

Intervenções psicoeducativas e *distress* psicológico em cuidadores informais: Análise comparativa de dois projetos comunitários

Sara Alves¹, Daniela Brandão², Laetitia Teixeira³, Maria João Azevedo⁴,
Mafalda Duarte⁵, Óscar Ribeiro⁶, & Constança Paúl⁷

Copyright © 2015.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 3.0 (CC BY-NC-ND).

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>



¹ Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI/ICBAS-UP) e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). E-mail: sara.alves@unifai.eu

² Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI/ICBAS-UP). E-mail: daniela.brandao@unifai.eu

³ Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI/ICBAS-UP). E-mail: laetitiатеixeir@gmail.com

⁴ Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI/ICBAS-UP). E-mail: mjoao@unifai.eu

⁵ Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI/ICBAS-UP) e Instituto Superior de Saúde do Alto Ave (ISAVE). E-mail: duarte@isave.pt

⁶ Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI/ICBAS-UP). Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA-UA) e Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP). E-mail: oribeiro@ua.pt

⁷ Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI/ICBAS-UP) e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS-UP) E-mail: paul@icbas.up.pt

Resumo

Cuidar de alguém dependente é uma tarefa exigente que muitas vezes conduz a um desgaste físico e emocional. As exigências do cuidado informal, associadas ao impacto que esta tarefa poderá ter na saúde do cuidador, têm levado a uma crescente preocupação com este grupo. Se por um lado é fundamental intervir com cuidadores informais é, igualmente, fundamental perceber qual o verdadeiro impacto destas intervenções. O presente estudo pretende comparar dois programas de intervenção psicoeducativa no distress psicológico experienciado pelos cuidadores informais. Foi considerada uma amostra de 168 cuidadores informais de pessoas dependentes participantes em dois projetos de intervenção comunitária (Cuidar de Quem Cuida e Cuidar em Casa). De um modo geral, os resultados apontam para uma diminuição dos níveis de distress entre os momentos de pré-teste e pós-teste em ambos os programas, apesar de existirem diferenças nas metodologias adotadas. A aposta na implementação deste tipo de programas para cuidadores informais deve ser reforçada, bem como a sensibilização dos profissionais de saúde e do social para a sua importância numa ótica de trabalho em rede.

Palavras-chave

Cuidadores informais, distress psicológico, intervenções psicoeducativas.

Introdução

As redes de suporte informais são, geralmente, constituídas por algum familiar, amigo, vizinho ou outro que presta cuidados a pessoas com algum grau de dependência, e que não são remunerados economicamente pelos cuidados que prestam (Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010). Estas pessoas são denominadas por cuidadores informais e assumem em muitos casos, o papel principal no apoio ao idoso sem terem conhecimentos adequados ao papel que desempenham, facto que torna essa tarefa muito mais exigente e desgastante quer do ponto de vista físico, quer do ponto de vista emocional (Andrade, 2009).

De acordo com Neri (2000), podem ser considerados quatro domínios de atuação relativos à prestação de cuidados pelos cuidadores informais a indivíduos com perda de autonomia: (i) apoiar nas atividades instrumentais da vida diária como, por exemplo, cuidar da casa, preparar as refeições, ir às compras e pagar as contas; (ii) auxiliar nas dificuldades funcionais de autocuidado, como, dar banho, vestir, alimentar, posicionar e deambular; (iii) apoiar, emocionalmente, o recetor de cuidados, fazer companhia e conversar; (iv) lidar com as pressões resultantes de cuidar. Este último domínio reporta ao envolvimento do cuidador em múltiplas tarefas, resultado do apoio que presta diretamente à pessoa dependente, mas também dos outros papéis que ocupa na sociedade (e.g. esposo/a, trabalhador/a, filho/a, pai/mãe), levando a um grande esforço para dar resposta às inúmeras exigências e conduzindo a uma sobrecarga elevada. Estes momentos de tensão experienciados pelo cuidador podem desencadear efeitos adversos na saúde do cuidador, impacto que se designa de sobrecarga subjetiva. A sobrecarga subjetiva é conceptualizada como o grau de ansiedade e depressão reportados pelo cuidador e está relacionada com o grau de *distress* (Lage, 2007).

A sobrecarga pode ser resultado de problemas aos níveis físico, psicológico, financeiro e/ou social (Santos, 2008). Segundo Hoffman e Mitchel (1998, cit. por Ribeiro, 2007, p. 59) as consequências físicas traduzem-se sobretudo em «debilitação do estado de saúde, cansaço, alterações no sistema imunológico, alterações cardiovasculares, lesões musculares». Os mesmos autores referem, ainda, que ao nível psicológico a prestação de cuidados informais pode desencadear consequências como «depressão, ansiedade, frustração, problemas de sono», e ao nível social «restrição de atividades, isolamento, conflitos familiares e laborais». De salientar que o *stress* é um fator importante nos cuidadores informais de pessoas idosas, pois o *stress* relacionado com o ato de cuidar de alguém está mais associado aos elementos emocionais da situação e à forma como ela é percebida pelo cuidador do que com o número de tarefas objetivas ou o grau de dependência física ou mental do doente (Paúl, 1997).

Quando o cuidador enfrenta momentos de pressão e, na ausência de respostas imediatas para resolver a situação, este fica exposto a sentimentos de maior tensão (e.g.

ansiedade, culpa, medo), podendo provocar um estado de confusão psicológica e social (Paúl, 1997; Sousa, Mendes, & Relvas, 2007; Shah, Wadoo, & Latoo, 2010). Este estado de mal-estar e tensão não é suportável durante muito tempo, fazendo com que o indivíduo mobilize recursos de *coping* que o poderão conduzir a uma adaptação às exigências do cuidado (Ribeiro, 2007). Contudo, estes recursos pessoais podem não ser suficientes, o que pode desencadear uma situação de exaustão (*burnout*), com graves implicações no estado de saúde e qualidade de vida do cuidador e do recetor de cuidados (Hudson et al., 2013). É precisamente dadas estas circunstâncias que os cuidadores se assumem como um eixo prioritário de intervenção, apresentando necessidades para as quais é fundamental dar uma resposta profissional eficaz no sentido de diminuir as consequências negativas advindas da prestação de cuidados, seja pela promoção de conhecimentos específicos sobre a tarefa do cuidar (e da condição clínica do recetor de cuidados em causa), seja pela dotação de competências de gestão socio-emocional das consequências que a mesma implica na vida do cuidador.

Programas de intervenção psicoeducativa

Hoje sabe-se que cuidar de alguém dependente pode ter repercussões gratificantes para o cuidador informal, mas ao mesmo tempo muito desgastantes (Ribeiro, 2007) e com um impacto negativo na sua saúde física e mental, pelo que tem havido uma grande preocupação em desenvolver intervenções específicas para esta população (Northouse, Katapodi, Song, Zhang, & Mood, 2010; Ponce et al., 2011; Marques, Teixeira, & Souza, 2012; Hudson et al., 2013; Ribeiro, Pires, Brandão & Martín, 2013). Nesse sentido, das medidas de intervenção específicas para os cuidadores, destacam-se aquelas que têm como objetivo principal aumentar os recursos pessoais para enfrentar o cuidado e/ou reduzir as exigências intrínsecas do papel, potenciando os aspetos positivos que possam ser identificados (Ribeiro, 2007). Algumas medidas centram-se em respostas estruturadas nos serviços de apoio social disponíveis para a população idosa (e.g. serviço de apoio domiciliário), mas podem ser complementadas por serviços disponibilizados no âmbito da saúde (e.g. serviços de alívio temporário) e mesmo por serviços de saúde mental, estabelecendo-se uma relação direta entre o apoio prestado e a situação em que se encontra o recetor de cuidados.

Segundo Ribeiro (2007), uma das medidas específicas de suporte para cuidadores informais são os programas de intervenção psicoeducativa. Estes contemplam uma intervenção de suporte educativo e de suporte emocional, permitindo ao cuidador obter conhecimentos e, ainda, partilhar dúvidas e vivências, através de momentos organizados para o efeito, permitindo desse modo a normalização de sentimentos (Zarit & Femia, 2008). Esta metodologia de intervenção integra não só os recursos sociais como também o apoio e a ajuda profissional de forma otimizada, constituindo assim uma medida de elevada importância terapêutica (Yanguas, Leturia, Leturia, & Uriarte, 1998; Gonçalves-Pereira &

Sampaio, 2011). Este modelo contempla o apoio de técnicos especialistas nos temas das sessões - os dinamizadores - que ajudam a preparar os cuidadores para os momentos de transição, aumentando as suas competências, autoeficácia e autoconfiança para lidar com as situações, disponibilizando informação acerca de serviços formais e facilitando o desenvolvimento de redes informais de suporte (Ducharme, Lachance, Lévesque, Kergoat, & Zarit, 2012). O incremento de novas competências possibilita ao cuidador o desenvolvimento das capacidades de comunicação com o recetor de cuidados e a promoção do autocuidado (Zarit & Femia, 2008).

A combinação simultânea de suporte educativo e emocional pressupõe que a conceção dos programas psicoeducativos obedeça a características e objetivos muito específicos. Alguns autores (Sousa et al., 2007; Zarit & Femia, 2008; Ponce et al., 2011) têm vindo a sistematizar alguns dos objetivos subjacentes a uma intervenção psicoeducativa, os quais incluem, de uma forma geral e entre outros: (i) rever com o cuidador as estratégias de *coping* do idoso e da família face à situação existente; (ii) ajudar a criar na família uma rede de relações que permita dar resposta ao apoio necessário; (iii) oferecer orientações concretas e suporte na crise; (iv) apoiar na resolução de problemas; (v) reduzir o *stress*; (vi) preparar para as transições; (vii) preparar a família para o desenvolvimento da doença. Os programas de intervenção psicoeducativa têm sido alvo de um grande interesse ao nível internacional, levando a um crescente número de estudos nesta temática (Hudson, Aranda, & Hayman-White, 2005; Shah et al., 2010; Sharif, Shaygan, & Mani, 2012; Fallahi Khoshknab, Sheikhona, Rahgouy, Rahgozar, & Sodagari, 2014). Porém, no contexto nacional, verifica-se um reduzido número de estudos acerca dos programas de intervenção psicoeducativa, facto que, por si só, evidencia a pertinência de se aprofundar o conhecimento neste domínio. É precisamente neste âmbito que surge este estudo que visa contribuir para o aumento do conhecimento deste tema através da análise de dois programas de intervenção psicoeducativa de base comunitária implementados no Norte do país, o Cuidar de Quem Cuida (CQC) e o Cuidar em Casa (CC). Mais especificamente, o estudo, tem como objetivos principais explorar as principais diferenças entre duas intervenções psicoeducativas e comparar as mesmas nos níveis de *distress* psicológico experienciado por cuidadores informais de pessoas idosas.

Metodologia

Amostra

Neste estudo foram considerados 168 cuidadores informais de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, participantes em dois projetos de intervenção comunitária – o *Cuidar de Quem Cuida* (n= 115) e o *Cuidar em Casa* (n=53). O primeiro é um projeto implementado na região Entre Douro e Vouga (EDV) entre 2009 e 2013 e que abrange cinco

municípios, Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Vale de Cambra e Oliveira de Azeméis, financiado pelo Alto Comissariado para a Saúde, Câmara Municipal de Santa Maria da Feira e Fundação Calouste Gulbenkian. O propósito geral do projeto era promover respostas de apoio especializado a cuidadores informais de pessoas idosas com demência ou em situação de pós Acidente Vascular Cerebral (AVC). O projeto assentou em diversas linhas de intervenção, entre elas a implementação de grupos psicoeducativos dirigidos aos cuidadores informais, resultando num programa de intervenção psicoeducativo com o mesmo nome do projeto. O Cuidar em Casa é um projeto de intervenção destinado a cuidadores informais de pessoas idosas, implementado no município de Guimarães entre 2010 e 2011, e financiado pelo Alto Comissariado para a Saúde. Dentro dos seus objetivos principais, encontra-se a prevenção do risco de danos psicossociais e físicos associados à prestação de cuidados a pessoas idosas, dotando os participantes de competências para lidar com as especificidades da pessoa a seu cargo, assim como de competências de autocuidado e gestão da sobrecarga. Tal como o Cuidar de Quem Cuida, o projeto Cuidar em Casa incluiu, igualmente, várias linhas de intervenção, entre elas, a implementação de grupos psicoeducativos dirigidos a cuidadores informais. Sendo ambos os projetos de raiz comunitária, a sinalização dos cuidadores informais a integrar nos programas resultou de um formulário de sinalização preenchido pelos agentes parceiros de cada projeto, tendo sido debatidos alguns critérios de inclusão indispensáveis a uma adequada integração dos cuidadores no âmbito deste tipo de resposta psicoeducativa. Assim, no âmbito do projeto Cuidar de Quem Cuida, foram incluídos cuidadores que (i) fossem cuidadores de uma pessoa com doença de Alzheimer ou em situação de pós-AVC, a residir na comunidade; (ii) assumissem um papel primário (preferencial) ou secundário na prestação de cuidados; (iii) fossem autónomos e (iv) tivessem capacidade para integrar um grupo (e.g. sem grandes dificuldades ao nível sensorial). No projeto Cuidar em Casa, os critérios de inclusão foram: (i) ser cuidador de um recetor de cuidados com 60 ou mais anos, a residir na comunidade; (ii) o recetor de cuidados devia ter algum grau de dependência; (iii) ter disponibilidade para frequentar as sessões. Foi considerado como critério de exclusão estar a beneficiar de outro tipo de programa de apoio ao cuidador.

As intervenções psicodeducativas

O programa psicoeducativo do projeto Cuidar de Quem Cuida consistiu em 10 sessões semanais (2 horas cada), perfazendo um total de 20 horas. As sessões foram orientadas por um psicólogo e por um enfermeiro, verificando-se, ainda a participação de outros profissionais (e.g. assistentes sociais, juristas, gerontólogos) em sessões específicas. No âmbito deste projeto, foram delineados dois programas: um primeiro destinado aos cuidadores informais de pessoas com demência de tipo Alzheimer e um segundo destinado a cuidadores informais de pessoas em situação pós-AVC. Os programas incluíam informação

sobre a doença, estratégias de *coping*, auto-cuidado, e recursos legais e da comunidade a que os cuidadores podiam recorrer. Por sua vez, o programa psicoeducativo Cuidar em Casa foi estruturado em 7 sessões semanais (2 horas cada), perfazendo um total de 14 horas. As sessões foram conduzidas por um psicólogo (coordenador), que se manteve ao longo de todas as sessões, e um ou mais técnicos especialistas no tema da sessão (assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional). O programa incluiu diferentes temáticas, nomeadamente: informação sobre o processo de envelhecimento, informação genérica acerca de patologias mais comuns, cuidados à pessoa idosa, estratégias de *coping*, autocuidado e recursos legais e da comunidade a que os cuidadores podiam recorrer.

Instrumentos

Foi desenvolvido um protocolo de avaliação no âmbito dos dois projetos de intervenção, contemplando a avaliação das principais características do cuidador, recetor de cuidados e contexto da prestação de cuidados. Mais especificamente foi recolhida informação sociodemográfica e informação referente ao enquadramento da prestação de cuidados, ou seja, à duração do cuidado prestado, circunstâncias (e.g. co-residência), bem como ao tipo de apoio prestado. Em relação especificamente ao cuidador, o protocolo de avaliação contemplou as seguintes áreas:

- *Saúde física e mental.* A saúde subjetiva dos cuidadores foi avaliada através da versão portuguesa do *MOS Short-Form 12 Health Survey (SF-12v2)* (Ferreira, 2000) desenvolvida a partir da versão original 36 - *Short Form Health Survey (SF-36)* (Ware & Gandek, 1998). Este instrumento é constituído por 12 itens segundo uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, variando de acordo com as questões, entre 1 (ótimo, sempre, absolutamente nada) a 5 (fraca, nunca, imenso) e permite avaliar duas dimensões de saúde: saúde física e saúde mental. Não há dados referentes à consistência interna da versão portuguesa do instrumento, contudo, no estudo da versão original foram encontrados valores de correlação teste-reteste de .89 e .76, para as dimensões Física e Mental, respetivamente. Valores elevados da escala correspondem a melhores níveis de saúde subjetiva.

- *Sobrecarga.* A sobrecarga experienciada pelos cuidadores foi avaliada através da versão portuguesa do *Modified Caregiver Strain Index (M-CSI)* (Thornton & Travis, 2003; Martín, Ribeiro, Brandão, Duarte, & Teixeira, submetido) originalmente desenvolvida por Robinson (1983). Utilizou-se a versão modificada que apresenta três hipóteses de escolha, em vez de duas hipóteses como a versão original, e é por isso mais sensível, apresentando um coeficiente α de *Cronbach* de .90 maior do que o da sua antecessora e um coeficiente de consistência teste-reteste de .88 (Onega, 2008). Este instrumento é constituído por 13 itens e apresenta três hipóteses de escolha: 0 (não), 1 (sim) e 2 (sim, regularmente). Valores elevados da escala correspondem a maiores níveis de sobrecarga. Este instrumento permite

ainda avaliar de modo fácil e rápido a sobrecarga associada à prestação de cuidados nos seguintes domínios: emprego, finanças, saúde física, relações sociais e tempo. A pontuação obtida na escala pode variar de 0 a 26 pontos.

- *Gratificação.* A gratificação com a prestação de cuidados foi avaliada através da versão portuguesa da Escala dos Aspetos Positivos do Cuidar (Gonçalves Pereira et al., 2010), desenvolvida a partir da versão original *Positive Aspects of Caregiving Scale* (PAC) (Tarlow et al., 2004). O instrumento original apresenta um α de Cronbach de .89 para escala total, que é o mesmo que dizer que tem forte consistência interna. Este instrumento é constituído por 11 itens, segundo uma escala de Likert de 4 pontos, variando de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito). Valores elevados da escala correspondem a maior satisfação e aspetos positivos da prestação de cuidados, sendo que a pontuação obtida pode variar de 11 a 55 pontos.

- *Distress psicológico.* O *distress* psicológico experienciado pelos cuidadores foi avaliado com recurso à versão portuguesa (Laranjeira, 2008) da *General Health Questionnaire* (GHQ-12), originalmente desenvolvida por Goldberg and Hillier (1979). Este instrumento é constituído por 12 itens, cotado numa escala tipo Likert de 0 a 4 com pontuações mais elevadas a indicar maiores níveis de *distress*. Possui uma consistência interna aceitável com um α de Cronbach de .91 (Laranjeira, 2008) bem como rigor na sua validade, devidamente atestada pelo método de validade de constructo e pelo método da validade concorrente. No âmbito do presente estudo, as respostas foram dicotomizadas, adotando-se o ponto de corte de 4, seguindo a metodologia utilizada em estudos portugueses anteriores (Paúl, Ayis, & Ebrahim, 2006; Paúl & Ribeiro, 2007). Neste caso, a pontuação obtida na escala pode variar de 0 a 12 pontos, sendo que a partir de 4 pontos os sujeitos foram classificados como casos positivos de *distress*.

Procedimentos

A sinalização e o recrutamento dos participantes foram realizados a partir das entidades parceiras dos dois projetos, designadamente instituições de saúde, Câmaras Municipais e instituições sociais da região. A divulgação dos projetos foi efetuada com recurso a diversos meios (e.g. flyers, newsletters, divulgação em paróquias, comunicação social), tendo sido todos os potenciais participantes contactados telefónica ou pessoalmente para averiguar o seu interesse em participar no estudo e responder ao protocolo de avaliação. A aplicação dos questionários foi realizada com a supervisão de profissionais especializados e devidamente treinados. Os participantes foram informados dos objetivos e condições do estudo, e assinaram um consentimento informado, salvaguardando-se os preceitos éticos deste tipo de investigação.

Análise Estatística

Num primeiro momento, foi efetuada uma descrição das amostras em estudo através da análise exploratória dos dados de caracterização do cuidador informal, recetor de cuidados e contexto da prestação de cuidados, bem como análise dos níveis de *distress*, por score global da escala (recorrendo a medidas de tendência central e de dispersão e frequências absolutas e relativas de acordo com a natureza das variáveis). A distribuição das variáveis contínuas foi explorada com recurso ao teste de *Shapiro-Wilk*. A exploração das diferenças entre os dois grupos de participantes foi efetuada com recurso ao teste *t-Student* ou ao teste de *Qui-Quadrado*. A comparação das intervenções psicoeducativas foi realizada com recurso à análise de medidas repetidas (*ANOVA* para medidas repetidas). A amostra total compreende 168 participantes (CQC, $n= 115$; CC, $n=53$), podendo este valor ser menor quando consideradas algumas variáveis dada a existência de valores em falta para as mesmas.

Todas as análises foram efetuadas com recurso ao *software* estatístico IBM SPSS Statistics Versão 21 e em todas as análises foi considerado o nível de significância $\alpha=.05$.

Resultados

Cuidadores informais

Considerando os dois grupos, a análise das características dos cuidadores informais permite verificar que a maioria é do sexo feminino (81.0%), casada/em união de facto (80.2%), apresenta baixos níveis de escolaridade (48.2% tem habilitações iguais ou inferiores ao 1º ciclo do Ensino Básico) e dispõe de baixos rendimentos (52.3% auferem menos que o ordenado mínimo). No que respeita à relação entre cuidador e recetor de cuidados, é possível verificar que a maioria são filhos (61.3%) ou cônjuges (22.6%) da pessoa de quem cuidam, refletindo-se no facto de que a maioria dos cuidadores (61.7%) reside na mesma habitação que o recetor de cuidados. De acordo com a informação descrita na Tabela 1, pode ainda constatar-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em algumas variáveis, nomeadamente na idade do cuidador informal, situação ocupacional deste e na relação com o recetor de cuidados. O grupo de cuidadores do CQC apresenta uma média de idades superior à apresentada pelo grupo do CC (≈ 58 anos e ≈ 52 anos respetivamente). No que diz respeito à situação ocupacional, o grupo CQC está maioritariamente desempregado, enquanto no grupo CC apresenta uma distribuição mais balanceada. Por fim, analisando a relação com o recetor de cuidados, o grupo CC é composto, maioritariamente, por filhos, enquanto no grupo do CQC existe uma elevada percentagem de cuidadores cônjuges/companheiros.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais, total e por grupo

	Total	CQC	CC	p χ^2	P t Student
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Idade (anos)	55.93 (12.48)	57.76 (13.33)	51.96 (9.31)		.004
	<i>N (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		
Sexo					
Masculino	32 (19.0)	26 (22.6)	6 (11.3)	.083	
Feminino	136 (81.0)	89 (77.4)	47 (88.7)		
Grau de Escolaridade					
≤ 1º ciclo do Ensino Básico	81 (48.2)	56 (48.7)	25 (47.2)	.854	
> 1º ciclo do Ensino Básico	87 (51.8)	59 (51.3)	28 (52.8)		
Estado Civil				.141	
Casado	134 (80.2)	95 (83.3)	39 (73.6)		
Não Casado	33 (19.8)	19 (16.7)	14 (26.4)		
Situação Ocupacional				.001	
Empregado	35 (20.8)	16 (13.9)	19 (35.8)		
Não empregado	133 (79.2)	99 (86.1)	34 (64.2)		
Rendimentos					
≤ SMN	80 (52.3)	54 (50.0)	26 (57.8)	.380	
> SMN	73 (47.7)	54 (50.0)	19 (42.2)		
Relação com o Recetor de Cuidados					
Cônjuge/Companheiro	38 (22.6)	36 (31.3)	2 (3.8)	<.001	
Filho	103 (61.3)	62 (53.9)	41 (77.4)		
Outro	27 (16.1)	17 (14.8)	10 (18.9)		
Distância entre o cuidador e o recetor de cuidados					
Vivem na mesma casa/edifício	112 (67.1)	79 (68.7)	33 (63.5)	.505	
Vivem com distâncias entre si	55 (32.9)	36 (31.3)	19 (36.5)		

SMN = Salário Mínimo Nacional

Recetores de cuidados

A análise das características dos recetores de cuidados revela que estes são, maioritariamente, do sexo feminino (73.2%), com uma média de idades de 80.26 anos ($DP=8.23$). Numa análise comparativa inter-grupos, observa-se, mais uma vez, diferenças estatisticamente significativas entre eles, nomeadamente no que diz respeito à presença de patologia (maior percentagem de presença de patologia mental no CQC) e no grau de

dependência do recetor de cuidados. Mais informações acerca dos recetores de cuidados são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos recetores de cuidados, total e por grupo

	Total	CQC	CC	<i>P</i> <i>X</i> ²	<i>p</i> <i>t Student</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Idade (anos)	80.26 (8.23)	78.74 (8.44)	83.55 (7.47)		.454
	<i>N (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		
Sexo				.763	
Masculino	45 (26.8)	30 (26.1)	15 (28.3)		
Feminino	123 (73.2)	85 (73.9)	38 (71.7)		
Circunstância em que vive				.700	
Sozinho/Outra situação	23 (13.9)	15 (13.2)	8 (15.4)		
Com a família	143 (86.1)	99 (86.1)	44 (84.6)		
Presença de patologia				<.001	
Física	27 (16.2)	9 (7.9)	18 (34.0)		
Mental	74 (44.3)	63 (55.3)	11 (20.8)		
Ambas	66 (39.5)	42 (36.8)	24 (45.3)		

Caracterização da prestação de cuidados

No que respeita aos cuidados prestados pelos cuidadores informais, verifica-se uma predominância de situações de supervisão regular (89.4%), gestão da medicação (84.7%) e ajuda nos cuidados pessoais (84.1%). Os apoios institucionais para o recetor de cuidados mais frequentes são, na área social, o centro de dia (17.5%) e na área da saúde, a enfermagem domiciliária (17.5%). Considerando as variáveis da situação de prestação de cuidados, apenas três cuidados prestados pelo cuidador (cuidados pessoais, mobilidade e apoio emocional) revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo o grupo do CC a apresentar maior percentagem. As Tabelas 3,4,5 apresentam estas e outras informações complementares referentes ao contexto da prestação de cuidados.

Tabela 3. Situação de prestação dos cuidados, total e por grupo

	Total	CQC	CC	p χ^2	P t Student
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Há quanto tempo presta cuidados (meses)	50.18 (43.45)	47.14 (43.6)	56.51 (43.60)		.107
Horas por dia de prestação de cuidados	15.50 (8.98)	16.11 (8.90)	14,17 (9.11)		.611
	<i>N (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		
Periodicidade do cuidado				.866	
Sempre	127 (75.6)	88 (76.5)	39 (73.6)		
Durante a semana	19 (11.3)	12 (10.4)	7 (13.2)		
Outro	22 (13.1)	15 (8.9)	7 (13.2)		
Presença de cuidador secundário				.753	
Sim	116 (70.3)	81 (71.1)	35 (68.6)		
Não	49 (29.7)	33 (28.9)	16 (31.4)		
Presença de outro recetor de cuidados				.838	
Sim	34 (20.6)	23 (20.2)	11 (21.6)		
Não	131 (79.4)	91 (79.8)	40 (78.4)		
Presença de apoio institucional ao Recetor de Cuidados (Sim*)					
Setor social				.730	
Apoio Domiciliário	28 (16.9)	20 (17.5)	8 (15.4)		
Centro de Dia	29 (17.5)	21 (18.4)	8 (15.4)	.633	
Centro de Convívio	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	
Outro apoio social	14 (8.4)	1 (0.9)	13 (25.0)	-	
Setor da Saúde				.296	
Cuidados em ambulatório	11 (6.6)	6 (5.3)	5 (9.6)		
Enfermagem domiciliária	29 (17.5)	18 (15.8)	11 (21.2)	.399	
Fisioterapia	18 (10.8)	11 (9.6)	7 (13.5)	.464	
Terapia da Fala	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	
Terapia Ocupacional	2 (1.2)	1 (0.9)	1 (1.9)	-	
Outro apoio saúde	2 (1.2)	1 (0.9)	1 (1.9)	-	

*Nesta tabela apenas constam os sujeitos que responderam *Sim* a cada um destes serviços, pelo que o *N* não será de 168 participantes (*n* do CQC =115 e *n* do CC=53) pois nem todos os cuidadores recebem os serviços mencionados.

Tabela 4. Cuidados prestados pelos cuidadores, total e por grupo

	Total	CQC	CC	<i>p</i> χ^2
Tipo de cuidados prestados (% Sim*)				
Cuidados pessoais	138 (84.1%)	87 (77.0%)	51 (100.0%)	<.001
Mobilidade	100 (64.1%)	63 (55.8%)	37 (86.0%)	<.001
Trabalhos domésticos	130 (80.2%)	88 (77.9%)	42 (85.7%)	.250
Gerir medicamentos	138 (84.7%)	95 (84.1%)	43 (86.0%)	.753
Gerir dinheiro	114 (70.4%)	81 (71.7%)	33 (67.3%)	.579
Ir às compras	135 (82.8%)	91 (80.5%)	44 (88.0%)	.244
Tratar de assuntos administrativos	125 (76.7%)	85 (75.2%)	40 (80.0%)	.506
Transporte do familiar	117 (72.2%)	80 (70.8%)	37 (75.5%)	.538
Passear/Atividades de lazer	113 (70.2%)	78 (69.0%)	35 (72.9%)	.622
Apoio emocional/psicológico	133 (82.6%)	89 (78.8%)	44 (91.7%)	.048
Apoio monetário	72 (45.6%)	55 (48.7%)	17 (37.8%)	.215
Supervisão regular	143 (89.4%)	101 (89.4%)	42 (89.4%)	.997

* Nesta tabela apenas constam os sujeitos que responderam *Sim* a cada um destes cuidados, pelo que o *N* não será de 168 participantes (*n* do CQC =115 e *n* do CC=53) pois nem todos os cuidadores prestam os cuidados mencionados.

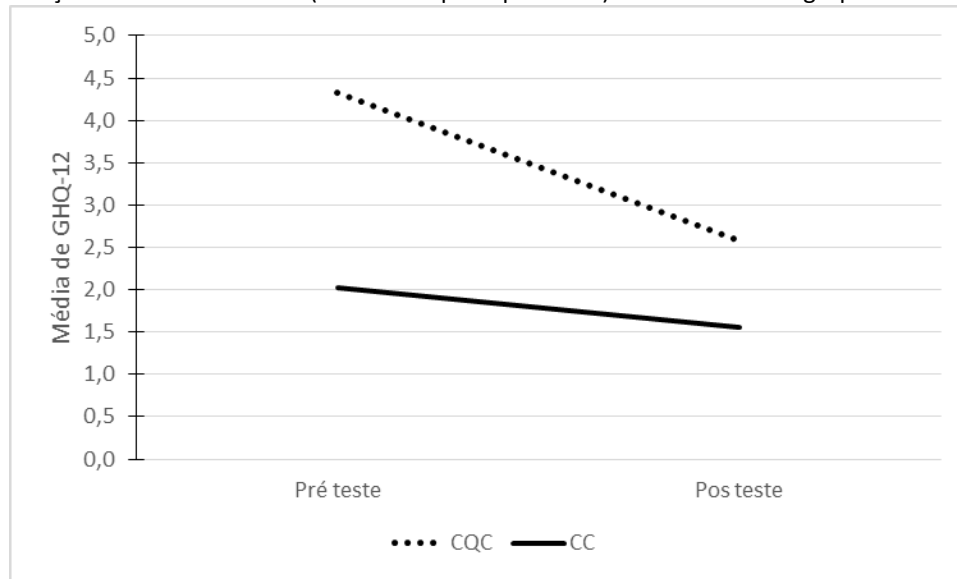
Tabela 5. Pontuações médias nos instrumentos considerados para avaliação dos cuidadores, total e por grupo

	Total	CQC	CC	<i>p</i> <i>t Student</i>
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	
Níveis de sobrecarga (M-CSI)	11.28 (5.46)	11.75 (5.56)	10.17 (5.09)	.937
Gratificação (PAC)	44.97 (9.63)	43.32 (9.84)	48.76 (8.00)	.154
Saúde Mental (SF-12 v2)	42.99 (11.74)	42.15(11.94)	45.31 (10.99)	.394
Saúde Física (SF-12 v2)	42.93 (8.72)	43.01 (8.59)	42.69 (9.17)	.982
Distress Psicológico (GHQ-12)	3.60 (3.29)	4.33 (3.53)	2.02 (1.93)	<.001

Efeito das intervenções psicoeducativas no *distress* psicológico

Analisando o Figura 1, é possível verificar que houve uma evolução favorável nos níveis de *distress* experienciados pelos cuidadores, em ambos os projetos.

Figura 1 - Evolução do nível de *distress* (momentos pré e pós teste) de acordo com o grupo.



* ANOVA de medidas repetidas, valor de $p=.015$ para GHQ*projeto.

Constata-se, ainda, que no projeto *Cuidar de Quem Cuida* os cuidadores tinham, à partida, níveis mais elevados de *distress* comparativamente com os cuidadores do projeto *Cuidar em Casa* (ver Tabela 5). Através da análise de variância de medidas repetidas (Fig. 1), verifica-se a existência de uma interação entre o *distress* psicológico e o projeto ($p=.015$). Este facto indica que a evolução do nível de *distress* varia de acordo com o projeto. De facto, dado que os participantes do CQC apresentam níveis de *distress* superiores no início do estudo, verifica-se uma evolução mais favorável deste grupo relativamente aos participantes do CC. No entanto, os participantes do CQC continuam a apresentar níveis de *distress* superiores no final do estudo. Quando ajustado para algumas variáveis sociodemográficas e de saúde (idade, situação ocupacional, relação com o recetor de cuidados e presença de patologia) o termo de interação não permanece significativo ($p>.05$), indicando que ajustando para as diferenças estruturais dos grupos, a evolução dos dois grupos relativamente ao *distress* psicológico é favorável e semelhante.

Discussão

Este estudo permitiu efetuar uma análise comparativa de dois programas de intervenção psicoeducativa para cuidadores informais de pessoas dependentes implementados no âmbito de dois projetos comunitários, o Cuidar de Quem Cuida e o Cuidar em Casa, dando particular atenção ao efeito desta medida de intervenção nos níveis de *distress* psicológico.

De acordo com os resultados obtidos, foi possível verificar que os cuidadores informais participantes no projeto Cuidar de Quem Cuida apresentavam no momento pré-teste valores mais elevados de *distress*, o que poderá estar associado ao facto destes cuidadores prestarem cuidados a pessoas com demência ou em situação de pós-AVC, condições clínicas que, comumente, estão associadas a níveis de exigência e sobrecarga muito elevados, pautando-se por uma intensidade maior de cuidados. Estes dados estão de acordo com o que a literatura tem apontado (Shah et al., 2010; Navidian, Kermansaravi, & Rigi, 2012; Hudson et al., 2013) e reforçam que, apesar dos programas terem alguns aspetos comuns na sua estrutura e conteúdos, a sua génese foi orientada para objetivos específicos diferenciados (e.g. cuidadores de pessoas com patologia específica *versus* cuidadores de pessoas idosas dependentes), o que pode explicar o facto de a condição de base dos participantes ser, à partida, diferente. Analisando os dados, é ainda possível verificar que, apesar de ter existido esta melhoria nos dois grupos, a sua evolução é diferenciada. Os participantes do projeto Cuidar de Quem Cuida apresentaram uma melhoria mais acentuada nos níveis de *distress* psicológico enquanto os participantes do projeto Cuidar em Casa, ainda que tenham apresentado melhorias, evoluíram de forma menos acentuada. Este facto poderá deve-se, em parte, ao nível de *distress* existente no pré-teste. Outra razão que poderá explicar as diferenças encontradas poderá dever-se à localização geográfica em que os projetos tiveram lugar, sabendo-se que o CQC surgiu para suprir a escassez de respostas nessa região especificamente orientadas para esta população (Ribeiro, Brandão, Pinto & Martín, 2011) o que poderá justificar uma condição de base menos favorável dos participantes do CQC em relação aos participantes do CC.

Tendo em conta as especificidades de cada um dos programas, foram realizadas análises complementares para perceber se as diferenças encontradas se deviam a características dos participantes de cada grupo ou à intervenção propriamente dita (programa específico CQC *vs* programa generalista CC). Os grupos foram, então, comparados entre si a fim de verificar diferenças em aspetos estruturais, tendo-se observado diferenças em algumas variáveis (e.g. situação ocupacional dos cuidadores, rendimentos, presença de patologia). Uma nova análise, considerando estas diferenças entre os grupos, demonstrou que a evolução entre os momentos de pré e pós teste mantém-se significativa, sendo em ambos os programas uma evolução muito semelhante. Este resultado sugere que ambas as

intervenções psicoeducativas produzem efeitos positivos no *distress* psicológico, evidenciando que as diferenças encontradas se devem às diferenças estruturais entre os grupos e não à intervenção propriamente dita. Corroborar-se, deste modo, o que tem sido amplamente apontado por outros estudos em relação ao efeito positivo dos programas psicoeducativos em cuidadores informais (e.g. Northouse et al., 2010; Navidian et al., 2012; Sharif et al., 2012; Fallahi Khoshknab et al., 2014) e que apontam para a existência de melhorias no bem-estar dos cuidadores, redução das necessidades sentidas e da sobrecarga, aumento da qualidade de vida e do conhecimento acerca da sintomatologia/estado dos recetores de cuidados.

Os resultados do presente estudo mostram uma diminuição do *distress* psicológico em cuidadores informais de pessoas idosos. Contudo, existem algumas limitações que devem ser tidas em conta na interpretação dos resultados decorrentes dos objetivos de cada um dos programas de intervenção psicoeducativo. A etiologia da dependência/causa dos cuidados deve ser tida em consideração na interpretação dos resultados, pois no CQC os participantes eram cuidadores de doentes de AVC e Doença de Alzheimer e no CC os participantes eram cuidadores de pessoas idosas dependentes, abrangendo um largo espectro de situações (físicas, mentais ou ambas). Outros fatores que deverão ser tidos em conta em futuros estudos são a análise da manutenção dos ganhos obtidos em follow-up (e.g., perceber se os ganhos se mantiveram com o decorrer do tempo) e a análise dos custos associados aos mesmos numa lógica socioeconómica. Estes dados poderão dar mais pistas sobre o impacto dos programas de intervenção psicoeducativa a longo prazo, dados que se encontram neste momento em apreciação num dos projetos aqui considerados - CQC. De igual modo, importará reforçar os resultados encontrados nesta investigação com a inclusão futura de uma avaliação qualitativa capaz de mostrar alguns efeitos mais específicos no dia-a-dia do cuidador, atendendo aos relatos informais reportados pelos cuidadores aos profissionais que implementaram ambas as intervenções psicoeducativas.

Conclusão

Existem inúmeros fatores que contribuem para o *distress* psicológico (e.g. idade, estado de saúde) e que devem ser tidos em conta na programação e implementação de intervenções para cuidadores (Shah et al., 2010). Têm sido desenvolvidos vários esforços no sentido de identificar e tratar o *distress* psicológico de forma multidisciplinar (Shah et al., 2010), reforçando a importância dos profissionais de saúde em ajudar os cuidadores a aumentar as estratégias de coping, favorecendo as competências existentes e facilitando o desenvolvimento de novas (Saad et al., 1995). Os resultados deste estudo revelaram uma diminuição do *distress* psicológico e, estão em linha com os resultados já demonstrados por outros estudos internacionais (e.g. Ducharme et al., 2012; Navidian et al., 2012; Fallahi Khoshknab et al., 2014), reforçando a importância e a necessidade deste tipo de prática

interventiva. O crescente interesse e popularidade que estas intervenções apresentam neste momento no nosso país tem contribuído para a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre esta metodologia e, principalmente, sobre o seu efeito no bem-estar psicológico dos cuidadores. Este estudo, pese embora as suas limitações, pretendeu ser um contributo nesse sentido.

Agradecimentos

Este trabalho é financiado por fundos do ACS – Alto Comissariado para a Saúde no âmbito do projeto Cuidar em Casa (Ref. 009-80) e por fundos da Fundação Calouste Gulbenkian, Câmara Municipal de Santa Maria da Feira e do ACS – Alto Comissariado para a Saúde, no âmbito do projeto Cuidar de quem Cuida (Ref. M54M/2008) bem como por Fundos FEDER através do Programa Operacional Fatores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto PEST-C/SAL/UI0688/2014

Referências

- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade do Minho, Braga.
- Borges, L., & Argolo, J. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, 1, 17-27.
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de enfermagem*, 2 (III Série), 127-136.
- Ducharme, F., Lachance, L., Lévesque, L., Kergoat, M.-J., & Zarit, S. (2012). Persistent and delayed effects of a psycho-educational program for family caregivers at disclosure of dementia diagnosis in a relative: a six-month follow-up study. *Healthy Aging Research*, 1(2), 1-11.
- Fallahi Khoshknab, M., Sheikhona, M., Rahgouy, A., Rahgozar, M., & Sodagari, F. (2014). The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 21(5), 438-46.
- Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Goldberg, D., & Hillier, V. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*. 9(1), 139-145.
- Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 3-10.
- Gonçalves Pereira, M., Carmo, I., da Silva, J., Papoila, A., Mateos, R., & Zarit, S. (2010). Caregiving experiences and knowledge about dementia in Portuguese clinical outpatients settings. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 270-280.
- Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Summers, M., & White, V. (2013). Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22(1), 1987-1993.
- Hudson, P. L., Aranda, S., & Hayman-White, K. (2005). A psycho-educational intervention for family caregivers of patients receiving palliative care: a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(4), 329-341.
- Laranjeira, C. A. (2008). General health questionnaire--12 items: adaptation study to the Portuguese population. *Epidemiologia e Psiquiatria Sociale*, 17(2), 148-151.

- Lage, I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Marques, M. J. F., Teixeira, H. J. C., & Souza, D. C. D. B. N. d. (2012). Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10, 147-159.
- Martín, I., Ribeiro, O., Brandão, D., Duarte, M., & Teixeira, L. (submetido). Portuguese version of the Modified Caregiver Strain Index (M-CSI): a validation study.
- Navidian, A., Kermansaravi, F., & Rigi, S. N. (2012). The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BioMed Central Research Notes*, 5(399), 1-7.
- Neri, A. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In Y. Duarte & M. Diogo (Ed.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. (pp.34-47). S.Paulo: Atheneu.
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L. X., Zhang, L. L., & Mood, D. W. (2010). Interventions With Family Caregivers of Cancer Patients Meta-Analysis of Randomized Trials. *Ca-a: Cancer Journal for Clinicians*, 60(5), 317-339.
- Onega, L. (2008). How to try this: Helping those who help others: The modified caregiver strain index. *American Journal of Nursing*, 108(9), 62-69.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 221 - 232.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2007). Psychological distress in very old women. In W. Handson & E. Olsson (Eds.), *New perspectives on women and depression* (pp.183-189). New York: Nova Science.
- Ponce, C., Ordonez, T., Lima-Silva, T., Santos, G., Viola, L., Nunes, P., . . . Cachioni, M. (2011). Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dementia e Neuropsychologia*, 5(3), 226-237.
- Ribeiro, O. (2007). *O Idoso Prestador Informal de Cuidados: Estudo sobre a experiência masculina do cuidar*. Tese de Doutoramento, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Ribeiro, O., Brandão, Pinto, M. & D.Martín, I., (2011). *Serviços de descanso ao cuidador: soluções de internamento temporário na região EDV*. Porto: UNIFAI/ICBAS-UP.
- Ribeiro, O., Pires, C., Brandão, D., & Martín, I. (2013). *Cuidar de quem cuida - Projecto de Intervenção Municipal na Região EDV - Relatório Final*. Porto: UNIFAI/ICBAS-UP.
- Robinson, B. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*. 38:344-348.
- Saad, K., Hartman, J., Ballard, C., Kurian, M., Graham, C., & Wilcock, G. (1995). Coping by the carers of dementia sufferers. *Age & Ageing*, 24(6), 495-498.
- Santos, D. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente. Um Estudo no Concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa.
- Shah, A., Wadoo, O., & Lato, J. (2010). Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), a327.
- Sharif, F., Shaygan, M., & Mani, A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BioMed Central Psychiatry*, 12(48),1-9.
- Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tarlow, B., Wisniewski, S., Belle, S., Rubert, M., Ory, M., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive Aspects of Caregiving. Contribution of the REACH project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Research Aging*, 26(4), 429-453.
- Thornton, M., & Travis, S. S. (2003). Analysis of the reliability of the modified caregiver strain index. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(2), S127-132.
- Travis, S., Bernard, M., McAuley, W., Thornton, M., & Kole, T. (2002). Development of the family caregiver medication administration hassles scale. *The Gerontologist*, 43(3), 360-368.
- Ware, J., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.
- Yanguas, J. J., Leturia, F. J., Leturia, M., & Uriarte, A. (1998). *Intervención Psicosocial en Gerontología*. Madrid: Cáritas Española.
- Zarit, S., & Femia, L. (2008). Behavioral and psychosocial intervention for family caregivers. *Journal of Social Work Education*, 44(3), 47-53.

Psychoeducational interventions and psychological distress in informal caregivers: Comparative analysis of two community projects

Abstract

Caring for someone dependent is a demanding task that often leads to physical and emotional exhaustion. The demands of informal care related with the impact that this task may have on caregiver health have led to a growing concern with this group. Along with developing interventions targeted at informal caregivers, of equal concern is the need for a greater understanding of the effective impact of these interventions. This study aims to analyze the impact of two community programs of psychoeducational intervention on psychological distress experienced by informal caregivers. A sample of 168 informal caregivers of dependent persons participating in two projects (Caring for the Caregiver and Caring at Home) was considered. Overall results showed a decrease in the levels of distress between the pre and post intervention moments in both programs despite their different methodological approaches. Promoting this kind of interventions for informal caregivers should be reinforced, as well as their acknowledgment within a network partnership of health professionals and those from the social sector.

Keywords

Caregivers, distress, psychoeducational interventions.

Received: 08.09.2014

Revision received: 24.02.2015

Accepted: 26.02.2015