-traumático. Por sua vez, Alves (2010) conclui, no seu estudo, que os cuidadores apresentavam baixos níveis de sobrecarga, à exceção das dimensões das expectativas com o cuidar, que apresentavam sobrecarga moderada. Apenas existiu correlação entre o sofrimento psicológico e as expectativas com o cuidar, não havendo evidência da relação entre as restantes dimensões do sofrimento do doente com a sobrecarga do cuidador.

Neste sentido, o impacto da doença oncológica deve ser compreendido no doente e na família, aludindo a necessidades emocionais, socioeconómicas e culturais de ambos, visto que é neste contexto que emerge a doença e é com esta estrutura familiar que irão responder à situação de doença (Carvalho, 2007).

Tendo em conta a literatura acerca desta temática, a presente investigação, de cariz transversal, teve como objetivo avaliar a sintomatologia psicopatológica e a sobrecarga de familiares de doentes oncológicos e estudar a relação entre as duas variáveis.

METODOLOGIA

Participantes

No estudo participaram 96 familiares e/ ou cuidadores de doentes oncológicos (62,5% do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos (M=37,40, DP=12,11).

A maioria dos participantes são filhos/as dos doentes oncológicos (35,4%) e prestam algum tipo de cuidado (72,9%) decorrente da situação de doença. As características da amostra encontram-se descritas na tabela 1.

Tabela 1

Distribuição dos participantes pelas variáveis sociodemográficas e clínicas

	N	%
Sexo		
Feminino	60	62,5
Masculino	36	37,5
Residência		
Rural	14	14,6
Urbano	82	85,4
Situação ocupacional		
Ativo/a	62	64,6
Desempregado/a	9	9,4
Sob atestado médico	2	2,1
Reformado/a	5	5,2
Nunca trabalhou	6	6,3
Outros casos	12	12,5
Parentesco		
Mãe	3	3,1
Esposo/a	11	11,5
Neto/a	12	12,5
Sobrinho/a	13	13,5
Filho/a	34	35,4
Irmão/ã	7	7,3
Genro/nora	7	7,3
Cunhado/a	7	7,3
Primo/a	1	1
Não responde	1	1
Cuidador		
Sim	43	44,8
Não	53	55,2
Acompanhamento ao Hospital		
Sempre	23	24
Quase sempre	11	11,5
Algumas vezes	15	15,6
Poucas vezes	12	12,5
Quase nunca	24	25
Nunca	11	11,5
Co-habitação		
Sim	32	33,3
Não	64	66,7

Procedimentos

Após parecer favorável do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Região Norte, iniciou-se a recolha de dados durante um período de três meses, sendo respeitadas as normas éticas e deontológicas inerentes à prática da investigação em psicologia, descritas no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses

(Ordem dos Psicólogos, 2016). Os critérios para inclusão dos participantes na investigação foram ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, não apresentarem alterações neurológicas que impedissem o preenchimento dos questionários e acompanharem o doente na situação de doença. Os participantes foram recrutados quando se apresentavam com o familiar doente na Unidade de Oncologia para consulta externa, tratamentos ou internamento.

O tratamento dos dados foi realizado com o programa estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* –, na sua versão 22.0 para o sistema *Windows*. Utilizaram-se os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* para testar a normalidade da distribuição. Confirmando-se a distribuição normal dos dados, foram utilizados testes estatísticos paramétricos. A consistência interna determinou-se através do *Alpha Cronbach*, tendo sido considerados valores de significância de $p < 0,05$. Destaca-se o recurso a análises correlacionais, médias e desvios-padrão das variáveis em estudo, assim como a análises de variância multivariada (Pallant, 2001).

Instrumentos

As medidas de avaliação psicológica utilizadas neste estudo foram: Questionário sociodemográfico e clínico construído para o efeito pelas autoras da investigação. O seu objetivo é a recolha de informações relativas a aspetos pessoais dos participantes como idade, género, residência, distrito, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, parentesco, tipo de cuidados prestados, acompanhamento ao hospital, apoio em geral nas atividades instrumentais da vida diária. Foi ainda abordada a situação de doença do familiar, nomeadamente o tipo de cancro, o tempo de diagnóstico e o tipo de tratamento.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): desenvolvido por Derogatis (1982), e validado e adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999), que avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões:

somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. O BSI apresenta boas qualidades psicométricas, justificadas pelos valores de consistência interna das escalas ($\alpha = 0,93$).

Escala de Sobrecarga do Cuidador: validada por Sequeira objetiva avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal (Sequeira, 2009). É constituída por 22 itens, distribuídos por quatro fatores: impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativa face ao cuidar e perceção de autoeficácia. O instrumento garante boa consistência interna (*alfa de Cronbach* de 0,93).

RESULTADOS

Caracterização da sintomatologia psicopatológica e sobrecarga de familiares de doentes oncológicos

Por forma a analisar se os familiares e/ou cuidadores apresentam níveis de sobrecarga e sintomatologia psicopatológica elevados efetuou-se uma análise descritiva. Os dados revelaram que a dimensão das *expectativas face ao cuidar* ($M = 2,83$, $DP = 0,82$) é a mais afetada, na medida em que apresenta os índices mais elevados, seguida da *perceção de autoeficácia* ($M = 2,73$, $DP = 1,01$), *impacto da prestação de cuidados* ($M = 1,81$, $DP = 0,75$) e, por último, a *relação interpessoal* ($M = 1,71$, $DP = 0,66$).

Como demonstra a tabela 2, a *ansiedade* ($M = 2,32$, $DP = 0,94$) e a *depressão* ($M = 2,30$, $DP = 0,98$) são as dimensões que registam os índices psicopatológicos mais elevados, seguindo-se as dimensões *obsessões-compulsões* ($M = 2,26$, $DP = 1,05$), *hostilidade* ($M = 2,15$, $DP = 0,86$), *ideação paranoide* ($M = 2,08$, $DP = 0,93$), *sensibilidade interpessoal* ($M = 2,00$, $DP = 1,00$), *somatização* ($M = 1,99$, $DP = 0,94$), *psicoticismo* ($M = 1,95$, $DP = 0,92$) e *ansiedade fóbica* ($M = 1,75$, $DP = 0,91$).

Tabela 2

Análise Descritiva das dimensões da sobrecarga e sintomatologia psicopatológica

Dimensões	M	DP	Mínimo	Máximo
Sobrecarga do cuidador				
Impacto da prestação de cuidados	1,81	0,75	1,00	3,82
Relação interpessoal	1,71	0,66	1,00	4,00
Expectativas face ao cuidar	2,83	0,82	1,25	4,75
Perceção de autoeficácia	2,73	1,01	1,00	5,00
Sintomatologia psicopatológica				
Somatização	1,99	0,94	1,00	4,00
Obsessões-compulsões	2,26	1,05	1,00	5,00
Sensibilidade interpessoal	2,00	1,00	1,00	4,75
Ansiedade	2,32	0,94	1,00	4,83
Depressão	2,30	0,98	1,00	4,83
Hostilidade	2,15	0,86	1,00	4,40
Ansiedade fóbica	1,75	0,91	1,00	4,40
Ideação paranoide	2,08	0,93	1,00	5,00
Psicoticismo	1,95	0,92	1,00	4,20

Variância da sintomatologia psicopatológica e sobrecarga em função das variáveis sociodemográficas

Com o objetivo de analisar as diferenças entre a sintomatologia psicopatológica e a sobrecarga em função das variáveis sociodemográficas da amostra foram realizadas análises de variância multivariada (MANOVA).

No que se refere à sobrecarga verificam-se diferenças significativas em relação às variáveis sexo [$F_{(4,91)}=5,39$, $p=0,001$, $n^2=0,19$], residência [$F_{(4,91)}=2,42$, $p=0,05$, $n^2=0,09$] e situação ocupacional [$F_{(20,360)}=2,17$, $p=0,003$, $n^2=0,108$].

Tendo em conta a variável sexo, segundo as análises de variância estas diferenças acontecem na dimensão do *impacto da prestação de cuidados* [$F_{(1,94)}=17,07$, $p=0,000$, $n^2=0,15$] e na dimensão da *relação interpessoal* [$F_{(1,94)}=7,14$, $p=0,009$, $n^2=0,07$].

Face à variável residência, constata-se que existem diferenças na dimensão do *impacto da prestação de cuidados* [$F_{(1,94)}=6,48$, $p=0,01$, $n^2=0,07$] e *expectativas face ao cuidar* [$F_{(1,94)}=5,41$, $p=0,02$, $n^2=0,05$].

Considerando a situação ocupacional, a análise de variância apontou para a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do *impacto da*

prestação de cuidados [$F_{(5,90)}=4,29$, $p=0,002$, $n^2=0,19$] e da *relação interpessoal* [$F_{(5,90)}=4,43$, $p=0,001$, $n^2=0,20$].

No que se refere à sintomatologia psicopatológica foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas mesmas variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo [$F_{(9,86)}=2,39$, $p=0,02$, $n^2=0,20$], residência [$F_{(9,86)}=2,82$, $p=0,006$, $n^2=0,23$] e situação ocupacional [$F_{(45,430)}=1,42$, $p=0,05$, $n^2=0,13$].

No que respeita à variável sexo, todas as dimensões apresentaram diferenças estatisticamente significativas, excetuando-se a dimensão de *ideação paranoide* [$F_{(1,94)}=1,19$, $p=0,28$, $n^2=0,01$] que não apresenta diferenças estatisticamente significativas.

Face à variável residência, estas diferenças acontecem na dimensão das *obsessões-compulsões* [$F_{(1,94)}=5,90$, $p=0,02$, $n^2=0,06$], *ansiedade fóbica* [$F_{(1,94)}=13,17$, $p=0,00$, $n^2=0,12$] e *psicoticismo* [$F_{(1,94)}=5,24$, $p=0,02$, $n^2=0,05$].

Considerando a situação ocupacional, pôde constatar-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da *somatização* [$F_{(5,90)}=4,47$, $p=0,001$, $n^2=0,20$], *ansiedade*

fóbica [$F_{(5,90)}=3,60$, $p=0,005$, $n^2=0,17$] e *psicoticismo* [$F_{(5,90)}=2,50$, $p=0,04$, $n^2=0,12$].

Nas análises univariadas, pôde constatar-se que os familiares do sexo feminino, que vivem no meio rural e se encontram sob atestado médico são os que evidenciaram maiores índices de sobrecarga e sintomatologia psicopatológica.

Variância da sintomatologia psicopatológica e sobrecarga em função das variáveis clínicas

No que se refere à sobrecarga verificam-se diferenças significativas em relação às variáveis parentesco [$F_{(36,344)}=1,51$, $p=0,04$, $n^2=0,14$], ser ou não cuidador [$F_{(4,91)}=10,82$, $p=0,00$, $n^2=0,32$], acompanhamento ao hospital [$F_{(20,360)}=2,74$, $p=0,00$, $n^2=0,13$] e co-habitação [$F_{(4,91)}=3,50$, $p=0,00$, $n^2=0,13$].

No que respeita ao parentesco, as diferenças verificaram-se na dimensão relacionada com as *expectativas face ao cuidar* [$F_{(9,86)}=3,47$, $p=0,001$, $n^2=0,27$].

Em relação a ser ou não cuidador do doente, constataram-se diferenças no *impacto da prestação de cuidados* [$F_{(1,94)}=12,33$, $p=0,00$, $n^2=0,12$] e nas *expectativas face ao cuidar* [$F_{(1,94)}=42,74$, $p=0,00$, $n^2=0,31$].

Tendo em conta a variável acompanhamento ao hospital, os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas no *impacto da prestação de cuidados* [$F_{(5,90)}=5,54$, $p=0,00$, $n^2=0,24$] e *expectativas face ao cuidar* [$F_{(5,90)}=9,03$, $p=0,00$, $n^2=0,33$].

Em relação à co-habitação, as diferenças evidenciaram-se somente na dimensão relacionada com as *expectativas face ao cuidar* [$F_{(1,94)}=10,79$, $p=0,00$, $n^2=0,10$].

No que respeita à sintomatologia psicopatológica verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis ser ou não cuidador [$F_{(9,86)}=2,67$, $p=0,01$, $n^2=0,22$] e co-habitação [$F_{(9,86)}=2,34$, $p=0,02$, $n^2=0,20$].

Em relação a ser ou não cuidador do doente, a diferença ocorre somente na dimensão *somatização* [$F_{(1,94)}=6,37$, $p=0,01$, $n^2=0,06$]. Já em relação à co-habitação, as diferenças evidenciam-se na *somatização* [$F_{(1,94)}=2,34$, $p=0,02$, $n^2=0,20$], *ansiedade* [$F_{(1,94)}=8,93$, $p=0,00$, $n^2=0,09$] e *ansiedade fóbica* [$F_{(1,94)}=3,81$, $p=0,05$, $n^2=0,04$].

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao parentesco [$F_{(81,774)}=1,16$, $p=0,17$, $n^2=0,11$] e acompanhamento ao hospital [$F_{(45,430)}=1,34$, $p=0,08$, $n^2=0,12$].

De uma forma geral, os resultados das análises univariadas apontam que as mães e os/as esposos/as e os familiares que acompanham sempre ou quase sempre o familiar doente ao hospital registam maiores níveis de sobrecarga, não se tendo verificado diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica. Por conseguinte, os que reportam ser cuidadores do doente e os familiares que co-habitam com o mesmo evidenciam maiores níveis de sobrecarga e sintomatologia psicopatológica.

Associação entre a sintomatologia psicopatológica e a sobrecarga do cuidador

No que concerne à associação entre a sobrecarga do cuidador e a sintomatologia psicopatológica, os resultados apontam para a existência de correlações estatisticamente significativas entre as duas variáveis em estudo (tabela 3). Neste sentido, a dimensão do *impacto da prestação de cuidados* aponta para uma correlação significativa, no sentido positivo e com magnitude entre moderada a forte, em todas as subescalas da sintomatologia psicopatológica ($r=0,50$, até $r=0,68$). Igualmente, a dimensão relacionada com a *relação interpessoal*, correlaciona-se significativamente, no sentido positivo e com magnitude entre moderada a forte, com todas as subescalas da sintomatologia psicopatológica ($r=0,38$, até $r=0,60$). A dimensão das *expectativas face ao cuidar* sugere uma correlação significativa, no sentido positivo e com magnitude moderada, com todas as subescalas da

sintomatologia psicopatológica ($r=0,32$, até $r=0,49$). Por último, a subescala da *perceção de autoeficácia*, correlaciona-se significativamente, no sentido positivo e com magnitude fraca, com as subescalas da sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação

paranoide e psicoticismo ($r=0,22$, até $r=0,27$). Assim, os resultados obtidos permitem indagar que elevados níveis de sobrecarga relativos à prestação de cuidados ao doente oncológico se encontram associados elevada sintomatologia psicopatológica por parte dos familiares.

Tabela 3
Correlação entre a sobrecarga e a sintomatologia psicopatológica (N=96)

Sintomatologia psicopatológica	Sobrecarga do cuidador			
	Impacto da prestação de cuidados	Relação interpessoal	Expectativas face ao cuidar	Perceção de autoeficácia
Somatização	0,68**	0,50**	0,49**	0,12
Obsessões-compulsões	0,50**	0,38**	0,43**	0,19
Sensibilidade interpessoal	0,55**	0,57*	0,32**	0,22*
Depressão	0,50**	0,40**	0,44**	0,24*
Ansiedade	0,63**	0,46**	0,55**	0,22*
Hostilidade	0,52**	0,40**	0,42**	0,24*
Ansiedade fóbica	0,65**	0,60	0,32**	0,10
Ideação paranoide	0,47**	0,39**	0,38**	0,27**
Psicoticismo	0,61**	0,51**	0,42**	0,26**

*correlação fraca a moderada **correlação moderada a forte

DISCUSSÃO

A presente investigação teve como principal objetivo avaliar a sintomatologia psicopatológica e a sobrecarga de familiares de doentes oncológicos e ainda, perceber se estas diferem em função de variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como, qual a relação entre as duas variáveis.

Quanto à sintomatologia psicopatológica, as dimensões depressão e ansiedade foram as que apresentaram índices mais elevados. Os resultados são concordantes com a literatura, evidenciando-se que os familiares de doentes oncológicos experienciam sintomas de depressão (Franca, 2004; Lewis, 1990) e ansiedade (Ferrario *et al.*, 2003; Lewis, 1990). Contrariamente, Cotrim (2007) no seu estudo afirma que os cuidadores não apresentam sinais indicadores de depressão. Casmarrinha (2008) concluiu,

no seu estudo, que os familiares de doentes oncológicos manifestam sentimentos de preocupação e ansiedade com o familiar doente, satisfazendo as suas vontades e desejos. Sthanhope (1999) salienta que é função da família proteger a saúde dos seus membros e dar resposta e apoio às suas necessidades sentidas durante o período de doença.

No que concerne à sobrecarga, as dimensões que apresentaram piores níveis foram as *expectativas face ao cuidar* e a *perceção de autoeficácia*. Desta forma, observa-se que a sobrecarga objetiva (*impacto da prestação de cuidados* e *relação interpessoal*) apresenta valores mais baixos em comparação com a sobrecarga subjetiva (*expectativas face ao cuidar* e *perceção de autoeficácia*). A sobrecarga objetiva avalia o impacto relativamente à

prestação de cuidados, enquanto a subjetiva avalia a relação entre o cuidador e o doente, em concreto a vergonha, irritação e tensão (Sequeira, 2009). Os resultados superiores obtidos na sobrecarga subjetiva poderão ser explicados pelo receio face às expectativas, respeitante aos encargos económicos e dependência dos seus familiares. Este tipo de sobrecarga está relacionado com o bem-estar físico e psicológico do cuidador, realçando a presença de preocupações e sintomas depressivos, de ansiedade e culpa (Sequeira, 2007).

Procurou-se ainda, analisar a variabilidade da sobrecarga e sintomatologia psicopatológica em função das variáveis sociodemográficas, ressaltando que para além dos estudos com familiares de doentes oncológicos serem escassos, os que existem não analisam as diferenças em função das variáveis sociodemográficas, o que limita a comparação com outros estudos.

Os resultados obtidos sugerem que a variável sexo apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação à sintomatologia psicopatológica, em todas as dimensões, exceto na ideação paranoide; e sobrecarga ao nível do impacto da prestação de cuidados e na relação interpessoal. Em todas as dimensões que evidenciaram diferenças, constatou-se que o sexo feminino apresenta maior sobrecarga e sintomatologia psicopatológica. Este dado parece ser justificado pelo facto de recair, mais frequentemente, sobre a mulher a tarefa de cuidar, adquirindo, historicamente, a função de cuidadora dos filhos, dos pais, da família (Visoná, Prevedello, & Souza, 2012; Ferreira, 2011), o que confirma estes resultados. Associada a uma maior sobrecarga, encontra-se maior morbilidade psicológica e, conseqüentemente, maior sofrimento por parte de quem cuida. De acordo com Bidarra (2010) as mulheres verbalizam sentimentos mais negativos, manifestando maior dificuldade em lidar com o doente. Por sua vez, os homens manifestam sentimentos mais positivos.

No que concerne à residência, os resultados evidenciaram diferenças significativas, ao nível do impacto da prestação de cuidados, expectativas face ao cuidar e sintomas de obsessões-compulsões, ansiedade fóbica e psicoticismo. Em todas as dimensões, os familiares de doentes oncológicos que vivem no meio rural apresentam maiores níveis de sobrecarga e sintomatologia psicopatológica, o que pode ser explicado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pelo menor esclarecimento face à situação de doença do familiar e a tendência ao isolamento. Um estudo de Martins (2014) corrobora os resultados do presente estudo, na medida em que os familiares cuidadores revelaram que a tarefa de cuidar implica desgaste físico e psicológico, sentindo-se aprisionados e com isolamento social, muitas vezes procurando apoio dentro da própria família e vizinhança.

Relativamente à situação ocupacional, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas face à sobrecarga e sintomatologia psicopatológica, sendo os familiares sob atestado médico, os que evidenciaram maior impacto na prestação de cuidados e na relação interpessoal e, sintomas de somatização, ansiedade fóbica e psicoticismo. O facto de os familiares, ou especialmente o cuidador, terem de integrar na sua rotina novas tarefas de apoio ao familiar doente, poderá levar a alterações a nível laboral e de abdicação de projetos, o que parece justificar os elevados níveis de sobrecarga e, conseqüentemente, morbilidade psicológica. Esta situação poderá sofrer atenuantes, dependendo do grau de dependência do doente e do tipo de cuidados que lhe são prestados. Martins (2014) indo ao encontro do anteriormente referido, enfatiza, que embora alguns familiares não sofram alterações nos seus aspetos de vida, outros deparam-se com inúmeras alterações após a responsabilidade de cuidar, nomeadamente a perda laboral.

Em função das variáveis clínicas dos familiares de doentes oncológicos, o parentesco apresentou diferenças

estatisticamente significativas no que respeita à sobrecarga. Todavia não foram reportadas diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, os resultados obtidos evidenciaram que maiores níveis de sobrecarga eram experienciados pelas mães e cônjuges, o que poderá ser explicado pela relação familiar próxima e pela co-habitação, o que favorece o aumento da prestação de cuidados (Santos, 2005). Contudo, as conclusões de Ferreira (2011) não corroboram o presente estudo, constatando que a maior parte dos cuidadores são cônjuges e filhos e, só depois, as mães.

Em relação ao ser ou não cuidador, os resultados apontam para diferenças significativas ao nível da sobrecarga e sintomatologia psicopatológica, sendo os cuidadores os que registam maiores níveis de intensidade das variáveis em estudo. No que concerne ao acompanhamento ao hospital, essas diferenças ocorreram em relação à sobrecarga, sugerindo que os familiares que acompanham sempre ou quase sempre o familiar doente ao hospital apresentam maiores níveis de sobrecarga. Embora a família atente nas necessidades do familiar doente e forneça apoio emocional, normalmente existe um cuidador que, segundo Alves (2010), presta cuidados que excedem o “normal”, considerando uma assistência nas atividades de vida diária. Este aumento da tensão decorrente do acréscimo de tarefas que, neste caso, pode ser o acompanhamento ao hospital, poderá levar ao risco de exaustão, ou seja, sobrecarga. Daí que quanto maior a prestação de cuidados por parte do cuidador, maiores os níveis de sobrecarga associados. Isto muitas vezes acontece devido ao facto de o cuidador não solicitar apoio de outros familiares para não os sobrecarregar e não se sentir um peso (Moreira, 2001).

Constatou-se, ainda, a existência de relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, sendo que a maiores níveis de sobrecarga se associa mais morbilidade psicopatológica. Neste sentido, estudos relatam que, inerentes à prestação de cuidados, estes

cuidadores poderão apresentar ansiedade e depressão (Groß, Dahl, Moum, & Fosså, 2005; Given *et al.*, 2004) stresse e tensão (Coelho, 2009; Payne, Smith, & Dean, 1999) privação de sono (Carter, 2003; Lewis, 1990), sentimento de impotência, desamparo (Milberg, Strang, & Jakobsson, 2004; Perez *et al.*, 2000).

CONCLUSÃO

A concretização deste trabalho contribuiu para fomentar um maior conhecimento na área do impacto da doença oncológica nos familiares e cuidadores, permitindo identificar as suas necessidades e dificuldades, para que seja possível o desenvolvimento de estratégias que lhes permitam suportar e ajustar-se emocionalmente à mesma e, conseqüentemente, contribuir para o próprio bem-estar do doente.

Especificamente atendeu-se à investigação da variabilidade das características sociodemográficas e clínicas em função da sobrecarga e da sintomatologia psicopatológica, conferindo-se que a sobrecarga e a sintomatologia psicopatológica variam em função do sexo, residência, situação ocupacional, grau de parentesco, ser cuidador, acompanhamento ao hospital e co-habitação. Pretendeu-se ainda estudar a relação entre a sobrecarga e a sintomatologia psicopatológica, comprovando-se a relação estatisticamente significativa entre ambas.

Face ao exposto, aguarda-se que os resultados obtidos e as conclusões formuladas possam contribuir para uma maior consciencialização da necessidade de centrar a atenção não apenas no doente mas, de igual modo, na família. Assim, é necessária a construção de espaços que envolvam a família, durante todo o processo de doença, onde esta possa aprender a cuidar, mas também ser cuidada, na perspetiva de uma assistência integral e de qualidade.

Ressalva-se como principal limitação o número da amostra, sendo considerada pouco representativa da

população estudada e suscetível de constituir alguns constrangimentos à generalização dos resultados obtidos.

No que se refere a investigações futuras, sugere-se a continuidade do estudo do impacto da doença oncológica

na saúde mental de familiares e/ou cuidadores, uma vez que se trata de uma problemática ainda um pouconelegenciada na literatura. Considera-se pertinente que, em próximas investigações, assumam outras variáveis clínicas, nomeadamente o tipo de cancro e a fase da doença, no sentido de perceber se estas influenciam os níveis de sobrecarga e sintomatologia psicopatológica, podendo ser implementadas intervenções mais direcionadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, J. (2011). *Avaliação das funções da conjugalidade no suporte ao doente oncológico de acordo com os factores da vulnerabilidade ao stress, ajustamento mental à doença oncológica de um familiar e o coping resiliente* (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.

Alves, M. (2010). *Sofrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos e a sobrecarga do cuidador informal* (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Blanco, A., Antequera, R. & Aires, M. (2002). Percepción subjectiva del cáncer. In M. Dias, & E. Durà (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 605-638). Lisboa: Climepsi Editores.

Caleiras, M. (2012). *A comunicação da família, enquanto fator de (des) construção da vivência e sobrevivência, do jovem adulto sobrevivente a um cancro* (Tese de Mestrado). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida de Lisboa.

Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos- BSI. In M. Simões, M. Gonçalves, L. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (li vol.) pp.87-109. Braga: SHO-APPORT.

Carvalho, C. (2007). A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(1), 87-96.

Casmarrinha, M. (2008). *Familiares do doente oncológico em fim de vida: dos sentimentos às necessidades* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Castro, S. (2008). *Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Coelho, M. (2009). *Influência do acto de cuidar na qualidade de vida do cuidador familiar do doente oncológico* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Lisboa.

Cotrim, H. (2007). *Impacto do cancro colorectal no doente e cuidadores/ família: implicações para o cuidar* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Ferrario, S., Zotti, A., Massara, G., & Nuvolone, G. (2003). A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers. *Psycho-Oncology*, 12, 1-7.

Ferreira, M. (2011). *Cuidar no domicílio: sobrecarga da família/ cuidador principal com doente oncológico paliativo* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Figueiredo, P. & Pereira, M. (2006). Cancro do colo-rectal: impacte psicológico do tratamento no doente e cônjuge. *Atas do VI Congresso de Investigação em Psicologia*, pp. 87-103.

- Franca, D. (2004). Cuidando do cuidador: atendimento psicológico no apoio ao doente de alzheimer. *Ciência e Profissão Diálogos*, 1, 50-52.
- Franco, M. (2002). A família em psico-oncologia. In V. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes, & L. Barros (Eds.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 358-361). São Paulo: Summus.
- Given, B., Given, C. & Sherwood, P. (2011). Family and caregiver needs over the course of the cancer trajectory. *The Journal of supportive oncology*, 2(1), 1-8.
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A., DeVoss, D. & Rahbar, M. (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1105-1117.
- Grov, E., Dahl, A., Moum, T. & Fosså, S. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology: Oxford Journals*, 16(7), 1185-1191.
- Kaplan, K., Weinberg, G., Small, A. & Herndon, J. (1991). Breast cancer screening among relatives of women with breast cancer. *American Journal of Public Health*, 81(9), 1174-1179.
- Laham, C. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar* (Tese de Mestrado). Universidade de São Paulo.
- Lewis, F., M. (1990). Strengthening family supports: cancer and the family. *Cancer*, 65, 752-759.
- Martins, O. (2014). *A família do idoso dependente: análise das necessidades/ dificuldades no cuidar no domicílio* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Martins, T., Ribeiro, J. & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 4(1), 131-148.
- Matos, P. & Pereira, M. (2005). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. Pereira, & C. Lopes (Eds.), *O doente oncológico e a sua família* (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi Editores.
- Milberg, A., Strang, P. & Jakobsson, M. (2004). Next of kin's experience of powerlessness and helplessness in palliative home care. *Supportive Care in Cancer*, 12(2), 120-128.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Ordem dos psicólogos portugueses (2016). *Ordem dos psicólogos Portugueses código deontológico*. Retirado de https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual*. Buckingham: Open University Press.
- Payne, S., Smith, P. & Dean, S. (1999). Identifying the concerns of informal carers in palliative care. *Palliative Medicine*, 13(1), 37-44.
- Pereira, L. & Dias, A. (2007). O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. *PSICO*, 38(1), 55-65.
- Perez, S., Chávez, P. & Lanza, C. (2000). Cuidados paliativos domiciliários en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(1), 10-16.
- Remondes-Costa, S. (2015a). O cancro no seio da família, In O. Fernandes & C. (Org.) *A família portuguesa no século XXI* (pp. 321-243). Lisboa: Parcial.
- Remondes-Costa, S. (2015b). *Cancro da mama: dores do sofrimento feminino na experiência com a doença*. Viseu: Psicosoma.

Santos, P. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social* (Tese de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de zari: características psicométricas na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 33-39.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures: Lusociência.

Visoná, F., Prevedello, M. & Souza, E. (2012). Câncer na família: percepções de familiares. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(1), 145-155.

Volpato, F. & Santos, G. (2007). Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. *Imaginário*, 13(14), 511-544.