UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANGÉLICA DA SILVA ARAUJO

Emoção Expressa em cuidadores de pessoas com transtornos mentais: influência do estresse, do estilo de vida e do sofrimento mental

RIBEIRÃO PRETO
2016

ANGÉLICA DA SILVA ARAUJO

Emoção Expressa em cuidadores de pessoas com transtornos mentais: influência do estresse, do estilo de vida e do sofrimento mental

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde Mental

Orientadora: Profª Drª Lucilene Cardoso

RIBEIRÃO PRETO
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Araujo, Angélica da Silva

Emoção Expressa em cuidadores de pessoas com transtornos mentais: influência do estresse, do estilo de vida e do sofrimento mental. Ribeirão Preto, 2016.

115 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Cardoso, Lucilene

1. Cuidadores. 2. Emoção Expressa. 3. Estresse. 4. Saúde Mental. 5. Internação Psiquiátrica

ARAUJO, Angélica da Silva

Emoção Expressa em cuidadores de pessoas com transtornos mentais: influência do estresse, do estilo de vida e do sofrimento mental

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Conhecimento: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____
Instituição_____
Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição_____
Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição_____
Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição_____
Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição_____
Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

À todas as pessoas que sofrem ao sentirem a manifestação de um transtorno mental em si.

À todas as pessoas que cuidam, dando o melhor de si, daqueles que sofrem com a presença de um transtorno mental.

À todos os seres humanos (profissionais e não profissionais) que são capazes de experimentar um profundo sentimento de empatia quando entram em contato com aqueles que tem seu cotidiano alterado devido à presença de algum transtorno mental.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Laudeci, por me mostrar, e assim me ensinar, dia após dia, através das mais singelas atitudes, que com esforço, determinação, coragem e ética, somos capaz de fazer qualquer coisa à qual nos propusermos. Por me ensinar a encarar as dificuldades que a vida nos traz. Pelo amor incondicional, carinho e respeito. Por ser mãe.

Ao meu pai Allan, por me ensinar, através de atitudes concretas, a importância do trabalho e da determinação para alcançar aquilo que queremos. Pela falta que me faz.

Ao meu irmão Eurípedes, por sempre ter me estimulado a, através da leitura, ampliar meu meu olhar e meu conhecimento sobre o mundo. Por ser uma das minhas maiores influências.

À minha orientadora Lucilene Cardoso, por ter me dado a oportunidade de realizar esse trabalho, por ter guiado meus passos com cuidado e afeto, e por todos os ensinamentos.

Ao Ciro, companheiro de todos os dias, por ter me incentivado desde o início a realizar esse trabalho dando o melhor de mim. Por ter acolhido não só as minhas dúvidas relacionadas à pesquisa, mas também minhas emoções e meus sentimentos ao longo desse trabalho. Por compartilhar comigo sonhos e planos.

À minha família – mãe, Allan, Eurípedes, Jansley e Ciro – por serem as pessoas com as quais posso contar naquilo que precisar. Por estarem presentes mesmo quando estão ausentes.

À Tassia, companheira de pesquisa, sem a qual esse trabalho não existiria dessa forma, por me ajudar e, com toda sua afetividade, me compreender ao longo de todo o caminho que percorremos juntas.

À equipe que compõe a recepção do Hospital Santa Tereza, em especial à Fernanda, Lidiane e Rafaelle, por terem me acolhido com receptividade e carinho, e me auxiliado durante a coleta de dados desse trabalho.

"A coisa mais fina do mundo é o sentimento"
(Adélia Prado)

RESUMO

ARAUJO, A. S. **Emoção Expressa em cuidadores de pessoas com transtornos mentais: influência do estresse, do estilo de vida e do sofrimento mental**. 2016. xxf. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A Emoção Expressa (EE) é um conceito referente à qualidade das relações familiares e pode ser considerada como um traço ou como um estado das interações, caracterizada por três dimensões: comentários críticos (CC), hostilidade e superenvolvimento emocional (SEE). **Objetivos:** avaliar e descrever o nível de EE entre cuidadores de pessoas com transtorno mental e sua associação com variáveis sociodemográficas, estresse precoce, sintomas se estresse, estilo de vida e sofrimento mental. **Método:** estudo com abordagem quantitativa, epidemiológico, corte transversal e caráter correlacional. Participaram 112 familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental admitidas para internação em um hospital psiquiátrico no interior do Estado de São Paulo. Os instrumentos utilizados foram: Questionário sociodemográfico, de condições ocupacionais e de saúde; Questionário Familiar; Questionário sobre Traumas na Infância; Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de LIPP; Questionário Estilo de Vida Fantástico; *Self-Reporting Questionnaire 20*. A análise da confiabilidade e da consistência interna das escalas foi feita por meio do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach. Seguiu-se as análises estatísticas descritivas (cálculo das frequências, médias e desvio-padrão das respostas dos cuidadores aos instrumentos), bivariadas (para verificar a associação entre as variáveis, por meio dos testes Qui-Quadrado de Pearson, Exato de Fisher e Mann-Whitney) e de regressão logística, utilizando-se o programa SPSS versão 22.0. O nível de significância adotado foi de 5% (alfa $\leq$ 0,05). Todas as questões éticas foram respeitadas. **Resultados:** a maioria dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação foi avaliada com altos níveis de EE (tanto global quanto nos domínios CC e SEE), com presença de estresse precoce, com presença de sintomas de estresse e com presença de sofrimento mental. Quanto ao estilo de vida, a maioria foi avaliada com estilo de vida bom ou muito bom. A EE no domínio SEE apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis uso frequente de medicamentos, estresse precoce, fase do estresse e sofrimento mental. Foram identificados como fatores de proteção para alta EE no domínio CC o ensino fundamental e a renda familiar. Já a idade foi fator de risco para alta EE no domínio CC. Já para alta EE no domínio SEE, o estresse precoce e o sofrimento mental foram fatores de risco. **Conclusões:** este estudo possibilitou avaliar importantes aspectos que podem influenciar a qualidade das relações entre cuidador e pessoa com transtorno mental. Emoção Expressa, estresse precoce, sintomas de estresse e sofrimento mental destacam-se como fenômenos relevantes ao planejamento do cuidado à familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais. Dada a complexidade desse fenômeno, são necessários estudos ampliados que abordem características tanto dos familiares quanto dos pacientes e do ambiente, em diversos momentos, tais como na internação, após a alta e ao longo dos tratamentos extra hospitalares.

Palavras-chave: cuidadores, emoção expressa, estresse, saúde mental, internação psiquiátrica

ABSTRACT

ARAUJO, A. S. **Expressed emotion in carers of people with mental disorders: role of stress, lifestyle and mental suffering**. 2016. xxf. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Emotion Express (EE) is a concept referring to the quality of family relationships and can be considered as a stroke or as a state of the interactions, characterized by three dimensions: critical comments (CC), hostility and emotional overinvolvement (EOI). **Objectives:** to evaluate and describe the EE level among caregivers of people with mental disorders and their association with sociodemographic variables, early stress symptoms stress, lifestyle and mental suffering. **Method:** study of quantitative epidemiological approach, cross-sectional and correlational character. Participated 112 family caregivers of people with mental illness admitted to hospital in a psychiatric hospital in the state of São Paulo. The instruments used were: sociodemographic questionnaire, occupational and health conditions; Family Questionnaire; Questionnaire on Trauma in Childhood; Inventory of Stress Symptoms for Adults Lipp; Fantastic Lifestyle Questionnaire; Self-Reporting Questionnaire 20. The analysis of reliability and internal consistency of the scales was done by calculating Cronbach's alpha coefficient. Descriptive statistical analysis was followed (calculation of frequencies, means and standard deviations of the responses of caregivers instruments), bivariate (to verify the association between variables, using the chi-square tests of Pearson, Fisher exact and Mann Whitney) and logistic regression using SPSS version 22.0. The significance level was 5% (alpha $\leq$ 0.05). All ethical issues have been met. **Results:** most of the carers of people with mental disorders in early hospitalization was evaluated with high levels of EE (both globally and in the CC and EOI domains), with the presence of early stress, with the presence of stress symptoms and the presence of suffering mental. As for the lifestyle, most were evaluated with style good or very good life. EE in the EOI domain showed a statistically significant association with the variables frequent medicines use, early stress, stress phase and mental suffering. They were identified as EE for high protection factors in the CC domain elementary school and family income. In contrast, age was a risk factor for high EE in the CC domain. As for high EE in the EOI domain, early stress and mental suffering were risk factors. **Conclusions:** this study evaluates important aspects that can influence the quality of the relationship between caregiver and person with mental disorder. Expressed Emotion, early stress, stress symptoms and mental suffering stand out as phenomena relevant to the planning of care for family caregivers of people with mental disorders. Given the complexity of this phenomenon, we need expanded studies that address characteristics of both relatives and patients and the environment, at various times, such as in hospital after discharge and over the extra hospital treatment.

Keywords: caregivers, express emotion, stress, mental health, psychiatric hospitalization.

RESUMEN

ARAUJO, A. S. **Emoción expresada en los cuidadores de personas con trastornos mentales: papel del estrés, estilo de vida y el sufrimiento mental**. 2016. xxf. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Emoción Express (EE) es un concepto que se refiere a la calidad de las relaciones familiares y se puede considerar como un derrame cerebral o como un estado de las interacciones, que se caracteriza por tres dimensiones: comentarios críticos (CC), la hostilidad y la implicación emocional excesiva (SEE). **Objetivos:** Evaluar y describir el nivel de EE entre los cuidadores de personas con trastornos mentales y su asociación con variables sociodemográficas, los primeros síntomas de estrés estrés, estilo de vida y el sufrimiento mental. **Método**: estudio cuantitativo enfoque epidemiológico, transversal y carácter correlacional. Participado 112 cuidadores de personas con enfermedad mental familiares ingresados en el hospital en un hospital psiquiátrico en el estado de Sao Paulo. Los instrumentos utilizados fueron: condiciones cuestionario, ocupacionales y de salud sociodemográficos; Cuestionario de la familia; Cuestionario sobre trauma en la infancia; Inventario de Síntomas de Estrés para Adultos Lipp; Cuestionario fantástico estilo de vida; Auto-Cuestionario de información 20. El análisis de fiabilidad y consistencia interna de las escalas se realizó mediante el cálculo de coeficiente alfa de Cronbach. Se siguió el análisis estadístico descriptivo (cálculo de frecuencias, medias y desviaciones estándar de las respuestas de los instrumentos cuidadores), bivariante (para verificar la asociación entre variables, utilizando las pruebas de chi-cuadrado de Pearson, Fisher exacta y Mann Whitney) y regresión logística con el programa SPSS versión 22.0. El nivel de significancia fue del 5% (alfa $\leq$ 0,05). Se han cumplido todos los asuntos éticos. **Resultados:** La mayoría de los cuidadores de personas con trastornos mentales en la hospitalización temprana se evaluó con altos niveles de EE (tanto globalmente como en los dominios de CC y SEE), con la presencia de estrés temprano, con la presencia de síntomas de estrés y la presencia de sufrimiento mental. En cuanto a la forma de vida, la mayoría fueron evaluados con el estilo de buena o muy buena vida. EE en el dominio SEE mostró una asociación estadísticamente significativa con las variables de uso frecuente de drogas, el estrés temprano, fase estrés y sufrimiento mental. Fueron identificados como factores de protección a EE altos en el dominio CC la escuela primaria y los ingresos familiares. Por el contrario, la edad fue un factor de riesgo para alta EE en el dominio CC. En cuanto a la alta EE en el dominio SEE, el estrés temprano y sufrimiento mental son factores de riesgo. **Conclusiones:** Este estudio evalúa los aspectos importantes que pueden influir en la calidad de la relación entre el cuidador y la persona con trastorno mental. La emoción expresada, el estrés temprano, los síntomas de estrés y sufrimiento mental se destacan como fenómenos relevantes para la planificación de la atención a los cuidadores de personas con trastornos mentales de la familia. Dada la complejidad de este fenómeno, necesitamos estudios que abordan las características de ambos pacientes y sus familiares y el medio ambiente, en varias ocasiones, como en el hospital después de la descarga y el tratamiento hospitalario adicional expandida.

Palabras clave: cuidadores, emoción expreso, estrés, salud mental, hospitalización psiquiátrica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com a gravidade.44

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Probabilidade da ocorrência de alta EE no domínio CC entre os cuidadores considerando-se as variáveis independentes que se mostraram como fatores preditivos a partir do modelo de regressão logística múltipla. 72

Gráfico 2 – Probabilidade da ocorrência de alta EE no domínio SEE entre os cuidadores considerando-se as variáveis independentes estatisticamente significativas a partir do modelo de regressão logística múltipla. 74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto ao sexo, faixa etária situação conjugal, religião e procedência. 49

Tabela 2 ––Distribuição de frequência dos cuidadores quanto à escolaridade, alfabetização e reprovação escolar 50

Tabela 3 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto à situação laboral, situação financeira individual e renda familiar. 50

Tabela 4 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto à problemas de saúde e uso frequente/contínuo de medicamentos. 51

Tabela 5 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto ao parentesco com o paciente. 51

Tabela 6 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto ao conhecimento do nome da doença, tempo da doença e internações do paciente 52

Tabela 7 – Distribuição de frequência das pessoas com transtornos mentais admitidas para internação quanto ao tempo de doença e número de internações, segundo os cuidadores. 52

Tabela 8 – Distribuição de frequência de respostas por itens do domínio CC do Questionário Familiar entre os cuidadores. 54

Tabela 9 – Distribuição de frequência de respostas por itens do domínio SEE do Questionário Familiar entre os cuidadores 55

Tabela 10 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto a presença/ausência de estrese precoce segundo subtipos e gravidade. 56

Tabela 11 – Distribuição de frequência de respostas por itens no subtipo Abuso Emocional do Questionário Sobre Traumas na Infância entre os cuidadores. 56

Tabela 12 – Distribuição de frequência de respostas por itens no subtipo Abuso Físico do Questionário Sobre Traumas na Infância entre os cuidadores.....57

Tabela 13 – Distribuição de frequência de respostas por itens no subtipo Abuso Sexual do Questionário Sobre Traumas na Infância entre os cuidadores.....58

Tabela 14 – Distribuição de frequência de respostas por itens no subtipo Negligência Emocional do Questionário Sobre Traumas na Infância entre os cuidadores 59

Tabela 15 – Distribuição de frequência de respostas por itens no subtipo Negligência Física do Questionário Sobre Traumas na Infância entre os cuidadores 60

Tabela 16 – Distribuição de frequência de respostas por itens das Últimas 24 horas do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp entre os cuidadores 61

Tabela 17 – Distribuição de frequência de respostas por itens da Última Semana do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp entre os cuidadores 62
Tabela 18 – Distribuição de frequência de respostas por itens do Último Mês do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp entre os cuidadores 63
Tabela 19 – Distribuição de frequência dos cuidadores avaliados com presença de sintomas de estresse segundo a Fase do Estresse 63
Tabela 20 – Distribuição de frequência dos cuidadores segundo as classificações do Estilo de Vida. 64
Tabela 21 – Distribuição de frequência das respostas por itens do Self-Reporting Questionnaire 20 segundo os cuidadores.....65
Tabela 22 – Associação entre EE e características sociodemográficas entre os cuidadores. 66
Tabela 23 – Associação entre EE e condições de saúde dos cuidadores.....67
Tabela 24 – Associação entre EE e conhecimento dos cuidadores sobre o adoecimento do paciente 68
Tabela 25 – Associação entre EE e Estresse Precoce entre os cuidadores 68
Tabela 26 – Associação entre EE e Sintomas de Estresse entre os cuidadores 69
Tabela 27 – Associação entre EE e Estilo de Vida entre os cuidadores.....69
Tabela 28 – Associação entre EE e Sofrimento Mental entre os cuidadores 70
Tabela 29 – Regressão logística entre a EE no domínio CC e as variáveis independentes. 71
Tabela 30 – Regressão logística entre a EE no domínio SEE e as variáveis independentes. 73

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CC – Comentários Críticos

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 – Classificação Internacional das Doenças edição número 10

CTQ – Childhood Trauma Questionnaire

DRS – Departamento Regional de Saúde

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais edição número 4

EE – Emoção Expressa

EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

EUA – Estados Unidos da América

HPA – Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal

HSTRP – Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto

IC – Intervalo de Confiança

ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – Razão de Prevalência

SEE – Superenvolvimento Emocional

SPSS – Statistic Package for Social Science

SRQ20 – Self-Reporting Questionnaire 20

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

QF – Questionário Familiar

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UBS – Unidades Básicas de Saúde

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 18
1.1 JUSTIFICATIVA 18
2. INTRODUÇÃO 19
3. MARCO TEÓRICO 22
3.1 EMOÇÃO EXPRESSA 22
3.1.1 Emoção Expressa familiar e recaída do paciente 24
3.1.2 Emoção Expressa e sua relação com as características do paciente, do ambiente e do familiar 25
3.2 ESTRESSE 28
3.2.1 Estresse Precoce 32
3.3 ESTILO DE VIDA 34
3.4 SOFRIMENTO MENTAL 36
4. OBJETIVOS 39
4.1 OBJETIVO GERAL 39
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 39
5. HIPÓTESES 40
6. MÉTODO 41
6.1 TIPO DE ESTUDO 41
6.2 LOCAL DO ESTUDO 41
6.3 SUJEITOS DO ESTUDO 42
6.4 QUESTÕES ÉTICAS 42
6.5 COLETA DE DADOS 43
6.6 INSTRUMENTOS 43
6.6.1 Questionário sociodemográfico, de condições ocupacionais e de saúde (Apêndice B) 43
6.6.2 Questionário familiar – QF (Anexo A) 44
6.6.3 Questionário sobre traumas na infância – CTQ (Anexo B) 44
6.6.4 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL (Anexo C) 45
6.6.5 Questionário “Estilo de Vida Fantástico” (Anexo D) 46
6.6.6 Self-Reporting Questionnaire 20 – SRQ20 (Anexo E) 46
6.7 ANÁLISE DOS DADOS 47
7. RESULTADOS 49
7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 49
7.1.1 Análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos cuidadores 49
7.1.2 Análise descritiva das condições de saúde dos cuidadores 52

7.1.3 Análise descritiva do conhecimento dos cuidadores sobre o adoecimento do paciente 52
7.2 ANÁLISE DESCRITIVA DAS RESPOSTAS DOS CUIDADORES QUANTO À EMOÇÃO EXPRESSA, AO ESTRESSE PRECOCE, AOS SINTOMAS DE ESTRESSE, AO ESTILO DE VIDA E AO SOFRIMENTO MENTAL 54
7.2.1 Análise descritiva da Emoção Expressa 54
7.2.2 Análise descritiva do Estresse Precoce 56
7.2.3 Análise descritiva dos Sintomas de Estresse 61
7.2.4 Análise descritiva do Estilo de Vida 65
7.2.5 Análise descritiva do Sofrimento Mental 65
7.3 RELAÇÕES DA EMOÇÃO EXPRESSA COM OS INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS, DE CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE ACOMPANHAMENTO DA DOENÇA DO PACIENTE, ESTRESSE PRECOCE, SINTOMAS DE ESTRESSE, ESTILO DE VIDA E SOFRIMENTO MENTAL 67
7.3.1 Relação entre EE e características sociodemográficas e condições de saúde dos cuidadores 67
7.3.2 Relação entre EE e conhecimento dos cuidadores sobre o adoecimento do paciente 68
7.3.3 Relação entre EE e Estresse Precoce entre os cuidadores 69
7.3.4 Relação entre Emoção Expressa e Sintomas de Estresse entre os cuidadores ... 69
7.3.5 Relação entre Emoção Expressa e Estilo de Vida entre os cuidadores 70
7.3.6 Relação entre Emoção Expressa e Sofrimento Mental entre os cuidadores 70
7.4 FATORES PREDITIVOS DE ALTA EMOÇÃO EXPRESSA EM CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL 72
7.4.1 Fatores preditivos de alta EE no domínio CC 72
7.4.2 Fatores preditivos de alta EE no domínio SEE 74
8. DISCUSSÃO 76
8.1 EMOÇÃO EXPRESSA 76
8.2 EMOÇÃO EXPRESSA E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE O ADOECIMENTO DO PACIENTE 79
8.3 EMOÇÃO EXPRESSA E ESTRESSE PRECOCE 82
8.4 EMOÇÃO EXPRESSA E SINTOMAS DE ESTRESSE 83
8.5 EMOÇÃO EXPRESSA E SOFRIMENTO MENTAL 85
8.6 EMOÇÃO EXPRESSA E ESTILO DE VIDA 87
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS 89
REFERÊNCIAS 91
APÊNDICES 103
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 104
Apêndice B – Questionário Sociodemográfico, de condições ocupacionais e saúde 107
ANEXOS 108

Anexo A – Questionário Familiar 109
Anexo B – Questionário sobre traumas na infância (CTQ) 110
Anexo C – Inventário de Sintomas de Estresse para adultos de LIPP (ISSL) 111
Anexo D – Questionário Estilo de Vida Fantástico 112
Anexo E – Self-Repporting Questionnaire 20 (SRQ20) 113
Anexo F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP 114
Anexo G – Autorização do HST para realização da pesquisa 115

1. APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte de um projeto maior denominado "Influência do estresse e fatores relacionados na saúde de familiares cuidadores em saúde mental", coordenado pela Profª Drª Lucilene Cardoso, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). O objetivo geral de tal projeto maior é avaliar e descrever a ocorrência de estresse, sobrecarga, emoção expressa e fatores relacionados a questões de saúde entre cuidadores de pessoas com transtorno mental, e investigar como estes fenômenos se relacionam.

No que tange o presente estudo, pretende-se compreender se alguns fatores do cuidador influenciam sua expressão de emoções com relação ao sujeito com transtorno mental do qual ele cuida, analisando para isso o estresse (precoce e sintomas atuais) do cuidador, seu estilo de vida e seu sofrimento mental.

1.1 JUSTIFICATIVA

A literatura científica sobre o tema "Emoção Expressa" (EE) aponta que um alto nível de EE pode influenciar negativamente o ambiente familiar de pessoas com transtornos mentais de maneira inter-relacional, ou seja, características do paciente, do familiar e do ambiente também podem influenciar os níveis de EE.

A investigação sobre EE no Brasil ainda é escassa e necessita de estudos ampliados que contemplem sua complexidade e abordem outras variáveis que convergem para que o fenômeno da alta EE ocorra. Para uma compreensão aprofundada, é necessário considerar fatores pessoais, ambientais e psicossociais.

Diante disso, este estudo tem por finalidade ampliar a compreensão acerca da EE daqueles que cuidam de uma pessoa com transtorno mental e identificar se as variáveis estresse precoce, sintomas de estresse, estilo de vida e sofrimento mental podem influenciá-la e de qual maneira.

A opção por esse recorte se deu pela compreensão de que a relação interpessoal entre o sujeito com transtorno mental e seu cuidador tem um efeito direto na qualidade de vida de ambos: pessoa que recebe os cuidados e pessoa que oferta os cuidados. Deste modo, compreender o que permeia tal relação, tendo como foco o cuidador, possibilita ampliar conhecimentos sobre a temática e fornecer subsídios para planejamento e implementação de intervenções destinadas especificamente a eles – que ainda são escassas e pouco estruturadas nos serviços de saúde mental brasileiros – contribuindo para melhora da qualidade de vida dessa população.

2. INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da psiquiatria enquanto ciência médica no século XVIII até o final da década de 40 do século XX os cuidados aos doentes mentais cabiam apenas aos asilos, ficando a família banida do acompanhamento aos seus entes mentalmente adoecidos (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

A partir do final da década de 40, com as críticas tecidas ao sistema asilar e com o avanço dos conhecimentos científicos acerca das doenças mentais, a assistência psiquiátrica começou a ser reformulada no mundo todo, dando início ao processo de desinstitucionalização dos doentes, que paulatinamente voltaram a conviver com suas famílias na comunidade nas décadas seguintes (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Especificamente no Brasil, foi apenas na década de 80, com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que a família voltou a compor o cenário de assistência ao doente mental e passou a ser considerada aliada nos cuidados (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

A reestruturação da assistência após o início do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira possibilitou a construção progressiva de uma Rede de Atenção à Saúde Mental, parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90, baseada nas ações de saúde mental na atenção básica, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), nos Centros de Convivência, nos Ambulatórios de Saúde Mental, nos leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, no Programa De Volta para Casa e nos programas de inclusão social pelo trabalho (BRASIL, 2011). A política assistencial atualmente preconiza a inclusão dos portadores de transtorno mental na sociedade através da diminuição da oferta de leitos hospitalares e da criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental na comunidade (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Apesar disso, ainda não há serviços na comunidade suficientes e disponíveis que consigam dar conta das demandas das pessoas com transtorno mental e de seus familiares com efetividade, visto que uma doença grave e de longa duração, como a maior parte das doenças mentais, ativa uma série de respostas nas pessoas de seu grupo social, especialmente entre aquelas do convívio familiar (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre de tais condições (OMS, 2001). Frente à isso, pesquisas desenvolvidas nas últimas décadas sobre o cuidado às pessoas com transtornos mentais passaram a considerar três

vertentes: o impacto do transtorno mental na família, o impacto do ambiente familiar na evolução dos transtornos e a experiência familiar com o adoecimento mental (GALERA et al., 2010).

Estudos sobre o impacto do transtorno mental na família consideram principalmente a sobrecarga dos familiares incumbidos da tarefa de cuidar da pessoa com transtorno mental, e indicam que esses familiares cuidadores experimentam alta sobrecarga, tanto objetiva (consequências negativas concretas e observáveis relacionadas à rotina, vida social, financeira, profissional, etc.) quanto subjetiva (como o cuidador percebe e avalia as situações vivenciadas) (KOGA; FUREGATO, 2002; PEGORARO; CALDANA, 2006; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; SOUZA FILHO et al., 2010; ALMEIDA et al., 2010; CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

O impacto do ambiente familiar na evolução dos transtornos mentais, em pesquisas quantitativas, é estudado principalmente por meio da variável "Emoção Expressa" (GALERA et al., 2010) e será analisada em detalhes em tópico posterior por se constituir o objeto desse estudo.

Já a experiência familiar com o adoecimento mental é estudada principalmente por meio de pesquisas qualitativas, e tem produzido informações e conhecimentos que abrangem desde condutas, conflitos, emoções e sentimentos habituais entre os familiares, até práticas relativas ao cuidado, além de apontar a existência de um processo de ajustamento familiar ao longo do tempo (GALERA et al., 2010).

Em face destas evidências, surgem questionamentos acerca da assistência prestada aos familiares pelos equipamentos de saúde mental, principalmente se considerarmos que as atividades e demandas relacionadas ao cuidar em saúde mental podem parecer simples para os profissionais da saúde, mas complexas para a família que nunca as realizou (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004; BRASIL, 2012).

Conhecer as necessidades das famílias configura-se como um desafio a ser alcançado pelos profissionais de saúde, que devem conhecer as limitações e as potencialidades dos cuidadores, respeitando seus valores culturais, sociais e educacionais (BRASIL, 2012).

Acolher as demandas dos cuidadores, considerando as vivências inerentes a esse convívio e promover um suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar constitui ainda um projeto de superação (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Em face disso, este estudo se propôs a analisar de que forma cuidar de uma pessoa com transtorno mental impacta sobre a saúde da pessoa que oferta tais cuidados, abordando para isso as seguintes variáveis: emoção expressa, estresse precoce, sintomas de estresse, estilo de vida e sofrimento mental.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 EMOÇÃO EXPRESSA

Apesar de pesquisadores e clínicos concordarem que as emoções influenciam no pensamento, na tomada de decisão, nas relações sociais, no bem-estar, na saúde física e mental dos indivíduos, não há consenso sobre a definição da "emoção" (GONDIM; RODRIGUES, 2014). De acordo com Mayer, Roberts e Barsade (2006), as emoções caracterizam-se por um conjunto de respostas integradas que envolvem alterações fisiológicas e motoras (que preparam o indivíduo para agir) e sentimentos associados a experiências internas (que propiciam uma avaliação da situação).

O construto "Emoção Expressa" foi desenvolvido durante os anos 1950 e 1960 a partir de uma série de estudos realizados pelo Instituto de Psiquiatria de Londres, liderados por George Brown e colaboradores. Esses pesquisadores investigaram a relação entre o curso da Esquizofrenia em pacientes que recebiam alta do hospital psiquiátrico e a qualidade da relação entre os pacientes e seus familiares próximos, dando atenção principalmente às recaídas dos pacientes (BROWN, CARSTAIRS, TOPPING, 1958; BROWN, 1959; BROWN et al., 1962; BROWN, RUTTER 1966; WEARDEN et al., 2000).

No primeiro estudo do grupo, o ambiente familiar de pacientes com Esquizofrenia que residiam com os pais, cônjuges ou sozinhos foi investigado pelo período de dois anos após a alta da internação psiquiátrica. Os autores identificaram que os pacientes que residiam com os pais ou cônjuges tiveram pior evolução da doença, com reagudização dos sintomas e reinternação hospitalar, comparados àqueles que residiam sozinhos (BROWN; CARSTAIRS; TOPPING, 1958).

A partir do estudo de Brown, Birley e Wing (1972), o termo "envolvimento emocional", como os pesquisadores chamavam os principais componentes da interação entre pacientes e familiares, foi substituído por "Emoção Expressa (EE)", um conceito composto por três dimensões: comentários críticos (CC), hostilidade e superenvolvimento emocional (SEE) (BROWN; BIRLEY; WING, 1972).

Os comentários críticos consistem em afirmações e tons de voz que indicam que o familiar não gosta de algo específico sobre o paciente ou seu comportamento, ou seja, avaliações negativas das condutas do paciente. A hostilidade está relacionada à crítica global do familiar com relação ao paciente, ou seja, quando o paciente é avaliado negativamente ou rejeitado como pessoa, ao invés da desaprovação de um aspecto

específico do comportamento. O superenvolvimento emocional é refletido por sentimentos e padrões de comportamento diferentes, tais como relatos de auto sacrifício excessivo, superproteção, desesperança, preocupação exagerada sobre a doença ou o bem-estar do paciente (CHAMBLESS, 1998). O criticismo e a hostilidade são dimensões que podem se sobrepor, sendo que comentários hostis podem ser codificados como críticos (CHAMBLESS, 1998).

Considerando essas três dimensões, a família pode ser classificada com alto nível de Emoção Expressa quando pelo menos um de seus membros apresenta uma ou mais delas: comentários críticos, hostilidade e superenvolvimento emocional (BROWN; BIRLEY; WING, 1972; VAUGHN; LEFF, 1976).

Portanto, a EE pode ser considerada como um traço ou como um estado das interações familiares. Considerada como traço, reflete um desenho, a longo prazo, das interações da família. Por outro lado, se considerada como um estado, a EE é entendida como uma resposta a situações de estresse, refletindo uma sobrecarga do cuidador (TISSOT, 2006 apud SCAZUFCA, 1996).

A EE não é uma medida estável e seu nível está sujeito a flutuações, em qualquer uma de suas dimensões (CC, SEE e hostilidade), ao longo do tempo, independente da realização ou não de intervenção terapêutica na família (TISSOT, 2006). Acerca disso, um estudo realizado em Chardigarh, no norte da Índia, mostrou que logo após a alta do paciente 25% dos familiares apresentavam altos níveis de EE (LEFF et al., 1990). Os resultados deste estudo evidenciaram ainda que após um ano de seguimento, essa taxa caiu para 9%, explicando tal queda pelo fato de os CC terem se concentrado nos sintomas agudos de Esquizofrenia. Essa flutuação do nível de EE sugere que existem fatores subjacentes, tais como características dos pacientes, dos familiares e a interação entre elas, que mudam com o passar do tempo e que podem influenciar a medida da EE (TISSOT, 2006). Trata-se, portanto, de um fenômeno dinâmico.

Desde o fim da década de 50, várias pesquisas sobre a EE familiar foram desenvolvidas em diferentes países, sendo a maior parte em países de língua inglesa (BROWN; CARSTAIRS; TOPPING, 1958; BROWN; BIRLEY; WING, 1972; VAUGHN; LEFF, 1976). A partir do final da década de 80, iniciou-se a investigação da aplicação do conceito em outras culturas (LEFF et al., 1990; CHENG, 2002). Os estudos tem buscado aprofundar os conhecimentos acerca da EE: propor modelos de EE, entender de que forma a EE se relaciona com o curso de diversas doenças,

compreender como a EE é influenciada por características específicas dos familiares, dos pacientes, das doenças e da cultura e ainda, propor intervenções para diminuir os níveis de EE familiar, conforme descrito a seguir.

3.1.1 Emoção Expressa familiar e recaída do paciente

Neste subitem descreve-se uma breve revisão sobre múltiplos estudos realizados para investigar o nível de EE familiar como preditor de recaída entre pacientes. De modo geral, tais estudos evidenciam que pacientes que vivem em ambientes com altos níveis de EE tem maior probabilidade de recair do que aqueles que vivem em ambientes com baixos níveis de EE. Considerar a recaída psiquiátrica é importante devido às implicações práticas e clínicas que ela gera, dentre as quais estão o custo da hospitalização do paciente e o direcionamento das intervenções realizadas com pacientes e com cuidadores.

Neste sentido, Kavanagh et al. (1992), revisaram 23 estudos realizados entre 1962 e 1992 em diversos países que acompanharam um total de 1222 pacientes com Esquizofrenia e seus familiares por um período de 9 a 12 meses. Segundo estes autores, apenas 3 dos 23 estudos não conseguiram encontrar uma taxa de recaída maior em doentes que voltaram a viver em famílias com alta EE após a alta do hospital psiquiátrico. Dos 20 estudos que relatam uma taxa de recaída maior no grupo com alta EE, 16 relataram que a taxa de recaída foi significativa. Além disso, taxa média de recaída foi de 21% para famílias com baixa EE e 48% para as famílias com alta EE.

No mesmo sentido, outros dois estudos confirmam a EE como preditora de recaídas. Bebbington e Kuipers (1994) analisaram 25 estudos de diversos países que associavam os níveis de EE do familiar com a recaída do paciente com Esquizofrenia e confirmaram a validade preditiva da EE, com taxa média de recaída de 50% entre pacientes de famílias com alta EE e 21% entre pacientes de famílias com baixa EE. Em outro estudo, realizado por Butzlaff e Hooley (1998), foi evidenciada a relação entre EE e recaída, sendo esta mais forte para os pacientes com Esquizofrenia crônica. Além disso, ressaltaram também que embora a EE seja mais associada com Esquizofrenia, a validade da EE prever recaídas tanto para transtornos de humor quanto para transtornos alimentares foi significativamente maior do que para a Esquizofrenia, destacando a importância da avaliação da EE na compreensão e prevenção de recaída em uma ampla gama de condições psiquiátricas (BUTZLAFF; HOOLEY, 1998).

Embora os primeiros estudos sobre EE tenham se restringido à Esquizofrenia – visto que a EE foi criada como uma forma de investigar a etiologia dessa doença – as pesquisas tem analisado o valor preditivo de recaída da EE em variadas doenças, entre elas: depressão unipolar (HOOLEY; ORLEY; TEASDALE, 1986; VAUGHN; LEFF, 1976; OKASHA et al., 1994), transtorno bipolar (MIKLOWITZ et al., 1988), transtornos alimentares (SZMUKLER et al., 1985), e ainda, demência (VITALIANO et al., 1993) e diabetes mellitus (KOENIGSBERG et al., 1993), confirmando o valor preditivo da EE em todas elas.

Todos estes estudos evidenciam a relevância da realização de novos estudos sobre a Emoção Expressa que possam ampliar conhecimentos relacionados a este complexo fenômeno.

3.1.2 Emoção Expressa e sua relação com as características do paciente, do ambiente e do familiar

Identificar quais características do paciente, do ambiente e do familiar estão significativamente associadas ou relacionadas à EE tem sido objetivo de diversos estudos detalhados a seguir.

Abordando as características dos pacientes, Ramos et al. (2012) em artigo de revisão sobre os fatores associados à EE de familiares de pacientes com Esquizofrenia de diversos países, identificaram que o sexo, a personalidade, a história da doença e a sintomatologia apresentada pelo paciente são significativamente associadas à EE familiar. Entre os pacientes com Esquizofrenia, ser do sexo masculino, crítico com os familiares, menos independente, menos autônomo em seus estilos de enfrentamento, ter dificuldades laborais nos anos prévios, apresentar sintomas positivos, funcionamento social pobre e atividades lúdicas pobres, associam-se significativamente com alta EE familiar. Já entre as características ambientais, associam-se significativamente à EE a cultura e a quantidade de contato dia-a-dia entre familiar e paciente com Esquizofrenia, sendo que ser proveniente de culturas ocidentais e ter contato face-a-face superior a 35 horas semanais estão associados a alta EE (RAMOS et al., 2012).

No que tange as características familiares, crenças acerca do controle que o paciente tem sobre a doença se mostram significativamente associadas à EE. Em estudo realizado em Londres, com 58 familiares de pacientes com Esquizofrenia, Brewin et al. (1991) concluíram que famílias críticas e hostis consideravam mais os comportamentos

dos pacientes como inerentes a eles (idiossincráticos) e controláveis, do que os familiares com alto SEE ou com baixa EE.

Weisman et al. (2000), ao comparar dois familiares de cada paciente com Esquizofrenia nos EUA – um familiar avaliado com alta EE e um com baixa EE – evidenciaram que aqueles com alta EE tendem a acreditar que o paciente é capaz de controlar sua doença e fazem mais críticas com relação aos sintomas negativos, aos traços de personalidade e aos comportamentos não sintomáticos. Esses autores sugeriram que isso ocorre devido ao desconhecimento da doença e dos déficits comportamentais que ela gera. Já com relação aos sintomas positivos e a comportamentos sintomáticos, não houve diferença no número de críticas feitas pelos familiares com alta EE e pelos familiares com baixa EE do mesmo paciente (WEISMAN et al., 2000).

Ainda com relação às crenças, Barrowclough, Johnston e Tarrier (1994), em estudo na Inglaterra, sugeriram que a crença dos familiares de que um problema de comportamento é interno e controlável pelo paciente com Esquizofrenia faz com que esses familiares adotem uma atitude coercitiva para que o paciente volte ao normal, mas quando a crença dos familiares é de que o paciente é incapaz de ter qualquer controle e atitude produtiva, eles tendem se tornarem controladores e a fazerem as coisas pelo paciente.

Neste sentido, Hooley e Gotlib (2000), em artigo um de reflexão sobre o conceito de EE nos EUA, observaram que as intervenções familiares que buscam reduzir os níveis de EE quase sempre tentam educar familiares sobre as doenças psiquiátricas, pois quanto mais os familiares entrarem em contato com conteúdo de psicoeducação, mais eles serão capazes de modificar suas expectativas e atitudes.

Em outro estudo, Hooley e Hiller (2000) pesquisaram 45 familiares de pessoas com Esquizofrenia residentes em Boston (EUA), sendo que 80% foram classificados com alta EE. No que tange à personalidade, os familiares com alta EE relataram menor satisfação com as realizações pessoais e menos otimismo para lidar com o futuro do que familiares com baixa EE, além do fato de aqueles com alta EE serem mais introvertidos que os demais. Na medida em que alta EE reflete diferenças de personalidades dos familiares, pode-se esperar que tais características sejam resistentes a mudanças rápidas (HOOLEY; GOTLIB, 2000).

A estrutura familiar foi outra característica que se mostrou significativamente associada à EE. Um estudo realizado na Austrália com 57 familiares de pacientes com

Esquizofrenia mostrou que alta EE é mais provável de ser encontrada em famílias monoparentais (PARKER; JOHNSTON; HAYWARD, 1988). Ao encontro disso, Benstsen et al. (1996), em pesquisa com 66 familiares de pacientes psicóticos na Noruega, encontrou que alto SEE teve associação com ser mãe, solteira e passar mais tempo com o paciente.

No que tange os padrões das relações intrafamiliares, a alta EE teve associação significativa com ambientes nos quais as relações têm um clima emocional mais negativo, uma estrutura propensa a conflitos e padrões de interação rígidas, nos quais coerção e vigilância são mais frequentes (HUBSCHMID; ZEMP, 1989). Acerca disso, Wearden et al. (2000) salientam que no caso de pacientes com Esquizofrenia as famílias com baixa EE tendem a ser tolerantes, não intrusivas e sensíveis às necessidades dos pacientes, ao passo que famílias com alta EE tendem a ser intolerantes aos problemas do paciente, intrusivas e usarem estratégias impróprias e inflexíveis para lidar com as dificuldades.

Sobre o estilo de comunicação familiar, uma comunicação marcada por falta de clareza com conteúdo amorfo, disruptivo ou fragmentado no discurso do familiar cria ambientes confusos, permeados por relações ambíguas e inconsistentes, o que se associa com alta EE familiar de pacientes com Esquizofrenia (RAMOS, et al., 2012).

Outros fenômenos como a ocorrência de psicopatologia entre os familiares, o estresse e o apoio social também se mostraram significativamente associado à EE em algumas pesquisas que serão detalhadas no item “discussão” deste trabalho (EIZAGUIRRE et al., 2000; SHIMODERA et al., 2000; GOMEZ-DE-REGIL; KWAPIL; BARRANTES-VIDAL, 2014; SHIMODERA et al., 2000; BARROWCLOUGH; TARRIER; JOHNSTON, 1996; ANDERSON et al., 1984).

A Emoção Expressa é um fenômeno complexo que vêm sendo detalhado com o desenvolvimento crescente de estudos em torno de todo o mundo. Porém, ainda são necessários estudos que aprofundem essa temática e que contemplem em suas investigações a diversidade de fatores que podem influenciar os níveis de EE familiar. Estudos detalhados podem colaborar na elucidação de fatores relacionados à EE e, ainda, de estratégias de intervenção que possam prevenir e tratar problemas associados à esse fenômeno nas pessoas que integram as famílias acompanhadas pelas estratégias de saúde mental.

3.2 ESTRESSE

Diariamente as pessoas vivenciam situações não só do meio social e contextual, mas também das resultantes do processo de desenvolvimento físico e psicológico individual, que variam de magnitude, duração e impacto, e exigem uma capacidade de adaptação (GONÇALVES, 2013).

Alguns comportamentos e respostas chegam a ser automáticos a estas situações e são naturais ao desenvolvimento humano, mas há circunstancias que saem da rotina e exigem nova adaptação. Decorrente das suas vivências todas as pessoas experienciam o estresse, podendo reagir de maneiras diversas a estas situações ao longo do tempo (SERRA, 2000).

Ha muitos estudos sobre estresse na literatura científica desde o final dos anos 1930, nos quais definições, conceitos e conhecimentos vão sendo delineados. Entre as diversas abordagens ao estresse, pode-se destacar três predominantes: perspectiva de resposta, perspectiva de estímulo e perspectiva de processo (GONÇALVES, 2013).

A primeira abordagem encara o estresse como a resposta geral do organismo perante qualquer estímulo, ou situação estressante, que ameace o seu equilíbrio interno (homeostase), resposta esta que passa sempre por reações e ativações fisiológicas (GONÇALVES, 2013).

Essa abordagem foi desenvolvida por Hans Selye a partir de 1936, que definiu o estresse como um conjunto de reações que ocorrem em um organismo quando este está submetido ao esforço de adaptação (SELYE, 1950).

Selye (1950) denominou sua teoria de “Síndrome de Adaptação Geral”, segundo a qual o estresse é composto por três fases: alarme, resistência e exaustão.

A fase de alarme inicia-se quando a pessoa se confronta com um estressor, preparando-se para a reação de luta ou fuga, ocorrendo quebra do equilíbrio interno em decorrência da ação exacerbada do sistema nervoso simpático e da desaceleração do sistema nervoso parassimpático (LIPP, 2000). A fase de resistência ocorre quando o organismo mobiliza as suas energias e capacidades para responder à ameaça através dos seus meios de defesa fisiológicos, bioquímicos e psicológicos (LIPP, 2000; SELYE, 1950). A terceira fase, a exaustão, é quando a resistência da pessoa não é suficiente para lidar com a fonte de estresse, as reservas adaptativas se esgotam devido a exposição repetida ou prolongada ao estresse, a fase da resistência deixa de ser possível e as doenças se desenvolvem (LIPP, 2000). O quadro sintomatológico do estresse varia dependendo da fase em que ele se encontra (LIPP, 2000).

Lipp (2000) adiciona à teoria de Selye uma fase que ela denominou “quase-exaustão”, localizada entre as fases de resistência e de exaustão propostas por Selye. A autora relata que a fase de resistência proposta por Selye era muito extensa e apresentava dois momentos distintos, caracterizados não por sintomas diferentes, mas sim pela quantidade e intensidade dos sintomas. Desse modo, segundo a autora, na fase de quase-exaustão a pessoa se sente desgastada, mas ainda consegue trabalhar e “funcionar” na sociedade até certo ponto, iniciando o surgimento de doenças, menos graves do que na exaustão.

Selye (1979) distingue, ainda, dois termos diferentes “eustress” e “distress”. O primeiro refere-se a experiências em que o estresse produz resultados positivos, pois induz a estimulação adequada para que o indivíduo alcance resultados satisfatórios. O segundo reporta-se a experiências desagradáveis e/ou desgastantes, com consequências negativas para a saúde e para o bem-estar.

Já na abordagem do estresse como estímulo, o estresse é visto como um estímulo proveniente do meio (estressor) e que causa na pessoa uma reação (GONÇALVES, 2013).

Segundo Holmes e Rahe (1967), fatores estressantes são os acontecimentos importantes de vida, tais como casamento, divórcio, morte do cônjuge, entre outros, que exigem uma adaptação do organismo a fim de restabelecer a normalidade, ou seja, o equilíbrio dinâmico do organismo humano.

Com base na intensidade da situação, são identificados três tipos de estressores: a) grandes mudanças que afetam um elevado número de pessoas, são ameaças universalmente estressantes e fora do controle de qualquer pessoa, tais como os desastres naturais; b) grandes mudanças que afetam apenas uma ou poucas pessoas; c) aborrecimentos do dia-a-dia (GONÇALVES, 2013 citando LAZARUS; COHEN, 1977)

Já com base na sua duração, são identificados quatro tipos de estressores: a) agudos, que se referem a eventos menores ou maiores, limitados no tempo, e que se apresentam como ameaçadores num dado momento particular da vida e por um período breve; b) sequenciais, referentes a uma série de eventos que ocorrem durante um período de tempo extenso, como resultado de um evento inicial; c) intermitentemente crônicos, que podem ocorrer em diferentes períodos de tempo, como por exemplo uma vez por dia, por semana ou por mês; d) crônicos, que persistem continuadamente ao longo do tempo e de forma estável (GONÇALVES, 2013 citando ELLIOTT; EISDORFER, 1982).

A abordagem do estresse como processo, por sua vez, considera o estresse como uma interação entre o meio e a pessoa, considerando os estímulos, as respostas (além das fisiológicas, também as cognitivas, emocionais e comportamentais), as características das pessoas e o significado que dão aos estímulos (GONÇALVES, 2013). Dessa forma, o estresse é encarado como um processo e traduz-se numa resposta multidimensional na sequência de uma avaliação cognitiva.

Lazarus e Folkman (1984) propuseram o "Modelo Transacional de Estresse", segundo o qual o "estresse psicológico consiste numa relação particular entre a pessoa e o ambiente, a qual é avaliada pelo indivíduo sendo considerada como algo que sobrecarrega ou excede os seus recursos, ameaçando o seu bem estar" (LAZARUS; FOLKMAN, 1984, p.19).

Esse modelo é composto por dois conceitos-chave: avaliação e coping. A avaliação divide-se em primária (na qual a pessoa avalia a importância do acontecimento para o seu bem-estar) e secundária (na qual a pessoa avalia a sua capacidade para lidar com a situação). O coping (enfrentamento), refere-se ao processo de lidar com as exigências internas e/ou externas que excedem os recursos da pessoa e inclui pensamentos e comportamentos que a pessoa utiliza para lidar com as exigências das transações indivíduo–meio que têm relevância para o seu bem estar (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Estudos sobre o estresse de cuidadores, tem sido realizados nos últimos anos em diferentes países, sendo mais comum a investigação do estresse entre cuidadores de pessoas com demência do que entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais.

Em artigo de revisão sobre o estresse em cuidadores de pacientes com demência, Oliveira, Lucena e Alchieri (2014) analisaram 32 artigos publicados entre 2006 e 2013, realizados nos Estados Unidos, Brasil, Itália, República Checa e Holanda, dentre os quais 13 se referiam ao estresse como sintoma ou como desencadeador de outros problemas físico-psicopatológicos, especialmente nos cuidadores familiares que conviviam com a sobrecarga física e psíquica. Esses autores ainda apontaram que o declínio do paciente e suas demandas específicas são fatores importantes de estresse para os cuidadores, que apresentam altos índices de sintomas psiquiátricos – especialmente a depressão, prejuízos no sistema imunológico, pior julgamento sobre a própria saúde, sentem-se mais estressados e com a vida afetiva e social mais limitada, assim como apresentam mais conflitos familiares.

Em um estudo realizado com 33 cuidadores de pessoas com diversas doenças neurológicas e clínicas em três unidades de Estratégias de Saúde da Família no Sul do Brasil, 81,8% dos cuidadores apresentaram presença de estresse e evidenciaram sobrecarga elevada (SOUZA et al, 2015).

Especificamente na área da saúde mental, Santos e Cardoso (2012) realizaram um estudo no interior do Estado de São Paulo – Brasil com 54 familiares de pessoas com transtornos mentais que frequentavam um serviço substitutivo de saúde mental há pelo menos 1 ano em regime de cuidados semi-intensivo e intensivo, a fim de avaliar a autopercepção do estresse entre esses familiares. A autoras detectaram que 81,5% deles se perceberam com algum grau de estresse, sendo que, entre os fatores apontados como contribuintes para a autopercepção de si com algum grau de estresse, foram detectados: a convivência com familiar em situação de sofrimento mental, a sobrecarga, os problemas de saúde pessoal e os problemas de ordem pessoal.

Outros estudos sobre o estresse entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais (SANTOS; CARDOSO, 2015; SHIMODERA et al., 2000) serão detalhados no item "discussão" dessa dissertação.

O estresse é um fenômeno intrínseco à vida e pode gerar consequências positivas ou negativas para a saúde e para a adaptação às situações vivenciadas. Situações estressoras são enfrentadas de formas diferentes, sendo que, o que constitui estressor para determinada pessoa, pode não o ser para outra. Especificamente cuidadores de pessoas com transtornos mentais e comportamentais, deparam-se diariamente com variadas situações-problema (que podem ser chamadas de estressoras) inerentes a tais doenças. Essas situações-problema certamente estão mais presentes quando o paciente está passando por um período de crise. Considera-se que o estresse do cuidador pode influenciar não apenas sua saúde e sua adaptação às situações, mas também seus relacionamentos interpessoais, sobretudo com a pessoa à qual ele oferta seus cuidados. Diante disso, ressalta-se a relevância aprofundar o conhecimento sobre o estresse apresentado pelos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em momentos de crise e, principalmente, de compreender de forma ampliada como esse estresse se associa aos principais componentes da interação entre pacientes e cuidadores, ou seja, à Emoção Expressa.

3.2.1 Estresse Precoce

Frente às situações estressantes ocorre uma séria de respostas fisiológicas, como a ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), que culmina na secreção de hormônios, dentre os quais se destaca o cortisol, principal marcador biológico do estresse. Em condições normais, a secreção de cortisol obedece a um ritmo diário, (ciclo circadiano). Já em situações de estresse seus níveis aumentam. Essa resposta do organismo ocorre frente a qualquer situação que ameace a homeostase. É uma adaptação para aquele período específico (de curto prazo), sendo que a cronicidade do quadro pode gerar prejuízos ao organismo (SANTOS et al., 2007; COOK et al., 2012; SHARPLEY et al., 2013).

Quando eventos estressantes são experienciados no início da vida, a super-ativação do eixo HPA durante os processos de desenvolvimento pode culminar com seu funcionamento permanentemente instável, hiperestimulado, vulnerável ou disfuncional na idade adulta (FAVARELLI et al., 2010).

A sensibilização persistente dos circuitos do sistema nervoso central que estão envolvidos na regulação da tensão e da emoção, como consequência do estresse precoce, pode representar o substrato biológico subjacente para maior vulnerabilidade ao estresse no futuro, predispondo esses indivíduos a desenvolver distúrbios físicos e mentais (BERNSTEIN et al., 1994, 2003; HEIM; NEMEROFF, 2001).

Segundo Bernstein et al. (2003), o estresse precoce é constituído por cinco tipos de experiências traumáticas ocorridas na infância e na adolescência. São elas:

a) Abuso físico: agressões físicas cometidas por alguém mais velho, com risco de resultar em lesões, que pode ser usada erroneamente na educação de um filho por parte de seus pais ou responsáveis, acarretando lesões corporais e que podem chegar a homicídio.

b) Abuso emocional: agressões verbais que afetam o bem estar ou a moral da criança, ou qualquer conduta que humilha, envergonha ou ameaça a mesma. Ocorre quando um adulto deprecia a criança, bloqueia seus esforços de auto-aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental.

c) Abuso sexual: qualquer tipo de contato ou comportamento sexual entre a criança e alguém mais velho, tendo por finalidade estimular a criança ou adolescente e utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa. Como ocorre em caso de estupros, atentado violento ao pudor, sedução e corrupção de menores.

d) Negligência física: falha dos pais ou responsáveis no fornecimento de necessidades básicas, tais como alimentação, vestuário, moradia, supervisão, segurança e saúde.

e) Negligência emocional: falha dos pais ou responsáveis no fornecimento das necessidades básicas emocionais e psicológicas, tais como amor, afeto, motivação, suporte cognitivo e psicológico.

Um grupo brasileiro revisou 96 estudos publicados em língua inglesa de 1984 à 2012, com objetivo de identificar evidências referentes ao papel do estresse precoce na fisiopatologia dos transtornos mentais e encontraram que a exposição a traumas em uma idade precoce pode levar a diversas alterações neuroestruturais identificadas por meio de ressonância magnética, tais como diminuição do hipocampo e do corpo caloso, além de alterações no desempenho e no funcionamento cognitivo (BRIETZKE et al., 2012). Esses autores concluíram que o estresse na infância está ligado a um maior risco de desenvolver transtornos mentais, tais como depressão, transtorno bipolar, Esquizofrenia e abuso de substâncias.

Estudos brasileiros (MARTINS, 2012; BAES, 2012) também encontraram associação significativa entre traumas na infância e presença de psicopatologias na idade adulta.

Os maus-tratos na infância constituem um importante problema social e influenciam negativamente o desenvolvimento infantil, afetando as esferas comportamental, emocional, social, cognitiva e física. Além disso, estão associados a diversas consequências negativas para a saúde mental da criança, podendo se estender durante a adolescência e a idade adulta (MARTINS, 2012).

Porém, deve-se considerar que nem todas as pessoas expostas ao estresse precoce irão desenvolver psicopatologias sendo fundamental a compreensão de diferenças individuais na vulnerabilidade e a resiliência aos efeitos patogênicos do estresse (MARTINS, 2012).

No contexto da oferta de cuidados em saúde mental, dando destaque ao cuidador, a vivência de estresse precoce é relevante principalmente devido às possíveis dificuldades nos relacionamentos interpessoais que podem se estender à idade adulta.

Realça-se, ainda, que não foram identificados na literatura científica nacional e internacional estudos que investigassem tal variável em cuidadores, sobretudo em saúde mental.

Frente à isso, enfatiza-se a importância de conhecer a prevalência de estresse precoce entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais e de explorar de forma pormenorizada como a presença de estresse precoce no cuidador pode influenciar sua expressão de emoções no ambiente familiar. A produção de novos conhecimentos nessa área pode auxiliar no esclarecimento de situações ainda pouco compreendidas no cotidiano das práticas em saúde mental que envolvem os relacionamentos familiares.

3.3 ESTILO DE VIDA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define estilo de vida como:

> "a forma (maneira) de vida baseada em padrões identificáveis de comportamento os quais são determinados pela interação de papéis entre as características pessoais do indivíduo, interações sociais e as condições de vida socioeconômicas e ambientais" (WHO, 1998).

O estilo de vida é caracterizado por padrões de comportamento que podem ter efeitos profundos na saúde dos seres humanos e está relacionado com diversos aspectos que refletem atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas (WHO, 1998).

Ainda que a genética, o ambiente e a assistência médica tenham um papel importante em como e quanto se vive, cada vez mais um estilo de vida conduzido por hábitos saudáveis tem sido reconhecido como necessário para manutenção da saúde física, mental e espiritual (BRITO; GORDIA; QUADROS, 2014).

No último século, transformações importantes ocorreram no padrão de vida das sociedades: o aumento da população urbana, o envelhecimento populacional, a predominância das doenças crônico-degenerativas, a mecanização, os avanços tecnológicos, a informatização, a presença cada vez mais frequente dos mecanismos que poupam esforço físico, a diminuição progressiva da atividade física (no trabalho em casa e no lazer), as mudanças nos padrões alimentares e o aumento do estresse, mudanças essas que geram questionamentos sobre a qualidade dos anos adicionais de vida (NAHAS, BARROS, FRANCALACCI, 2000).

No século XXI, cada vez mais, o tratamento de saúde envolve a mudança de comportamento, ou seja, as coisas que as pessoas podem fazer para melhorar sua saúde,

visando prevenção, tratamento ou manutenção da saúde (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Existem dois fatores do estilo de vida: os fatores negativos modificáveis e os fatores positivos. Os primeiros são aqueles sobre os quais se pode ter controle e que afetam de forma negativa a saúde, tais como fumo, álcool, drogas, estresse, falta de atividade física. Já os fatores positivos, são aqueles que se ministrados de forma correta, contribuem também para um estilo de vida mais saudável, tais como alimentação saudável, prática de atividade física, comportamentos preventivos (BRITO; GORDIA; QUADROS, 2014; NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

Nahas, Barros e Francalacci (2000) propõem um "Pentáculo do Bem-estar" composto por cinco características principais do estilo de vida associadas (ou determinantes) da saúde individual: estresse, relacionamentos, atividade física, nutrição e comportamento preventivo.

De maneira geral, podem caracterizar o estilo de vida de uma pessoa: alimentação; prática de atividades físicas; uso de substâncias psicoativas; trabalho e satisfação com o mesmo; sono; segurança (utilização de cinto de segurança, de preservativos para sexo seguro, etc.); estado psicológico (como a presença ou ausência de estresse); apoio social; comportamentos; e introspecção.

Apesar de não terem sido encontrados na literatura científica nacional e internacional estudos que abordassem especificamente o estilo de vida entre cuidadores, na área da saúde, um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro – Brasil com 273 pacientes hipertensos seguidos pelo Programa Saúde da Família, identificou que 13% tinha estilo de vida excelente, 55% tinha estilo de vida muito bom, 27% tinha estilo de vida bom e 4% tinha estilo de vida regular (PAZ et al., 2011).

Um estudo na área da educação realizado em Portugal com 177 estudantes universitários da área da saúde apontou que 96% tiveram estilo de vida saudável (LOUREIRO, 2012).

No Brasil, pesquisas na área da saúde do trabalhador com professores universitários e policiais militares também apontam bons resultados referentes ao estilo de vida. Um estudo foi realizado na Bahia com 76 professores universitários encontrou que 45% possuíam estilo de vida excelente e 55% estilo de vida bom (FERNANDES et al., 2009). Outro estudo, com 369 policiais militares em Santa Catarina avaliou que 29% teve estilo de vida excelente e 61% teve estilo de vida muito bom (RODRIGUESZ-AÑEZ, 2003).

Em geral, os resultados dos estudos tanto na área da saúde quanto na área da educação e da saúde do trabalhador, apontam bons estilos de vida.

É possível que o estilo de vida de uma pessoa possa influenciar seus relacionamentos interpessoais, principalmente com um indivíduo com o qual ela interage diariamente e que necessita de seus cuidados. Assim, conhecer especificamente o estilo de vida dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais e verificar sua relação com a EE pode contribuir para uma compreensão ampliada sobre a forma como essa variável influencia o ambiente familiar.

3.4 SOFRIMENTO MENTAL

Transtornos mentais e comportamentais correspondem a 12% da carga mundial de doenças, a 1% da mortalidade e estão presentes em cerca de 10% da população adulta mundial (OMS, 2001). Além disso, 90% das pessoas com problemas de saúde mental apresentam manifestações de depressão e ansiedade, incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas (COUTINHO et al., 2014).

Dentre os problemas de saúde mental que uma pessoa pode experimentar, estão os Transtornos Mentais Comuns (TMC), também denominados na literatura de Distúrbios Psíquicos Menores, Morbidade Psiquiátrica Menor, ou Problemas Psiquiátricos Menores.

Em 1992, Goldberg e Huxley cunharam o termo "Transtornos Mentais Comuns (TMC)" para denominar casos nos quais as pessoas apresentavam sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes, mas não preenchiam completamente os critérios diagnósticos de transtorno mental (MIGUEL, 2014).

Dessa forma, os TMC são quadros clínicos em que o indivíduo experimenta sofrimento mental, apresentando sintomas somatoformes, depressivos e/ou ansiosos, tais como fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, em intensidade suficiente para interferir em suas atividades diárias sem que necessariamente sejam preenchidos os critérios formais para esses diagnósticos segundo as classificações atuais da "Classificação Internacional das Doenças (CID-10)" ou do "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)" (CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005; COUTINHO et al., 2014).

O conceito de TMC abrange uma ampla gama da população que necessita de cuidados mas não é necessariamente portadora de um diagnóstico categorial de saúde mental encontrado nos manuais (MIGUEL, 2014).

No Brasil, um estudo realizado no interior do Estado de São Paulo com 430 usuários de uma Unidade Básica de Saúde, encontrou uma prevalência de 41,4% de TMC (MIGUEL, 2014). Em investigação epidemiológica realizada na cidade de São Paulo com 2.366 idosos com objetivo de investigar fatores de risco que contribuem para a prevalência de TMC, uma prevalência de TMC de 43,1% foi encontrada e os resultados sugeriram que características do ambiente onde as pessoas vivem, tais como renda familiar e aglomeração, contribuem significativamente para sua saúde mental (COUTINHO et al., 2014).

Em termos epidemiológicos, estudos brasileiros com diferentes populações apontam uma prevalência de TMC que varia de 23% à 50%. Em países europeus a prevalência de TMC em usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) varia de 14% à 23%. No Quénia – África, em uma amostra de 300 usuários de UBS, a prevalência de TMC foi de 56% (MIGUEL, 2014).

Porém, especificamente entre cuidadores em saúde mental, um estudo realizado em Santa Maria – Brasil com 86 cuidadores de crianças e adolescentes usuários de um CAPS Infanto-Juvenil encontrou uma prevalência de 74,7% de TMC (PEIXOTO, 2013). Outra pesquisa realizada com 90 cuidadores de usuários de um CAPS Infanto-Juvenil em Pelotas – Sul do Brasil, apontou uma prevalência de TMC de 66,7% (FARIAS et al., 2014).

É possível, então, que ofertar de cuidados à uma pessoa que tenha algum problema de saúde, aumente as taxas de TMC devido à complexidade dessa tarefa.

Na Inglaterra, um Levantamento Nacional de Morbidade Psiquiátrica no Adulto (Adult Psychiatric Morbidity Survey) abordou a presença de TMC em cuidadores de pessoas com qualquer necessidade de cuidado (físico ou mental) e em pessoas que não eram cuidadoras. Os resultados evidenciaram que a prevalência de TMC, de pensamentos suicidas na última semana e de fadiga foi aumentada entre os cuidadores. Nas análises estatísticas, os autores fizeram ajustes para outros fatores sociais de estresse e de suporte social e encontraram que exercer o papel de cuidador, por si só, se associa significativamente ao aumento do risco de desenvolver TMC (STANSFELD et al., 2014).

Condições sociodemográficas, indicadores de desvantagem social, eventos desfavoráveis e produtores de estresse estão significativamente associados aos TMC (MIGUEL, 2014).

Conhecer a prevalência de sofrimento mental entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação e detalhar que influencia essa variável pode exercer sobre a Emoção Expressa dos cuidadores certamente enriquecerá as evidências sobre as quais se apoiam as práticas em saúde mental.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a associação da Emoção Expressa com o estresse precoce, com os sintomas de estresse, com o estilo de vida e com o sofrimento mental entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais admitidas para internação psiquiátrica.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Caracterizar os cuidadores quanto às características sociodemográficas e às condições de saúde;

2) Caracterizar o conhecimento dos cuidadores sobre o adoecimento do paciente;

3) Avaliar e descrever o nível de Emoção Expressa, a ocorrência de estresse precoce, a ocorrência de sintomas de estresse, a ocorrência de sofrimento mental e o estilo de vida dos cuidadores;

4) Testar a associação entre Emoção Expressa dos cuidadores e: indicadores sociodemográficos, condições de saúde, conhecimento sobre o adoecimento do paciente, estresse precoce, sintomas de estresse, estilo de vida e sofrimento mental;

5) Identificar fatores preditores de alta Emoção Expressa.

5. HIPÓTESES

Apesar de a EE ser composta por três dimensões (comentários críticos, hostilidade e superenvolvimento emocional), o instrumento utilizado (Questionário Familiar) para avaliar essa variável é composto por apenas dois domínios: comentários críticos (CC) e superenvolvimento emocional (SEE), devido ao fato de o criticismo e a hostilidade serem dimensões que podem se sobrepor, sendo possível que comentários hostis sejam codificados como críticos (CHAMBLESS, 1998).

Assim, este estudo teve como variável dependente a Emoção Expressa (EE) em seus dois domínios: comentários críticos (CC) e superenvolvimento emocional (SEE). As variáveis independentes foram: as características sociodemográficas dos cuidadores, as condições de saúde dos cuidadores, o conhecimento dos cuidadores sobre o adoecimento do paciente, o estresse precoce, os sintomas de estresse, o estilo de vida e o sofrimento mental.

Salienta-se que a definição das variáveis desse estudo resultou de reflexões acerca da complexidade da variável dependente (EE) e da evidente necessidade de se avaliar variáveis que possam convergir para o fenômeno da alta EE.

Desse modo, as seguintes hipóteses foram testadas:

1) cuidadores de pessoas com transtornos mentais admitidas para internação psiquiátrica estão sujeitos à altos níveis de EE.

2) a EE no domínio CC dos cuidadores está significativamente associada com as variáveis independentes deste estudo.

3) a EE no domínio SEE dos cuidadores está significativamente associada com as variáveis independentes deste estudo.

4) as variáveis independentes deste estudo são fatores preditivos de EE no domínio CC.

5) as variáveis independentes deste estudo são fatores preditivos de EE no domínio SEE.

6. MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo observacional e não-experimental, epidemiológico, com corte transversal e caráter correlacional.

Trata-se de um estudo epidemiológico por examinar a prevalência de condições de saúde em determinada população, no caso, da Emoção Expressa, do estresse precoce, dos sintomas de estresse, do estilo de vida e do sofrimento mental entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto.

No estudo de corte transversal os dados são coletados em um único ponto temporal e os fenômenos estudados são contemplados durante o período de coleta de dados (POLIT; HUNGLER, 2011).

Estudos de caráter correlacional envolvem a investigação sistemática da natureza das relações ou associações entre as variáveis, ao invés de relações diretas de causa e efeito. São tipicamente transversais e analisam a direção, o grau, a magnitude e a força das relações ou associações (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

6.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP), um hospital público estadual de grande porte localizado no município de Ribeirão Preto – interior do Estado de São Paulo/Brasil.

O HSTRP foi inaugurado na década de 1940, a fim de auxiliar no processo de desafogamento do Hospício de São Paulo, conhecido como o Juqueri, num momento em que a crítica à psiquiatria brasileira girava em torno da superlotação dos ainda poucos, novos e já degradantes hospícios existentes no Brasil (GUMARAES; SAEKI, 2001). Além receber pacientes transferidos do Juqueri, o HSTRP passou a atender o município e a região, o que contribuiu para o seu próprio processo de superlotação. Após o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a promulgação das leis para disciplinar a Política Nacional de Saúde Mental, o HSTRP iniciou um processo de mudanças a fim de se adequar aos novos moldes da assistência psiquiátrica humanizada (GUMARAES; SAEKI, 2001).

O HSTRP conta atualmente com 101 leitos para atendimento de pacientes em crise aguda (internação), além dos leitos destinados aos pacientes de longa permanência (moradores). A missão do serviço é promover internação psiquiátrica e assistência integral aos portadores de transtornos mentais da região da Departamento Regional de Saúde (DRS) nº XIII (que compreende 26 municípios), através do trabalho de equipe multiprofissional, prestando atendimento humanizado e de qualidade, participando da melhoria contínua da saúde mental da população, de acordo com os princípios do SUS e visando a inclusão social plena e cidadania.

Os sujeitos desse estudo foram recrutados na recepção do hospital, no momento da internação ou após, através de contato telefônico.

6.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram os cuidadores de pessoas admitidas para internação no HSTRP.

Os critérios de inclusão foram: ser cuidador do paciente com transtorno mental admitido para internação; ser maior de 18 anos; aceitar participar do estudo nos primeiros 15 dias de internação do paciente.

Foram excluídos os sujeitos que não conseguiram responder os instrumentos por dificuldades em compreender as questões realizadas.

A opção por realizar a coleta de dados nos primeiros 15 dias de internação dos pacientes foi devido à maior parte dos instrumentos utilizados serem referentes aos últimos 30 dias, exigindo, dessa forma, que o familiar cuidador estivesse em interação com o paciente.

Todos os familiares dos pacientes admitidos para internação psiquiátrica no período da coleta de dados foram convidados para participar da pesquisa. A população deste estudo constituiu 172 familiares cuidadores, dos quais 112 foram incluídos no estudo.

6.4 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo seguiu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil. Foi aprovado pelo local do estudo (HSTRP) em 13 de outubro de 2014 (Anexo G) e pelo Comitê de Ética

em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) em 17 de abril de 2015 (Anexo F).

Após serem orientados sobre a pesquisa, procedimentos e forma de participação, todos os sujeitos que aceitaram participar preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), recebendo também uma cópia do mesmo assinada pelas pesquisadoras. O anonimato dos sujeitos foi garantido pela identificação dos mesmos através de números.

6.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 27 de maio de 2015 a 01 de setembro de 2015. Os instrumentos foram aplicados através da leitura pela pesquisadora seguida da escolha da resposta pelo sujeito participante.

6.6 INSTRUMENTOS

Foram aplicados um total de seis instrumentos:

6.6.1 Questionário sociodemográfico, de condições ocupacionais e de saúde (Apêndice B)

Questionário construído pelas pesquisadoras com questões relacionadas ao sujeito (cuidador de pessoa com transtorno mental) e à pessoa com transtorno mental da qual ele cuidava.

Para caracterizar os cuidadores, as questões realizadas foram: naturalidade, procedência, sexo, data de nascimento, escolaridade, estado civil, religião, cor da pele, ocupação, renda, com quem mora, se realiza atividade física, problemas de saúde, uso de medicamentos.

Em relação à pessoa com transtorno mental admitida para internação, foram realizadas três questões ao cuidador: nome da doença (diagnóstico psiquiátrico) que a pessoa foi tratar naquele serviço, tempo de doença psiquiátrica e número de internações psiquiátricas. Tais questões foram realizadas a fim de conhecer de quais informações sobre o adoecimento psiquiátrico da pessoa admitida para internação o cuidador dispunha.

6.6.2 Questionário familiar – QF (Anexo A)

O "Family Questionnaire" foi desenvolvido na Alemanha por Georg Wiedemann e colaboradores em 2002. Traduzido e validado no Brasil por Ana Carolina Zanetti em 2010. Tem como finalidade avaliar o nível de Emoção Expressa de familiares de pacientes com esquizofrenia.

Consiste num questionário autoaplicável, referente aos últimos 30 dias, composto por 20 questões, divididas em dois domínios: Comentários Críticos (questões 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20) e Superenvolvimento Emocional (questões 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19). As respostas são computadas numa escala tipo Likert que varia de 1 (muito raramente) a 4 (sempre).

A pontuação é feita através da soma das respostas obtidas nas questões que compõem os dois domínios. Cada domínio tem um intervalo possível de 10 a 40 pontos. Os familiares são classificados com alta EE quando os valores obtidos alcançam 23 ou mais pontos no domínio CC, ou 27 ou mais no domínio SEE (ZANETTI; GIACON; GALERA, 2012).

6.6.3 Questionário sobre traumas na infância – CTQ (Anexo B)

O "Childhood Trauma Questionnaire" foi desenvolvido nos EUA por Bernstein e colaboradores em 1994. Traduzido e validado no Brasil por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi em 2006. Tem como finalidade investigar a ocorrência de traumas na infância.

Consiste num questionário autoaplicável, retrospectivo, composto por 28 questões, divididas em 5 subescalas: abuso emocional (questões 3, 8, 14, 18, 25), abuso físico (questões 9, 11, 12, 15, 17), abuso sexual (questões 20, 21, 23, 24, 27), negligência emocional (questões 5, 7, 13, 19, 28) e negligência física (questões 1, 2, 4, 6, 26). As questões 10, 16 e 22 são referentes à minimização/negação da experiência de abuso. As respostas são computadas numa escala tipo Likert que varia de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente).

A pontuação é feita através da soma das respostas obtidas nas questões que compõem as cinco subescalas. Cada subescala tem um intervalo possível de 5 a 25 pontos. As classificações do CTQ estão descritas de acordo com os pontos de corte sugeridos na figura a seguir.

Figura 1 – Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com a gravidade. Ribeirão Preto, 2015.

	Ausência de Estresse Precoce		**Presença de Estresse Precoce**	
Subtipos	**Não a Mínimo**	**Leve a Moderado**	**Moderado a Severo**	**Severo a Extremo**
Abuso Emocional	5-8	9-12	13-15	> 16
Abuso Físico	5-7	8-9	10-12	> 13
Abuso Sexual	5	6-7	8-12	>13
Negligência Emocional	5-9	10-14	15-17	>18
Negligência Física	5-7	8-9	10-12	>13

Fonte: Traduzido e adaptado de BERNSTEIN et al., 2003.

Os sujeitos que obtiveram escores classificados como *Moderado a Severo* e *Severo a Extremo* em pelo menos um dos subtipos, foram classificados como: **"presença de estresse precoce".** Já aqueles que obtiverem escores classificados como *Não a Mínimo* e *Moderado a Severo* em todos os subtipos foram classificados como **"ausência de estresse precoce"** (BERNSTEIN et al., 2003)**.**

6.6.4 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL (Anexo C)

Elaborado por Lipp, validado por Lipp e Guevara (1994) e padronizado por Lipp (2000) para a língua portuguesa. Baseado nos princípios da teoria de Selye, destina-se ao uso de jovens e adultos e tem como finalidade avaliar: a) se o indivíduo possui sintomas de estresse; b) em qual fase do estresse ele se encontra; c) qual o tipo de sintomas predominantes (físicos ou psicológicos).

Consiste num questionário autoaplicável, composto por 53 questões, divididas em 3 quadros, referentes às quatro fases do estresse: alerta (quadro 1, referente às últimas 24 horas, com 15 questões); resistência e quase-exaustão (quadro 2, referente à última semana, com 15 questões); exaustão (quadro 3, referente ao último mês, com 23 questões). As respostas são do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa vale 1 e cada resposta negativa vale 0.

A pontuação é feita através da soma das respostas obtidas em cada um dos quadros. Os quadros 1 e 2 têm intervalo possível de 0 à 15 pontos e o quadro 3 tem intervalo possível de 0 a 23 pontos. O sujeito é avaliado com estresse se tiver pelo menos uma das seguintes pontuações: 7 ou mais no quadro 1; 4 ou mais no quadro 2; 9 ou mais no quadro 3. Para os sujeitos que tem estresse, a fase na qual ele se encontra e o

tipo de sintomatologia predominante são identificados por meio de uma porcentagem pré-definida por Lipp (2000).

6.6.5 Questionário "Estilo de Vida Fantástico" (Anexo D)

Desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, por Wilson e Ciliska em 1984. Traduzido e validado para o Brasil por Rodriguez-Añez, Reis e Petroski em 2008. Tem como finalidade avaliar os principais componentes do estilo de vida.

Consiste num questionário autoaplicável, referente aos últimos 30 dias, composto por 25 questões divididas em nove domínios cujas letras (em língua inglesa) formam o acrônimo FANTASTIC:

• F = Family and friends (família e amigos, questões 1 e 2);

• A = Activity (atividade física, questões 3 e 4);

• N = Nutrition (nutrição, questões 5, 6 e 7);

• T = Tobacco & toxics (cigarro e drogas, questões 8, 9, 10, 11);

• A = Alcohol (álcool, questões 12, 13, 14);

• S = Sleep, seatbelts, stress, safe sex (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro, questões 15, 16, 17, 18, 19);

• T = Type of behavior (tipo de comportamento; padrão de comportamento A ou B, questões 20, 21);

• I = Insight (introspecção, questões 22, 23, 24);

• C = Career (trabalho; satisfação com a profissão, questão 25).

As respostas são computadas numa escala tipo Likert que varia de 0 a 4 pontos.

O instrumento tem um intervalo possível de 0 a 100 pontos. Os resultados permitem determinar a associação entre estilo de vida e saúde em: excelente (85 a 100); muito bom (70 a 84); bom (55 a 69); regular (35 a 54); precisa melhorar (0 a 34) (RODRIGUEZ-AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

6.6.6 Self-Reporting Questionnaire 20 – SRQ20 (Anexo E)

Desenvolvido por Harding e colaboradores em 1980, testado em oito países e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001, p. 108). Traduzido e validado para o Brasil em 1986 por Mari e Willians, com uma validação mais recente realizada por Gonçalves, Stein e Kapczinski em 2008. Tem como finalidade rastrear transtornos mentais comuns.

Consiste num questionário autoaplicável, referente aos últimos 30 dias, composto por 20 questões. As respostas são do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa vale 1 ponto e cada resposta negativa vale 0. O intervalo possível é de 0 a 20 pontos. A presença de sofrimento mental, sugestiva de TMC, é detectada se o indivíduo tiver 7 ou mais pontos (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

6.7 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada dupla digitação dos dados coletados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel, no qual também foi realizada a validação dos dados digitados. Após isso, os dados foram inseridos no programa Statistic Package for Social Science (SPSS) versão 22.0, no qual foram processados e analisados eletronicamente. O programa R 3.1.2 também foi utilizado para análises.

O primeiro passo foi a análise da confiabilidade e da consistência interna, geral e por domínios, por meio do cálculo do Alfa de Cronbach, do instrumento "Questionário Familiar". Esse passo foi realizado devido ao questionário em questão ter sido validado no Brasil para avaliar os níveis de EE apenas em familiares de pessoas com Esquizofrenia, ou seja, população diferente da investigada no presente estudo, visto que neste os sujeitos foram cuidadores de pessoas com todos os tipos de transtornos mentais.

O coeficiente Alfa de Cronbach também foi calculado para confirmar a confiabilidade e da consistência interna dos demais instrumentos: CTQ, ISSL, Questionário Estilo de Vida Fantástico e SRQ20. Para todos os instrumentos utilizados nesse estudo, um coeficiente alfa acima de 0,70 foi considerado como aceitável.

Seguiu-se as análises estatísticas descritivas, nas quais foram calculadas frequências (em números absolutos e em porcentagens), médias (com valores mínimos e máximos) e desvio-padrão das respostas dos cuidadores aos instrumentos.

Nas análises estatísticas bivariadas, para verificar a associação entre a variável dependente (Emoção Expressa) e as variáveis independentes categóricas, foram realizados os testes Qui-Quadrado de Pearson e o Exato de Fisher. Já para comparar a variável dependente com as médias das variáveis numéricas (idade, renda familiar, tempo e número de internações do paciente) foi utilizado o teste de Mann-Whitney. A normalidade da distribuição dos dados foi realizada por meio do teste Shapiro-Wilk.

A análise de regressão logística foi dividida em 2 etapas. Na primeira foram inseridas no modelo as variáveis sociodemográficas e de condições de saúde do cuidador, além das variáveis referentes ao conhecimento dos cuidadores quanto ao adoecimento do paciente. A seleção desta etapa foi realizada através do procedimento "stepwise", utilizando como critério de escolha o valor do critério de Informação de Akaike. A segunda etapa consistiu em adicionar as variáveis relacionadas às escalas (CTQ, ISSL, Questionário Estilo de Vida Fantástico e SRQ20) ao modelo ajustado na primeira etapa. Elas foram inseridas simultaneamente e a retirada das variáveis não significantes foram realizadas manualmente, sempre retirando-se a que apresentava o maior valor de p, até restarem apenas as variáveis estatisticamente significantes. A partir do modelo final obtido foram calculados a razão de Odds e as probabilidades preditas de classificação de alto nível de EE em ambos os domínios: comentários críticos e superenvolvimento emocional.

O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5% (alfa $\leq 0,05$).

7. RESULTADOS

Todos os cuidadores de pessoas com transtornos mentais admitidas para internação hospitalar psiquiátrica no período de coleta de dados foram convidados para participar do estudo. Nesse período, foram admitidos para internação um total de 193 pacientes, dos quais 21 não tinham cuidador.

Deste modo, 172 cuidadores foram convidados para participar do estudo, sendo um cuidador de cada paciente. Dos 172 convidados: 9 recusaram, 41 não tiveram disponibilidade para responder os instrumentos nos primeiros 15 dias de internação e 10 não conseguiram responder os instrumentos por dificuldades em compreender as questões realizadas.

Portanto, participaram do estudo 112 cuidadores de pessoas com transtornos mentais.

Os resultados serão apresentados seguindo a sequência dos objetivos deste estudo.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram analisadas as características sociodemográficas e as condições de saúde dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais, bem como o conhecimento desses cuidadores quanto ao adoecimento do paciente que estava sendo admitido para internação hospitalar psiquiátrica, conforme descrito a seguir.

7.1.1 Análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos cuidadores

Quanto ao perfil, conforme observado na Tabela 1, os cuidadores de pessoas com transtorno mental eram prioritariamente sexo feminino (82%), com companheiro fixo (59%), seguindo alguma religião (84%) e residindo no Estado de São Paulo (100%), mais especificamente no município de Ribeirão Preto (36,6%). A idade média foi de 49 anos (desvio-padrão de 12,8 anos), sendo 23 a menor idade e 77 a maior idade encontrada.

Tabela 1 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto ao sexo, faixa etária situação conjugal, religião e procedência (N=112). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	92 (82,0)
Masculino	20 (18,0)
Faixa etária	
30 anos ou menos	11 (9,8)
31 a 40 anos	13 (11,6)
41 a 50 anos	34 (30,3)
51 a 60 anos	32 (28,5)
61 anos ou mais	22 (19,6)
Situação conjugal	
Solteiro	16 (14,3)
Casado/com companheiro fixo	66 (58,9)
Separado/divorciado	19 (17,0)
Viúvo	11 (9,8)
Religião	
Católico	38 (33,9)
Evangélico	52 (46,4)
Espírita	3 (2,7)
Outras religiões	1 (0,9)
Não segue nenhuma religião	18 (16,0)
Procedência	
Ribeirão Preto (SP)	41 (36,6)
Sertãozinho (SP)	13 (11,6)
Serrana (SP)	10 (9,0)
Outras cidades do Estrado de SP	48 (42,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No que tange à alfabetização e escolaridade, pode-se observar na Tabela 2 que a maior parte dos cuidadores era alfabetizada (95,5%) e possuía Ensino Fundamental Incompleto (57%), chamando atenção também a alta prevalência de reprovação escolar (46,4%).

Tabela 2 –—Distribuição de frequência dos cuidadores quanto à escolaridade, alfabetização e reprovação escolar (N=112). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Variável	n (%)
Alfabetização	
Sabe ler e escrever	107 (95,5)
Não sabe ler e escrever	5 (4,5)
Escolaridade	
Não estudou em escola regular	3 (2,7)
Fundamental incompleto	64 (57,0)
Fundamental completo	5 (4,5)
Médio incompleto	12 (10,7)
Médio completo	23 (20,5)
Superior incompleto	3 (2,7)
Superior completo	2 (1,8)
Reprovações escolares	
Foi reprovado uma vez ou mais	52 (46,4)
Nunca foi reprovado na escola	57 (50,9)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Já com relação à situação laboral, à situação financeira individual e à renda familiar, pode-se observar na Tabela 3 que a maioria exercia alguma atividade laboral (60,7%), tinha alguma renda individual (82%) e possuía renda familiar que variava de 1 a 2 salários mínimos (33%). A renda familiar média foi de R$ 2.148,53.

Tabela 3 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto à situação laboral, situação financeira individual e renda familiar (N=112). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Variável	n (%)
Situação laboral*	
Trabalha	68 (60,7)
Não trabalha	43 (38,4)
Situação financeira individual	
Tem alguma renda	92 (82,0)
Não tem nenhuma renda	20 (18,0)
Renda familiar	
Não tem	2 (1,8)
Não sabe	8 (7,0)
Até 1 salário mínimo (até R$ 788,00)	15 (13,3)
De 1 a 2 salários mínimos (de R$ 789,00 a R$ 1.576,00)	37 (33,0)
De 2 a 3 salários mínimos (R$ 1.577,00 a R$ 2.364,00)	22 (19,6)
De 3 a 4 salários mínimos (de R$ 2.365,00 a R$ 3.152,00)	14 (12,5)
Acima de 4 salários mínimos (acima de R$ 3.153,00)	14 (12,5)

*Missing = 1 (0,9%) / Salário mínimo vigente na época = R$ 788,00 / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

7.1.2 Análise descritiva das condições de saúde dos cuidadores

Quanto às condições de saúde dos cuidadores, a Tabela 4 mostra que a maior parte tinha algum problema de saúde (67,9%) e fazia uso frequente de algum medicamento (60,7%).

Tabela 4 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto à problemas de saúde e uso frequente/contínuo de medicamentos (N=112). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Variável	n (%)
Problemas de Saúde	
Presença de algum problema de saúde	76 (67,9)
Ausência de problemas de saúde	36 (32,1)
Uso frequente de medicamentos	
Faz uso de pelo menos 1 medicamento	68 (60,7)
Não faz uso de nenhum medicamento	44 (39,3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Entre os cuidadores que tinham algum problema de saúde, 27,7% afirmou ter Hipertensão Arterial Sistêmica, 17% afirmou ter Diabetes e 10,7% afirmou ter Depressão.

Entre os cuidadores que faziam uso de medicamento, 23,2% afirmou fazer uso de algum psicotrópico.

7.1.3 Análise descritiva do conhecimento dos cuidadores sobre o adoecimento do paciente

Quanto ao parentesco com o paciente admitido para internação hospitalar, a Tabela 5 mostra que a maioria dos cuidarores de pessoas com transtornos mentais admitidas para internação eram mães (53,6%).

Tabela 5 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto ao parentesco com o paciente (N=112). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Relação do cuidador com o paciente	n (%)
Mãe	60 (53,6)
Irmão/irmã	14 (12,5)
Cônjuge	10 (9,0)
Filho/filha	9 (8,0)
Pai	7 (6,3)
Sobrinho/sobrinha	6 (5,4)
Tio/tia	2 (1,8)
Cunhado/cunhada	2 (1,8)
Primo/prima	1 (0,9)
Avô/avó	1 (0,9)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Segundo a Tabela 6, 77,7% sabiam o nome da doença que o paciente iria tratar no hospital, 94,5% sabiam há quanto tempo o paciente tinha essa doença e 95,5% sabiam quantas internações o paciente já tinha tido ao longo da doença.

Tabela 6 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto ao conhecimento do nome da doença, tempo da doença e internações do paciente (N=112). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Variável	n (%)
Conhecimento do nome da doença do paciente	
Sabiam o nome	87 (77,7)
Não sabiam o nome	25 (23,3)
Conhecimento do tempo de doença do paciente	
Sabiam o tempo	106 (94,6)
Não sabiam o tempo	6 (5,4)
Conhecimento sobre o número de internações do paciente	
Sabiam o número de internações	107 (95,5)
Não sabiam o número de internações	5 (4,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com relação ao tempo de doença do paciente e ao número de internações do mesmo, a Tabela 7 mostra que segundo os cuidadores entrevistados, a maior parte dos pacientes tinha mais de 10 anos de doença (51,7%) e mais do que duas internações (61,6%).

Tabela 7 – Distribuição de frequência das pessoas com transtornos mentais admitidas para internação quanto ao tempo de doença e número de internações, segundo os cuidadores (N=112). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Variável	n (%)
Tempo de doença do paciente	
1 ano ou menos	5 (4,4)
Acima de 1 ano até 3 anos	13 (11,6)
Acima de 3 anos até 5 anos	5 (4,4)
Acima de 5 anos até 10 anos	25 (22,3)
Acima de 10 anos até 20 anos	34 (30,3)
Acima de 20 anos ou desde que nasceu	24 (21,4)
Número de internações do paciente	
Primeira internação	19 (16,9)
Segunda internações	19 (16,9)
De 3 a 5 internações	47 (42,0)
De 6 a 10 internações	13 (11,6)
11 internações ou mais	9 (8,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

7.2 ANÁLISE DESCRITIVA DAS RESPOSTAS DOS CUIDADORES QUANTO À EMOÇÃO EXPRESSA, AO ESTRESSE PRECOCE, AOS SINTOMAS DE ESTRESSE, AO ESTILO DE VIDA E AO SOFRIMENTO MENTAL

7.2.1 Análise descritiva da Emoção Expressa

Inicialmente foi investigada a confiabilidade e a consistência interna do instrumento "Questionário Familiar" entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais admitidas para internação hospitalar psiquiátrica por meio do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach por domínios e do questionário completo.

O coeficiente Alfa de Cronbach foi igual a 0,84 no domínio CC e 0,75 no domínio SEE. Considerando o questionário completo, o coeficiente foi igual a 0,84. Dessa forma, o instrumento apresentou coeficientes que caracterizam os indicadores como confiáveis para aplicação em cuidadores de pessoas com transtorno mental admitidas para internação hospitalar psiquiátrica, apesar de esse instrumento ter sido criado para avaliar a EE entre familiares de pessoas com Esquizofrenia.

Quanto à frequência das respostas dos cuidadores ao instrumento, observou-se que 98,2% apresentaram alta EE global, ou seja, apresentaram alta EE em pelo menos um dos domínios que compõem o questionário.

No domínio comentários críticos (CC) 83% dos sujeitos foram classificados com alta EE. A EE nesse domínio teve um escore médio de 29,25 pontos (desvio padrão = 7 pontos), sendo 13 o menor e 40 o maior escore encontrado.

Com relação às questões que compõem o domínio CC, a Tabela 8 mostra o predomínio das respostas na opção "sempre". Cabe destacar que a maioria dos cuidadores relatou que é sempre difícil chegar a um acordo com o paciente, tem que pedir várias vezes para o paciente fazer as coisas e precisa exigir que o paciente se comporte de outra maneira (questões 8, 2 e 18 respectivamente).

Tabela 8 – Distribuição de frequência de respostas por itens do domínio CC do Questionário Familiar entre os cuidadores (N=112). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Escores			
Questão	**Muito raramente n (%)**	**Raramente n (%)**	**Quase sempre n (%)**	**Sempre n (%)**
2. Eu tenho que pedir várias vezes para ele (a) fazer as coisas	17 (15,2)	11 (9,8)	19 (17,0)	65 (58,0)
4. Ele (a) me deixa irritado (a)	21 (18,8)	22 (19,6)	37 (33,0)	32 (28,6)
6. Eu preciso me esforçar para não criticá-lo (a)	21 (18,8)	14 (12,5)	31 (27,7)	46 (41,1)
8. É difícil chegar a um acordo com ele (a)	8 (7,1)	9 (8,0)	25 (22,3)	70 (62,5)
10. Ele (a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele (a)	25 (22,3)	22 (19,6)	18 (16,1)	47 (42,0)
12. Ele (a) me deixa nervoso	13 (11,6)	28 (25,0)	23 (20,5)	48 (42,9)
14. Algumas coisas ele (a) faz somente por desaforo	22 (19,6)	28 (25,0)	28 (25,0)	34 (30,4)
16. Eu me irrito quando ele (a) pede coisas toda hora	26 (23,2)	17 (15,2)	23 (20,5)	46 (41,1)
18. Eu preciso exigir a ele (a) que se comporte de outra maneira	6 (5,4)	11 (9,8)	34 (30,4)	61 (54,5)
20. Ele (a) me aborrece	26 (23,2)	25 (22,3)	37 (33,0)	24 (21,4)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No domínio SEE, 87,5% dos sujeitos foram classificados com alta EE. O escore médio de EE nesse domínio foi 33,38 pontos (desvio-padrão de 5 pontos), sendo 20 o menor e 40 o maior escore encontrado.

Com relação às questões que compõem o domínio SEE, a Tabela 9 mostra o predomínio das respostas na opção “sempre”. Cabe ainda destacar que a maioria dos cuidadores relatou que o paciente é muito importante na vida deles, que se preocupa muito com o paciente, que pensa no que poderá acontecer com o paciente e que pensa muito sobre o que causou a doença do paciente (questões 17, 13, 3 e 5, respectivamente).

Tabela 9 – Distribuição de frequência de respostas por itens do domínio SEE do Questionário Familiar entre os cuidadores (N=112). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Escores			
Questão	**Muito raramente n (%)**	**Raramente n (%)**	**Quase sempre n (%)**	**Sempre n (%)**
1. Por causa dele (a) eu não presto atenção o suficiente em mim mesmo (a)	18 (16,1)	24 (21,4)	32 (28,6)	38 (33,9)
3. Eu penso no que poderá acontecer com ele (a)	2 (1,8)	7 (6,3)	15 (13,4)	88 (78,6)
5. Eu penso muito sobre o que causou a doença dele (a)	7 (6,3)	6 (5,4)	18 (16,1)	81 (72,3)
7. Eu não consigo dormir por causa dele (a)	24 (21,4)	22 (19,6)	24 (21,4)	42 (37,5)
9. Quando algo nele (a) me irrita ou me deixa preocupado (a) eu guardo para mim	17 (15,2)	19 (17,0)	18 (16,1)	58 (51,8)
11. Por ele (a) coloco minhas necessidades em segundo plano	6 (5,4)	12 (10,7)	34 (30,4)	60 (53,6)
13. Eu me preocupo muito com ele (a)	0 (0,0)	1 (0,9)	12 (10,7)	99 (88,4)
15. Eu penso que eu mesmo (a) posso ficar doente	12 (10,7)	13 (11,6)	29 (25,9)	58 (51,8)
17. Ele (a) é muito importante na minha vida	3 (2,7)	2 (1,8)	3 (2,7)	104 (92,9)
19. Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo (a)	6 (5,4)	15 (13,4)	29 (25,9)	62 (55,4)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

7.2.2 Análise descritiva do Estresse Precoce

A confiabilidade e a consistência interna do instrumento "Questionário Sobre Traumas na Infância" entre os cuidadores foi investigada por meio do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach do questionário completo, que foi igual a 0,89, caracterizando-o como confiável para aplicação em cuidadores de pessoas com transtorno mental admitidas para internação hospitalar psiquiátrica.

Neste estudo, 51,8% dos sujeitos foram classificados com presença de estresse precoce, denotado pela ocorrência de pelo menos um subtipo de estresse precoce.

A Tabela 10 mostra a classificação dos sujeitos do estudo segundo os subtipos de estresse precoce e a gravidade.

Tabela 10 – Distribuição de frequência dos cuidadores quanto a presença/ausência de estrese precoce segundo subtipos e gravidade (N=110*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Ausência de Estresse Precoce		Presença de Estresse Precoce	
Subtipos de Estresse Precoce	**Não à mínimo n (%)**	**Leve à moderado n (%)**	**Moderado à severo n (%)**	**Severo à extremo n (%)**
Abuso emocional	66 (58,9)	14 (12,5)	14 (12,5)	16 (14,3)
Abuso físico	70 (62,5)	14 (12,5)	11 (9,8)	15 (13,4)
Abuso sexual	83 (74,1)	13 (11,6)	8 (7,1)	6 (5,4)
Negligência emocional	60 (53,6)	31 (27,7)	7 (6,3)	12 (10,7)
Negligência física	47 (42,0)	18 (16,1)	27 (24,1)	18 (16,1)

*Missing = 2 (1,8%) / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No subtipo abuso emocional, o escore médio foi 9,46 pontos (desvio-padrão de 5,25 pontos), sendo 5 o menor e 25 o maior escore encontrado. Com relação às assertivas que compõem esse subtipo, merece destaque a afirmação nº 14 dos cuidadores, de que pessoas de sua família disseram coisas que o machucaram ou o ofenderam, com 13,4% de respostas "sempre" (Tabela 11). Observou-se que 9,8% dos cuidadores acreditavam ter sido maltratados emocionalmente na infância.

Tabela 11 – Distribuição de frequência de respostas por itens no subtipo Abuso Emocional do Questionário Sobre Traumas na Infância entre os cuidadores (N=110*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Escores				
Assertiva	**Nunca n (%)**	**Poucas vezes n (%)**	**As vezes n (%)**	**Muitas vezes n (%)**	**Sempre n (%)**
Subtipo abuso emocional					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)"	62 (55,4)	16 (14,3)	13 (11,6)	9 (8,0)	10 (8,9)
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido	88 (78,6)	7 (6,3)	6 (5,4)	3 (2,7)	6 (5,4)
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam	50 (44,6)	16 (14,3)	16 (14,3)	13 (11,6)	15 (13,4)
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava	85 (75,9)	6 (5,4)	9 (8,0)	4 (3,6)	6 (5,4)
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente	64 (57,1)	5 (4,5)	16 (14,3)	14 (12,5)	11 (9,8)

*Missing = 2 (1,8%) / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No subtipo abuso físico, o escore médio foi 8,21 pontos (desvio-padrão de 4,41 pontos), sendo 5 o menor e 25 o maior escore encontrado. Com relação às assertivas que compõem esse subtipo, merece destaque a afirmação nº 15 dos cuidadores, de que acreditam que foram maltratados fisicamente, com 8,9% de respostas "sempre" (Tabela 12). Observou-se que 8.9% dos cuidadores acreditavam ter sido maltratados fisicamente na infância.

Tabela 12 – Distribuição de frequência de respostas por itens no subtipo Abuso Físico do Questionário Sobre Traumas na Infância entre os cuidadores (N=110*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Escores				
Assertiva	**Nunca n (%)**	**Poucas vezes n (%)**	**As vezes n (%)**	**Muitas vezes n (%)**	**Sempre n (%)**
Subtipo abuso físico					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico	97 (86,6)	7 (6,3)	1 (0,9)	0 (0,0)	5 (4,5)
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos	80 (71,4)	9 (8,0)	5 (4,5)	8 (7,1)	8 (7,1)
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram	47 (42,7)	18 (16,1)	24 (21,4)	12 (10,7)	9 (8,0)
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente	74 (66,1)	9 (8,0)	12 (10,7)	5 (4,5)	10 (8,9)
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar	102 (91,1)	2 (1,8)	1 (0,9)	1 (0,9)	4 (3,6)

*Missing = 2 (1,8%) / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O subtipo abuso sexual foi o que teve menor escore médio, de 6,15 pontos (desvio-padrão de 3 pontos), sendo 5 o menor e 21 o maior escore encontrado, sendo que as respostas às assertivas se concentraram na opção "nunca" (Tabela 13). Observou-se que 2,7% dos cuidadores acreditavam ter sido abusados sexualmente na infância.

Tabela 13 – Distribuição de frequência de respostas por itens no subtipo Abuso Sexual do Questionário Sobre Traumas na Infância entre os cuidadores (N=110*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Escores				
Assertiva	**Nunca n (%)**	**Poucas vezes n (%)**	**As vezes n (%)**	**Muitas vezes n (%)**	**Sempre n (%)**
Subtipo abuso sexual					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual	89 (79,5)	11 (9,8)	7 (6,3)	2 (1,8)	1 (0,9)
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual	101 (90,2)	3 (2,7)	3 (2,7)	1 (0,9)	2 (1,8)
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo	96 (85,7)	8 (7,1)	5 (4,5)	1 (0,9)	0 (0,0)
24. Alguém me molestou	96 (85,7)	9 (8,0)	3 (2,7)	1 (0,9)	1 (0,9)
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente	95 (84,8)	8 (7,1)	4 (3,6)	0 (0,0)	3 (2,7)

*Missing = 2 (1,8%) / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O subtipo negligência emocional foi o que teve maior escore médio, de 10,14 pontos (desvio-padrão de 4,61 pontos), sendo 5 o menor e 23 o maior escore encontrado. Com relação às assertivas que compõem esse subtipo, destaca-se a maior parte dos cuidadores (58,9%) responderem “nunca” para a afirmação nº 28, de que a família foi uma fonte de força e apoio enquanto cresciam (Tabela 14). Observou-se que 7.1% não identificavam a família como fonte de forca e apoio.

Tabela 14 – Distribuição de frequência de respostas por itens no subtipo Negligência Emocional do Questionário Sobre Traumas na Infância entre os cuidadores (N=110*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Escores				
Assertiva	**Nunca n (%)**	**Poucas vezes n (%)**	**As vezes n (%)**	**Muitas vezes n (%)**	**Sempre n (%)**
Subtipo negligência emocional					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante	57 (50,9)	19 (17,0)	13 (11,6)	9 (8,0)	12 (10,7)
7. Eu me senti amado (a)	58 (51,8)	17 (15,2)	18 (16,1)	11 (9,8)	6 (5,4)
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras	56 (50,0)	19 (17,0)	20 (17,9)	6 (5,4)	9 (8,0)
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas	58 (51,8)	15 (13,4)	17 (15,2)	11 (9,8)	9 (8,0)
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio	66 (58,9)	11 (9,8)	14 (12,5)	11 (9,8)	8 (7,1)

*Missing = 2 (1,8%) / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No subtipo negligência física, o escore médio foi 9,09 pontos (desvio-padrão 3,64 pontos), sendo 5 o menor e 19 o maior escore encontrado. Com relação às assertivas que compõem esse subtipo, merece destaque a maioria dos cuidadores (71,4%) terem respondido que nunca houve alguém para o levar ao médico quando ele precisou (Tabela 15). Além disso, observou-se que a maioria dos cuidadores nunca souberam que tinham alguém para protege-los ou cuida-los.

Tabela 15 – Distribuição de frequência de respostas por itens no subtipo Negligência Física do Questionário Sobre Traumas na Infância entre os cuidadores (N=110*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Escores				
Assertiva	**Nunca n (%)**	**Poucas vezes n (%)**	**As vezes n (%)**	**Muitas vezes n (%)**	**Sempre n (%)**
Subtipo negligência física					
1. Eu não tive o suficiente para comer	41 (36,6)	19 (17,0)	18 (16,1)	18 (16,1)	14 (12,5)
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger	74 (66,1)	15 (13,4)	10 (8,9)	7 (6,3)	4 (3,6)
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família	80 (71,4)	8 (7,1)	4 (3,6)	5 (4,5)	13 (11,6)
6. Eu tive que usar roupas sujas	85 (75,9)	5 (4,5)	12 (10,7)	1 (0,9)	7 (6,3)
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei	80 (71,4)	10 (8,9)	7 (6,3)	6 (5,4)	7 (6,3)

*Missing = 2 (1,8%) / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

7.2.3 Análise descritiva dos Sintomas de Estresse

A confiabilidade e a consistência interna do instrumento "Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de LIPP" entre os cuidadores foi investigada por meio do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach do questionário completo, que foi igual a 0,93, caracterizando-o como confiável para aplicação em cuidadores de pessoas com transtorno mental admitidas para internação hospitalar psiquiátrica.

Nesse estudo, 79,5% dos sujeitos foram classificados com presença de sintomas de estresse.

Nas últimas 24 horas (fase de alerta do estresse), o escore médio foi 4,79 pontos (desvio-padrão de 3,35 pontos), sendo 0 o menor e 13 o maior escore encontrado. Entre as sintomas físicos das últimas 24 horas, a maioria dos cuidadores (55,4%) referiu tensão muscular, embora a ocorrência dos demais sintomas também tenha sido alta, da mesma forma que os sintomas psicológicos (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição de frequência de respostas por itens das Últimas 24 horas do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp entre os cuidadores (N=111*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Escore	
Sintoma	**Sim n (%)**	**Não n (%)**
24 horas – Físicos		
1. Mãos e pés frios	38 (33,9)	73 (65,2)
2. Boca seca	50 (44,6)	61 (54,5)
3. Nó no estômago	34 (30,4)	77 (68,8)
4. Aumento da sudorese	19 (17,0)	92 (82,1)
5. Tensão Muscular	62 (55,4)	49 (43,8)
6. Aperto da mandíbula/ranger os dentes	24 (21,4)	87 (77,7)
7. Diarreia passageira	16 (14,3)	95 (84,8)
8. Insônia	54 (48,2)	57 (50,9)
9. Taquicardia	33 (29,5)	78 (69,6)
10. Hiperventilação (respirar ofegante, rápido)	36 (32,1)	75 (67,0)
11. Hipertensão arterial súbita e passageira	11 (9,8)	100 (89,3)
12. Mudança de apetite	45 (40,2)	66 (58,9)
24 horas – Psicológicos		
13. Aumento súbito de motivação	41 (36,6)	70 (62,5)
14. Entusiasmo súbito	31 (27,7)	80 (71,4)
15. Vontade súbita de iniciar novos projetos	43 (38,4)	68 (60,7)

*Missing = 1 (0,9%) / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na última semana (fases de resistência e de quase-exaustão do estresse), o escore médio foi 6,42 pontos (desvio-padrão de 3,45 pontos), sendo 0 o menor e 14 o maior escore encontrado. Entre as sintomas físicos que compõem a última semana, merecem destaque a sensação de desgaste físico constante e o cansaço constante, referidos por 65,2% e 63,2% dos cuidadores, respectivamente. Já entre os sintomas psicológicos, com exceção da diminuição da libido, todos os outros sintomas foram referidos pela maior parte dos cuidadores foi (Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição de frequência de respostas por itens da Última Semana do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp entre os cuidadores (N=111*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Escore	
Sintoma	**Sim n (%)**	**Não n (%)**
Última semana – Físicos		
1. Problemas com a memória	43 (38,4)	68 (60,7)
2. Mal-estar generalizado, sem causa específica	46 (41,1)	65 (58,0)
3. Formigamentos das extremidades	33 (29,5)	78 (69,6)
4. Sensação de desgaste físico constante	73 (65,2)	38 (33,9)
5. Mudança de apetite	45 (40,2)	66 (58,9)
6. Aparecimento de problemas dermatológicos	12 (10,7)	99 (88,4)
7. Hipertensão arterial	14 (12,5)	97 (86,6)
8. Cansaço constante	71 (63,4)	40 (35,7)
9. Aparecimento de úlcera	1 (0,9)	110 (98,2)
10. Tontura/Sensação de estar flutuando	43 (38,4)	68 (60,7)
Última semana – Psicológicos		
11. Sensibilidade emotiva excessiva (estar muito nervoso)	79 (70,5)	32 (28,6)
12. Dúvida quanto a si próprio	60 (53,6)	51 (45,5)
13. Pensar constantemente em um só assunto	88 (78,6)	23 (20,5)
14. Irritabilidade excessiva	62 (55,4)	49 (43,8)
15. Diminuição da libido	49 (43,8)	62 (55,4)

*Missing = 1 (0,9%) / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No último mês (fase de exaustão do estresse), o escore médio foi 8,82 pontos (desvio-padrão de 5,10 pontos), sendo 0 o menor e 20 o maior escore encontrado. Entre as sintomas físicos do último mês, a insônia foi relatada pela maior parte (61,6%) dos cuidadores. Entre os sintomas psicológicos, a vontade de fugir de tudo, a apatia/depressão/raiva prolongada, o cansaço excessivo, o pensar/falar constantemente em um só assunto, a angústia/ansiedade diária, a hipersensibilidade emotiva e a perda de senso de humor foram referidos pela maior parte dos cuidadores (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição de frequência de respostas por itens do Último Mês do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp entre os cuidadores (N=111*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Escore	
Sintoma	**Sim n (%)**	**Não n (%)**
Último mês – Físicos		
1. Diarreia frequente	13 (11,6)	98 (87,5)
2. Dificuldades sexuais	42 (37,5)	69 (61,6)
3. Insônia	69 (61,6)	42 (37,5)
4. Náusea	37 (33,0)	74 (66,1)
5. Tiques	21 (18,8)	90 (80,4)
6. Hipertensão arterial continuada	17 (15,2)	94 (83,9)
7. Problemas dermatológicos prolongados	10 (8,9)	101 (90,2)
8. Mudança de apetite	44 (39,3)	67 (59,8)
9.Excesso de gases	24 (21,4)	87 (77,7)
10.Tontura frequente	36 (32,1)	75 (67,0)
11.Úlcera	4 (3,6)	107 (95,5)
12.Enfarte	0 (0,0)	111 (99,1)
Último mês – Psicológicos		
13.Impossibilidade de trabalhar	50 (44,6)	61 (54,5)
14.Pesadelos	35 (31,3)	76 (67,9)
15.Sensação de incompetência em todas as áreas	51 (45,5)	60 (53,6)
16.Vontade de fugir de tudo	77 (68,8)	34 (30,4)
17.Apatia, depressão ou raiva prolongada	60 (53,6)	51 (45,5)
18.Cansaço excessivo	72 (64,3)	39 (34,8)
19.Pensar/falar constantemente em um só assunto	73 (65,2)	38 (33,9)
20.Irritabilidade sem causa aparente	47 (42,0)	64 (57,1)
21.Angústia/ansiedade diária	82 (73,2)	29 (25,9)
22.Hipersensibilidade emotiva	67 (59,8)	44 (39,3)
23.Perda de senso de humor	57 (50,9)	54 (48,2)

*Missing = 1 (0,9%) / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Entre os cuidadores que tiveram sintomas de estresse (n=89), seguiu-se a identificação da fase do estresse na qual ele se encaixava (Tabela 19), destacando-se a fase de resistência (52,7%).

Tabela 19 – Distribuição de frequência dos cuidadores avaliados com presença de sintomas de estresse segundo a Fase do Estresse (n=89*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Fase do estresse	n (%)
Alerta	2 (1,8)
Resistência	59 (52,7)
Quase-exaustão	18 (16,1)
Exaustão	10 (8,9)

*Apenas cuidadores avaliados com presença de sintomas de estresse / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O tipo de sintomatologia predominante entre os cuidadores avaliados com presença de sintomas de estresse foi a sintomatologia psicológica (66,1%), seguida pela

sintomatologia física (8,9%) e pela sintomatologia mista, ou seja, física e psicológica (4,5%).

7.2.4 Análise descritiva do Estilo de Vida

A confiabilidade e a consistência interna do instrumento "Questionário Estilo de Vida Fantástico" entre os cuidadores foi investigada por meio do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach do questionário completo, que foi igual a 0,78, caracterizando-o como confiável para aplicação em cuidadores de pessoas com transtorno mental admitidas para internação hospitalar psiquiátrica.

Neste estudo, o estilo de vida dos cuidadores foram classificados conforme mostra a Tabela 20, destacando-se os estilos de vida bom (37,5%) e muito bom (32,1%).

Tabela 20 – Distribuição de frequência dos cuidadores segundo as classificações do Estilo de Vida (N=111*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Estilo de vida	n (%)
Precisa melhorar	1 (0,9)
Regular	20 (17,9)
Bom	42 (37,5)
Muito bom	36 (32,1)
Excelente	12 (10,7)

*Missing / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O escore médio das respostas dos cuidadores foi 65,76 pontos (desvio-padrão de 14,83 pontos), sendo 0 o menor e 93 o maior escore encontrado. Entre as questões que compõem o instrumento, merecem destaque aquelas referentes ao domínio atividade física: 76,8% dos cuidadores afirmou ser vigorosamente ativo (pelo menos 30 min por dia) menos de 1 vez por semana, apesar de 82,1% dos cuidadores ter afirmado ser moderadamente ativo (trabalhos de casa, movimentação física referente às atividades cotidianas) 5 vezes ou mais por semana.

7.2.5 Análise descritiva do Sofrimento Mental

A confiabilidade e a consistência interna do instrumento "Self-Reporting Questionnaire 20" entre os cuidadores foi investigada por meio do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach do questionário completo, que foi igual a 0,87,

caracterizando-o como confiável para aplicação em cuidadores de pessoas com transtorno mental admitidas para internação hospitalar psiquiátrica.

Neste estudo, 67,9% dos cuidadores foram classificados com presença de sofrimento mental.

O escore médio das respostas dos cuidadores foi 9,85 pontos (desvio-padrão de 5,18 pontos), sendo 0 o menor e 20 o maior escore encontrado. Como é possível observar na tabela 21, em metade das questões do instrumento a maioria dos cuidadores respondeu afirmativamente, merecendo destaque as afirmações referentes aos seguintes estados: sentindo-se nervosos/tensos/preocupados (91,1%); sentindo-se tristes ultimamente (84,8%); dormindo mal (63,4%); sentindo-se cansados o tempo todo (61,6%); encontrando dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias (60,7%); perdendo o interesse pelas coisas (58,0%); tendo dificuldades para tomar decisões (55,4%); chorando mais do que de costume (51,8%); cansando-se com facilidade (51,8%); e se assustando com facilidade (50,9%).

Tabela 21 – Distribuição de frequência das respostas por itens do Self-Reporting Questionnaire 20 segundo os cuidadores (N=111*). Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

	Escore	
Questão	**Sim n (%)**	**Não n (%)**
1. Você tem dores de cabeça frequentes?	55 (49,1)	56 (50,0)
2. Tem falta de apetite?	42 (37,5)	69 (61,6)
3. Dorme mal?	71 (63,4)	40 (35,7)
4. Assusta-se com facilidade?	57 (50,9)	54 (48,2)
5. Tem tremores nas mãos?	30 (26,8)	81 (72,3)
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	102 (91,1)	9 (8,0)
7. Tem má digestão?	36 (32,1)	75 (67,0)
8. Tem dificuldades de pensar com clareza?	56 (50,0)	55 (49,1)
9. Tem se sentido triste ultimamente?	95 (84,8)	16 (14,3)
10. Tem chorado mais do que costume?	58 (51,8)	53 (47,3)
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	68 (60,7)	43 (38,4)
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	62 (55,4)	49 (43,8)
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	37 (33,0)	74 (66,1)
14. E incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	32 (28,6)	79 (75,0)
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	65 (58,0)	46 (41,1)
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	39 (34,8)	72 (64,3)
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	24 (21,4)	87 (77,7)
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	69 (61,6)	42 (37,5)
19. Você se cansa com facilidade?	58 (51,8)	53 (47,3)
20. Tem sensações desagradáveis no estômago?	47 (42,0)	64 (57,1)

*Missing = 1 (0,9%) / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

7.3 RELAÇÕES DA EMOÇÃO EXPRESSA COM OS INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS, DE CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE ACOMPANHAMENTO DA DOENÇA DO PACIENTE, ESTRESSE PRECOCE, SINTOMAS DE ESTRESSE, ESTILO DE VIDA E SOFRIMENTO MENTAL

Foram testadas as possíveis associações da EE, tanto no domínio CC quanto no domínio SEE, com as variáveis independentes desse estudo, considerando estatisticamente significativas as associações com valor de $p \leq 0,05$ (nível de significância de 5%).

7.3.1 Relação entre EE e características sociodemográficas e condições de saúde dos cuidadores

Na tabela 22 é possível observar que a EE, em ambos os domínios, não apresentou associação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis sociodemográficas categóricas. Entre as variáveis sociodemográficas numéricas (idade, renda individual e renda familiar), também não foi identificada associação estatisticamente significativa.

Tabela 22 – Associação entre EE e características sociodemográficas entre os cuidadores. Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Características	EE no domínio CC		Valor de p	EE no domínio SEE		Valor de p
	Alta n (%)	Baixa n (%)		Alta n (%)	Baixa n (%)	
Sexo			0,69			0,70
Feminino	77 (83,7)	15 (16,3)		81 (88,0)	11 (12,0)	
Masculino	16 (80,0)	4 (20,0)		17 (85,0)	3 (15,0)	
Estado Civil			0,38			0,44
Solteiro	14 (87,5)	2 (12,5)		12 (75,0)	4 (25,0)	
Com companheiro fixo	53 (80,3)	13 (19,7)		59 (89,4)	7 (10,6)	
Separado/divorciado	15 (78,9)	4 (21,1)		17 (89,5)	2 (10,5)	
Viúvo	11 (100)	0 (0,0)		10 (90,9)	1 (9,1)	
Religião			0,97			0,56
Segue alguma	78 (83,0)	16 (17,0)		83 (88,3)	11 (11,7)	
Não segue nenhuma	15 (83,3)	3 (16,7)		15 (83,3)	3 (16,7)	
Escolaridade			0,43			0,50
Fundamental incompleto/completo	59 (85,5)	10 (14,5)		60 (87,0)	9 (13,0)	
Médio incompleto/completo	28 (80,0)	7 (20,0)		32 (91,4)	3 (8,6)	
Situação laboral			0,11			0,15
Trabalha	54 (79,4)	14 (20,6)		57 (83,8)	11 (16,2)	
Não trabalha	39 (90,7)	4 (9,3)		40 (93,0)	3 (7,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Já entre EE e variáveis referentes às condições de saúde dos cuidadores, é possível observar na tabela 23 que a EE no domínio SEE mostrou associação estatisticamente significativa com a variável uso frequente de medicamentos ($p \leq 0,05$).

Tabela 23 – Associação entre EE e condições de saúde dos cuidadores. Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Características	EE domínio CC		Valor de p	EE domínio SEE		Valor de p
	Alta n (%)	Baixa n (%)		Alta n (%)	Baixa n (%)	
Problemas de Saúde			0,63			0,12
Presença	64 (84,2)	12 (15,8)		69 (90,8)	7 (9,2)	
Ausência	29 (80,6)	7 (19,4)		29 (80,6)	7 (19,4)	
Uso frequente de medicamentos			0,81			**0,04***
Faz uso	56 (82,4)	12 (17,6)		63 (92,6)	5 (7,4)	
Não faz uso	37 (84,1)	7 (15,9)		35 (79,5)	9 (20,5)	

*p<0,05 / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

7.3.2 Relação entre EE e conhecimento dos cuidadores sobre o adoecimento do paciente

A tabela 24 mostra que a EE, em ambos os domínios, não apresentou associação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis categóricas referentes ao conhecimento dos cuidadores sobre o adoecimento do paciente. Da mesma forma, não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis numéricas (tempo de doença e número de internações).

Tabela 24 – Associação entre EE e conhecimento dos cuidadores sobre o adoecimento do paciente. Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Características	EE domínio CC		Valor de p	EE domínio SEE		Valor de p
	Alta n (%)	Baixa n (%)		Alta n (%)	Baixa n (%)	
Conhecimento do nome da doença do paciente			0,88			0,54
Sabiam	72 (82,8)	15 (17,2)		77 (88,5)	10 (11,5)	
Não sabiam	21 (84,0)	4 (16,0)		21 (84,0)	4 (16,0)	
Conhecimento do tempo de doença do paciente			0,98			0,75
Sabiam	88 (83,0)	18 (17,0)		93 (87,7)	13 (12,6)	
Não	5 (83,3)	1 (16,7)		5 (83,3)	1 (16,7)	
Conhecimento do número de internações do paciente			0,30			0,60
Sabiam	88 (82,2)	19 (17,8)		94 (87,9)	13 (12,1)	
Não sabiam	5 (100,0)	0 (0,0)		4 (80,0)	1 (20,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

7.3.3 Relação entre EE e Estresse Precoce entre os cuidadores

Na tabela 25, nota-se que a EE no domínio SEE apresentou associação estatisticamente significativa com a variável estresse precoce ($p<0,01$).

Tabela 25 – Associação entre EE e Estresse Precoce entre os cuidadores. Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Características	EE no domínio CC		Valor de p	EE no domínio SEE		Valor de p
	Alta n (%)	Baixa n (%)		Alta n (%)	Baixa n (%)	
Estresse Precoce			0,99			**0,00****
Presença	48 (82,8)	10 (17,2)		56 (96,6)	2 (3,4)	
Ausência	43 (82,7)	9 (17,3)		41 (78,8)	11 (21,2)	

**p<0,01 / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

7.3.4 Relação entre Emoção Expressa e Sintomas de Estresse entre os cuidadores

A tabela 26 mostra que a EE no domínio SEE apresentou associação estatisticamente significativa com a variável fase do estresse ($p \leq 0,05$).

Tabela 26 – Associação entre EE e Sintomas de Estresse entre os cuidadores. Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Características	EE domínio CC		Valor de p	EE domínio SEE		Valor de p
	Alta n (%)	Baixa n (%)		Alta n (%)	Baixa n (%)	
Estresse			0,88			0,07
Presença	74 (83,1)	15 (16,9)		81 (91,0)	8 (9,0)	
Ausência	18 (81,8)	4 (18,2)		17 (77,3)	5 (22,7)	
Fase			0,87			**0,05***
Nenhuma	19 (82,3)	4 (17,4)		17 (73,9)	6 (26,1)	
Resistência	49 (83,1)	10 (16,9)		51 (86,4)	8 (13,6)	
Quase-exaustão	14 (77,8)	4 (22,2)		18 (100,0)	0 (0,0)	
Exaustão	9 (90,0)	1 (10,0)		10 (100,0)	0 (0,0)	
Sintomatologia			0,14			0,11
Nenhum	19 (82,6)	4 (17,4)		17 (73,9)	6 (26,1)	
Físico	6 (60,0)	4 (40,0)		9 (90,0)	1 (10,0)	
Psicológico	63 (85,1)	11 (14,9)		67 (90,5)	7 (9,5)	

*p=0,05 / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

7.3.5 Relação entre Emoção Expressa e Estilo de Vida entre os cuidadores

Entre EE e a variável estilo de vida, não houve associação estatisticamente significativa (Tabela 27).

Tabela 27 – Associação entre EE e Estilo de Vida entre os cuidadores. Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Características	EE domínio CC		Valor de p	EE domínio SEE		Valor de p
	Alta n (%)	Baixa n (%)		Alta n (%)	Baixa n (%)	
Estilo de Vida			0,37			0,14
Bom	37 (88,1)	5 (11,9)		38 (90,5)	4 (9,5)	
Muito bom	30 (83,3)	6 (16,7)		29 (80,6)	7 (19,4)	
Excelente	8 (66,7)	4 (33,3)		10 (83,3)	2 (16,7)	
Regular/precisa melhorar	17 (81,0)	4 (19,0)		21 (100,0)	0 (0,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

7.3.6 Relação entre Emoção Expressa e Sofrimento Mental entre os cuidadores

A tabela 28 mostra que a EE no domínio SEE mostrou associação estatisticamente significativa com a variável sofrimento mental (p<0,01).

Tabela 28 – Associação entre EE e Sofrimento Mental entre os cuidadores. Ribeirão Preto, Brasil, 2015.

Características	EE domínio CC		Valor de p	EE domínio SEE		Valor de p
	Alta n (%)	Baixa n (%)		Alta n (%)	Baixa n (%)	
Sofrimento Mental			0,58			**0,00****
Presença	64 (84,2)	12 (15,8)		72 (94,7)	4 (5,3)	
Ausência	28 (80,0)	7 (20,0)		26 (74,3)	9 (25,7)	

**p<0,01 / Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

7.4 FATORES PREDITIVOS DE ALTA EMOÇÃO EXPRESSA EM CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

As possíveis variáveis preditoras de alta EE em ambos os domínios (CC e SEE) foram analisadas por meio da regressão logística multinomial conforme descrito no item "método" dessa dissertação. Considerando que segundo a literatura o alto nível de EE constitui risco à qualidade da relação interpessoal entre cuidador e paciente, neste estudo as análises se centraram no alto nível de EE. Deste modo, o intercepto das análises de regressão logística se refere ao alto nível de EE.

7.4.1 Fatores preditivos de alta EE no domínio CC

Conforme mostra a tabela 29, as variáveis ensino fundamental (completo ou incompleto), idade e renda familiar foram fatores preditivos de alto nível de EE no domínio CC.

O ensino fundamental (completo ou incompleto) mostrou ser fator de proteção para alta EE no domínio CC. Os cuidadores que se encaixaram nessa categoria de escolaridade tiveram 0,18 vezes mais chance de ter alto nível de EE no domínio CC (OR: 0,1816; 95% confiança; IC 0,0291-0,8604).

A idade mostrou ser fator de risco para alta EE no domínio CC. Para cada ano a mais na idade do cuidador, houve 1,11 vezes mais chance de alto nível de EE no domínio CC (OR: 1,1162; 99% confiança; IC 1,0484-1,2049).

A renda familiar mostrou ser fator de proteção para alta EE no domínio CC. Para cada real a mais na renda familiar, houve 0,99 vezes mais chance de o cuidador ter alto nível de EE no domínio CC (OR: 0,9995; 95% confiança; IC 0,9990-0,9999).

Tabela 29 – Regressão logística entre a EE no domínio CC e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, Brasil, 2015

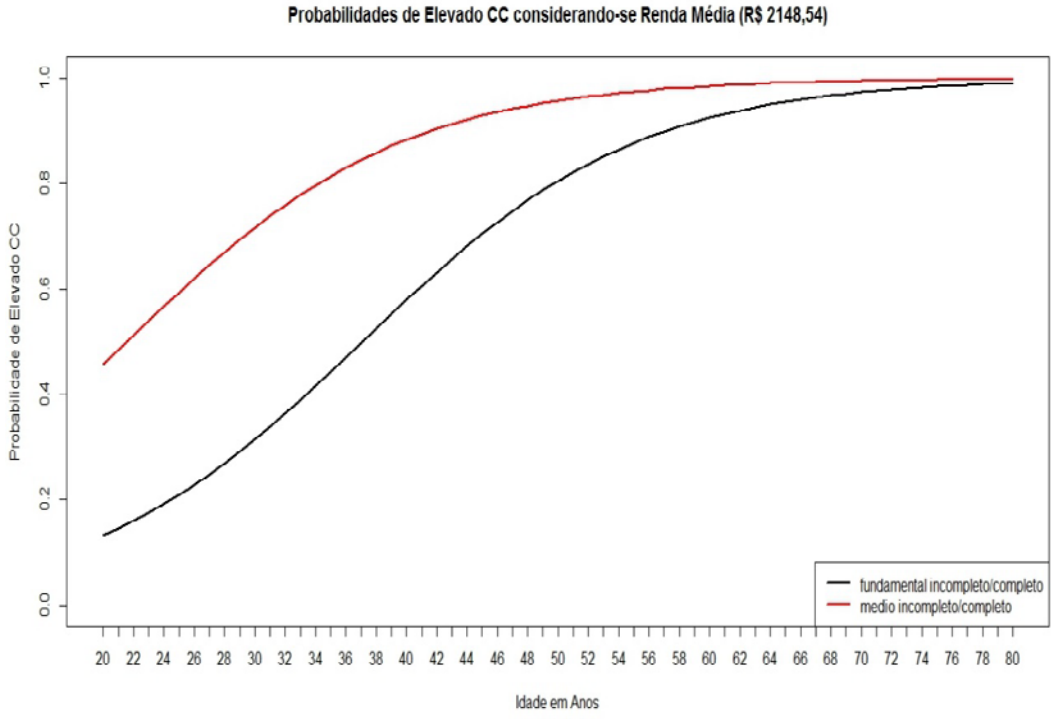
Parâmetros	Beta	EP	z	Valor de p	OR	IC 95% para OR
Intercepto – Alta EE domínio CC	-1,3819	1,2487	-1,1070	0,2684	-	-
Ensino fundamental incompleto e completo	-1,7061	0,8520	-2,0020	**0,0453***	0,1816	0,0291-0,8604
Idade	0,1099	0,0349	3,1450	**0,0017***	1,1162	1,0484-1,2049
Renda familiar	-0,0005	0,0002	-2,0320	**0,0422***	0,9995	0,9990-0,9999

*p<0,05 / Fonte: Dados da pesquisa, 2015

O gráfico 1 mostra a probabilidade da ocorrência de alta EE no domínio CC entre os cuidadores considerando-se as variáveis que se mostraram como fatores preditivos no modelo de regressão logística: ensino fundamental (completo ou incompleto), idade e renda familiar. A renda familiar média (R$ 2.148,54) foi adotada como parâmetro para construção do gráfico. Nota-se que, considerando a escolaridade, um cuidador com a renda familiar média tem maiores chances de ter alta EE no domínio CC conforme a idade também aumenta. Isso evidencia a idade e a renda familiar como fatores de risco para alta EE no domínio CC.

Nota-se ainda que a probabilidade da ocorrência de alto nível de EE no domínio CC, considerando renda familiar e idade, diminuem entre cuidadores com ensino fundamental, comparados aos cuidadores com demais escolaridades. Isso evidencia o ensino fundamental como fator de proteção para ocorrência de alta EE no domínio CC.

Gráfico 1 – Probabilidade da ocorrência de alta EE no domínio CC entre os cuidadores considerando-se as variáveis independentes que se mostraram como fatores preditivos a partir do modelo de regressão logística múltipla. Ribeirão Preto, Brasil, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

7.4.2 Fatores preditivos de alta EE no domínio SEE

Conforme mostra a tabela 30, as variáveis estresse precoce e sofrimento mental foram fatores preditivos de alto nível de EE no domínio SEE.

A presença de estresse precoce mostrou ser fator de risco para alta EE no domínio SEE. Os cuidadores com estresse precoce tiveram 6,72 vezes mais chances de ter alto nível de EE no domínio SEE (OR: 6,7261; 95% confiança; IC 1,6164-46,1180).

A presença de sofrimento mental mostrou ser fator de risco para alta EE no domínio SEE. Os cuidadores com sofrimento mental tiveram 5,49 vezes mais chances de ter alto nível de EE no domínio SEE (OR: 5,4997; 99% confiança; IC 1,5681-22,5948).

Tabela 30 – Regressão logística entre a EE no domínio SEE e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, Brasil, 2015

Parâmetros	Beta	EP	z	Valor de p	OR	IC 95% para OR
Intercepto – Alta EE domínio SEE	0,4645	0,4418	1,0510	0,2931	-	-
Estresse precoce presente	1,9060	0,8139	2,3420	**0,0192***	6,7261	1,6164-46,1180
Sofrimento mental presente	1,7047	0,6656	2,5610	**0,0104***	5,4997	1,5681-22,5948

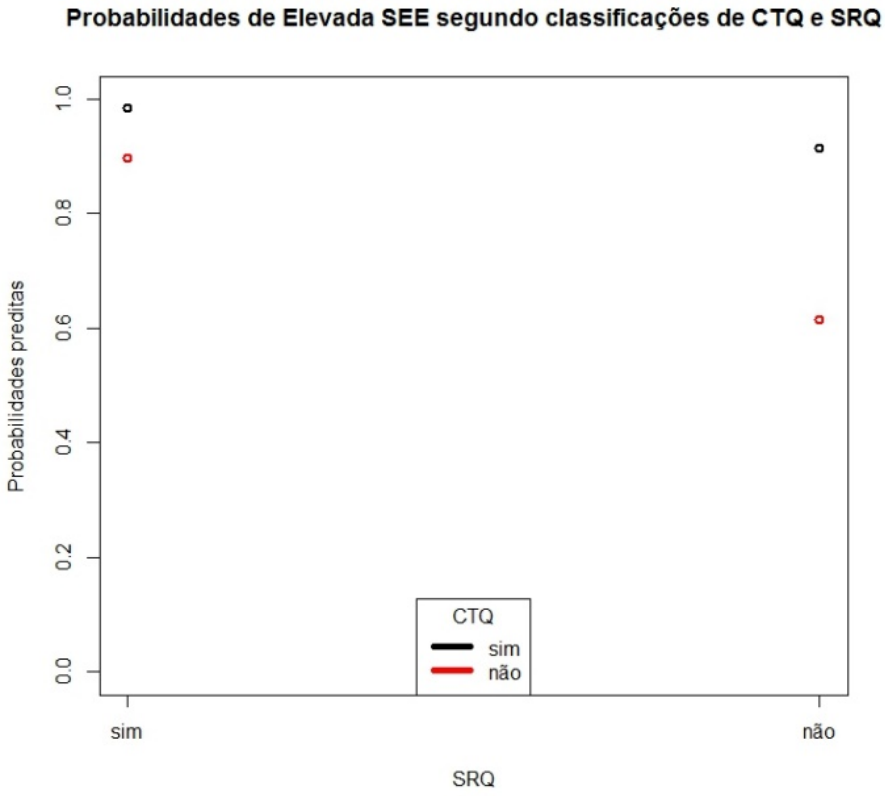
*p<0,05 / Fonte: Dados da pesquisa, 2015

O gráfico 2 mostra a probabilidade da ocorrência de alta EE no domínio SEE entre os cuidadores considerando-se as variáveis que se mostraram como fatores preditivos no modelo de regressão logística: estresse precoce e sofrimento mental. Nota-se que:

- entre cuidadores que tiveram presença de sofrimento mental e de estresse precoce, probabilidade de alta EE no domínio SEE próxima de 1,0;
- entre cuidadores que tiveram presença de sofrimento mental e ausência de estresse precoce, probabilidade de alta EE no domínio SEE próxima de 0,9;
- entre cuidadores que tiveram ausência de sofrimento mental e presença de estresse precoce, probabilidade de alta EE no domínio SEE próxima de 0,9;
- entre cuidadores que tiveram ausência de sofrimento mental e de estresse precoce, probabilidade de alta EE no domínio SEE próxima de 0,6.

Esses resultados evidenciam o sofrimento mental e o estresse precoce como fatores de risco para alta EE no domínio SEE.

Gráfico 2 – Probabilidade da ocorrência de alta EE no domínio SEE entre os cuidadores considerando-se as variáveis independentes estatisticamente significativas a partir do modelo de regressão logística múltipla. Ribeirão Preto, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

8. DISCUSSÃO

Este estudo investigou a prevalência da Emoção Expressa, do estresse precoce, dos sintomas de estresse, do estilo de vida e do sofrimento mental entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação. Além disso, investigou a associação dos domínios da Emoção Expressa – Comentários Críticos e Superenvolvimento Emocional – com as variáveis independentes (características sociodemográficas, condições de saúde, conhecimento sobre o adoecimento do paciente, estresse precoce, sintomas de estresse, estilo de vida e sofrimento mental) avaliadas entre os cuidadores. Em adição, verificou se as variáveis independentes avaliadas foram preditivas de alta Emoção Expressa nos domínios Comentários Críticos e Superenvolvimento Emocional.

A maioria dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação apresentou alto nível de Emoção Expressa, tanto global quanto nos domínios Comentários Críticos e Superenvolvimento Emocional, o que confirma a hipótese 1 deste estudo.

Para a hipótese 2, referente à associação da EE no domínio CC com as variáveis independentes, foi aceita a hipótese nula, visto que não houve associações estatisticamente significativas. Porém, a EE no domínio SEE apresentou associação significativa com as variáveis uso frequente de medicamentos, estresse precoce, fase do estresse e sofrimento mental, o que confirma parcialmente a hipótese 3, referente à associação da EE no domínio SEE com as variáveis independentes.

No que tange às variáveis independentes como fatores preditivos para alta EE, as hipóteses 4 e 5 também foram parcialmente confirmadas, já que para o domínio CC, o ensino fundamental e a renda familiar foram fatores de proteção, enquanto a idade foi fator de risco. Já para o domínio SEE, o estresse precoce e o sofrimento mental foram fatores de risco.

A discussão dos resultados obtidos por meio das análises estatísticas descritivas, bivariadas e de regressão logística resultados obtidos através das análises estatísticas descritivas, bivariadas e de regressão logística é descrita a seguir.

8.1 EMOÇÃO EXPRESSA

A prevalência de alto nível de Emoção Expressa entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação, tanto global (98,2%) quanto nos

domínios Comentários Críticos (83,0%) e Superenvolvimento Emocional (87,5%), ressaltam a relevância em analisar tal questão nesta população.

Estudos brasileiros mostram altos níveis de EE entre também cuidadores de pacientes dependentes químicos e psicóticos. Um estudo avaliou a EE de 31 familiares de pacientes dependentes químicos internados em comunidades terapêuticas e evidenciou alta EE de 87% (TISSOT, 2006). Outro estudo realizado no Brasil avaliou a EE de 29 familiares de pacientes psicóticos após a alta hospitalar e encontrou 59% com alta EE (MARTINS; DELEMOS; BEBBINGTON, 1992). Em ambos os estudos os autores ressaltaram que o alto SEE foi o que mais contribuiu para a alta EE encontrada, o que não se confirmou no presente estudo, que teve índices muito próximos de SEE (87,5%) e de CC (83%).

A maior parte dos estudos encontrados na literatura científica sobre a EE de familiares tem priorizado os momentos após a alta hospitalar psiquiátrica, o que limitou as comparações, já que a coleta de dados deste estudo priorizou o início da internação da pessoa com transtorno mental.

Estudos internacionais mostram que é comum a detecção de altos níveis de EE entre familiares de pacientes com transtornos mentais em situação de alta provenientes de culturas ocidentais: 74% em Salford (TARRIER et al., 1988), 73% na Austrália (PARKER; JOINS, 1987), 71% em Chicago (MOLINE et al., 1985), 66% em Genebra (BARRELET et al., 1990), 57% em Milão (BERTRANDO et al., 1992), 53% em Atenas (MAVREAS et al., 1992), 50% em Londres (VAUGHN; LEFF, 1976).

Já entre familiares de pacientes com transtornos mentais provenientes de culturas orientais, altos níveis de EE são menos frequentes: 25% em Chardigarh, no norte da Índia (LEFF et al., 1990). A prevalência de famílias com alta EE tende a ser menor nos países não ocidentais do que nos ocidentais (RAMOS, et al., 2012). Acerca disso, Cheng (2002) ressalta que ao contrário das famílias provenientes de culturas ocidentais, nas quais autonomia e independência são incentivadas, as orientais tem foco na interdependência entre as gerações, na obediência e na aceitação das críticas dos pais.

A alta prevalência de alta EE encontrada nesse estudo pode ter sido influenciada pelo momento no qual a coleta de dados ocorreu (na internação do paciente ou nos primeiros 15 dias de internação). Este momento de início de internação pode ter influenciado os níveis de EE encontrados, que foram altos em quase todos os familiares cuidadores investigados. As questões respondidas pelos cuidadores para avaliação da

EE eram referentes ao mês anterior à internação, ou seja, dias nos quais o paciente já apresentava ou começou a apresentar sintomas agudos do transtorno mental, certamente demandando muitos cuidados.

Os altos níveis de EE entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação evidenciam que os dias que antecedem a internação, nos quais os pacientes apresentam sintomas agudos do transtorno mental, são marcados por uma relação tensa, com alto criticismo e alto superenvolvimento emocional do cuidador em relação ao paciente. Sabe-se que a alta EE é caracterizada pela diminuição na qualidade das relações familiares.

Neste contexto, caso intervenções profissionais pudessem ser realizadas no início da recaída do paciente, o agravamento dos níveis de EE poderia ser evitado, o que representaria importante cuidado a estas famílias.

Ao longo da coleta de dados foi possível observar que a internação constituiu um momento delicado para o cuidador, ocasionando angustia em alguns, que se questionavam sobre ser ou não a melhor coisa a ser feita pelo paciente. O choro, por exemplo, foi uma reação comum entre estes cuidadores quando oferecido espaço de acolhimento e reflexão sobre questões relacionas ao momento vivenciado.

Apesar disso, na maioria das vezes a internação foi vivenciada como um momento de alívio por estes cuidadores, devido à pressuposição de que aquele seria o início do período necessário para estabilização do quadro do paciente e retorno ao seu "estado normal", rompendo assim com o sofrimento causado pelo "episódio de crise" do transtorno mental. No caso dos pacientes com internações recorrentes, foi possível observar que os cuidadores vivenciaram o momento da internação com maior naturalidade, como parte do prognostico da doença e do tratamento.

Apesar da relevância do momento da internação hospitalar psiquiátrica para o cuidador e da expressão de emoções no contexto do cuidado em saúde mental, não foram identificados na literatura científica outros estudos que tenham investigado de maneira articulada as variáveis aqui contempladas nesse determinado momento e com essa população específica, o que ressalta a relevância dos resultados obtidos.

Acerca da oferta de cuidados pelo familiar e da internação psiquiátrica, é importante ressaltar que a família passou a ocupar um lugar de mediadora entre a pessoa com transtorno mental e a sociedade após os movimentos que propuseram a reestruturação da assistência psiquiátrica através da substituição do modelo hospitalocêntrico de cuidados por uma rede se serviços na comunidade. Nesse contexto,

a internação psiquiátrica continuou fazendo parte da assistência, porém, desempenhando um papel diferente do qual desempenhava no passado.

Se antes a internação psiquiátrica podia ser comparada a um encarceramento, agora ela surge como um tipo de assistência humanizada que constitui um recurso e um apoio aos cuidadores em momentos de críticos, a fim de auxiliar no manejo das situações de crise e na estabilização dos sintomas psiquiátricos agudos. A Lei nº10.216, de 2001, propõe que o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Acerca da internação psiquiátrica, Vecchia e Martins (2006) ressaltam que o episódio de "crise psiquiátrica" seguido pela internação gera uma ruptura das relações sociais cotidianas do paciente, e que essa ruptura é importante para avaliar através do sofrimento psíquico do paciente as implicações no plano do cuidado. Esses autores consideram o período de internação importante para analisar a qualidade das relações estabelecidas, variável de contexto fundamental nas estratégias de cuidado.

8.2 EMOÇÃO EXPRESSA E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE O ADOECIMENTO DO PACIENTE

Entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação a EE não apresentou associação significativa com as variáveis sociodemográficas nem com as questões do adoecimento do paciente, embora tenham apresentado resultados relevantes. Porém a EE no domínio SEE associou-se ao uso frequente de medicamentos por parte dos cuidadores.

A maioria dos cuidadores desse estudo foram mães (53,6%) e do sexo feminino (82%), reafirmando que mesmo com todos os direitos conquistados nas últimas décadas, a mulher ainda sofre influências socioculturais que incorporam à elas o papel de responsável por ofertar cuidados aos doentes, muitas vezes tendo que conciliar com essa tarefa a realização de atividades domésticas e a inserção no mercado de trabalho, visto que 60,7% dos cuidadores deste estudo exerciam algum tipo de atividade remunerada. Este resultado corrobora com outros estudos nacionais e internacionais com cuidadores em saúde mental, demonstrando que o cuidado à saúde é predominantemente realizado

por mulheres no mundo todo (SANTOS; CARDOSO, 2015; LIMA et al., 2014; CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012; CASANOVA-RODAS et al., 2014; HAYES et al., 2015; LAM et al., 2015; KOUTRA et al., 2015)

Com relação à renda individual, 82% dos cuidadores tinham alguma renda, apesar de apenas 60,7% exercerem atividade remunerada. Isso pode ser devido à parte desses cuidadores receber algum tipo de auxílio financeiro governamental por doença, já que na avaliação das condições de saúde dos cuidadores que participaram, a maioria tinha algum problema de saúde (67,9%) e fazia uso frequente de algum medicamento (60,7%), sendo hipertensão arterial sistêmica e diabetes as doenças mais encontradas entre os cuidadores.

Ao longo da coleta de dados, nas questões referentes às condições físicas e emocionais dos cuidadores, ficou evidente a necessidade que eles apresentavam de falar sobre sua própria saúde, como se esperassem que as questões realizadas fossem sempre referentes aos pacientes dos quais cuidavam, e não à eles próprios. Acerca disso, Colveiro, Ide e Rolim (2004) ressaltam que os cuidadores ainda são encarados pelos serviços simplesmente como "informantes" das alterações apresentadas pela pessoa com transtorno mental. Relatos de familiares mostram que eles sentem que os profissionais de saúde mostram pouco entendimento sobre como é para eles a experiência da doença mental, a sobrecarga e a tristeza vivenciada (GALERA et al., 2010).

Os cuidadores de pessoas com transtornos mentais investigados neste estudo se sentiram satisfeitos por poder compartilhar seus estados físicos e emocionais e por associar tais estados à oferta de cuidados, o que comprova a necessidade de uma atenção destinada especialmente às necessidades desses cuidadores. Nesse contexto, a escuta empática ofertada por profissionais da área da saúde pode exercer um efeito importante entre os cuidadores.

Apesar da presença de condições adversas, a maioria dos cuidadores tinham companheiro fixo e seguiam alguma religião, fatores que podem representar fontes de apoio para a tarefa de cuidar. A divisão de tarefas de cuidado não foi avaliada nesse estudo, mas ter um companheiro fixo pode auxiliar na oferta de cuidados ao paciente, na manutenção financeira da residência e no suporte emocional ao cuidador. Já a religião pode conferir sentido às situações vivenciadas.

Quanto ao conhecimento do cuidador sobre ao adoecimento do paciente, chamou atenção a cronicidade dos quadros: em 74% dos casos, o transtorno psiquiátrico se manifestava no paciente há mais de cinco anos e 61,6% já tinham passado por três ou

mais internações. Se por um lado a cronicidade pode fazer com que o cuidador lide com mais naturalidade com comportamentos problemáticos e episódios de crise do paciente, por outro pode gerar o acúmulo de desgaste devido à complexidade do cuidar, desgaste esse que pode ser naturalizado no cotidiano.

Entre as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e conhecimento sobre o adoecimento do paciente, a EE no domínio SEE apresentou associação significativa com uso frequente de medicamentos pelo cuidador. Diante desse resultado, e considerando que não foi encontrada associação significativa entre EE e problema de saúde, é possível questionar a presença da automedicação entre esses cuidadores. Apesar da frequência de automedicação não ter sido avaliada de forma sistemática, relatos sobre isso foram frequentes durante as entrevistas. Porém, não foram identificados na literatura científica estudos que abordem a automedicação em cuidadores.

No que tange os fatores preditivos entre as características sociodemográficas dos cuidadores, as chances de desenvolver alta EE no domínio CC ocorreram 0,18 vezes mais entre cuidadores com ensino fundamental completo ou incompleto, 1,11 vezes mais para cada ano a mais na idade do cuidador e 0,99 vezes mais para cada real a mais na renda familiar. Restou demonstrado, portanto, que possuir ensino fundamental, seja completo ou incompleto, constituiu, então, fator de proteção para o desenvolvimento de alto nível de CC entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação.

Referente à isso, é possível que cuidadores que possuem menor escolaridade exijam menos do paciente no sentido de conquista de independência e de autonomia, diminuindo, assim, seu criticismo. Martins, DeLemos e Bebbington (1992) abordam essa questão, hipotetizando que, devido ao Brasil ser um país em desenvolvimento, as expectativas sobre os indivíduos podem ser menores do que em países desenvolvidos. Segundo os autores, isso faz com que as deficiências decorrentes das doenças mentais sejam melhor toleradas por parte das famílias.

A renda familiar também constituiu fator de proteção para o desenvolvimento de alto nível de CC entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação. Ou seja, quanto maior a renda familiar, menor as chances de alto nível de CC. No âmbito familiar, ter de lidar com dificuldades financeiras somadas às dificuldades referentes à saúde tanto do paciente em tratamento psiquiátrico quanto do próprio cuidador – já que a maioria dos cuidadores apresentou algum problema de saúde

– certamente deixa as relações familiares mais tensas. Considerando que o criticismo consiste em avaliações negativas das condutas do paciente e que a hostilidade está relacionada à crítica global do familiar com relação ao paciente (sendo o criticismo e a hostilidade avaliados de forma conjunta no instrumento utilizado neste estudo), é possível também que diante de dificuldades financeiras, o cuidador reprove a limitação apresentada pelo paciente para o desenvolvimento de atividades produtivas. Apoiando essa ideia, Koutra et al. (2015), em estudo realizado na Grécia com 100 familiares de pacientes diagnosticados com Esquizofrenia ou com transtorno afetivo bipolar, encontraram associação significativa entre funcionamento psicossocial empobrecido por parte do paciente e pior funcionamento familiar, em termos de coesão e flexibilidade.

A idade do cuidador, por sua vez, constituiu fator de risco o desenvolvimento de alto nível de CC entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação. Isso demonstra que quanto maior a idade, maior também são as chances de o cuidador se tornar crítico com relação à pessoa com transtorno mental da qual cuida, possivelmente, devido ao acúmulo de responsabilidades e consequente sobrecarga.

8.3 EMOÇÃO EXPRESSA E ESTRESSE PRECOCE

A prevalência de estresse precoce entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais foi de 51,8%, dado que chama a atenção, visto que pesquisas (BERNSTEIN et al., 1994, 2003; HEIM; NEMEROFF, 2001) alertam para o risco da sensibilização persistente dos circuitos do sistema nervoso central envolvidos na regulação da tensão e da emoção. Como consequência do estresse precoce, há a possibilidade de maior vulnerabilidade ao estresse no futuro, predispondo os indivíduos a desenvolver distúrbios físicos e mentais.

Ao encontro disso, o estudo de Martins (2012), realizado no interior do Estado de São Paulo – Brasil com pacientes com transtornos mentais acompanhados em um Hospital-Dia, comprovou a associação entre estresse precoce e o desencadeamento de psicopatologias no adulto em mais de 70% da amostra estudada.

A Emoção Expressa, mais especificamente o superenvolvimento emocional, apresentou associação significativa com estresse precoce entre cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação. Os resultados deste estudo evidenciaram também que cuidadores que vivenciaram estresse precoce (traumas na infância) possuem 6,72 vezes mais chances de apresentar alta EE no domínio SEE.

Deste modo, ficou demostrado que traumas na infância constituem relevante fator de risco para alta EE no domínio SEE. Tais resultados evidenciam que entre os cuidadores, vivenciar situações adversas tais como negligência e/ou abandono durante a infância, que é um período crucial de desenvolvimento físico, psicológico e emocional, os torna exageradamente superprotetores e preocupados com a pessoa da qual cuidam, de forma que tende a afetar negativamente o relacionamento entre ambos.

Nesse sentido, sabe-se que as consequências da submissão à violência durante a infância podem ser divididas em psicológicas, comportamentais, sociais e físicas, tais como dificuldade de relacionamento interpessoal, agressividade, baixa autoestima, capacidade cognitiva e de desenvolvimento da linguagem inferiores (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Os resultados encontrados reforçam a importância da investigação do estresse precoce nos estudos sobre cuidadores em saúde mental. Cabe enfatizar que não foram encontrados na literatura científica nacional e internacional estudos que avaliassem o estresse precoce em cuidadores.

Neste estudo ficou evidente também que a coleta de dados referente ao estresse precoce constituiu um momento delicado, no qual os cuidadores muitas vezes se emocionaram devido à delicadeza das questões realizadas. Sobre dificuldades na avaliação do estresse precoce, Baes (2008) chama atenção para a possibilidade de os entrevistados subestimarem a frequência/intensidade dos acontecimentos, bem como fantasiarem e confabularem sobre tais eventos, o que pode ser um viés da pesquisa. É essencial, então, que os pesquisadores investiguem este tema de maneira atenciosa a acolhedora, respeitando o sofrimento que pode ser ativado neste momento e responsabilizando-se pelas possíveis consequências.

8.4 EMOÇÃO EXPRESSA E SINTOMAS DE ESTRESSE

A literatura científica internacional aponta que o estresse experienciado pelos familiares cuidadores é um importante fator a ser considerado para uma compreensão aprofundada da EE (GOMEZ-DE-REGIL; KWAPIL; BARRANTES-VIDAL, 2014).

A prevalência de sintomas de estresse entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação foi de 79,5%. Entre esses cuidadores com sintomas de estresse, a maioria (52,7%) estava na fase de resistência. Ou seja, a maioria estava mobilizando suas energias e capacidades para responder à situação

estressante/ameaçadora através dos seus meios de defesa fisiológicos, bioquímicos e psicológicos (LIPP, 2000). Trata-se de um fase preocupante pois se não superada pode levar o cuidador à fase de exaustão, na qual seus recursos não são suficientes para lidar com a fonte de estresse, as reservas adaptativas se esgotam devido a exposição repetida ou prolongada ao estressor e doenças podem se desenvolver (LIPP, 2000). Isso faz com que o resultado encontrado seja alarmante.

Os resultados encontrados são semelhantes aos de um estudo realizado com 54 familiares de pacientes com transtornos mentais que frequentavam um serviço substitutivo de saúde mental há pelo menos 1 ano em regime de cuidados semi-intensivo e intensivo no interior do Estado de São Paulo – Brasil, utilizando o mesmo instrumento deste estudo (ISSL), no qual 50% dos familiares foram avaliados com presença de sintomas de estresse, dentre os quais 74,1% na fase de resistência (SANTOS; CARDOSO, 2015).

Apesar de o estresse ser inerente ao ser humano e necessário à vida, já que ele ocorre quando o indivíduo se depara com estressores que ameaçam sua homeostase, a alta prevalência de sintomas de estresse entre os cuidadores de pacientes com transtornos mentais em início de internação é preocupante. Uma das possibilidades para explicar esse resultado é o momento de crise da doença psiquiátrica do paciente admitido para internação, momento este que pode constituir um relevante estressor para o cuidador devido à necessidade da oferta de cuidados mais intensos.

Serra (2000) enfatiza que um indivíduo desenvolve estresse quando considera que não tem aptidões e recursos (pessoais ou sociais) para superar o grau de exigência que dada situação lhe estabelece e que é considerada importante para si, o que lhe gera uma percepção de não ter o controle sobre essa circunstância e uma sensação de vulnerabilidade.

Shimodera et al. (2000), num estudo realizado no Japão, apontaram que 50% dos familiares de pacientes com Esquizofrenia tiveram níveis altos de estresse, sendo que alta EE foi significativamente associada com alto estresse.

Apesar de não ter havido associação estatisticamente significativa entre EE e sintomas de estresse entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação investigados neste estudo, um resultado importante foi a associação significativa encontrada entre o SEE e a fase do estresse, ressaltando que a maioria dos cuidadores foram avaliados na fase de resistência. Esse resultado evidencia que o alto

SEE está relacionado ao estresse no cuidador, sendo ambos prejudiciais à saúde do mesmo.

A EE no domínio SEE reflete vários padrões de comportamentos: os relatos referentes ao auto-sacrifício excessivo (por exemplo, deixando de fazer outras atividades para se dedicar exclusivamente ao paciente), preocupação exagerada sobre a doença ou o bem-estar do paciente (por exemplo, o familiar que acredita que sua vida foi arruinada devido ao diagnóstico do paciente, chegando ao ponto de ser incapaz de pensar outras coisas), comportamento superprotetor extremo (por exemplo, incentivando/encorajando no paciente comportamentos sintomáticos e disfuncionais como precaução) (CHAMBLESS, 1998).

Diante disso, pode-se inferir que a mobilização de energias tanto físicas quanto psíquicas nos cuidadores de pessoas com transtornos mentais ao enfrentar a situação de crise do paciente está associada com atitudes que configuram SEE, ou seja, preocupação exagerada com o paciente, auto sacrifício excessivo, desesperança, superproteção.

8.5 EMOÇÃO EXPRESSA E SOFRIMENTO MENTAL

A prevalência de sofrimento mental entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação neste estudo foi 67,9% e apresentou associação significativa com EE no domínio SEE. Deste modo, a presença de sofrimento mental foi evidenciada como fator de risco para SEE, sendo que cuidadores que tiveram presença de sofrimento mental tiveram 5,49 vezes mais chances de ter alta EE no domínio SEE.

Tais resultados possuem respaldo de um estudo realizado no México com 65 familiares de pacientes psicóticos em seguimento ambulatorial, no qual o sofrimento psicológico foi significativamente associado à EE e mostrou ser preditor de alta EE, de alta sobrecarga e de pior qualidade de vida (GOMEZ-DE-REGIL; KWAPIL; BARRANTES-VIDAL, 2014). Esses autores chamaram atenção para o fato de que na relação com o paciente os familiares podem reagir negativamente devido aos seus próprios distúrbios temperamentais, que por sua vez podem ser aumentados devido ao esforço que cuidar de um familiar doente exige.

Outros estudos internacionais sobre EE também evidenciam que sintomas depressivos, ansiosos e psicopatologias em geral podem estar presentes entre os familiares cuidadores. Pérez-Pareja et al. (2014), em estudo realizado na Espanha com

53 cuidadores de pacientes com transtorno alimentar, encontrou uma prevalência de 49% dos cuidadores com alta EE, os quais apresentavam também mais ansiedade e depressão. Eizaguirre et al. (2000), num estudo com 40 familiares de pacientes com Esquizofrenia também realizado na Espanha encontrou que entre as mães, a extroversão estava associada com alto SEE e entre os pais, a depressão se associou com alto SEE. Outro estudo (Hibbs et al., 1991) realizado com pais de crianças e de adolescentes diagnosticados com transtorno obsessivo compulsivo ou com transtornos disruptivos, encontraram associação entre alta EE e presença de psicopatologia nos pais. Shimodera et al. (2000), num estudo realizado no Japão, apontaram que familiares com alta EE exibiram significativamente mais disfunção social e depressão do que familiares com baixa EE.

O sofrimento mental experimentado pelos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação que participaram do presente estudo pode ser decorrente da posição que estes cuidadores ocupam na família, como uma "figura central", responsável por lidar com problemas de diversas ordens apresentados pelos demais membros, o que pode resultar também em sobrecarga, fazendo com que o cuidador tenha dificuldade em conseguir tempo para cuidar de si mesmo. Nesse sentido, Pegoraro e Caldana (2008), em pesquisa qualitativa realizada no Brasil com familiares de usuários de um CAPS, identificaram nesses familiares histórico de sofrimento mental intenso que culminou com a necessidade de busca por ajuda médica e uso de medicação psiquiátrica.

Considerando que a expressão de emoções é diretamente influenciada pelo estado emocional do sujeito, é natural que sintomas de depressão e/ou ansiedade que configuram sofrimento mental tenha impacto sobre a qualidade das relações estabelecidas entre o cuidador e a pessoa que recebe os cuidados.

A associação entre sofrimento mental e SEE evidencia que cuidadores que apresentam sintomas sugestivos de transtornos mentais comuns tendem a adotar atitudes superprotetoras com o paciente, as quais impactam de forma negativa no relacionamento interpessoal de ambos.

Acerca das atitudes que configuram o SEE, Amaresha e Venkatasubramanian (2012), em artigo de revisão sobre a EE, ressaltam que é comum que pais de pessoas com transtornos mentais tenham comportamentos superprotetores devido à presença de sentimento de culpa pelo transtorno psiquiátrico do filho. Essa superproteção dificulta o

desenvolvimento de habilidades e de autoconfiança pela pessoa com transtorno mental, e a longo prazo, faz com que ela fique dependente de seu cuidador.

No presente estudo, a detecção do sofrimento mental como fator de risco para alto SEE deixa clara a necessidade de os serviços de saúde destinarem atenção para os cuidadores, visto que um trabalho exclusivamente com o paciente provavelmente não resolverá questões ligadas ao ambiente familiar, que novamente exercerá impacto sobre o paciente após a alta e aumentará as chances de recaída do transtorno psiquiátrico.

Há, portanto, que se incluir o cuidador como alguém que tem muito a dizer, especialmente quanto a seu próprio sofrimento mental e o quanto este mobiliza sua vida (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Como profissionais da área da saúde mental, conhecer o cuidador e suas particularidades é fundamental para tratar os pacientes identificados, bem como iniciar intervenções sobre o ambiente familiar precocemente a fim de atingir melhores resultados.

8.6 EMOÇÃO EXPRESSA E ESTILO DE VIDA

Ao contrário do que se esperava, o estilo de vida dos cuidadores não teve associação estatisticamente significativa com a EE e além disso, mostrou-se adequado, visto que 80,3% dos cuidadores foram avaliados com estilo de vida bom, muito bom ou excelente. Tais resultados realçam que apesar das condições adversas que os cuidadores estavam vivenciando no último mês relacionadas à crise psiquiátrica do paciente, considerando a interação da oferta de cuidados com suas características pessoais, seus contatos sociais, seus hábitos referentes ao consumo de substâncias psicoativas, sua prática de atividades físicas e suas condições de vida socioeconômicas e ambientais, eles foram capazes de manter padrões de comportamentos saudáveis, o que representa um excelente resultado.

Ao encontro deste resultado, Anderson et al. (1984) ao investigar apoio social e EE nos EUA, encontrou que familiares de pacientes com Esquizofrenia com alto SEE tinham também mais envolvimento com suas redes sociais, ao invés de serem isolados. Isso demostra a busca dos cuidadores por relações sociais que possam apoiá-los em suas vidas.

Porém, chamou atenção também o fato de o estilo de vida, sendo avaliado positivamente, não ter constituído um fator de proteção para alta EE. É possível, então,

que essa seja uma variável do cuidador que não exerce nenhuma influência sobre o ambiente familiar de pessoas com transtornos mentais.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abstração e a subjetividade são componentes expressivos da esfera da saúde mental. Como profissionais da saúde, oferecer tratamento à uma pessoa com algum tipo de transtorno mental é trabalhar com o mundo interno, estruturado por formas particulares de se relacionar e de responder às demandas do ambiente. Nesse contexto, a qualidade dos relacionamentos interpessoais e o ambiente familiar são extremamente relevantes.

A emoção é um componente instrinseco à natureza humana que se expressa naturalmente e influencia as relações interpessoais. Algumas vezes essa expressão pode ocorrer de maneira inconsequente e ter impactos negativos. Refletir sobre essa questão a fim de se conscientizar sobre a origem de tais emoções e também de como elas estão sendo expressas, pode auxiliar a minimizar esses impactos negativos, ou ainda, a potencializar impactos positivos.

No contexto da oferta de cuidado à pessoa com transtorno mental, considerando que a qualidade das relações interpessoais é fortemente influenciada pela expressão de emoções dos sujeitos envolvidos, ao analisar o estresse precoce, os sintomas de estresse, o sofrimento mental e o estilo de vida dos cuidadores, este estudo possibilitou avaliar importantes aspectos que podem influenciar o complexo fenômeno que é o relacionamento interpessoal entre cuidador e pessoa com transtorno mental. Concluiu-se que alta Emoção Expressa está presente na maioria dos cuidadores de pessoas com trantornos mentais em início de internaçãao, dado preocupante se considerada sua relaçãao com maior número de recaídas e sofrimento familiar. Estresse precoce, sintomas de estresse e sofrimento mental tambem se destacam como fenômenos relevantes ao planejamento do cuidado à estes familiares cuidadores.

Os resultados deste trabalho denotam a necessidade de disponibilizar aos cuidadores orientações claras e intervenções estruturadas com foco no manejo da crise do paciente a fim de que eles possam lidar de maneira mais adequada e menos desgastante com os momentos de crise ou recaída do paciente que antecedem a internação psiquiátrica.

Além disso, diante da constatação do estresse precoce e do sofrimento mental como fatores de risco para o desenvolvimento de alta EE no domínio SEE, sugerem que as intervenções sobre o ambiente familiar sejam iniciadas precocemente a fim de que um maior investimento seja realizado para auxiliar na resolução dos problemas existentes.

Devido à complexidade desse tema é necessário o desenvolvimento de outros estudos que abordem características dos familiares e também características dos pacientes e do ambiente, em diversos momentos, tais como na internação, após a alta e ao longo dos tratamentos extra hospitalares.

Estudos sobre intervenções visando o cuidado familiar em saúde mental também são caminhos que podem contribuir para evolução na assistência a esta população, visto a necessidade de, além de ofertar assistência às pessoas com transtornos mentais, tornar também os cuidadores alvos da atenção profissional à saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M. et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010.

AMARESHA, A. C.; VENKATASUBRAMANIAN, G. Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. Indian Journal of Psychological Medicine, v. 34, n. 1, p. 12-20, 2012.

ANDERSON, C. M. et al. Expressed emotion and social networks of parents of schizophrenic patients. British journal of psychiatry, v. 144, p. 247-255, 1984.

BAES, C. V. W. Estresse Precoce e Alterações do Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) na Depressão. Dissertação (mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2012.

BARRELET, L. et al. Expressed emotion and first-admission schizophrenia. Nine-month follow-up in a French cultural environment. British Journal of Psychiatry, v. 156, p. 357-362, 1990.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007.

BARROWCLOUGH, C.; JOHNSTON, M.; TARRIER, N. Attributions, expressed emotion and patient relapse: an attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. Behaviour Therapy, v. 25, p. 67–88, 1994.

BARROWCLOUGH, C.; TARRIER, N.; JOHNSTON, M. Distress, expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, v. 22, n. 4, p. 691–701, 1996.

BEBBINGTON, P.; KUIPERS, L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. Psychological Medicine, v. 24, n. 3, p. 707-718, 1994.

BENTSEN, H. et al. Emotional overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. British Journal of Psychiatry, v. 169, n. 5, p. 622-630, 1996.

BERSTEIN, D. P. et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. American Journal Psychiatry, v. 151, n. 8, p. 1132-1136, 1994.

BERSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. Child Abuse Neglent. v. 27, n. 2, p. 169-170, 2003.

BERTRANDO, P. et al. Expressed emotion and schizophrenia in Italy: A study of an urban population. British Journa! of Psychiatry, v. 161, p. 223-229, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar – Volume 1. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS – As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Brasília, 2011.

BREWIN, C. R., et al. Attributions and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, v. 100, n. 4, p. 546–554, 1991.

BRIETZKE, E. et al. Impact of childhood stress on psychopathology. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 34, n. 4, p. 480-488, 2012.

BRITO, B. J. Q.; GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B. Revisão da literatura sobre o estilo de vida de estudantes universitários. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Ponta Grossa, v. 6, n. 2, p. 66-76, 2014.

BROWN, G. W. Experiences of discharge chronic schizophrenic patients in various types of living groups. The Milbank Memorial fund quarterly, Hoboken, v. 37, p. 105-131, 1959.

BROWN G. W.; BIRLEY J. L. T.; WING J. K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. British Journal of Psychiatry, London, v. 121, p. 241-258, 1972.

BROWN, G. W.; CARSTAIRS, G. M.; TOPPING G. Post-hospital adjustment of chronic mental patients. Lancet, London, v. 2, n. 7048, p. 685-688, 1958.

BROWN, G. W.; MONCK, E.; CARSTAIRS, G. M.; WING, J. Influence of family life on the course of schizophrenia disorders: a replication. British Journal os Psychiatry, London, v. 121, p. 55-68, 1962.

BROWN, G.W.; RUTTER, M. The measurement of family activities and relationship: a methodological study. Human Relations, London, v. 19, n. 3, p. 241-263, 1966.

BUTZLAFF, R. L.; HOOLEY, J. M. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta analysis. Archives of General Psychiatry, v. 55, n. 6, p. 547–552, 1998.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 517-523, 2012.

CASANOVA-RODAS, L. et al. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. Salud Mental, v. 37, p. 443-448, 2014.

CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de Transtornos Mentais Menores em Estudantes Universitários. Estudos de Psicologia, v. 10, n. 3, p. 413-420, 2005.

CHAMBLESS, D. L. Family overinvolvement and criticism: an introduction to expressed emotion. Psychotherapy in Practice, Hoboken, v. 4, n. 3, p. 1-5, 1998.

CHENG, A. T. A. Expressed emotion: a cross-culturally valid concept? British Journal of Psychiatry, v. 181, p. 466-467, 2002.

COOK, E. C. et al. The stress response and adolescents' adjustment: the impact of child maltreatment. Journal of Youth and Adolescence, v. 41, n. 8, p. 1067–1077, 2012.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 38, nº 2, p. 197-205, 2004.

COUTINHO, L. M. S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1875-1883, 2014.

EIZAGUIRRE, A. E. et al. Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos. Psiquis, v. 21, n. 4, p. 181-191, 2000.

FARAVELLI, C. et al. Childhood traumata, Dexamethasone Suppression Test and psychiatric symptoms: a trans-diagnostic approach. Psychological Medicine, v. 40, n. 12, p. 2037-48, 2010.

FARIAS, C. A. et al. Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4819-4827, 2014.

FERNANDES, M. H. et al. Estilo de vida de professores universitários: uma estratégia para promoção da saúde do trabalhador. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 22, n. 2, p. 94-99, 2009.

GALERA, S. A. F. et al. Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, nº 4, p. 774-778, 2011.

GÓMEZ-DE-REGIL, L.; KWAPIL, T. R.; BARRANTES-VIDAL, N. Predictors of expressed emotion, burden and quality of life in relatives of Mexican patients with psychosis. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, v. 21, p. 170–179, 2014.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GONÇALVES, S. P. Stress e bem-estar no trabalho: da definição aos modelos teóricos. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. 2013.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 249-55, 2006.

GUIMARÃES, J.; SAEKI, T. Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. VIII, n. 2, p. 357-374, 2001.

HAYES, L. et al. Quality of Life and Social Isolation Among Caregivers of Adults with Schizophrenia: Policy and Outcomes. Community Mental Health Journal, v. 51, p. 591–597, 2015.

HEIM, C.; NEMEROFF, C. B. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. Biol Psychiatry, v. 49, p. 1023-1039, 2001.

HIBBS, E. D. et al. Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 32, n. 5, p. 757-770, 1991.

HOLMES, T.; RAHE, R. Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research, v. 11, p. 213-218, 1967.

HOOLEY, J. M.; GOTLIB, I. H. A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. Applied & Preventive Psychology, v. 9, p. 135-151, 2000.

HOOLEY, J. M.; HILLER, J. B. Personality and Expressed Emotion. Journal of Abnormal Psychology, v. 109, n. 1, p. 40-44, 2000.

HOOLEY, J. M.; ORLEY, J.; TEASDALE, J. D. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. British Journal of Psychiatry, v. 148, p. 642–647, 1986.

HUBSCHMID, T.; ZEMP, M. Interactions in high- and low-EE families. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 24, n. 2, p. 113-119, 1989.

KAVANAGH, D. J. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia, British Journal of Psychiatry, v. 160, p. 601–620, 1992.

KOENIGSBERG, H. W. et al. Expressed emotion and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. American Journal of Psychiatry, v. 150, n. 7, p. 1114–1115, 1993.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 1, n. 1, p. 69-73, 2002.

KOUTRA, K. et al. Identifying the socio-demographic and clinical determinants of family functioning in Greek patients with psychosis. International Journal of Social Psychiatry, v. 61, n. 3, p. 251–264, 2015.

LAM, P. C. W. et al. Ways of coping of Chinese caregivers for family members with schizophrenia in two metropolitan cities: Guangzhou and Hong Kong, China. International Journal of Social Psychiatry, v. 61, n. 6, p. 591–599, 2015.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984.

LEFF, J. et al. Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh: a two year follow-up of a first-contact sample. British Journal of Psychiatry, v. 156, p. 351-356, 1990.

LIMA, D. C. et al. Habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 31, n. 4, p. 549-558, 2014.

LIPP, M. E. N. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. Estudos de Psicologia, v. 11, n. 3, p. 43-49, 1994.

LOUREIRO, L. A. Consumo de Substâncias Psicoativas e Estilos de Vida nos estudantes do ensino superior. Dissertação (mestrado). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ20) in primary care in the city of São Paulo. British Journal of Psychiatry, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARTINS, C. M. S. Análise da ocorrência de estresse precoce em pacientes psiquiátricos adultos. Dissertação (mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2012.

MARTINS, C.; DE LEMOS, A. I.; BEBBINGTON, P. E. A Portuguese/Brazilian study of Expressed Emotion. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 27, n. 1, 1992.

MAVREAS, V. G. et al. Expressed Emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 27, p. 4-9, 1992.

MAYER, J. D.; ROBERTS, R. D.; BARSADE, S. G. Human abilities: emotional intelligence. The Annual Review of Psychology, v. 59, p. 507-36, 2006.

MIGUEL, T. L. B. Fatores associados a Transtornos Mentais Comuns e consumo de Psicofármacos em Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto. Dissertação (mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2014.

MIKLOWITZ, D. J. et al. Family factors and the course of bipolar affective disorder. Archives of General Psychiatry, v. 45, n. 3, p. 225–231, 1988.

MOLINE, R. A. et al. Family Expressed Emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban American patients. American Journal of Psychiatry, v. 142, p. 1078-1108, 1985.

MORENO, V; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 37, nº 2, p. 43-50, 2003.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O Pentáculo do bem-estar – base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. Revista Brasileira Atividade Física e Saúde, Pelotas, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

OKASHA, A. et al. Expressed emotion, perceived criticism, & relapse in depression: A replication in an Egyptian community. American Journal of Psychiatry, v. 151, n. 7, p. 1001–1005, 1994.

OLIVEIRA, K. S. A.; LUCENA, M. C. M. D.; ALCHIER, J. C. Estresse em cuidadores de pacientes com Alzheimer: uma revisão de literatura. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 47-64, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre a Saúde no Mundo – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança, Genebra, 2001.

PARKER, G.; JOHNSTON, P. Parenting and schizophrenia. An Australian study of Expressed Emotion. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, v. 21, p. 60-66, 1987.

PARKER, G.; JOHNSTON, P.; HAYWARD, L. Parental 'expressed emotion' as a predictor of schizophrenic relapse. Archives of general psychiatry, v. 45, n. 9, p. 806-813, 1988.

PAZ, E. P. A. et al. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. Investigación y Educación en Enfermería, Medellín, v. 29, n. 3, p. 467-476, 2011.

PEGORARO, R., F.; CALDANA, R. H. L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, 2006.

PEIXOTO, M. J. R. Transtornos Mentais Comuns e Qualidade de Vida em cuidadores de usuários de um CAPS Infanto-juvenil. Dissertação (mestrado). Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, 2013.

PÉREZ-PAREJA, B. et al. Expressed emotion and psychological distress in caregivers of patients with an eating disorder. Anales de Psicología, v. 30, n. 1, p. 37-45, 2014.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. Ciências da Saúde. Arquivos de Ciências da Saúde, v. 12, n. 1, p. 42-9, 2005.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Tradução: Denise Regina de Sales. 7ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, P. R. G. et al. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar em la Esquizofrenia: implicaciones terapêuticas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, v. 32, n. 116, p. 739-756, 2012.

RODRIGUES, A. P. G.; GONDIM, S. G. Expressão e regulação emocional no contexto de trabalho: um estudo com servidores públicos. Revista de Administração Mackenzie, São Paulo, v. 15, n. 2, 2014.

RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário "Estilo de Vida Fantástico": tradução e validação para adultos jovens. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SANTOS, A. F.; ALVES JUNIOR, A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 20, n. 1, p. 104- 113, 2007.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Autopercepção do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 17, n. 1, p. 93-101, 2012.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Familiares de pessoa em sofrimento mental: estresse e estressores no cuidado. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 32, n. 1, p. 87-95, 2015.

SELYE, H. Stress and the general adaptation syndrome. British Medical Journal, Londres, p. 1383-1392, 1950.

SELYE, H. The stress of my life: A scientist's memoirs. New York: Van Nostrand Reinhold, 1979.

SERRA, A. O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 2000.

SHARPLEY, C. F.; MCFARLANEL, J. R.; SLOMINSKI, A. Stress-linked cortisol concentrations in hair: what we know and what we need to know. Reviews in the neurosciences, v. 23, n. 1, p. 111–121, 2013.

SHIMODERA S. et al. Expressed emotion and family distress in relatives of patients with schizophrenia in Japan. Comprehensive Psychiatry, v. 41, n. 5, p. 392–397, 2000.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MESNDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, 2007.

SOUZA, L. R. et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 140-149, 2015.

SOUZA FILHO, M. D. et al. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 3, p. 639-647, 2010.

STANSFELD, S. et al. Stressors and common mental disorder in informal carers e An analysis of the English Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. Social Science & Medicine, v. 120, p. 190-198, 2014.

SZMUKLER, G. I. et al. Anorexia nervosa, parental expressed emotion and dropping out of treatment. British Journal of Psychiatry, v. 147, p. 265–271, 1985.

TARRIER, N. et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. British journal of psychiatry, v. 153, p. 532-542, 1988.

TISSOT, C. L. A influência da família sobre a adesão ao tratamento do dependente químico: um estudo piloto sobre a emoção expressa [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2006.

VAUGHN, C. E.; LEFF J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. British Journal of Social & Clinical Psychology, v. 15, p. 157-65, 1976.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. Estudos de Psicologia, Natal, v. 11, n. 2, p. 159-168, 2006.

VITALIANO, P. P. et al. Does expressed emotion in spouses predict subsequent problems among care recipients with Alzheimer's disease? Journal of Gerontology, v. 48, n. 4, p. 202–209, 1993.

WEARDEN, A. J. et al. A Review of expressed emotion research in health care. Clinical Psychology Review, v. 20, n. 5, p. 633–666, 2000.

WEISMAN, A. G. at el. Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: A within family comparison of high-EE and low-EE relatives. Journal of Abnormal Psychology, v. 109, n. 1, p. 167–171, 2000.

WHO – World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva, 1998.

WIEDEMANN, G. et al. The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. Psychiatry Research, Shannon, v. 109, p. 265-79, 2002.

ZANETTI, A. C. G.; GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Adaptação Cultural do Family Questionnarie para Avaliação da emoção Expressada. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-97, 2012.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: "**Influência do estresse e fatores relacionados na saúde de familiares cuidadores em saúde mental**"

Pesquisa, nível mestrado, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisadoras Responsáveis: Angélica da Silva Araújo e Tássia Ghissoni Pedroso

Orientadora: Profª Drª Lucilene Cardoso

ESCLARECIMENTOS

Estamos convidando você a participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar e descrever a ocorrência de estresse, sobrecarga; as emoções, atitudes e comportamentos entre os membros de uma família (emoção expressa); questões de saúde entre cuidadores de pacientes com transtorno mental e também investigar dados sobre idade, sexo, escolaridade, ocupação. Trata-se de um estudo para entender melhor como é cuidar de uma pessoa com transtorno mental e o que isso pode provocar em familiares cuidadores, como você. Com isso, pretendemos refletir sobre uma forma de melhorar os serviços de atenção à saúde e oferecer atendimentos mais estruturados para auxiliá-los a melhorar esse cuidado e ajudar o cuidador a cuidar da própria saúde.

A coleta de dados desta pesquisa será feita em apenas uma etapa. Você será convidado (a) a responder nove questionários, em uma sala do Hospital Santa Tereza, ou em outro local que você preferir, em um único encontro. Vamos perguntar a você sobre quando você era criança e sua relação com as pessoas nesta época; na sua vida adulta sobre como se sente cuidando do seu familiar e sobre como tem se sentido nos últimos trinta dias. Perguntaremos também alguns dados sociodemográficos (como idade, sexo, estado civil) e precisamos que você nos deixe coletar uma pequena mecha do seu cabelo para exames sobre estresse. A amostra de cabelo coletada ficará armazenada com os pesquisadores para a realização das análises clínicas e será utilizada apenas para fins científicos, sendo destruída depois de 5 anos. O tempo previsto para sua participação é de 120 minutos (2 horas).

Sua participação não é obrigatória e você também terá o direito de desistir de participar em qualquer momento, sem precisar justificar sua desistência. Caso desista ou não queira participar, isso não prejudicará nem você e nem seu familiar caso precisem passar novamente por tratamento no Hospital Santa Tereza.

Caso aceite participar deste estudo, seu nome não será divulgado de maneira alguma e sua identidade será mantida em sigilo. Você não precisará pagar nada para participar e também não vai receber dinheiro para isso. Os benefícios previstos são diretos e indiretos. Você terá como benefício direto uma avaliação gratuita sobre ocorrência de estresse na sua vida e indicadores de sua saúde, sendo entregue para você um resumo de sua avaliação geral, assim que analisada e iremos auxiliar a busca de suporte profissional quando necessário. Indiretamente poderá também ser beneficiado por avanços gerados pelos resultados do estudo para intervenções no cuidado á saúde de cuidadores.

Por outro lado, você pode se sentir constrangido (a), triste, sensível por causa das perguntas que serão feitas a você ou por falar sobre sua vida. Caso você se sinta assim ou tenha qualquer outra queixa, vamos acolher sua demanda, avaliar e ajudar você a buscar a melhor solução possível, inclusive a buscar suporte profissional se necessário. Você pode se recusar participar da pesquisa ou mesmo a responder qualquer pergunta sempre que desejar. Também poderá pedir mais informações quando quiser, nosso contato está no final deste termo e disponível 24 horas a você.

Quando terminarmos esta pesquisa, os dados e informações obtidas nos questionários e na análise do seu cabelo serão utilizados apenas para fins científicos e os resultados poderão ser divulgados publicamente. Como já garantido à você sua participação será anônima e sua identidade não será divulgada de forma alguma.

Caso você sofra algum dano por participar desta pesquisa você tem direito a indenização, conforme as leis vigentes no país. Caso tenha dúvida ou deseje informações você também poderá entrar em contato como o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3602-3386 funcionamento de segunda a sexta-feira, das 08:00 as 17:00 horas. O CEP tem a finalidade traçar diretrizes para orientar ações no campo da pesquisa, zelar pela execução das mesmas e estimular sua produção e qualidade.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito desta pesquisa, peço que, por favor, assine este termo de consentimento, em duas vias, sendo que delas é sua e será assinada também por nós pesquisadores.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE e ESCLARECIMENTO

Título da Pesquisa: "**Influência do estresse na sobrecarga e na emoção expressa entre familiares cuidadores em saúde mental**"

Pesquisa, nível mestrado, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisadoras Responsáveis: Angélica da Silva Araújo, Tássia Ghissoni Pedroso, Profª Drª Lucilene Cardoso (orientadora).

Eu,_____,_____ (grau de parentesco) do paciente _____, fui informado de forma clara sobre os objetivos, finalidade de estudo, procedimentos, riscos e benefícios, direitos do participante e forma de participação na pesquisa **"Influência do estresse na sobrecarga e na emoção expressa entre familiares cuidadores em saúde mental"**

Sendo assim, **ACEITO PARTICIPAR DESSA PESQUISA.**

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20__.

_____

Assinatura ou impressão digital do PARTICIPANTE

Pesquisadores:

_____ _____

Angélica da Silva Araujo Tássia Ghissoni Pedroso

_____

Lucilene Cardoso

Em caso de dúvida ou informações, você pode entrar em contato com as pesquisadoras pelos telefones: (16) 3602-0531 – Lucilene / (16) 98109-2913 - Angélica / (17) 99604-7662 – Tássia

Apêndice B – Questionário Sociodemográfico, de condições ocupacionais e saúde

1. Naturalidade (nasceu):	
2. Procedência (mora):	
3. Sexo: 1( ) Masculino 2( )Feminino	
4. Data de Nascimento: ____/____/_____	
5. Sabe ler/escrever? 1( ) Não 2( ) Sim	
6. Escolaridade: 1( ) Não estudou em escola regular 2( ) Fundamental incompleto 3( ) Fundamental completo 4( ) Médio incompleto 5( ) Médio completo 6( ) Superior incompleto 7( ) Superior completo 8( ) Outro _____	
7. Até qual série estudou?_____	
8. Repetiu alguma série? 1( ) Não 2( ) Sim 8.1- Se SIM, Quantas vezes?_____	
9. Situação conjugal: 1( ) Solteiro 2( ) Casado/ com companheiro fixo 3( ) Separado/ divorciado 4( ) Viúvo	
10. Segue alguma religião ou afiliação religiosa? 1( ) Não 2( ) Sim 10.1- Qual religião? 0( ) não se aplica 1( ) Católico 2( ) Evangélico 3( ) Protestante 4( ) Espírita 5 Outra_____	
11. Cor da pele: 1( ) Branco 2( ) Negro 3( ) Pardo 4( ) Amarelo	
12. Qual a sua ocupação/profissão?	
13. Exerce essa profissão atualmente? 0( ) não se aplica 1( ) Não 2( ) Sim	
14. Recebe auxílio-benefício? 1( ) Não 2( ) Sim	
15. Renda mensal individual? R$_____	
16. Renda familiar R$_____	
17. Você mora com: 1( ) Família 2( ) Amigos 3( ) Sozinho 4( )Outro_____	
18. Pratica atividade física? 1( ) Não 2( ) Sim 18.1 Qual?_____ 18.2 Frequência:_____	
19. Você já apresenta ou já apresentou algum problema de saúde? LER SEMPRE ESTES EXEMPLOS: hipertensão, diabetes, alteração do colesterol/triglicéres, câncer, obesidade, alterações neurológicas, convulsão, cirurgias)? 1( ) Não 2( ) Sim Se SIM qual ou quais problemas de saúde que apresenta ou já apresentou? 19.a1) Qual? _____ 19.a2) Há quanto tempo? _____ 19.b1) Qual? _____ 19.b2) Há quanto tempo? _____ 19.c1 Qual? _____ 19.c2) Há quanto tempo? _____ 19.d1) Qual? _____ 19.d2) Há quanto tempo? _____	
20. Você toma algum medicamento/remédio? 1( ) Não 2( ) Sim 20.a1) Qual?_____ 20.a2) Frequência: _____ 20.b1) Qual?_____ 20.b2) Frequência: _____ 20.c1) Qual?_____ 20.c2) Frequência: _____	
21. Você tomou algum anti-inflamatorio nos últimos 3 meses? (ou outro medicamento a base de corticoide) 1( )Não 2( )Sim 21.a1) Qual?_____ 21.a2) Frequência: _____ 21.b1) Qual?_____ 21.b2) Frequência: _____ 21.c1) Qual?_____ 21.c2) Frequência: _____	
22. Você sabe qual a doença do seu familiar em tratamento neste serviço? 1( ) Não 2( ) Sim 22.1 Qual?_____	
23. Você sabe há quanto tempo ele tem essa doença? 1( ) Não 2( ) Sim 23.1 Há quanto tempo? _____ anos	
24. Você sabe quantas internações seu familiar já teve? 1( ) Não 2( ) Sim 24.1 Quantas? _____	
25. Tipo de parentesco com o familiar	

ANEXOS

Anexo A – Questionário Familiar

Neste ÚLTIMO MÊS	Muito raramente (1)	Raramente (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
1. Por causa dele (a) eu não presto atenção o suficiente em mim mesmo (a).				
2. Eu tenho que pedir várias vezes para ele (a) fazer as coisas.				
3. Eu penso no que poderá acontecer com ele (a).				
4. Ele (a) me deixa irritado (a).				
5. Eu penso muito sobre o que causou a doença dele (a).				
6. Eu preciso me esforçar para não criticá-lo (a).				
7. Eu não consigo dormir por causa dele (a).				
8. É difícil chegar a um acordo com ele (a).				
9. Quando algo nele (a) me irrita ou me deixa preocupado (a) eu guardo para mim.				
10. Ele (a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele (a).				
11. Por ele (a) coloco minhas necessidades em segundo plano.				
12. Ele (a) me deixa nervoso.				
13. Eu me preocupo muito com ele (a).				
14. Algumas coisas ele (a) faz somente por desaforo.				
15. Eu penso que eu mesmo (a) posso ficar doente.				
16. Eu me irrito quando ele (a) pede coisas toda hora.				
17. Ele (a) é muito importante na minha vida.				
18. Eu preciso exigir a ele (a) que se comporte de outra maneira.				
19. Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo (a)				
20. Ele (a) me aborrece.				

Anexo B – Questionário sobre traumas na infância (CTQ)

Enquanto eu crescia:	Nunca (1)	Poucas Vezes (2)	Às vezes (3)	Muitas vezes (4)	Sempre (5)
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

Anexo C – Inventário de Sintomas de Estresse para adultos de LIPP (ISSL)

QUADRO 1 a) Marque com um X os sintomas que tem experimentado nas ÚLTIMAS 24 HORAS	
01.Mãos e pés frios	F1( )
02.Boca seca	F1( )
03.Nó no estômago	F1( )
04.Aumento da Sudorese(muito suor, suadeira)	F1( )
05.Tensão Muscular	F1( )
06.Aperto da Mandíbula/Ranger os dentes	F1( )
07.Diarréia passageira	F1( )
08.Insônia	F1( )
09.Taquicardia(batedeira no peito)	F1( )
10.Hiperventilação(respirar ofegante, rápido)	F1( )
11.Hipertensão arterial súbita e passageira (pressão alta)	F1( )
12.Mudança de apetite	F1( )
b) Marque com um X os sintomas que tem experimentado nas ÚTLIMAS 24 horas	
13.Aumento súbito de motivação	P1( )
14.Entusiasmo súbito	P1( )
15.Vontade súbita de iniciar novos projetos	P1( )

QUADRO 2 a) Marque com um X os sintomas que tem experimentado na ÚLTIMA SEMANA	
01.Problemas com a memória	F2( )
02.Mal-estar generalizado, sem causa específica	F2( )
03.Formigamentos das Extremidades	F2( )
04.Sensação de desgaste físico constante	F2( )
05.Mudança de apetite	F2( )
06.Aparecimento de problemas dermatológicos (problemas de pele)	F2( )
07.Hipertensão arterial (pressão alta)	F2( )
08.Cansaço constante	F2( )
09.Aparecimento de úlcera	F2( )
10.Tontura/Sensação de estar flutuando	F2( )
b) Marque com um X os sintomas que tem experimentado na ÚLTIMA SEMANA	
11.Sensibilidade emotiva excessiva (estar muito nervoso)	P2( )
12.Dúvida quanto a si próprio	P2( )
13.Pensar constantemente em um só assunto	P2( )
14. Irritabilidade excessiva	P2( )
15. Diminuição da libido (sem vontade de sexo)	P2( )

QUADRO 3 a) Marque com um X os sintomas que tem experimentado no ÚLTIMO MÊS	
01.Diarréia frequente	F3( )
02. Dificuldades sexuais	F3 ( )
03.Insônia (dificuldade para dormir)	F3 ( )
04.Náusea	F3 ( )
05.Tiques	F3 ( )
06.Hipertensão arterial continuada (pressão alta)	F3 ( )
07.Problemas dermatológicos prolongados (problemas de pele)	F3 ( )
08.Mudança de apetite	F3 ( )
09.Excesso de gases	F3 ( )
10.Tontura frequente	F3 ( )
11.Úlcera	F3 ( )
12.Enfarte	F3 ( )

QUADRO 3 b) Marque com um X os sintomas que tem experimentado no ÚLTIMO MÊS	
13.Impossibilidade de Trabalhar	P3( )
14.Pesadelos	P3( )
15.Sensação de incompetência em todas as áreas	P3( )
16.Vontade de fugir de tudo	P3( )
17.Apatia, depressão ou raiva prolongada	P3( )
18.Cansaço excessivo	P3( )
19.Pensar/falar constantemente em um só assunto	P3( )
20.Irritabilidade sem causa aparente	P3( )
21.Angústia/Ansiedade diária	P3( )
22.Hipersensiblidade emotiva	P3( )
23.Perda de senso de humor	P3( )

Anexo D – Questionário Estilo de Vida Fantástico

		Neste ÚLTIMO MÊS:	0	1	2	3	4
F	01	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	C/ relativa frequência	Quase sempre
	02	Dou e recebo afeto	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	C/ relativa frequência	Quase sempre
A	03	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.)	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
	04	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
N	05	Como uma dieta balanceada (ver explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	C/ relativa frequência	Quase sempre
	06	Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	07	Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável	Mais de 8 kg	8 kg	6 kg	4 kg	2 kg
T	08	Fumo cigarros	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos cinco anos
	09	Uso drogas como maconha e cocaína	Algumas vezes				Nunca
	10	Abuso de remédios ou exagero	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	11	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas")	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	☐Nunca
A	12	Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (ver explicação)	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	13	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	14	Dirijo após beber	Algumas vezes				Nunca
S	15	Durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	C/ relativa frequência	Quase sempre
	16	Uso cinto de segurança	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	17	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	C/ relativa frequência	☐Quase sempre
	18	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	C/ relativa frequência	☐Quase sempre
	19	Pratico sexo seguro (ver explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	C/ relativa frequência	☐Quase sempre
T	20	Aparento estar com pressa	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	☐Quase nunca
	21	Sinto-me com raiva e hostil	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	☐Quase nunca
I	22	Penso de forma positiva e otimista	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	c/ relativa frequência	☐Quase sempre
	23	Sinto-me tenso e desapontado	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	☐Quase nunca
	24	Sinto-me triste e deprimido	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	☐Quase nunca
C	25	Estou satisfeito com meu trabalho ou função	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	c/ relativa frequência	☐Quase sempre

Anexo E – Self-Repporting Questionnaire 20 (SRQ20)

Neste ÚLTIMO MÊS:	Respostas	
1 - Você tem dores de cabeça frequentes?	1( ) Não	2( ) Sim
2 - Tem falta de apetite?	1( ) Não	2( ) Sim
3 - Dorme mal?	1( ) Não	2( ) Sim
4 - Assusta-se com facilidade?	1( ) Não	2( ) Sim
5 - Tem tremores nas mãos?	1( ) Não	2( ) Sim
6 - Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	1( ) Não	2( ) Sim
7 - Tem má digestão?	1( ) Não	2( ) Sim
8 - Tem dificuldades de pensar com clareza?	1( ) Não	2( ) Sim
9 - Tem se sentido triste ultimamente?	1( ) Não	2( ) Sim
10 - Tem chorado mais do que costume?	1( ) Não	2( ) Sim
11 - Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1( ) Não	2( ) Sim
12 - Tem dificuldades para tomar decisões?	1( ) Não	2( ) Sim
13 - Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	1( ) Não	2( ) Sim
14 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1( ) Não	2( ) Sim
15 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	1( ) Não	2( ) Sim
16 - Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1( ) Não	2( ) Sim
17 - Tem tido ideia de acabar com a vida?	1( ) Não	2( ) Sim
18 - Sente-se cansado (a) o tempo todo?	1( ) Não	2( ) Sim
19 - Você se cansa com facilidade?	1( ) Não	2( ) Sim
20 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	1( ) Não	2( ) Sim

Anexo F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 052/2015

Ribeirão Preto, 17 de abril de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de abril de 2015.

Protocolo CAAE: 39330114.9.0000.5393

Projeto: INFLUENCIA DO ESTRESSE E FATORES RELACIONADOS NA SAÚDE DE FAMILIARES CUIDADORES EM SAÚDE MENTAL.

Pesquisadores: Lucilene Cardoso

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Lucilene Cardoso
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Anexo G – Autorização do HST para realização da pesquisa

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇO DE SAÚDE
HOSPITAL SANTA TEREZA DE RIBEIRÃO PRETO

HST
Hospital Santa Tereza

DECLARAÇÃO

O Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, por meio da Gerência de Recursos Humanos, **DECLARA** que, o Projeto de Pesquisa intitulado **"Influência do Estresse e Fatores Relacionados na Saúde de familiares Cuidadores em saúde Mental"** do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da docente Profa.Dra Lucilene Cardoso foi analisado e autorizado pela Comissão de Ética Médica desta Instituição na data de 07 de outubro de 2014, sendo observados em Parecer, o respeito aos parâmetros éticos profissionais de sigilo.

Solicitamos à interessada, que após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto encaminha-se a este Hospital cópia de parecer e após conclusão da pesquisa cópia do resultado.

Ribeirão Preto, 13 de outubro de 2014

Rosana Segantini Anhezini da Silva
Diretor Téc. II
Gerência de Recursos Humanos