

O USO DA ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA (EDAO) NO DOMICÍLIO: UM ESTUDO DESCRITIVO

Cláudia Fernandes Laham¹, Priscila Shiota Satake², Toshio Chiba³, Gláucia Rosana
Guerra Benute⁴, Mara Cristina Souza de Lucia⁵

RESUMO

Para pacientes portadores de doenças crônicas, a assistência domiciliar (AD) é campo de atuação para vários profissionais da área da saúde, incluindo o psicólogo. Este estudo teve a finalidade de descrever a aplicação da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) na avaliação psicológica de pacientes com doenças crônicas em atendimento domiciliar oferecido por um hospital universitário e seus cuidadores, classificando os tipos de adaptação apresentados pelos mesmos. Foram entrevistadas 24 pessoas inscritas em um programa de AD, sendo 10 pacientes e 14 cuidadores. Os dados colhidos foram classificados de acordo com a EDAO, obtendo-se 4 sujeitos com adaptação eficaz, 4 com adaptação ineficaz leve, 14 com adaptação ineficaz moderada e 2 com adaptação ineficaz severa, sendo que os indivíduos incluídos nestes dois últimos grupos têm maior indicação para a realização de tratamento psicológico. A EDAO pareceu ser um interessante instrumento para auxiliar nas pesquisas sobre avaliação psicológica com esta população.

Palavras-chave: doença crônica; psicologia; adaptação; assistência domiciliar; cuidadores.

THE USE OF THE “ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA” (EDAO) AT THE DOMICILE: A DESCRIPTIVE STUDY

ABSTRACT

For patients with chronic diseases, domiciliary assistance (DA) is a field of activity for a number of professionals in the health area, including the psychologist. This study aimed at describing the application of the diagnostic test “Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada” (EDAO) in the psychological evaluation of patients with chronic disease, in a university hospital’s home-care program including caregivers; classifying the types of adaptation they reported. Twenty-four individuals from a DA program had been interviewed: ten patients and fourteen caregivers. The collected data was classified in accordance with the EDAO: four individuals with efficient adaptation, four with light, inefficacious adaptation, fourteen with moderately inefficacious adaptation and two with severely inefficacious adaptation. It is strongly recommended that the individuals included in the last two groups undergo psychological treatment. The EDAO appeared to be an interesting instrument to aid in research on the psychological evaluation of this population.

Keywords: chronic disease; psychology; adaptation; home care; caregivers.

¹ Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), psicóloga da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas (IHC) da FMUSP, atuando no Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do IHC-FMUSP.

² Especialista em Gerontologia pela FMUSP, psicóloga estagiária em pesquisa no NADI-ICHC-FMUSP.

³ Médico, Doutor pela FMUSP, coordenador geral do NADI-ICHC-FMUSP.

⁴ Doutora pela FMUSP, Diretora Técnica de Serviço de Saúde da Divisão de Psicologia do IHC-FMUSP.

⁵ Doutora pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Diretora da Divisão de Psicologia do IHC-FMUSP.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Assistência domiciliar

Atualmente o contexto de atendimento hospitalar vem mudando seu enfoque, ou seja, o atendimento aos pacientes está sendo realizado também no domicílio dos mesmos. Este fato pode estar relacionado à diminuição dos custos do sistema de saúde, incluindo também o conforto e a privacidade proporcionados pelo domicílio.

Segundo Duarte e Diogo (2000), o atendimento domiciliar vinha sendo praticado desde o Velho Testamento com o objetivo de prestar caridade. No Brasil, a assistência domiciliar surgiu em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro.

Lopes, Saupe e Massaroli (2008, p. 241) nos recordam que “a visita domiciliar é uma prática antiga na área da saúde, e atualmente, está sendo resgatada em função das novas políticas públicas”, e chamam a atenção para a escassez de literatura sobre o tema.

O atendimento domiciliar está associado à área da saúde pública com o objetivo da promoção da saúde e a prevenção de doenças. Diante disso, pode-se relacionar esse atendimento principalmente à população idosa que vem aumentando significativamente. Esta modalidade de assistência visa promover a manutenção dos idosos na familiaridade, conforto e dignidade de seus lares pelo maior tempo possível (Duarte & Diogo, 2000).

Na assistência domiciliar (AD) há a participação de diversos profissionais, buscando-se a interdisciplinaridade para promover um melhor atendimento ao paciente. Os cuidados ofertados têm tanto o objetivo de prevenção de problemas de saúde quanto o de assistência para doenças já instaladas que são, em sua maioria, doenças crônicas que dificultam a ida destes pacientes aos hospitais. Muitas vezes os membros da equipe

de saúde vão juntos às casas dos pacientes para realizar seus atendimentos, necessitando de organização para que seja possível a atuação de todos de forma satisfatória (Laham, 2004).

Um elemento fundamental para a realização desse tipo de atendimento é a existência de um cuidador (Laham, 2003), alguém que auxilia o paciente quanto aos cuidados orientados pela equipe de saúde, além de levar informação aos profissionais sobre os resultados do tratamento.

Segundo Perracini e Néri (2002), a relação de ajuda existente entre o idoso e o cuidador passa por diversas mudanças com o decorrer do tempo, onde as doenças degenerativas e progressivas podem evoluir lenta e gradualmente, ou então, aparecer de maneira repentina. O processo de construção da identidade do cuidador ocorrerá quando o indivíduo enfrentar a rotina dos cuidados e refletir sobre isso.

O cuidador pode ter uma experiência tanto positiva quanto negativa. A falta de ajuda e apoio de outras pessoas e/ou familiares pode acarretar um grande estresse sobre o cuidador. Ao contrário disso, o cuidar pode trazer “benefícios” para o cuidador, sendo que este sente prazer no que realiza (Sommerhalder & Néri, 2002).

De acordo com Laham e Silva (2005), a maioria dos cuidadores são informais, ou seja, fazem parte da rede de relações do paciente (familiares ou amigos), prestam cuidados sem remuneração para isso. Pode-se dizer, então, que a presença do cuidador é essencial para que o trabalho da equipe de saúde tenha resultados.

Feuerwerker e Merhy (2008, p. 185) também ressaltam que “um dos requisitos de atenção domiciliar é o apoio ativo de um cuidador que se responsabilize pelo acompanhamento diuturno do usuário sob cuidado, seja esse cuidador um familiar, um vizinho, um amigo voluntário ou um cuidador contratado.” Assim, “uma parte do cuidado que institucionalmente seria realizado pela equipe de saúde passa a ser

realizada pelo cuidador ou pela família.” Em razão dessa importância, a população participante deste estudo é composta por pacientes e cuidadores.

1.2. O psicólogo na assistência domiciliar

Diante do que foi descrito até o momento, reflete-se sobre qual a tarefa do psicólogo na AD onde o atendimento aos pacientes, familiares e cuidadores ocorre em um outro campo de atuação profissional, que é a casa do paciente.

Segundo Gavião (2000), na AD é importante o psicólogo verificar a organização da família do paciente, o papel deste dentro da rede familiar, os principais conflitos e em quem o paciente pode confiar afetiva e financeiramente. O psicólogo deve, ainda, conhecer o diagnóstico médico e o prognóstico do paciente através da comunicação com outras áreas, para que saiba realmente sobre o quadro clínico, e conseqüentemente a possível melhora ou não da doença.

Para Laham (2004), os pacientes atendidos em domicílio demonstram medo de não estarem no hospital em momentos que necessitem de recursos tecnológicos, sentimento de culpa por terem a sensação de ser um “peso” para os familiares, traços depressivos após o aparecimento abrupto da doença e mudança de vida, entre outros. Quanto aos cuidadores, estes, em sua maioria, encontram-se sobrecarregados com o acúmulo de tarefas, e sem tempo para cuidar de si próprios.

O psicólogo tem, então, a função de analisar como o paciente enfrenta a situação da doença, quais os seus recursos psíquicos disponíveis, a existência de comprometimento psíquico resultante de doenças orgânicas, se ele nega ou aceita sua condição diagnóstica e o prognóstico. Além do trabalho com o paciente, é realizado também atendimento psicológico aos familiares e cuidadores. Com isso, o psicólogo

informa a equipe de saúde sobre como o paciente, cuidador e família lidam com a doença, levando em conta o sigilo sobre as particularidades dos mesmos (Laham, 2004).

Existem dificuldades para se atender em domicílio. O psicólogo deve realizar adaptações ao modelo mais tradicional de atendimento, aquele realizado em consultório particular. Não sabe, a priori, que tipo de moradia irá encontrar, quantos cômodos há na casa, se há um lugar apropriado para realizar o atendimento e como será possível garantir o sigilo sobre o que é falado. São comuns as interferências no momento dos atendimentos, como o toque do telefone, o paciente chamar pelo cuidador enquanto este é atendido, entre outras. O *setting* domiciliar apresenta várias limitações (tempo, lugar, constância...), porém, estas devem ser superadas e o profissional precisa trabalhar com as condições impostas, para que assim, tanto o psicólogo quanto a equipe de saúde promovam uma melhor qualidade de vida ao paciente, familiares e cuidador (Laham, 2004).

Diante da necessidade de utilizar critérios mais objetivos para a pesquisa científica em psicologia, pensa-se que é indicado o uso de uma escala que possa trabalhar com quantificações dos dados colhidos em entrevistas, sendo que o psicólogo pode se valer também, de tal instrumento, para seu psicodiagnóstico na AD.

1.3. Um serviço público de AD

Jacob Filho, Chiba e Andrade (2000) descrevem a fundação, em 1996, na cidade de São Paulo, de um serviço público de atendimento domiciliar que tinha como principal objetivo a “desospitalização” de pacientes cujo tratamento pudesse ser feito em domicílio, reduzindo, assim, o período de internação e/ou frequência de admissões de pacientes novos. Teria como objetivos secundários a garantia de assistência,

orientação de pacientes e familiares sobre noções básicas de saúde e cuidados (Laham, 2004).

Grande parte dos pacientes de serviços de AD são idosos e portadores de doenças crônicas como, por exemplo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, entre outras.

Quando encaminhado para esse núcleo de AD, o paciente passa por uma avaliação com médico, assistente social e enfermeira, que verificam o preenchimento de critérios para entrada no serviço. Para ser admitido, o paciente deve ter o registro de matrícula do hospital universitário que oferece AD, ter passado por pelo menos três atendimentos ambulatoriais ou um período de internação em enfermaria, residir em um perímetro de até 12 Km de raio a partir do hospital, possuir dificuldade para locomover-se até ele e ter um cuidador que prestará cuidados ao paciente segundo as orientações da equipe de saúde.

A interdisciplinaridade proporciona que cada profissional entenda o trabalho do outro podendo, dessa forma, conhecer outras ciências e fazer também com que as intervenções terapêuticas sejam discutidas por todos da equipe multiprofissional. As equipes que vão aos domicílios podem contar, entre seus componentes, com profissionais de várias áreas da saúde, como Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Odontologia, Farmácia e Terapia Ocupacional.

1.4. A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada

Considerando-se atender à solicitação de um instrumento que vise à quantificação de dados acerca da dimensão psicológica de pacientes e cuidadores, utiliza-se neste estudo a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). Esta

escala visa qualificar a adaptação do sujeito, tendo, dessa forma, um valor classificatório. A adaptação é avaliada segundo a “adequação do conjunto de respostas que o sujeito apresenta para satisfação de suas necessidades”, que resolve a dificuldade do indivíduo, dá prazer e mantém ou aumenta sua autoestima (Simon, 1989, p. 16).

Levando-se em consideração o assunto deste estudo, houve o interesse de fazer um levantamento de artigos que vêm ao encontro deste tema. Foram encontrados estudos (Oliveira, 2001; Heleno & Antonia, 2004; Silva Filho & Souza, 2004) utilizando como instrumento a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) no ambiente hospitalar, e grande parte destes teve como objetivo verificar a eficácia adaptativa dos pacientes em sua condição de doente crônico ou terminal e propor terapêutica psicológica específica.

Pode-se, por exemplo, citar o artigo de Bertolini (2001) que, junto a outros instrumentos, utilizou, em seu estudo, a versão redefinida da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). Teve como objetivo analisar a relação entre a adaptação emocional e qualidade de vida de 10 idosos atendidos no ambulatório de um hospital público.

Há também o artigo de Oliveira (2001), que utilizou a primeira versão da classificação da EDAO, e o tema do estudo foi verificar a eficácia da psicoterapia breve operacionalizada num grupo de 5 pacientes com idades entre 40 e 50 anos, com diagnóstico médico de hipertensão arterial essencial, atendidos em um ambulatório de cardiologia.

Guimarães e Yoshida (2008) utilizaram a EDAO redefinida para investigar a eficácia adaptativa de pacientes portadores de doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica, encontrando adaptação altamente comprometida nesses pacientes: 36% foram classificados com adaptação ineficaz severa, 32% com adaptação ineficaz

moderada e 24%, adaptação ineficaz grave. Segundo as autoras, a adaptação ineficaz moderada “requer intervenção psicoterapêutica para ajudar o indivíduo a encontrar formas mais adequadas de responder às situações de vida” (p. 60). Ressaltam que “intervenções de natureza psicológica, tais como psicoterapias ou aconselhamento psicológico (...) são formas de ajudar na mudança da qualidade das respostas adaptativas e da expressão de emoções” (p. 62).

Corrêa, Vizzotto e Cury (2007, p. 365) informam que “a EDAO vem sendo amplamente utilizada por pesquisadores brasileiros objetivando facilitação do trabalho de classificação diagnóstica, planejamento e intervenção em prevenção e promoção de saúde psicológica, em populações distintas”.

Apesar de terem sido encontrados artigos em que foi aplicada a EDAO em pessoas com comprometimento na “saúde”, que é a população deste estudo, não foi obtido nenhum que tenha utilizado esta escala em pacientes com comorbidades crônicas atendidos no domicílio. Acredita-se que a escala possa auxiliar na pesquisa científica em psicologia, assim como no psicodiagnóstico que norteia as intervenções psicológicas com esta população.

2. OBJETIVO

Este estudo teve a finalidade de descrever a aplicação da EDAO na avaliação psicológica de pacientes com doenças crônicas em atendimento domiciliar oferecido por um hospital universitário e seus cuidadores, classificando os tipos de adaptação apresentados pelos mesmos.

3. MÉTODO

A população participante do estudo foi composta por pacientes de um serviço público de AD da cidade de São Paulo e seus respectivos cuidadores, todos maiores de 18 anos, admitidos no programa no período de Janeiro a Agosto de 2008. Como critérios de exclusão para os pacientes estavam a presença de demência moderada ou grave, além de dificuldades de comunicação para responder perguntas. Quanto aos cuidadores, foram excluídos caso houvesse distúrbios psiquiátricos e/ou cognitivos, avaliados de acordo com os critérios propostos pelo DSM-IV (1994).

Levando-se em conta a entrada dos pacientes no serviço no período citado, a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada foi aplicada em 24 sujeitos. Desta amostra, 10 eram pacientes e 14 eram cuidadores. Quanto aos pacientes, cinco eram do gênero feminino e cinco do gênero masculino, com idade mínima de 23 anos e máxima de 93, sendo, a média, 73,3 anos.

Entre as doenças predominantes apresentadas pelos pacientes estavam hipertensão arterial sistêmica, depressão, acidente vascular encefálico, diabetes, dislipidemia, hemiplegia, doença de Paget, esclerose lateral amiotrófica e câncer de pele. A maior parte dos pacientes eram indivíduos total ou parcialmente dependentes.

Com relação aos cuidadores, doze eram do gênero feminino e dois do gênero masculino. Dentre as mulheres, seis eram filhas dos pacientes e quatro eram esposas. Todos os cuidadores da amostra eram informais e a média da idade deles era de 60,3 anos, sendo, a maior parte, idosos.

O serviço de Psicologia desse núcleo de AD realiza, como parte da rotina de trabalho, entrevistas semidirigidas com pacientes e cuidadores, que abordam o histórico de vida dessas pessoas, como se relacionam com a doença e o tratamento sugerido. No caso dos cuidadores, há ainda a avaliação de como se organizam nos cuidados com o

paciente e se cuidam da própria saúde. A partir disso, é elaborado o psicodiagnóstico que aponta para a necessidade ou não de se oferecer psicoterapia para eles. Tais entrevistas foram utilizadas na presente pesquisa, sendo que os dados obtidos por meio delas foram classificados segundo a EDAO.

Durante a visita domiciliar, a psicóloga informou sobre a avaliação psicológica que acontece como rotina instituída para todos os clientes do programa. Assim, pacientes e cuidadores passaram por uma ou mais entrevistas psicodiagnósticas. Foi pedido, então, o consentimento deles para que tais dados fossem classificados de acordo com a EDAO e que fossem utilizados na pesquisa. Após anuência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em cumprimento aos princípios éticos que norteiam as atividades de pesquisa com seres humanos.

Com relação à análise dos dados da EDAO foi realizada abordagem quantitativa conforme agrupamento das respostas das entrevistas nos diferentes setores, segundo a orientação de Simon (1997).

De acordo com o autor, a adequação foi classificada em três tipos: resposta adequada (quando o indivíduo encontra uma solução para um determinado problema, o que causa satisfação, tudo isso dentro dos valores internos e valores da cultura em que se contextualiza); resposta pouco adequada (quando o indivíduo encontra uma solução que o satisfaz, mas provoca conflitos de valores intra ou extra psíquicos, ou então, o indivíduo não se sente satisfeito, mas os valores coincidem com os princípios do sujeito e de sua cultura); resposta pouquíssimo adequada (quando o indivíduo encontra uma solução insatisfatória provocando conflitos internos ou externos para ele).

A adaptação foi dividida em dois grupos: adaptação eficaz; adaptação não-eficaz, que foi subdividida em moderada ou severa. Além destes grupos, havia mais uma classificação que era quando o indivíduo encontrava-se em “crise”. Os grupos da

adaptação avaliavam os quatro setores de funcionamento da escala: afetivo-relacional – A-R (são os sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio e ao semelhante); produtividade – Pr (diz respeito ao trabalho, estudo ou qualquer atividade produtiva); sócio-cultural – S-C (são sentimentos, atitudes e ações com relação à estrutura social, recursos comunitários e aos valores e costumes do seu ambiente); orgânico – Or (relacionado ao estado e funcionamento do organismo do sujeito, bem como sentimentos e ações em relação ao próprio corpo) (Simon, 1989).

Em 1997 Simon redefiniu a EDAO, para assim dar a este instrumento um valor quantitativo. Simon defendeu a tese de que o setor afetivo-relacional (A-R) tem influência sobre os outros setores, pois quando se tem sentimentos positivos, euforizantes e expansivos, isso conseqüentemente contribui para as relações interpessoais (A-R), aumentam disposição para o trabalho (Pr), para a participação social e cultural (S-C) e reações vitais (Or). Mas quando os sentimentos estão negativos, depressivos e restritivos, acabam afastando as relações interpessoais (A-R), diminuem a disposição para o trabalho (Pr), a participação social e cultural (S-C) e reações vitais (Or) (Simon, 1996). Assim, o setor afetivo-relacional, ou seja, os afetos, sentimentos, estado psíquico do indivíduo, contribuem para a adaptação dos demais setores.

A avaliação diagnóstica de adaptação, antes classificada em *adaptação eficaz; adaptação ineficaz moderada ou severa* foi, então, redefinida, e o diagnóstico adaptativo passou a ser classificado em *Adaptação Eficaz* (Grupo 1) e *Adaptação Ineficaz*, com as subclassificações *Adaptação Ineficaz Leve* (Grupo 2), *Adaptação Ineficaz Moderada* (Grupo 3), *Adaptação Ineficaz Severa* (Grupo 4) ou *Adaptação Ineficaz Grave* (Grupo 5).

Ryad Simon (1997) considerou que os setores afetivo-relacional e produtivo eram clinicamente mais importantes e com isso seriam avaliados quantitativa e

qualitativamente, enquanto que os demais setores, orgânico e sócio-cultural, seriam somente classificados qualitativamente.

A partir dessa classificação pode-se identificar o diagnóstico da eficácia adaptativa do indivíduo, analisar qual setor está mais comprometido e qual a solução que os sujeitos procuram para se adaptar à situação-problema.

4. RESULTADOS

Comparando a adequação da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada dos setores Afetivo-Relacional (A-R) e Produtividade (Pr) dos pacientes e cuidadores, obteve-se os resultados descritos a seguir.

Quanto aos pacientes, no setor A-R, seis (três do gênero feminino e três do gênero masculino) estavam adequados, e quatro (dois do gênero feminino e dois do gênero masculino) estavam pouco adequados.

Quanto ao setor Pr, cinco (três do gênero masculino e dois do gênero feminino) estavam classificados como pouco adequados, três (um do gênero feminino e dois do gênero masculino) pouquíssimo adequados, e dois adequados (do gênero feminino). Esses pacientes que se encontravam pouco adequados possuíam dificuldade em lidar com a falta de produtividade, que dizia respeito a não poder trabalhar como antes do advento da doença, com a mesma funcionalidade. Outro fator que se pôde notar é que três destes pacientes que estavam pouco adequados neste setor também estavam assim no setor A-R, o que pode demonstrar uma insatisfação interna, pois segundo Simon (1996), um setor motiva o outro, se o indivíduo não está bem psiquicamente, não terá motivação e disposição para a produtividade.

Com relação aos cuidadores, no setor A-R, dez (oito do gênero feminino e dois do gênero masculino) apresentavam-se pouco adequados e quatro (do gênero feminino)

adequados. Ao contrário dos pacientes, os cuidadores estavam mais “insatisfeitos” consigo mesmos. Quando havia a correlação deste setor com o Pr, podia-se notar que ocorria um ciclo em que um desmotivava o outro, pois no que se referia à produtividade, os cuidadores apresentavam-se da seguinte maneira: dez (oito do gênero feminino e dois do gênero masculino) pouco adequados, três (do gênero feminino) adequados e uma (gênero feminino) pouquíssimo adequada. Encontravam-se, assim, nove cuidadores pouco adequados nos setores A-R e Pr, o que parece significar que o relacionamento consigo mesmo e com o outro influenciava sua disposição para as atividades produtivas.

A Tabela 1 apresenta a classificação da EDAO aplicada aos pacientes e cuidadores da amostra estudada.

Tabela 1

Classificação dos Pacientes e Cuidadores Segundo a EDAO

Classificação	Adaptação	Adaptação	Adaptação	Adaptação	TOTAL
Diagnóstica	Eficaz	Ineficaz Leve	Ineficaz	Ineficaz	
Sujeitos			Moderada	Severa	
Pacientes	2*	2	5	1	10
Cuidadores	2	2	9	1	14
TOTAL	4	4	14	2	24

* 1 sujeito classificado em: Adaptação Eficaz em Crise

5. DISCUSSÃO

O fato da maior parte dos pacientes ser total ou parcialmente dependentes é comum nos serviços de assistência domiciliar (Duarte & Diogo, 2000), assim como o fato de serem, na sua maioria, idosos.

A caracterização quanto à predominância do gênero feminino e dos parentescos apresentados pelas cuidadoras confirma o que é encontrado como o perfil mais comum caracterizando cuidadores: em geral são esposas e filhas dos pacientes. De acordo com a literatura (Laham, 2003), pode-se afirmar que principalmente as mulheres é que auxiliam nos cuidados aos pacientes, tanto pessoais como também nas tarefas domésticas. Há mulheres que trabalham fora, e mesmo assim assumem parte das tarefas do cuidar, ficando limitadas suas atividades de lazer (Laham & Silva, 2005).

O fato de a maioria dos cuidadores serem idosos pode ter implicações no cuidar, devido a problemas de saúde que a senilidade pode trazer (Néri, 2001), sobrecarga quanto às atividades de cuidados, das tarefas domésticas, entre outros. Em seu estudo exploratório, Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006) verificaram que os cuidadores tinham de uma a quatro doenças crônicas, associando-se, por vezes, a incapacidades funcionais, o que traz dificuldades para o cuidado consigo e com o outro.

Sobre o setor A-R, os pacientes tiveram classificação entre adequada (seis) e pouco adequada (quatro). Isso pode indicar que a relação afetiva, sentimentos, atitudes e ação com relação a si próprio e ao outro devem ter sido construídos de forma satisfatória durante sua vida, influenciando a relação com o cuidador, permitindo que este realizasse as atividades do cuidar sem a presença de muitos conflitos afetivos entre eles.

Da amostra, cinco pacientes e nove cuidadores demonstraram Adaptação Ineficaz Moderada, estando classificados, portanto, no Grupo 3 da EDAO, que diz

respeito a indivíduos que apresentam alguns sintomas neuróticos, inibição moderada e alguns traços caracterológicos. Pode-se considerar que este resultado devia-se à situação que ambos (paciente e cuidador) vivenciavam. A situação de perda de saúde mobiliza no paciente conflitos internos que podem ou não ser elaborados, fazendo com que ele consiga lidar psiquicamente de maneira adequada ou não. Quanto aos cuidadores, estes realizam uma tarefa de escolha ou então de “imposição” que lhes é dada, ou seja, falta de alternativa. Seja qual for a razão para exercer este papel, o cuidar traz consequências para a vida pessoal e os aspectos emocionais destes cuidadores.

Outro resultado interessante com relação aos cuidadores: duas apresentaram Adaptação Eficaz. Estas demonstraram que conseguiam conciliar os cuidados com a satisfação pessoal e produtividade, ou seja, além de se adaptarem à situação, também lidavam de forma satisfatória com todas as mudanças em suas vidas, pois o tempo, que antes do cuidar era mais dedicado a elas (cuidadoras), passou a ser dirigido aos pacientes, mas sem descuidarem de si próprias também.

Obteve-se duas cuidadoras classificadas em Adaptação Ineficaz Leve. Uma delas por apresentar dificuldade no relacionamento afetivo com o paciente, enquanto o setor produtivo demonstrou-se satisfatório; com relação à outra cuidadora que teve a mesma classificação, o setor produtivo estava prejudicado, mas não a ponto de afetar os cuidados afetivos com o paciente ou sua própria autoestima.

Apenas uma cuidadora foi classificada como Adaptada Ineficaz Severa, porque além do relacionamento afetivo com a paciente e atitudes consigo mesma não serem satisfatórios, no setor produtivo estava boa parte de suas queixas, por ter deixado de exercer a profissão para cuidar da mãe e também por problemas em sua saúde.

Considerando nos cuidadores os outros setores apresentados por Simon (1989), Orgânico e Sócio-Cultural, pode-se dizer que estes também estavam prejudicados

porque os cuidadores, muitas vezes, deixavam de lado sua saúde física e psíquica para se dedicarem totalmente ao paciente, se anulando como indivíduos que também precisavam de cuidados, atenção, suporte social e lazer. Esse aspecto é comumente relatado em estudos com essa população (Laham, 2003; 2004).

Com relação aos pacientes, além dos cinco classificados em Adaptação Ineficaz Moderada, os outros tiveram classificações diferentes: uma foi classificada como Adaptada Eficaz, porque mesmo com as dificuldades de sua doença, conseguia desempenho satisfatório quanto à produtividade e atitude com relação a si própria e em seu relacionamento interpessoal. Outra paciente mostrou-se Adaptada Eficaz em Crise porque, apesar de mostrar-se satisfatoriamente adaptada nos setores A-R e Pr, vivenciava uma fase de luto pela morte recente do marido.

Na classificação Adaptação Ineficaz Leve encontravam-se dois pacientes, sendo adaptados no setor A-R, mas o comprometimento orgânico teve consequências em sua atividade produtiva. O fato de terem parado de trabalhar influenciou os setores S-C e Pr.

E, por último, encontrava-se um paciente Adaptado Ineficaz Severo, em que o setor A-R não estava satisfatório e o setor Pr mostrava-se muito prejudicado pela condição de doença que o limitou para o exercício de sua profissão. Cabe salientar que, na amostra estudada, nenhum indivíduo recebeu a classificação Adaptação Ineficaz Grave.

Levando-se em consideração a utilização da EDAO nos artigos pesquisados, pôde-se verificar, no estudo de Bertolini (2001), que na sua amostra não se obteve nenhum paciente com Adaptação Ineficaz Moderada, enquanto que no presente estudo, cinco receberam tal classificação, em uma amostra de dez pacientes. Porém, em ambos os estudos não houve nenhum sujeito classificado como Ineficaz Grave.

Observou-se que o fato de estar doente influencia o modo como as pessoas se adaptam em suas vidas. Na amostra percebeu-se que os pacientes, em sua maioria, se incomodavam por não terem mais condições de trabalhar, como também por não terem nenhuma alternativa de atividade produtiva. Assim, verifica-se que o fato do paciente ter dificuldade de adequação no setor Or acarreta não adequação no setor Pr. Parece ter sido importante, no estudo, considerar a relação entre esses setores, já que a população era composta por indivíduos com algum comprometimento da saúde. Relacionando a adaptação entre os pacientes e seus respectivos cuidadores, em três dessas duplas, ambos, paciente e cuidador, apresentaram Adaptação Ineficaz Moderada. Outras duas apresentaram Adaptação Ineficaz Moderada x Adaptação Ineficaz Leve. Esse resultado pode ter sido influenciado pela história de vida dos dois, pelo momento que paciente e cuidador vivenciavam com a doença, entre outros motivos. Como consequência disso, tinha-se o comprometimento da adequação dos setores A-R e Pr.

O relacionamento afetivo entre paciente e cuidador depende de como foi construído anteriormente, e isso poderá refletir em uma melhor ou pior qualidade na prestação de cuidados, portanto, a história do relacionamento entre cuidador informal e paciente é muito importante para se entender a qualidade de cuidado e sentimentos que são ofertados ao paciente. É importante dirigir aos cuidadores um olhar especial para que estes também tenham qualidade de vida, atividades que diminuam a sobrecarga, como também cuidados com a sua própria saúde (Laham, 2003).

Os pacientes e cuidadores que obtiveram as classificações Adaptação Ineficaz Moderada ou Adaptação Ineficaz Severa são os que mais chamam a atenção ao se pensar sobre a necessidade de receberem tratamento psicológico, lembrando a observação de Guimarães e Yoshida (2008) sobre intervenções psicológicas serem formas de auxiliar na mudança da qualidade das respostas adaptativas. Desta forma

observa-se que, por meio da EDAO, os profissionais podem avaliar qual setor está mais fragilizado, Afetivo-Relacional ou Produtivo, considerando-se também os setores Sócio-Cultural e Orgânico, e o quanto o sujeito se mostra adaptado em cada um deles quantitativa e qualitativamente.

Segundo Laham (2004, s/p.), “o atendimento em domicílio permite maior contato com a realidade concreta do paciente, havendo a possibilidade de se observar características da dinâmica familiar que não aparecem nos atendimentos nas instituições de saúde, que podem e devem ser utilizadas como dados para o psicodiagnóstico.” Assim, no ambiente domiciliar, o psicólogo pode levar em conta observações acerca do modo de vida dos clientes que colaboram na sua avaliação.

6. CONCLUSÃO

Pacientes de um serviço público que oferece AD e seus cuidadores foram classificados, em sua maioria, em Adaptação Ineficaz Moderada, segundo a EDAO. Pensa-se que estes e os que obtiveram classificação de Adaptação Ineficaz Severa sejam os que mais necessitam receber tratamento psicológico.

A EDAO foi aplicada no domicílio, trazendo dados sobre a adaptação dos sujeitos e a consequente indicação ou não de atendimento psicológico sistematizado para eles. Trata-se de um instrumento que pode auxiliar nas pesquisas sobre avaliação psicológica com esta população, principalmente por não ser preciso despendar maior tempo do profissional no momento da visita domiciliar ou usar outros instrumentos além da entrevista psicológica, mantendo-se, assim, a estratégia de atendimento no domicílio programada pela equipe de saúde como um todo.

7. REFERÊNCIAS

- Bertolini, L.B.A. (2001). Relações entre condições emocionais e qualidade de vida do idoso. *Mudanças*, 9(16), 86-135.
- Corrêa, K.R.F.D., Vizzotto, M.M. & Cury, A.F. (2007). Avaliação da eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização *in vitro*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 12(2), 363-370.
- DSM-IV. (1994). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Duarte, Y.A.O. & Diogo, M.J.D. (2000). Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico (pp. 3-17). São Paulo: Atheneu.
- Feuerwerker, L.C.M. & Merhy, E.E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*, 24(3), 180-188.
- Gavião, A.C.D. (2000). Aspectos psicológicos e o contexto domiciliar. In: Duarte, Y.A.O. & Diogo, M.J.D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico (pp.173-180). São Paulo: Atheneu.
- Guimarães, L.P.M. & Yoshida, E.M.P. (2008). Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 52-63.
- Helena, M.G.V. & Antonia, C. (2004). Promoção e educação para a saúde: um estudo com pacientes diabéticos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 189-194.
- Jacob Fº, W., Chiba, T. & Andrade, M.V. (2000). Assistência domiciliária interdisciplinar em uma instituição de ensino. In: Duarte, Y.A.O. & Diogo, M.J.D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico (pp. 539-544). São Paulo: Atheneu.
- Laham, C.F. (2003). Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Laham, C.F. (2004). Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. *Psicologia Hospitalar*. Recuperado em abr. 2007. Disponível em: <http://www.cepsic.org.br/revista/3/Artigos/v2n2a10.htm>.
- Laham, C.F. & Silva, L.A. (2005). O cuidador. In: Jacob Fº W. Avaliação global do idoso: manual da Liga do Gamia (pp.171-180). São Paulo: Atheneu.
- Lopes, W.O., Saupe, R. & Massaroli, A. (2008). Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc Cuid Saude*, 7(2), 241-247.

Néri, A.L. (2001). Maturidade e velhice: trajetórias individuais e sócio-culturais. Campinas: Papyrus. (Coleção Vivaidade)

Oliveira, E.P. (2001). Eficácia da psicoterapia breve operacionalizada com pacientes com hipertensão essencial. *Mudanças*, 9(16), 64-85.

Perracini, M.R. & Néri, A.L. (2002). Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosas de alta dependência. In: Néri, A.L. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais* (pp. 135-164). Campinas: Alínea.

Rodrigues, S.L.A., Watanabe, H.A.W. & Derntl, A.M. (2006). A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev. Esc. Enf. USP*, 40(4).

Silva Filho, N. & Souza, L.R. (2004). Associação entre o diagnóstico adaptativo, indicadores de evolução clínica e o Teste de Relações Objetais em pacientes com infecção pelo HIV-1, doentes ou não. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 195-213.

Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU.

Simon, R. (1996). Do diagnóstico à psicoterapia breve. *J Bras Psiq.*, 45(7), 403-408.

Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO. *Boletim de Psicologia*, 47(107), 85-94.

Sommerhalder, C. & Néri, A.L. (2002). Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: Néri, A.L. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais* (pp. 93-134). Campinas: Alínea.