UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TÁSSIA GHISSONI PEDROSO

**Influência do estresse e do sofrimento mental na sobrecarga do cuidador em saúde
mental.**

RIBEIRÃO PRETO

2016

TÁSSIA GHISSONI PEDROSO

Influência do estresse e do sofrimento mental na sobrecarga do cuidador em saúde 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 Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^ª 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 e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pedroso, Tássia Ghissoni.

Influência do estresse e do sofrimento mental na sobrecarga do cuidador em saúde mental. Ribeirão Preto. 2016.

116 f :il.; 30 cm

Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental.

Orientadora: Cardoso, Lucilene.

1.Sobrecarga do cuidador 2.Saúde Mental 3.Estresse 4.Sofrimento Mental
5.Internação Psiquiátrica

PEDROSO, Tássia Ghissoni.

Influência do estresse e do sofrimento mental na sobrecarga do cuidador em saúde mental.

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

Área de Conhecimento: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Promoção em Saúde.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr.

Instituição:

Prof. Dr.

Instituição:

Prof. Dr.

Instituição:

*À Denise e ao Hermes.
Aos Cuidadores,
Seja da Terra,
Seja de qualquer Ser Vivo,
Seja por Amor,
Seja com Ardor.*

AGRADECIMENTOS

À Lucilene Cardoso pela oportunidade concedida, confiança, paciência, ensinamentos, pelos momentos de desabaços com choros e momentos oportunos de risos. De longe uma das pessoas mais humanas que já conheci.

À Denise Luzia Ghissoni Pedroso e ao Hermes Antonio Pedroso pelo amor e dedicação incondicionais. Por não desistirem de mim e acreditarem no meu potencial e na minha carreira.

À Lara Ghissoni Pedroso do Amaral pela credibilidade e por sempre me ajudar, com muita presteza, na revisão de meus trabalhos.

Ao Bruno Rochetti do Amaral pelo apoio, carinho e incentivo.

À Angélica da Silva de Araújo pela parceria no trabalho, ensinamentos, respeito e amizade.

À Sandra de Souza Pereira pelo acolhimento, ensinamentos e amizade.

À Isabela Martins pelo acolhimento, ensinamentos e carinho.

Aos Professores Adriana Miasso, Mário Juruena, Sueli Galera, Tatiane Borges pela contribuição no aprendizado sempre que precisei.

À Adriana Borela pela disponibilidade e cordialidade para ajudar e dar explicações sempre que precisei.

À CAPES pelo financiamento dessa pesquisa e pela oportunidade de dedicação exclusiva aos estudos de mestrado, essencial para essa etapa da minha vida e carreira.

*Aos Funcionários do setor de Acolhimento do Hospital Santa Tereza, em especial à
Cristina, Rafaelle, Lidiane e Fernanda, que me receberam muito bem, com muito
carinho, risadas, e entenderam e se interessaram pelos motivos da pesquisa, facilitando
esse momento tão delicado.*

Ao Estatístico Jonas pelos ensinamentos e contribuição.

Ao Fernando Cabrera pelo carinho e contribuição.

*Às Colegas Juceli Morero, Mayara Segundo, Mariana Borges, Larissa Tressoldi,
Lorena Fendrich e Luiza Casaburi, pelos momentos de estudos, trocas de experiências,
desabafos e risos.*

*A todos que mesmo que indiretamente estiveram presentes nessa etapa da minha vida
tão importante.*

*Pavão misterioso,
Pássaro formoso,
Um conde raivoso
Não tarda a chegar!
Não temas minha donzela,
Nossa sorte nessa guerra,
Eles são muitos,
Mas não podem voar!*
Ednardo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Produtividade associada as fases de estresse. Fonte: Dissertação Pafaro, 2002.	33
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1 – Probabilidade da ocorrência de sobrecarga severa entre os cuidadores considerando-se as variáveis independentes estatisticamente significativas a partir do modelo de regressão. Ribeirão Preto, São Paulo/2015	74
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica segundo a Região e Estado de naturalidade, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	50
Tabela 2 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo o Estado e cidade de procedência, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	50
Tabela 3 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo estado civil, cor da pele, religião e escolaridade, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	51
Tabela 4 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo a faixa etária, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	52
Tabela 5 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo auxílio-benefício, renda individual e renda familiar, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	53
Tabela 6 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo a prática de atividade física e problemas de saúde, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	54
Tabela 7 - Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica que possuem problemas de saúde, segundo diabetes, hipertensão e depressão, Ribeirão Preto - São Paulo/Brasil, 2015	54
Tabela 8 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo o conhecimento da doença do paciente e há quanto tempo a tem; o conhecimento da quantidade de internações psiquiátricas do paciente. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	55
Tabela 9 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo a sobrecarga do cuidado. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	57
Tabela 10 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo as respostas do Zarit Burden Interview (ZBI). Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	58

Tabela 11 – Concordância da questão 22 com as demais questões do instrumento de sobrecarga do cuidado (ZBI), Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	59
Tabela 12 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental que apresentaram sintomas de estresse, segundo a fase de estresse e os sintomas. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	60
Tabela 13 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo os sintomas físicos e psicológicos da fase de alerta do estresse. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	61
Tabela 14 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica, segundo os sintomas físicos e psicológicos da fase de resistência e quase-exaustão do estresse. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015.	62
Tabela 15 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo sintomas de estresse físicos e psicológicos da fase de exaustão do estresse. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	63
Tabela 16 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais, em início de internação, segundo os sintomas de sofrimento mental. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	64
Tabela 17 – Associação dos níveis de sobrecarga e as características sociodemográficas de sexo, escolaridade, estado civil e religião dos cuidadores de pessoa com transtorno mental, em início de internação. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	65
Tabela 18 – Associação entre os níveis de sobrecarga e as variáveis trabalho e auxílio-benefício, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	66
Tabela 19 – Associação entre os níveis de sobrecarga e as características relacionadas a saúde do cuidador de pessoa com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015.....	67
Tabela 20 – Associação dos níveis de sobrecarga com o uso de medicamentos pelos cuidadores de pessoas com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	68
Tabela 21 – Teste de média entre os níveis de sobrecarga e características dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	69

Tabela 22 – Associação dos níveis de sobrecarga e o conhecimento a respeito da doença da pessoa com transtorno mental pelo cuidador. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	70
Tabela 23 – Associação entre os níveis de sobrecarga e a ocorrência de estresse entre os cuidadores de pessoa com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	70
Tabela 24 – Associação entre os níveis de sobrecarga e as fases de estresse entre os cuidadores de pessoa com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015	71
Tabela 25 – Associação entre os níveis de sobrecarga e os tipos de sintomas de estresse entre os cuidadores de pessoa com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015.....	71
Tabela 26 – Associação entre os níveis de sobrecarga do cuidado e o sofrimento mental dos cuidadores de pessoas com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015.....	72
Tabela 27 - Regressão Logística Multinomial Ordinal entre a sobrecarga e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil 2015	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL	Alagoas
BA	Bahia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças -10
DF	Distrito Federal
DRSXIII	Direção Regional de Saúde XIII
DSM IV TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSTRP	Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress da LIPP
MA	Maranhão
MG	Minas Gerais
MS	Mato Grosso do Sul
PB	Paraíba
PE	Pernambuco
PR	Paraná
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RJ	Rio de Janeiro
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRQ20	Self-Reporting Questionnaire 20
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno mental comum
ZBI	Zarit Burden Interview

RESUMO

PEDROSO, T.G. Influencia do estresse e do sofrimento mental na sobrecarga do cuidador em saúde mental. 2016. 116f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A demanda extra de cuidados é definida como sobrecarga e pode impactar a vida da família, considerando que a natureza crônica da doença mental submete o familiar ao efeito prolongado de eventos estressores envolvidos na experiência cotidiana de cuidar, o que pode afetar a sua própria saúde mental. Este estudo teve por objetivo avaliar a ocorrência de sobrecarga entre cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica e sua relação com a ocorrência de estresse e de sofrimento mental. Foi realizado um estudo epidemiológico, transversal, com duração de dois anos. Participaram do estudo 112 cuidadores, de ambos os sexos, maiores de 18 anos. Para coleta de dados foram utilizados: um questionário para coleta de dados sociodemográficos, de condições ocupacionais, de saúde e de conhecimento pelo cuidador a respeito da doença do paciente com transtorno mental; a Escala de Sobrecarga Zarit Burden Interview (ZBI); o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos da LIPP (ISSL); e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ 20). Utilizou-se estatísticas descritiva e analítica, com medidas de tendência central, testes Qui-Quadrado de Pearson, o Exato de Fisher e teste de Concordância Kappa, com coeficiente de correlação de Pearson e regressão logística. Foi considerado nível de significância de 0,05. Todos os aspectos éticos foram respeitados. Entre os cuidadores, houve predomínio do sexo feminino (82%), a maioria era casada ou possuía companheiro fixo (59%), e idade média de 49 anos. Os escores de sobrecarga entre os cuidadores variaram de 13 a 81 pontos, com média de 50,2. Evidenciou-se que apenas 3,6% destes cuidadores não apresentaram sobrecarga e que a maioria apresentava sobrecarga de moderada a severa; 79,5% apresentaram sintomas de estresse, sendo que a maioria estava na fase de estresse chamada de Resistência (52,7%) e com predomínio de sintomas psicológicos de estresse (66,1%); 67,9% dos cuidadores estavam em sofrimento mental. Houve associação com elevada significância estatística entre a sobrecarga destes cuidadores e a ocorrência de estresse e de sofrimento mental. Os sintomas psicológicos do estresse, como: preocupação, ansiedade e irritabilidade, foram fatores de risco para sobrecarga severa. Assim, os resultados deste estudo deflagram a alarmante situação dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica, evidenciando sua situação de sobrecarga e vulnerabilidade ao adoecimento e ao sofrimento mental. Portanto, é evidente a necessidade de intervenções e estudos que visem ampliar e qualificar o cuidado a saúde destes familiares cuidadores.

Palavras-chave: cuidadores, saúde mental, sobrecarga da família, internação psiquiátrica, ZBI, SRQ20, ISSL

ABSTRACT

PEDROSO, T.G. The influence of stress and mental suffering in the burden of mental health caregiver. 2016. 116f. Dissertation (Master's degree) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The extra demand for care is defined as burden and it can affect family life whereas mental illness chronic nature shall expose the family to the prolonged effect of stressful events involved in everyday experience of care, which can affect their own mental health. This study aimed to evaluate the burden occurrence among caregivers of patients in early psychiatric hospitalization and the relation with their stress and mental suffering. An epidemiological, cross-sectional study was conducted, lasting two years. A number of 112 family carers, older than 18 years old, participated in the study. For data collection, it was used: a questionnaire to collect sociodemographic data, occupational condition, health and knowledge by the caregiver about the mental disorder patient illness; Zarit Burden Interview (ZBI); Inventory of Stress Symptoms for Adults of Lipp (ISSL); and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ 20). It was used descriptive and analytical statistics, performing chi-square tests of Pearson, Fisher's exact test and Kappa Agreement with Pearson's correlation coefficient and logistic regression, considering ,0.05 significance level. All ethical aspects were respected. There was a female predominance (82%), most of them were married (59%) and had an average age of 49 years old. The burden scores among carers ranged from 13 to 81 points, averaging 50.2. Only 3.6% of these caregivers did not show burden, and most of them had moderate to severe burden; 79.5% showed stress symptoms and most of them was in the phase of stress called resistance (52.7%), with a predominance of psychological symptoms of stress (66.1%); 67.9% of caregivers were in mental suffering. There was an association with high statistical significance between the burden of these caregivers and the occurrence of stress and mental suffering. Psychological symptoms of stress, such as worry, anxiety and irritability, were risk factors for severe burden. Thus, the results of this study trigger the alarming condition of the carers of people with mental disorders in early psychiatric hospitalization, indicating their vulnerability to illness and mental suffering. Therefore, it is clear the need for interventions and studies that aim to widen and improve the health care of these family caregivers.

Keywords: caregivers, mental health, family burden, psychiatric hospitalization, ZBI, SRQ20, ISSL

RESUMEN

PEDROSO, T.G. Influencia del estrés y del sufrimiento mental en la carga del cuidador de la salud mental. 2016. 116 f. Tesis (Maestría) – Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

La demanda extra de cuidados es definida como sobrecarga y puede afectar la vida familiar, considerándose que la naturaleza crónica de la enfermedad mental impone el familiar a el efecto prolongado de los acontecimientos estresantes que participan en la experiencia cotidiana de cuidar, que puede afectar su propia salud mental. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la ocurrencia de la sobrecarga entre los cuidadores de personas con trastorno mental al comienzo de la hospitalización psiquiátrica y su relación con la aparición de estrés y de sufrimiento mental. Un estudio epidemiológico transversal fue realizado, con una duración de dos años. Participaron del estudio 112 cuidadores familiares de ambos sexos, mayores de 18 años. Para la recolección de datos fueron utilizados: un cuestionario para recoger datos sociodemográficos, de condiciones laborales, de la salud y del conocimiento por el cuidador sobre la enfermedad del paciente con trastorno mental; Zarit Burden Interview (ZBI); Inventario de Síntomas de Estrés para Adultos de Lipp (ISSL); y el Self-Reporting Questionnaire (SRQ 20). Se utilizó estadística descriptiva y analítica, la realización de pruebas de chi-cuadrado de Pearson, la prueba exacta de Fisher y de acuerdo kappa con del coeficiente de correlación de Pearson y la regresión logística, teniendo en cuenta el nivel de significancia de 0.05. Todo se respetaron los aspectos éticos. Hubo un predominio del sexo femenino (82%), la mayoría de los cuidadores estaban casados o tenían un compañero fijo (59%) y la edad media fue de 49 años. Las puntuaciones de sobrecarga entre los cuidadores variaron de 13 a 81 puntos, con un promedio de 50,2. Fue demostrado que sólo 3,6% de estos cuidadores no mostró sobrecarga y que la mayoría tenía moderada a severa sobrecarga; 79,5% mostró síntomas de estrés y la mayoría estaba en la fase de estrés llamada Resistencia (52,7%) y con un predominio de síntomas psicológicos de estrés (66,1%); 67,9% de los cuidadores estaban en sufrimiento mental. Hubo una asociación con una elevada significación estadística entre la carga de estos cuidadores y la aparición de estrés y sufrimiento mental. Los síntomas psicológicos de estrés, tales como la preocupación, la ansiedad y la irritabilidad, eran factores de riesgo de sobrecarga severa. Por lo tanto, los resultados de este estudio desencadenan la alarmante situación de los cuidadores de personas con trastornos mentales al comienzo de la hospitalización psiquiátrica, lo que indica su situación y la vulnerabilidad a la enfermedad y el sufrimiento mental. Dejando, por tanto, una clara necesidad de intervenciones y estudios que tienen como objetivo ampliar y mejorar la atención a la salud de estos cuidadores familiares.

Palabras clave: cuidadores, salud mental, sobrecarga familiar, hospitalización psiquiátrica, ZBI, SRQ20, ISSL

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1 Apresentação.....	20
1.2 Motivação pessoal.....	20
1.3 Justificativa	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 A família e a doença mental.....	24
2.2 Sobrecarga do Cuidado	27
2.3 Estresse	30
2.4 Sofrimento mental.....	34
2.5 Questão Norteadora do estudo	35
3. OBJETIVOS	36
3.1 Geral.....	36
3.2 Específicos	36
4. MATERIAL E MÉTODO	37
4.1 Delineamento da Pesquisa	37
4.2 Local do Estudo	37
4.3 População.....	39
4.4 Hipóteses do estudo	39
4.5 Questões Éticas	40
4.6 Procedimentos.....	41
4.6.1 Recrutamento e coleta de dados	41
4.6.2 Instrumentos para a coleta de dados.....	41
4.7 Análise de Dados	44
5. RESULTADOS	49
5.1 Caracterização da população de estudo	49
5.2 Confiabilidade dos instrumentos	56
5.3 Ocorrência de sobrecarga nos cuidadores.....	57
5.4 Ocorrência de estresse nos cuidadores.....	60
5.5 Ocorrência de sofrimento mental nos cuidadores.....	64

5.6 A relação entre a sobrecarga do cuidado e as características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde dos cuidadores.	65
5.7 A sobrecarga do cuidado e a ocorrência de estresse	70
5.8 A relação entre a sobrecarga do cuidado e o sofrimento mental	72
5.9 Fatores preditos para sobrecarga do cuidado entre os cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação Psiquiátrica	73
DISCUSSÃO	75
I. A sobrecarga do cuidador de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica.....	75
II. A relação entre sobrecarga, estresse e sofrimento mental nos cuidadores.	80
III. Perfil dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em internação.	83
IV. Limitações e vantagens do estudo.....	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	106
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
B – Questionário Sócio Demográfico, de condições ocupacionais e saúde.	109
ANEXOS	110
A – Autorização do Local de Estudo	110
B – Autorização do Comitê de Ética em pesquisa da EScola de Enfermagem de Ribeirão Preto	111
C – Zari Burden Interview (ZBI) – Inventário de Sobrecarga da Zarit.	112
D – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)	114
E – Self Report Questionnaire 20 (SRQ 20)	116

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte de um projeto maior de investigação, intitulado **Influência do estresse e fatores relacionados na saúde de familiares cuidadores em saúde mental**. Tal projeto é coordenado pela Dr^a Lucilene Cardoso, docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), tem como objetivo 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 como esses fenômenos se relacionam.

O presente estudo é um subprojeto deste e teve como objetivos avaliar a ocorrência de sobrecarga entre cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, e sua relação com a ocorrência de estresse e de sofrimento mental.

1.2 MOTIVAÇÃO PESSOAL

Durante o período da graduação em Enfermagem, aprendi que a inclusão da família no tratamento é de extrema importância para o paciente e confirmei esse fato na prática como Enfermeira, tanto na Atenção Básica em uma Unidade Estratégia Saúde da Família de São José do Rio Preto – SP, quanto na área Hospitalar, em um Hospital Psiquiátrico de São Paulo – SP. E percebi que poderiam haver muitos fatores envolvidos que não contribuíam para que os familiares lidassem de forma mais saudável com esse momento delicado que é o adoecer de um membro da família, principalmente, o adoecer mental.

Em ambos cenários, era e ainda é muito comum ver os profissionais de saúde culpar as famílias pelos comportamentos negativos do paciente, sendo as mesmas responsabilizadas pela não progressão do paciente no tratamento, ou até julgar tais famílias pelo abandono do mesmo. Por outro lado, quando a família contribui para uma boa evolução do paciente, o profissional a vê como aliada no processo de tratamento.

Durante a internação, o cuidado que nós profissionais temos que realizar com determinado paciente pode ser extremo, exigindo bastante trabalho não só de um profissional, mas de toda uma equipe. A partir do contexto complexo de cuidar de uma pessoa com transtorno mental, como um familiar vive com essa responsabilidade de cuidar do membro adoecido da família? O familiar cuidador tem sua história, suas experiências e muitas vezes pode não ter informação e conhecimento necessários para realizar tal cuidado. Ou seja, além de o familiar cuidador ter suas próprias dificuldades, ele passa a cuidar e lidar com as dificuldades de seu familiar adoecido mentalmente e não tem suporte suficiente para essa mudança em sua vida.

Nesse contexto, do lado profissional, que também tem dificuldades para realizar o cuidado com o paciente com transtorno mental, sempre tive muito interesse em estudar a saúde mental dos cuidadores em geral, profissionais e familiares. No caso deste estudo tive a oportunidade em estudar a família e, especificamente, familiares cuidadores de pessoas portadoras de transtornos mentais.

1.3 JUSTIFICATIVA

A origem da palavra “cuidar” vem do latim “cogitare”, cujo significado é pensar, ter atenção com, ter preocupação (HOUASSIS, VILLAR e FRANCO, 2004). As práticas de cuidado com a saúde são tão antigas quanto a humanidade por terem como finalidade básica a sobrevivência e continuidade dos seres humanos (PIRES e MUSSI, 2009).

A profissão de saúde intimamente relacionada e responsável pelas práticas de cuidados à saúde é a Enfermagem. Por muitos séculos a Enfermagem foi exercida de maneira empírica por feiticeiros e religiosos (OLIVEIRA, PAULA, FREITAS, 2007). A Igreja Católica monopolizou os cuidados, na Idade Média, aproveitando-se do pensamento de que a caridade e a atenção aos doentes e inválidos era o caminho a seguir para alcançar a salvação eterna, adaptando e transformando as doenças em questões religiosas (PILARTE e SÁNCHEZ, 2014). No entanto, no século XX, com a influência de Florence Nightingale, os conceitos de Enfermagem sofreram importantes transformações (OLIVEIRA, PAULA, FREITAS, 2007).

O trabalho de Nightingale constituiu-se em um marco para a Enfermagem Moderna; a visão e as habilidades dessa enfermeira trouxeram para a enfermagem os

princípios técnicos e educacionais, e a ética que impulsionaram a profissão. Sua atuação histórica como enfermeira civil e voluntária foi na Guerra da Criméia, nos anos de 1854 e 1856, em que os soldados se encontravam feridos e abandonados antes de sua chegada (PADILHA e MANCIA, 2005; OLIVEIRA, PAULA, FREITAS, 2007).

No final de 1960, houve um consenso entre os profissionais enfermeiros pela busca de conhecimentos específicos da profissão com o objetivo de descrever e explicar fenômenos vinculados à disciplina de Enfermagem. A partir dessa procura pela autonomia e pela especificidade da Enfermagem, foi possível construir um corpo de conhecimentos científicos e desenvolver um sistema de trabalho que concretizasse a proposta de promover, manter e restaurar o nível de saúde do paciente. O processo de enfermagem, que constitui o método para organização e prestação do cuidado na área, foi o motivo que levou a enfermagem a atingir sua maioridade, juntamente com a sistematização da assistência em enfermagem (SAE), que é legitimada como marco teórico da prática de enfermagem (OLIVEIRA, PAULA, FREITAS, 2007).

Atualmente, a Enfermagem, segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. O cuidado de enfermagem é realizado na prestação de serviços a pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida (COFEN, 2007).

O presente estudo está voltado para a saúde do familiar cuidador em saúde mental, lembrando que o processo de cuidar de uma pessoa com transtorno mental pode ser desgastante, comportando situações conflitantes como a relação afetiva entre o cuidador e o sujeito alvo dos cuidados, a resolução de conflitos, o surgimento de dificuldades socioeconômicas, o que pode acarretar consequências negativas até mesmo para o paciente (MAURIN e BOYD, 1990; PEGORARO e CALDANA, 2006).

A complexidade da tarefa assistencial pode ter também como consequência, a negligência do autocuidado dos familiares cuidadores, que deixam suas próprias necessidades de lado. Portanto, é muito comum, durante a experiência do cuidar, o surgimento de sentimentos ambivalentes, ou seja, sentimentos positivos, como, por exemplo, o altruísmo, e sentimentos negativos, como, por exemplo, a perda do interesse nas atividades que costumava fazer e ter prazer (GRATÃO et al, 2013).

O interesse por estudar cuidadores em saúde mental está cada vez maior e não é de hoje. Estudos internacionais são feitos desde 1950 e 60 para investigar as consequências do transtorno mental na família. Há um aumento progressivo desse interesse nos anos 90, após a vigência das novas leis e políticas de saúde mental (MAURIN E BOYD, 1990; SCAZUFCA, 2002; PEGORARO E CALDANA, 2006).

Essa demanda extra de cuidados é definida como sobrecarga do cuidado e pode impactar a vida da família, visto que, quando ocorre uma mudança em um membro da família, essa pode afetar todos os outros, cada um de uma forma e intensidade diferentes (MAURIN E BOYD, 1990; JONES, 1996; FRANCO, 2002; WRIGHT e LEAHEY, 2013).

A natureza crônica da doença mental submete o familiar ao efeito prolongado de eventos estressores envolvidos na experiência cotidiana de cuidar, o que pode afetar a sua própria saúde mental. Assim, a sobrecarga pode, inclusive, originar transtornos mentais nesses cuidadores, tais como a ansiedade e a depressão (SCHREINER et al., 2006; BAPTISTA et al, 2012).

Outro elemento a considerar é o despreparo para solucionar situações de risco que surgem em decorrência da atividade do cuidado, podendo estar relacionado à inadequação das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, que muitas vezes estão centrados naquilo que pensam ser a necessidade do cuidador (BAPTISTA et al, 2012).

Nesse contexto fica clara e evidente a importância de o Enfermeiro se aproximar do familiar cuidador e da sua realidade para propor ações que auxiliem na compreensão e na realização do cuidado em saúde mental.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Em alguns estudos o termo “sobrecarga” e “estresse” são empregados como sinônimos ou, então, não são distinguidos um do outro (CASSIS et al., 2007; SOARES e MUNARI, 2007; CARVALHO, 2010). No entanto, neste estudo, “sobrecarga” e “estresse” são consideradas variáveis distintas, sendo cada uma de origem e definições diferentes e específicas. A sobrecarga pode ser definida como uma demanda extra de cuidados requerida por um familiar adoecido e sempre associado ao lado negativo do cuidar. E o estresse é definido como fenômeno do organismo em resposta a um estímulo, considerando que existem o estresse positivo e o estresse negativo. Ambos os fenômenos serão descritos a seguir, assim como o contexto do cuidar em saúde mental, a família e o sofrimento mental.

2.1 A FAMÍLIA E A DOENÇA MENTAL

Família pode ter significado diferente dependendo da época e do lugar considerados. Porém, apesar das mudanças significativas na estrutura e organização que as famílias vêm sofrendo, os modelos familiares ainda estão baseados no afeto (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2006). Para Wright, Watson e Bell (1996), família é como um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com o senso de pertencer e a inclinação a participar das vidas uns dos outros (WRIGHT e LEAHEY, 2013).

No ambiente familiar, os indivíduos podem encontrar recursos e apoio no processo de construção da identidade, além de permitir o crescimento e desenvolvimento de autonomia (BALTOR et al., 2014).

Além do papel de formação individual, a família também é responsável pela formação social de seus membros, e exerce funções nas áreas educacional e econômica (GRATÃO, 2010). Em relação ao cuidado com a saúde, as famílias, em seu modo próprio de viver, podem passar por situações estressantes, como mudanças que podem desencadear alterações na saúde, e é a própria família que desempenha um papel de destaque no suporte ao indivíduo (MOMBELLI et al., 2011).

A comunidade e os amigos também podem servir de suporte ao indivíduo adoecido; no entanto, é importante compreender a família como a mais constante unidade de cuidado de saúde para com seus membros (GRATAO, 2010; SANTOS et al., 2016).

Antigamente, o cuidado aos doentes era realizado em suas próprias casas pela família e, com o passar do tempo, foram criados os hospitais. Na área de saúde mental e psiquiatria não foi diferente, principalmente, porque os adoecidos mentalmente eram excluídos da sociedade e passavam a morar nos hospitais, chamados manicômios, onde eram submetidos a viver em condições precárias e sofriam violência, tanto na forma de punição, como na forma de negligência de cuidados (BARROSO, BANDEIRA e NASCIMENTO, 2009; SANTOS et al., 2016).

A partir desse cenário de hospitalização da pessoa com transtorno mental, superlotação dos hospitais psiquiátricos e maus tratos aos pacientes, ocorre a Reforma Psiquiátrica em muitos países. No Brasil, a repercussão dessas reformas trouxe como consequência a Lei nº10216 de abril de 2001, que *“dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”*.

Assim, com as atuais políticas públicas brasileiras de saúde mental, que priorizam a desospitalização e a desinstitucionalização da assistência, bem como com os avanços da ciência e das profissões, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que passam a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde de 2005, é função dos CAPS:

Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005).

Nesse movimento de reorganização da atenção à saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) também surge com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS, e tem como principal propósito ajudar na substituição do modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (FRANCO e MAGALHÃES JÚNIOR, 2004; HORI e NASCIMENTO, 2014).

A realidade destas equipes de Atenção Básica e Saúde da Família demonstraram que elas se deparam com problemas de saúde mental no seu dia-a-dia e, assim, necessitam de apoio matricial de equipes de saúde mental. A partir daí, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com a finalidade de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços.

Uma das ações dos NASF, que também é desenvolvida pelo CAPS, e que deve ser destacada nesse contexto, é a do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Tem sua importância principalmente nos espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASIL, 2009).

Representa o PTS, portanto, um momento da equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definir propostas de ações. Destaca-se que, para a construção do PTS, deve haver o envolvimento não somente da equipe, mas do usuário e de sua família (BRASIL, 2009, 2015; DORIGATTI et al., 2014).

O PTS retoma a importância da família para o tratamento do indivíduo e a reconhece como a principal responsável pelo cuidado do doente. E, apesar das transformações que os serviços de saúde vêm sofrendo para melhorar a assistência, a família ainda é, na maioria das vezes, o suporte de acolhimento ao membro da família adoecido mentalmente. Já que, com a permanência dos pacientes em casa, a família passa a ter novas atribuições como: garantir as necessidades básicas do paciente, coordenar suas atividades diárias, administrar seus medicamentos, acompanhá-los aos serviços de saúde, além de lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecer-lhes suporte social e arcar com seus gastos (SANT'ANA et al., 2011; DORIGATTI et al., 2014).

Assim, esses familiares sofrem uma significativa mudança em suas vidas, tendo que se adaptar constantemente às novas formas de condução de sua rotina. Esta mudança repercute sobre vários aspectos do estilo de vida de cada família e membros familiares, por isso, as equipes de saúde mental devem incluí-las no processo de cuidado à saúde (SANT'ANA et al., 2011).

2.2 SOBRECARGA DO CUIDADO

Desde 1950, pesquisadores, como Yarrow e colaboradores (1955), estudavam a presença da doença mental na família e descobriram que essa doença mental poderia impactar a vida da família em um amplo espectro, ou seja, em todos os setores de sua vida, como no trabalho, no lazer, no aspecto financeiro, na criação das crianças da família, na saúde, e nas relações interpessoais e sociais dessa família. Os pesquisadores também perceberam que esse impacto fazia com que a família colocasse suas próprias necessidades em segundo plano devido à demanda extra de cuidados que o familiar adoecido requeria. Esse fenômeno foi então chamado de Sobrecarga (MAURIN E BOYD, 1990; SCAZUFCA, 2002).

O conceito da palavra sobrecarga é muito discutido, sendo associado apenas ao lado negativo do cuidar. Assim, o termo “carga”, do inglês “burden”, etimologicamente associa-se a idéia de “fardo”, “peso”, ou “o que pesa sobre uma pessoa”, “incumbência” (GARRIDO e ALMEIDA, 1999; SEQUEIRA, 2010; KRÖN e BALLARIN, 2013).

Na literatura científica consta que o termo “sobrecarga familiar”, do inglês “family burden”, fundamenta-se no resultado da presença de um membro da família

portador de transtorno mental e do impacto consequente do cuidado que ele exige (MELMAN, 2002; SOUZA FILHO et al., 2010).

A sobrecarga pode ser vista como um conceito multidimensional, que abrange a esfera biopsicossocial e resulta da busca de um equilíbrio entre as variáveis: tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis (WESPHAL et al, 2005).

Mark (2005) estudou o comportamento de cuidadores de pacientes com doenças mentais graves, e verificou a existência de macro e micro influências que afetam esses cuidadores. A macro perspectiva enfoca o contexto e os fatores ecológicos que afetam as experiências do cuidador. Características socioculturais como gênero, etnia, idade, educação e fator relacional interferem na vida do cuidador. Dentro do fator micro se encontra a sobrecarga objetiva e subjetiva. Esta dimensão abrange as reações e o impacto psicológico da experiência do cuidador.

Hoenig e Hamilton foram os primeiros pesquisadores a distinguir a sobrecarga do cuidador nas dimensões objetiva e subjetiva (MAURIN E BOYD, 1990).

A sobrecarga objetiva está relacionada às consequências negativas concretas da presença de um portador de transtorno mental na família, tais como: o acúmulo de tarefas, o aumento de custos financeiros, a limitação das atividades cotidianas tanto no aspecto social como no profissional, a fragilização dos relacionamentos entre os familiares, a ocorrência de comportamentos problemáticos e de crises (BULGER, WANDERSMAN e GOLDMAN, 1993; HANSEN, et al., 2014; BURIOLA et al., 2016).

A sobrecarga subjetiva diz respeito à percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver com o doente, seus sentimentos quanto à responsabilidade que envolve o cuidado à sua saúde. Assim, a falta de autonomia do doente mental é percebida como um aspecto negativo que gera tensão e preocupação, e afeta o familiar emocionalmente, envolvendo sentimentos de desamparo, tristeza e culpa (BULGER, WANDERSMAN e GOLDMAN, 1993; HANSEN, et al., 2014 BURIOLA et al., 2016).

As tarefas cotidianas de assistência geralmente são mais frequentes, portanto, os participantes de alguns estudos apresentaram níveis elevados de sobrecarga objetiva, destacando as atividades de preparo da alimentação, administração dos medicamentos e controle do dinheiro (CARDOSO, GALERA, VIEIRA, 2012).

Além da necessidade de reestruturação das rotinas diárias, como, por exemplo, os horários das refeições e a limpeza da casa, é preciso reorganizar a família para amparar as novas necessidades financeiras que envolvem o tratamento psiquiátrico, o transporte, e a alimentação, lembrando-se da provável improdutividade econômica do paciente e o consequente aumento da jornada de trabalho dos demais familiares (MELMAN, 2002; PEGORARO e CALDANA, 2006; KEBBE et al., 2014).

A respeito da sobrecarga subjetiva, uma pesquisa de 2010, ao analisar as respostas dos cuidadores, constatou que quase um terço deles apresentava sobrecarga subjetiva elevada (SOUZA FILHO et al, 2010). Outro estudo de 2012 identificou que as atividades que geraram maior grau de sobrecarga subjetiva foram “*pedir aos pacientes que ocupassem seu tempo*”, e também a “*supervisão aos comportamentos problemáticos dos pacientes*” (CARDOSO, GALERA, VIEIRA, 2012).

Há na literatura científica evidência de que a sobrecarga sentida pelos familiares de portadores de transtornos mentais pode resultar em consequências negativas para a saúde mental daqueles, diminuindo assim sua qualidade de vida. A deterioração na saúde mental dos familiares pode contribuir para uma maior frequência de situações conflituosas e estressantes com os pacientes, o que afetaria o próprio tratamento ou os cuidados prestados (BANDEIRA e BARROSO, 2005; KEBBE et al., 2014).

No estudo de Maurin e Boyd, em 1990, foram destacados como fatores associados à sobrecarga dos familiares os comportamentos perturbadores ou problemáticos dos pacientes no desempenho de papéis. Dezesete anos depois, um estudo brasileiro também constatou, na maioria dos familiares, uma elevada sobrecarga na supervisão dos comportamentos problemáticos dos pacientes e nas frequentes preocupações com sua segurança e futuro (BARROSO, BANDEIRA e NASCIMENTO, 2007).

O encargo que a doença mental pode trazer para as famílias reflete nas emoções, comprometendo as relações e levando à alteração na dinâmica familiar (DEMARCO et al, 2014). Estudos do final dos anos 80 investigaram a relação entre a sobrecarga do cuidado e a saúde dos familiares, constatando que a sobrecarga era uma importante fonte de estresse (MAURIN E BOYD, 1990). Um dos motivos é que a doença de um dos membros da família reverte a ordem das etapas do ciclo familiar, criando uma função adicional que não era esperada para aquele momento (BANDEIRA e BARROSO, 2005).

Desta maneira, estudos que investiguem a ocorrência de sobrecarga, fatores associados e formas de intervenção são importantes para auxiliar o planejamento do cuidado aos cuidadores de pessoas com transtornos mentais. Ressalta-se a relevância do presente estudo, considerando o contexto do cuidado à saúde mental na atualidade.

2.3 ESTRESSE

A origem da palavra estresse deriva do latim *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum*, que significa apertar, cerrar, comprimir (HOUASSIS, VILLAR e FRANCO, 2004). A expressão surgiu no campo da física para caracterizar o desgaste ao qual materiais estavam expostos. Na área da saúde, no século XIX, o termo também passou a ser utilizado, a partir de estudos do fisiologista Hans Selye, para explicar as reações do organismo mediante situações do meio externo que exigem transformação do indivíduo (SELYE, 1952).

Hans Selye definiu estresse como resposta do organismo perante a qualquer estímulo que ameacem o seu equilíbrio interno, ou seja, é um conjunto de reações que ocorrem nesse organismo enquanto o mesmo está sob o esforço de adaptação a essa situação de “ameaça”, chamando, assim, seu modelo de estudo do estresse de “Síndrome de Adaptação Geral” (SELYE, 1950; ABREU et al., 2002; BERTOLIN et al., 2008; MARTINS, 2012).

Selye (1979) distinguiu dois termos diferentes, o “eustress”, estresse positivo, o qual se refere a situações e experiências em que o estresse produz resultados e consequências positivas, pois induz a estimulação e a ativação adequada para que o indivíduo alcance resultados satisfatórios nas suas atividades; e o “distress”, estresse negativo, que seria a reação prejudicial devido à incapacidade de superar a situação estressante levando ao desgaste e à diminuição do bem-estar do indivíduo.

O modelo de Selye de estresse constitui-se em três fases: alerta, resistência e esgotamento. A fase de alerta inicia-se quando a pessoa se confronta com um estressor, ocorrendo quebra do equilíbrio interno em decorrência da ação exacerbada do sistema nervoso simpático e da desaceleração do sistema nervoso parassimpático. O sistema nervoso central percebe a situação de tensão e o hipotálamo estimula a hipófise, levando-a a aumentar a secreção do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH); este, por sua vez, estimula as suprarrenais a aumentarem a produção de adrenalina e corticoides. Essas substâncias são lançadas rapidamente na circulação sistêmica e chegam a todas as células do organismo (PAFARO E MARTINO, 2004; CORREIA e LINHARES, 2014).

A fase de resistência ocorre quando o organismo mobiliza as suas energias e capacidades para responder a ameaças, através dos seus meios de defesa fisiológicos, bioquímicos e psicológicos. O estressor perdura por um período muito prolongado, havendo um aumento da capacidade de resistência do organismo. Há plena adaptação ao estressor, ficando a atividade mais intensa em função do sistema parassimpático, que possui o efeito de desmobilizar o corpo, pois este abaixa novamente o nível de alerta. A respiração, os batimentos cardíacos, a circulação e a pressão arterial voltam gradativamente a seus níveis anteriores, porém, havendo persistência do estresse, o nível de resistência vai diminuindo e inicia-se a terceira fase, chamada de exaustão (LIPP, 2000; PAFARO E MARTINO, 2004; CORREIA e LINHARES, 2014).

Assim, a terceira fase, a do esgotamento ou exaustão, é quando a resistência da pessoa não é suficiente para lidar com a fonte de estresse, as reservas adaptativas se esgotam devido à exposição repetida ou prolongada ao estresse, a fase da resistência deixa de ser possível e as doenças se desenvolvem. Nessa fase, os sintomas da fase de alerta reaparecem mais acentuados e outros se desenvolvem, tornando o organismo mais suscetível a doenças. O estresse torna-se intenso e, conseqüentemente, esgota toda a energia adaptativa do organismo (SELYE, 1956; LIPP, 1996; BERTOLIN et al., 2008; KELLER, 2006; CORREIA e LINHARES, 2014). A fase de exaustão é a quebra do equilíbrio do organismo e está associada a uma série de doenças, entre elas: hipertensão arterial, depressão, ansiedade, problemas sexuais e dermatológicos (como psoríase, vitiligo, urticárias e alergia), além de infarto e até morte súbita (PAFARO e MARTINO, 2004; CORREIA e LINHARES, 2014).

A partir de estudos baseados no “modelo de Selye”, a pesquisadora brasileira Lipp (2000) identificou uma quarta fase do estresse, chamada de quase-exaustão, ficando entre a fase da resistência e da exaustão. Assim, nessa perspectiva, propõe um modelo quadrifásico para o estresse, expandindo o modelo de Selye. As duas primeiras fases mantem-se (alerta e resistência), sendo a terceira a de quase-exaustão, em que há uma quebra da resistência, iniciando o processo de adoecimento e os órgãos que possuem maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração. Não havendo alívio do estresse, tanto por meio de remoção dos estressores, ou por estratégias de enfrentamento, o estresse chega à sua fase final, a de exaustão, quando doenças graves podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como enfarte, úlceras, depressão, entre outros (LIPP, 2000; PAFARO E MARTINO, 2004; CORREIA e LINHARES, 2014).

O estresse é definido como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, que ocorre quando uma pessoa se confronta com uma situação que a irrite, amedronte, excite, confunda ou, até mesmo, a faça imensamente feliz. Portanto, a resposta de estresse deve ser entendida como um processo que, em sua fase inicial, pode ser benéfico e positivo, estando relacionada diretamente à produtividade do indivíduo. Ou seja, uma pessoa que não tem estresse não é impulsionada para frente, pois ela acaba não produzindo adrenalina, tornando-se uma pessoa apática, desanimada e totalmente improdutiva. Quanto mais estresse e situações de excitação, maior a produção de adrenalina e mais a pessoa é impulsionada a realizar suas atividades (PAFARO E MARTINO, 2004; BRITO e RODRIGUES, 2011; CORREIA e LINHARES, 2014).

No entanto, quando o estresse extrapola o limite do indivíduo, como explicado anteriormente, sua produtividade começa a diminuir e ele pode contrair doenças. A seguir, uma figura explicativa sobre o fenômeno do estresse, retirada da dissertação de Pafaro (2002), associado à produtividade do indivíduo. (PAFARO e MARTINO, 2004; BRITO e RODRIGUES, 2011).

Figura 1 – Produtividade associada as fases de estresse. Fonte: Dissertação Pafaro, 2002.

De modo geral, no processo de adaptação, conclui-se que a ativação da resposta ao estresse é uma forma que o organismo encontra para preservação da vida, sobrevivência e adaptação naquele período específico, ou seja, em um curto prazo, leva o organismo a um estado de prontidão, de alerta, com o objetivo de lidar com as situações de urgência sendo, portanto, esperado agudamente (LIPP, 1996; DUVAL, GONZÁLEZ e RABIA, 2010; COOK et al, 2012).

Porém, a cronicidade da resposta ao estresse pode levar a deficiências nas funções afetivas, comportamentais e cognitivas dos seres humanos (DUVAL, GONZÁLEZ e RABIA, 2010). Na literatura científica, as reações intensificadas pelo estresse podem ser um fator de risco na adolescência, tanto em problemas de como lidar com a raiva quanto em relacionamentos interpessoais. Gera também maior risco para depressão, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças autoimunes, infecções das vias aéreas superiores, e retardo no processo de cicatrização (COOK et al, 2012; COHEN, et al., 2012).

Fica evidente a relevância de estudos sobre esta temática, em especial, quanto à sua ocorrência entre cuidadores em saúde, sendo estes corresponsáveis pelo cuidado, mas, ao mesmo tempo, carentes de atenção profissional.

2.4 SOFRIMENTO MENTAL

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas apresentam algum tipo de sofrimento mental no mundo e que este número aumenta progressivamente, em particular nos países em desenvolvimento. O sofrimento mental é caracterizado por casos que incluem sintomas ansiosos ou depressivos e que não satisfazem aos critérios de diagnósticos de transtorno mental (MARAGNO et al., 2006).

Esse sofrimento mental é mais conhecido como Transtorno Mental Comum (TMC) e caracteriza-se por sintomas depressivos não psicóticos, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade excessiva, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Assim, os portadores de TMC podem ter dificuldades de realizar suas atividades diárias devido a esses sintomas (ANSELMÍ et al., 2008; SANTOS, ARAUJO e OLIVEIRA, 2009; ROCHA et al., 2011).

Os transtornos mentais comuns (TMC) referem-se à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*) e CID-10 (*Classificação Internacional de Doenças– 10a Revisão*), mas que apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos. Geralmente, esses indivíduos não procuram assistência necessária e, muitas vezes, quando a procuram, uma pequena parcela é subdiagnosticado, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado (MARAGNO et al., 2006).

Os transtornos mentais comuns são mais investigados na comunidade e em serviços de atenção primária, assim recomendado pela Organização Mundial de Saúde (GOLDBERG e HUXLEY, 1992). No Brasil, estudos comunitários e em serviços de atenção primária estimaram a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre 22% e 36% na população geral, e até 50% entre os usuários de serviços de atenção primária (LEITE, 2013).

A população de cuidadores apresenta níveis significativos de morbidade psiquiátrica. Intervenções dos serviços de saúde poderiam detectar esses indivíduos e oferecê-los tratamento medicamentoso e psicossocial, evitando, assim, a evolução desfavorável como cronificação, tentativas de suicídio, abuso de substâncias e

comportamentos inadequados em relação ao cuidado, incluindo situações de violência ao sujeito alvo dos cuidados (LEITE, 2013).

Estudos no Brasil com cuidadores, como no de Quadros e colaboradores (2012), foi descrita a prevalência de transtornos psiquiátricos menores em familiares cuidadores de usuários de CAPS, no Sul do país, de 49% dentre 925 cuidadores, dado este bastante impactante. Em cuidadores de idosos, o estudo de Leite (2013) utilizou como ponto de corte 4/5 no SRQ-20 para transtorno mental comum e encontrou uma proporção de 55,1% desses cuidadores. Em outro realizado por Peixoto (2013) com 86 cuidadores de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), utilizando como ponto de corte o escore 8 no SRQ-20, observou-se que a maioria dos cuidadores (74,7%) apresentava algum tipo de TMC.

Esses estudos com cuidadores trazem resultados preocupantes, já que são pessoas que exercem a função de cuidado de outras pessoas que também apresentam algum sofrimento psíquico relacionado ao transtorno mental. Diante destas evidências sobre o sofrimento mental, ressalta-se a relevância de investigações acerca de fatores relacionados ao mesmo e possíveis formas de intervenção no cuidado ao familiar cuidador.

2.5 QUESTÃO NORTEADORA DO ESTUDO

Considerando: a sobrecarga do cuidado fenômeno já evidenciado na literatura científica e presente na vida de famílias que são compostas por um membro adoecido; o adoecimento mental como uma ocorrência impactante para as famílias, podendo corresponder a um evento estressor; a família, em especial o familiar cuidador, vulnerável a também adoecer, são questões norteadoras deste estudo:

- *Quais fatores estão relacionados com a sobrecarga do cuidador familiar em saúde mental?*
- *Há relação entre esta sobrecarga do cuidador com ocorrência de estresse e de sofrimento mental?*

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a ocorrência de sobrecarga entre cuidadores de pessoas com transtorno mental e sua relação com a ocorrência de estresse e de sofrimento mental.

3.2 ESPECÍFICOS

- 1) Descrever o perfil dos cuidadores de pacientes com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica, segundo as características sociodemográficas, ocupacionais, de saúde e conhecimento pelo cuidador a respeito da doença do paciente com transtorno mental;
- 2) Avaliar e descrever os níveis de sobrecarga dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica;
- 3) Avaliar e descrever a ocorrência de estresse dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica;
- 4) Avaliar e descrever a ocorrência de sofrimento mental entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica;
- 5) Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidado e as características sociodemográficas, ocupacionais, de saúde e conhecimento pelo cuidador a respeito da doença do paciente com transtorno mental; a ocorrência de estresse e de sofrimento mental.
- 6) Identificar fatores preditores de maiores níveis de sobrecarga.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este é um estudo epidemiológico, analítico-exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa.

O método exploratório tem como objetivo a construção de hipóteses ou a maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito (GIL, 2007).

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

A abordagem quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica mediante condições de controle, possibilita a análise panorâmica das informações e a utilização confiável de procedimentos estatísticos (POLIT e HUNGLER, 2011). Considera o que pode quantificar, ou seja, traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las (KAUARK et al., 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP) é um hospital de grande porte localizado no município de Ribeirão Preto – interior do Estado de São Paulo/Brasil – e subvencionado pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

A área onde se localiza hoje o Hospital Santa Tereza, foi utilizada para diversas finalidades em diferentes períodos de tempo. O nome Santa Tereza refere-se à Estação Santa Tereza da Companhia Mogiana de Estrada de Ferro, inaugurada no século XIX, inicialmente, para atender o escoamento da produção do café da Fazenda Santa Tereza e adjacências. A partir de 1911 a área foi destinada para uso institucional, a instalação do Posto Zootécnico, e em 1940, foi então instalado o quartel do 3º Batalhão da Força Pública, que estava em vias de transferência para Batatais e Franca (ZAMBONI, 1993).

Finalmente, em 29 de fevereiro de 1944, foi criado o Hospital de Insanos, conhecido como Hospital Santa Tereza, pelo Interventor Federal do Estado de São Paulo, governador, Adhemar de Barros. Nesta época a crítica à psiquiatria brasileira girava em torno da superlotação dos ainda poucos, novos e já degradantes hospícios existentes no Brasil. Assim o Hospital Santa Tereza passou a compor o cenário do fenômeno de “desafogamento” do Hospício de São Paulo, o Juqueri (GUMARAES, 2001).

Além de desafogar o Hospital Juqueri, o Hospital Santa Tereza 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, 2001).

Atualmente o HSTRP contém 101 leitos para atendimento de pacientes em crise aguda e 89 para atendimento de pacientes de longa permanência, os moradores.

A missão do serviço é promover internação psiquiátrica e assistência integral aos portadores de transtornos mentais da região da DRS 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 (SÃO PAULO, 2016).

Os 26 municípios que compõe o DRS XIII de Ribeirão Preto são: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guatapará, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antônio da Alegria e Santa Rita do Passa Quatro (SÃO PAULO, 2016).

Os sujeitos do presente estudo foram recrutados no setor denominado “acolhimento”, primeiro local por onde todos os pacientes em crise aguda são admitidos para internação, após são triados e encaminhados ao setor mais adequado para seu tratamento. Segundo dados do serviço, há em média 50 internações psiquiátricas por mês.

4.3 POPULAÇÃO

Neste estudo, foi considerado cuidador, a pessoa que provê cuidados e assistência para outros, com ou sem remuneração. Segundo o Ministério da Saúde define-se cuidador, no sistema informal, aquele que auxilia a pessoa que é parte ou totalmente dependente de auxílio em seu cotidiano, para se vestir, se alimentar, se higienizar, dependa de transporte, administração de medicamento, preparação de alimentos e gerenciamento de finanças (BRASIL, 1999).

A população do estudo foi composta por cuidadores de pacientes encaminhados para internação psiquiátrica no local do estudo. Esses cuidadores foram identificados segundo o relato do acompanhante do paciente no momento da internação e todos foram convidados a participar do estudo.

Foram convidados a participar deste estudo: familiares, cuidadores de pacientes com transtorno mental, em início internação (no máximo até 15 dias de internação), de ambos os sexos, maiores de 18 anos. Houve a preocupação de entrevistar o cuidador principal do paciente, quando este tinha mais de um. Foram excluídos cuidadores de pacientes internados a mais de 15 dias e cuidadores que não conseguiram responder ao questionário.

Durante o período de coleta de dados (final de maio a agosto de 2015), foi feito um diário de campo de controle de internações para evitar que nenhum cuidador deixasse de ser convidado a participar da pesquisa.

4.4 HIPÓTESES DO ESTUDO

A hipótese do estudo parte do princípio que a sobrecarga do cuidado em saúde mental pode ser uma fonte de estresse na vida do cuidador e que, portanto, tem relação diretamente proporcional à ocorrência de estresse e de sofrimento mental, ou seja:

- **Ho: hipótese nula.** Não há relação entre sobrecarga do cuidado e a ocorrência de sintomas de estresse; não há relação entre sobrecarga do cuidado e o sofrimento mental;
- **H1: rejeita a hipótese nula.** Há relação entre as variáveis e há uma relação diretamente proporcional entre sobrecarga do cuidado e a ocorrência de estresse; há uma relação diretamente proporcional entre sobrecarga do cuidado e o sofrimento mental.

Este estudo busca comprovar a relação da sobrecarga do cuidado com sintomas de estresse e de sofrimento mental. Inferindo que:

- Parcela significativa dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica podem apresentar níveis mais elevados de sobrecarga do cuidado. Esses níveis vão variar de leve a moderado, moderado a severo, e severo;
- Níveis mais elevados de sobrecarga estão relacionados à presença de sintomas de estresse (físicos ou psicológicos);
- Níveis mais elevados de sobrecarga estão relacionados à presença de sofrimento mental.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo seguiu as determinações da Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Foi obtida autorização do serviço para a realização do estudo (Anexo A) e o mesmo teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) (Anexo B).

Foram previstos riscos provenientes de eventuais constrangimentos pelas questões investigadas ou mesmo pela sensibilização do participante devido às temáticas abordadas. Caso ocorressem, os participantes seriam acolhidos pelos pesquisadores e suas demandas foram avaliadas, sendo previsto auxílio para a busca de suporte profissional quando necessário.

Os participantes foram diretamente beneficiados pela avaliação de indicadores de sua saúde, sendo-lhes garantido ao final um resumo de sua avaliação geral e auxílio para a busca de suporte profissional quando necessário. Indiretamente os participantes podem eventualmente ser beneficiados por avanços gerados pelos resultados do estudo no cuidado à saúde de cuidadores.

Os cuidadores que aceitaram participar foram orientados quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (TCLE), (Apêndice A), com as informações sobre os temas descritos acima e após assinar o termo receberam uma via do mesmo assinada pelo pesquisador. A fim de garantir o anonimato dos sujeitos, os mesmos foram identificados por números durante o estudo.

4.6 PROCEDIMENTOS

4.6.1 Recrutamento e coleta de dados

Os pacientes em início de internação psiquiátrica foram identificados por meio da lista de pacientes que estavam em internação no serviço, no período de coleta de dados. Foi questionado com o acompanhante do paciente quem era o principal cuidador do mesmo. Identificados os cuidadores que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, os mesmos foram convidados a participar do estudo, por meio de contato telefônico, no momento da internação do paciente ou durante as visitas aos pacientes. O recrutamento e coleta de dados ocorreram durante três meses e as entrevistas realizadas individualmente, com cada familiar cuidador, numa sala reservada no serviço, em um único encontro para aplicação dos instrumentos (questionário sociodemográfico, escalas psicométricas). O tempo de coleta foi de 60 minutos, os instrumentos foram aplicados pela leitura da pesquisadora seguida da escolha da resposta pelo sujeito participante. As respostas estavam em estilo de ficha feita pela pesquisadora em letras maiores e legíveis para facilitar a visualização.

4.6.2 Instrumentos para a coleta de dados

Questionário sociodemográfico, condições ocupacionais, de saúde e conhecimento pelo cuidador a respeito da doença do paciente com transtorno mental (Apêndice B).

Elaborado pelas pesquisadoras com conteúdo validado em estudos anteriores. O questionário é formado por questões que contemplam as seguintes variáveis: 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 e uso de medicamentos. Em relação aos pacientes, foram questionados ao cuidador, os seguintes dados: se sabiam dizer a doença psiquiátrica do paciente e qual era a doença psiquiátrica do paciente, se sabiam o tempo que o paciente tinha a doença psiquiátrica e qual tempo da doença, e o número de internações psiquiátricas que o paciente tivera.

Zarit Burden Interview (ZBI) (Anexo C).

Escala elaborada por Zarit e colaboradores, em 1985 para avaliar a sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência, possui 22 itens que avaliam a sobrecarga objetiva e subjetiva dos familiares cuidadores de pacientes com transtornos mentais, em termos da expressão de seus sentimentos referentes ao papel de cuidador.

Foi validada para avaliar sobrecarga em cuidadores de indivíduos com transtornos mentais no Brasil, por Scazufca, em 2002, apresentou boa consistência interna com alfa de Cronbach de 0,87. A Escala foi examinada quanto à confiabilidade da versão brasileira por Taub, Andreoli e Bertolucci, em 2004.

A escala avalia o impacto da sobrecarga nos seguintes aspectos da vida do familiar: saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar emocional, relações interpessoais e o meio-ambiente do cuidador. Trata-se de um instrumento amplamente utilizado para avaliar a sobrecarga do cuidador, traduzido e validado para vários idiomas, como o brasileiro, português e japonês (ARAI, et al., 1977; SCAFUZCA, 2002; GARRIDO e MENEZES, 2004; SCHREINER, MORIMOTO e ZARIT, 2006; SEQUEIRA, 2010; FERREIRA et al., 2010).

As alternativas de resposta para cada item estão apresentadas em uma escala de 0 a 4, na qual 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente e 4 = sempre. O último item da escala avalia, de forma global, quanto o familiar se sente sobrecarregado por cuidar de um paciente psiquiátrico. Para esse item, as alternativas de respostas são: 0 = nem um pouco, 1 = um pouco, 2 = moderadamente, 3 = muito, 4 = extremamente.

A soma de todas as respostas pode variar de 0 a 88. Assim, quanto maior a soma, maior a sobrecarga, considerando-se ainda que: se a soma for inferior a 21, considerado ausência de sobrecarga; entre 21 e 40, sobrecarga de leve a moderada; 41 a 60, sobrecarga moderada; 61 a 88, sobrecarga considerada severa (ZARIT, REEVER E BACH-PETERSON, 1980).

Inventário de Sintomas de Stress para adultos da LIPP (ISSL), (Anexo D).

Elaborado no Brasil por Lipp, validado por Lipp e Guevara, em 1994 e padronizado por Lipp, em 2000 (LIPP; GUEVARA, 1994; LIPP, 2000). O inventário tem como finalidade identificar a sintomatologia que o indivíduo relata (físico e/ou psicológico). Este inventário possibilita avaliar: a presença ou não de sintomas de estresse; a fase de estresse em que o indivíduo se encontra; e o tipo de sintoma predominante (físico e/ou psicológico).

Este instrumento é composto por três quadros que se referem às fases do estresse: **Quadro 1**, correspondente à fase de Alerta, com itens referentes a sintomas das últimas 24 horas; **Quadro 2**, à fase de Resistência e Quase-Exaustão com itens referentes a sintomas da última semana; e por fim, o **Quadro 3**, correspondente às fases de Exaustão, os itens apontados são referentes aos sintomas do último mês. Todos os quadros são constituídos por sintomas com respostas possíveis (sim/não) subdivididas em a e b, que corresponde a sintomas físicos e psicológicos, respectivamente.

Para realizar os cálculos relativos a cada análise possível é necessário consultar o Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (LIPP, 2000).

Self-Reporting Questionnaire (SRQ 20), (Anexo E).

O SRQ é recomendado pela Organização Mundial de Saúde para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, trata-se de um instrumento para rastreamento, e não diagnóstico. Desenvolvido por Harding et al., 1980. A versão brasileira teve a primeira validação em 1986 por Mari e Williams.

O SRQ é composto originalmente por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não psicóticos, quatro para rastreamento de transtornos psicóticos, uma para rastreamento de convulsões do tipo tônico-clônica e cinco questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool. As questões para rastrear psicose de certa forma ficaram em desuso, pois o rastreamento deste tipo de patologia por instrumentos auto respondidos apresenta baixa sensibilidade, estando indicada a busca ativa de casos. O mesmo ocorre para a questão sobre

convulsões (GONÇALVES, STEIN e KAPCZINSKI, 2008; SANTOS, ARAUJO E OLIVEIRA, 2009).

O SRQ-20 vem sendo utilizado em vários países de culturas diferentes como: Colômbia, Índia, Filipinas, Sudão, Etiópia, Guiné-Bissau, Quênia, Brasil e Senegal para rastreamento de transtornos mentais comuns (SANTOS, ARAUJO E OLIVEIRA, 2009).

São considerados aspectos positivos na utilização do SRQ-20 o fato de ser de fácil compreensão, de rápida aplicação, diminuindo os custos operacionais, e ser um instrumento padronizado internacionalmente (SANTOS et al., 2010).

No presente estudo foi utilizado ponto de corte de sete ou mais pontos (respostas sim) para caracterização do sofrimento mental, independente do sexo, segundo o estudo de validação de Gonçalves, Stein e Kapozinski (2008). Nesse escore, a sensibilidade para presença de transtorno mental não psicótico é de 86,33% e a especificidade de 89,31%, tendo como padrão-ouro o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR* (GONÇALVES, STEIN e KAPCZINSKI, 2008; ROCHA et al., 2011).

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Para o processamento das respostas, os dados coletados foram codificados e tabulados pela própria pesquisadora em uma planilha do Microsoft Windows Excel, em dupla digitação, sendo a segunda realizada por outra pesquisadora. Após a validação do mesmo as análises estatísticas foram realizadas nos programas R 3.1.2 e o Statistic Package for Social Science (SPSS) versão 22, com suporte de um estatístico. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5% ($\alpha = 0.05$).

Realizou-se estatística descritiva para evidenciar o perfil e as características da população, bem como das demais variáveis estudadas por meio de distribuição de frequências, números absolutos e percentuais, média, mínimo e máximo, desvio padrão.

Foi realizado cálculo do Alfa de Cronbach para verificar a consistência interna e confiabilidade das escalas ZBI, ISSL e SRQ20 para amostra do estudo. O Alfa de Cronbach é um coeficiente de correlação que tem como premissa para sua análise que os itens que constituem os instrumentos sejam positivamente relacionados entre si. Alguns fatores interferem nos coeficientes do Alfa de Cronbach, tais como, a extensão e a variância do teste (WALTZ; STRIKLAND; LENS, 2005). Os valores de Alfa de Cronbach podem variar de 0 a 1, sendo os valores entre o intervalo de 0,70 a 0,90 considerados aceitáveis (CUMMINGS; STWART; RULLEY, 2003). Ele é o indicador mais frequentemente utilizado na análise da consistência interna de instrumentos, pois reflete o grau de covariância dos itens entre si.

Os testes de associação entre as variáveis de classificação de Sobrecarga (ZBI), variável dependente, com as variáveis categóricas das Escalas (ISSL e SRQ20) e as variáveis categóricas sociodemográficas, de condições de saúde, de ocupação e conhecimento do cuidador a respeito do transtorno mental do paciente foi realizado através dos testes Qui-Quadrado de Pearson e o Exato de Fisher. As variáveis independentes do estudo estão detalhadas a seguir.

Estresse:

- Ocorrência de estresse (sim ou não);
- Fase de Estresse (Nenhuma, Alerta, Resistência, Quase-Exaustão e Exaustão);
- Sintomas Predominantes de estresse (Nenhum, Físico, Psicológico e Ambos).

Sofrimento mental/ Transtornos Mentais Menores (sim ou não).

Variáveis sociodemográficas, de condições de saúde, de ocupação e de conhecimento pelo cuidador a respeito do transtorno mental de seu familiar em início de internação psiquiátrica.

- Sexo;
- Idade (em anos);
- Escolaridade (fundamental ou médio);
- Situação Conjugal (solteiro, casado/ com companheiro fixo, separado/ divorciado, viúvo);
- Religião (sim ou não);
- Recebe Auxílio-benefício (sim ou não);
- Exerce profissão (sim ou não);
- Pratica Atividade Física (sim ou não);

- Renda Individual (em R\$);
- Renda Familiar (em R\$);
- Problema de Saúde (sim ou não);
- Quantidade de Problemas de Saúde;
- Diabetes (sim ou não);
- Tempo de Diabetes (anos);
- HAS (sim ou não);
- Tempo de HAS (anos);
- Depressão (sim ou não);
- Tempo de Depressão (anos);
- Uso de Medicamento (sim ou não);
- Quantidade de Medicamentos;
- Medicamentos Psicotrópicos (sim ou não);
- Conhecimento da Doença da pessoa com transtorno mental (sim ou não);
- Conhecimento do tempo da Doença da pessoa com transtorno mental (sim ou não);
- Conhecimento do tempo de doença da pessoa com transtorno mental (em anos);
- Número de internações da pessoa com transtorno mental;
- Parentesco (Mãe ou Outro).

A última questão da Zarit Burden Interview pergunta diretamente sobre a sobrecarga do cuidador: *“De uma maneira geral, o quanto você se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S?”*, por isso, com a finalidade de verificar o grau de concordância entre esta e as demais questões foi realizado um teste de concordância chamado Teste de Concordância Kappa, sendo os valores resultantes avaliados segundo a classificação de Altman's, 1991. Segundo o autor, os parâmetros a serem observados são: < 0,20 pobre; 0,21 a 0,40 justo; 0,41 a 0,60 moderado; 0,61 a 0,80 bom; 0,81 a 1,00 muito bom. (MCCRAY, 2013).

Para a análise de regressão logística a sobrecarga do cuidado foi considerada a variável dependente e classificada em quatro níveis: sobrecarga ausente; sobrecarga de leve a moderada; sobrecarga de moderada a severa; sobrecarga severa. Porém, a categoria sobrecarga ausente, por apresentar apenas quatro observações foi excluída desta análise.

Observa-se ainda que devido ao fato de variável sobrecarga classificada em níveis ou categorias com uma relação de ordem (crescente), foi adotado o uso do modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal. Nesse tipo de modelo tem-se que a probabilidade acumulada é dada por:

$$P(Y \geq j) = p_j + p_{j+1} + \dots + p_J \quad (1) \text{ para } j = 1, \dots, J.$$

Esses logitos representam a ordem, com $1 = P(Y \geq 1) \geq P(Y \geq 2) \geq \dots \geq P(Y \geq J)$.

O logito das probabilidades acumuladas são dados por:

$$\text{logito}(P(Y \geq j)) = \log\left(\frac{P(Y \geq j)}{1 - P(Y \geq j)}\right) = \log\left(\frac{p_j + \dots + p_J}{p_1 + \dots + p_{j-1}}\right) \quad (2)$$

Para $j = 1, \dots, J - 1$.

Para $J = 3$ (o número de categorias de sobrecarga analisadas) são calculados 2 logitos acumulados.

Em cada logito são utilizadas todas as categorias de respostas. Para reduzir o número de parâmetros a serem estimados no modelo foi assumido também a condição de paralelismo. Essa condição implica que as variáveis independentes tem o mesmo efeito sobre cada um dos logitos ajustados.

A relação da variável resposta com as variáveis independentes é dada por:

$$\text{logito}(P(Y \geq j)) = \alpha_j + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p \quad (3)$$

Onde as variáveis independentes não dependem de j (apenas o intercepto). O parâmetro β representa o efeito de x sobre o logaritmo da chance (odds) na categoria j ou acima. O fato de β não possuir um subscrito j indica que o efeito de x é o mesmo para todos os $J-1$ logitos cumulativos.

Na primeira etapa da análise de regressão foram inseridas as variáveis relacionadas ao estresse e sofrimento mental. A segunda etapa consistiu em adicionar as variáveis sociodemográficas ao modelo escolhido na primeira etapa. Elas foram inseridas simultaneamente e a retirada das variáveis não significantes foi realizada manualmente, sempre retirando a que apresentava o maior p-valor, até restarem apenas variáveis estatisticamente significantes. Na terceira etapa o mesmo foi realizado com relação às variáveis das comorbidades ao modelo escolhido na primeira etapa.

As variáveis que apresentaram significância nas etapas 2 ou 3 foram adicionadas e um modelo final foi ajustado com essas variáveis até restarem apenas variáveis significantes. A partir do modelo final obtido foram calculadas a razão de Odds e as probabilidades preditas de classificação da sobrecarga.

5. RESULTADOS

Lembrando que o serviço tem em média 50 internações/mês e o período de coleta de dados foi durante três meses de 2015, durante esse período foram registradas 193 internações, destas, 21 pacientes não tinham cuidadores. Assim, foram convidados para participar do estudo 172 cuidadores, no entanto: 9 recusaram, 41 não tiveram disponibilidade (não tinham tempo no momento da internação, ou não puderam participar na quinzena subsequente) e 10 não conseguiram responder aos questionários (apresentaram dificuldades em compreender as perguntas ou não encontraram respostas). Participaram deste estudo, portanto, 112 cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica que atenderam aos critérios de inclusão.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Segundo a origem dos cuidadores, estes são naturais de 62 diferentes cidades brasileiras, com destaque para a cidade de Ribeirão Preto, onde 15,5% dos cuidadores relataram ter nascido. Observou-se também a naturalidade por estados, os cuidadores eram originários de 13 diferentes estados, distribuídos em quatro, das cinco regiões do país. A Região Sudeste é onde a maior parte dos sujeitos nascera, correspondendo a 80,6%, seguida pela Região Nordeste com 11,7% dos sujeitos. Esses dados estão detalhados na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica segundo a Região e Estado de naturalidade, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Região	Estado	n (%)	n(%)
Sudeste	SP	78 (69,6)	90 (80,6)
	MG	11 (9,8)	
	RJ	1 (0,9)	
Nordeste	AL	2 (1,8)	13 (11,7)
	PB	1 (0,9)	
	BA	3 (2,7)	
	MA	1 (0,9)	
	CE	1 (0,9)	
	PE	5 (4,5)	
Sul	PR	6 (5,4)	6 (5,4)
Centro-Oeste	DF	1 (0,9)	3 (2,7)
	MS	1 (0,9)	
	GO	1 (0,9)	

N total =112

Em relação à procedência, 100% dos cuidadores são procedentes do Estado de São Paulo, com destaque para cidade de Ribeirão Preto, onde residiam 36,6% dos cuidadores (ver Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo o Estado e cidade de procedência, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Estado	Cidades	n (%)
SP	Ribeirão Preto	41 (36,6)
	Sertãozinho	13 (11,6)
	Serrana	10 (8,9)
	Demais cidades do estado	48 (42,9)

N Total = 112

Na tabela 3, que segue, estão apresentadas as principais características sociodemográficas dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica. Observa-se que houve predomínio do sexo feminino, correspondendo a 82% e que a maioria dos cuidadores era casada ou possuía companheiro fixo (59%). A idade média dos cuidadores foi de 49 anos ($\pm 12,8$), sendo a idade mínima de 23 anos e a máxima de 77 anos.

Em relação à cor da pele, 53% referiram ser da cor branca, seguida da cor parda, correspondendo a 37%. Segundo o grau de parentesco dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em internação psiquiátrica, as mães correspondem a 54% desses cuidadores, seguido de irmãos com 12,5%, cônjuges, 9% e filhos, 8%.

Tabela 3 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo estado civil, cor da pele, religião e escolaridade, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Variável	n (%)
Sexo	
Masculino	20 (17,9)
Feminino	92 (82,1)
Estado Civil	
Solteiro	16 (14,3)
Casado/ Companheiro fixo	66 (58,9)
Separado/ Divorciado	19 (17,0)
Viúvo	11 (9,8)
Cor da pele	
Branco	59 (52,7)
Negro	8 (7,1)
Pardo	41 (36,6)
Amarelo	4 (3,6)
Grau de Parentesco	
Cônjuge	10 (8,9)
Filha/ Filho	9 (8,0)
Irmã/ Irmão	14 (12,5)
Mãe	60 (53,6)
Pai	7 (6,3)
Outros*	12 (10,8)
Religião	
Católica	38 (33,4)
Evangélica	52 (46,4)
Espírita	3 (2,7)
Outra	1 (0,9)
Agnóstico	18 (16,1)
Escolaridade	
Não estudou em escola regular	3 (2,7)
Fundamental incompleto	64 (57,1)
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)

N Total = 112; *avós, tios, primos, sobrinhos, cunhados

Ainda sobre o perfil destes cuidadores, 83,9% referiram seguir alguma religião, destacando-se que 46,4% seguem a religião evangélica e 33,4% seguem a católica, conforme descrito na tabela 3.

A maioria dos cuidadores referiu que sabem ler e escrever (95,5%) e na tabela 3, evidencia-se que a maioria estudou até o ensino fundamental incompleto (57,1%) e que apenas 4,5% chegaram ao ensino superior (completo ou incompleto).

A seguir, está a tabela 4, em que os cuidadores foram distribuídos pela faixa etária. Observa-se que a maioria dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica (81,2%) apresentou mais de 40 anos.

Tabela 4 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo a faixa etária, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Faixa Etária	N	%	Fac*	%ac**
20←30 anos	11	9,8	11	9,8
30←40 anos	10	9,0	21	18,8
40←50 anos	34	30,3	55	49,1
50←60 anos	30	26,8	85	75,9
60←70 anos	22	19,6	107	95,5
70←80 anos	5	4,5	112	100
Total	112	100		

*Fac = Frequência acumulada; **%ac = Porcentagem acumulada

A respeito da ocupação, os resultados evidenciaram que 60,7% dos cuidadores trabalhavam. Dos 112 cuidadores participantes deste estudo, observou-se que 77,3% tinham renda individual, 4,5% não souberam dizer a renda e 18% não possuíam renda e que os valores da renda individual variaram entre R\$0 até R\$ 6.000. A média da renda individual dos cuidadores foi de R\$991,70 com desvio padrão de R\$1.035,90.

Tabela 5 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo auxílio-benefício, renda individual e renda familiar, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Variável	n (%)
Auxílio-Benefício	
Não	67 (59,8)
Sim	45 (40,2)
Renda Individual	
Menos de um Salário Mínimo	19 (17,0)
1 Salário Mínimo	18 (16,0)
1 Sal Min ← 2 Sal Min	35 (31,2)
2 Sal Min ← 3 Sal Min	5 (4,5)
3 Sal Min ← 4 Sal Min	6 (5,3)
4 Sal Min ← 8 Sal Min	4 (3,5)
Não souberam responder	5 (4,5)
Sem renda	20 (18,0)
Renda Familiar	
Menos que 1 Salário Mínimo	5 (4,5)
1 Salário Mínimo	10 (9,0)
1 Sal Min ← 2 Sal Min	33 (29,5)
2 Sal Min ← 3 Sal Min	26 (23,2)
3 Sal Min ← 4 Sal Min	14 (12,5)
4 Sal Min ← 9 Sal Min	11 (9,8)
Acima de 10 Salário Mínimos	3 (2,7)
Não souberam responder	8 (7,1)
Sem renda	2 (1,7)

N total =112; Salário mínimo vigente na época no Brasil (R\$788,00).

Do total de cuidadores 91,2% referiram possuir renda familiar, sendo que 7,1% dos cuidadores não souberam dizer qual era este valor e 1,7% não possuíam renda familiar. A renda familiar teve como valor médio R\$2.148,50 com desvio padrão de R\$2.345,40, variando de R\$0 a R\$20.000,00. Na tabela 5 apresenta-se a distribuição do cuidadores com relação aos valores da renda que foram agrupados de acordo com o salário mínimo vigente na época (R\$788,00) no Brasil no Estado de São Paulo.

Em relação a receber ou não auxílio-benefício (auxílio-doença, afastamento, pensão, bolsa família) 59,8% dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica relatou não receber, enquanto que, 40,2% dos cuidadores referiram receber auxílio-benefício.

Em relação ao estilo de vida e a saúde dos cuidadores os resultados mostraram que 77% não praticavam nenhum tipo de atividade física e 68% relataram apresentar problemas de saúde (ver tabela 6). Dentre eles, 19% referiu ter apenas um problema de saúde, 17% referiu ter dois problemas de saúde e 12,5% referiu três problemas de saúde. Os demais dos cuidadores relataram quatro ou mais problemas de saúde.

Tabela 6 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo a prática de atividade física e problemas de saúde, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Variável	n (%)
Prática de atividade física	
Não	86 (76,8)
Sim	26 (23,2)
Problemas de Saúde	
Não	36 (32,1)
Sim	76 (67,9)

N Total = 112

Neste estudo investigou-se a ocorrência de três importantes doenças crônicas, a Diabetes Mellitus, a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Depressão entre os cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, conforme descrito na tabela 7. Dos 112 cuidadores, 67,9% apresentaram problemas de saúde, sendo mais frequente a Diabetes Mellitus (25%), seguida pela Hipertensão Arterial Sistêmica (41%) e Depressão (16%).

Tabela 7 - Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica que possuem problemas de saúde, segundo diabetes, hipertensão e depressão, Ribeirão Preto - São Paulo/Brasil, 2015

Variável	n (%)
Diabetes	
Não	57 (75)
Sim	19 (25)
Hipertensão	
Não	45 (59)
Sim	31 (41)
Depressão	
Não	64 (84)
Sim	12 (16)

N total = 76 cuidadores que referiram apresentar problemas de saúde

A respeito do uso de medicamento, 60,7% do total de cuidadores referiram fazer uso de medicamentos, sendo que desses, 35,3% faziam uso de um medicamento, 22,0% de dois medicamentos, 17,6% de três medicamentos, 13,2% de quatro medicamentos e 11,9% faziam uso de 5 ou mais medicamentos.

Entre os cuidadores que faziam uso de medicamentos, 58,9% sabiam o nome ou o motivo pelo qual faziam uso do(s) medicamento(s) e 39,4% faziam uso de

medicamentos psicotrópicos. Deste modo, se considerado o numero total de cuidadores observou-se que 23% utilizavam psicotrópicos.

Os cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica demonstraram ter considerável conhecimento acerca do nome da doença de seu familiar, tempo e número de internações. Entre os cuidadores, 78% relataram saber qual é a doença do paciente, 95% sabiam há quanto tempo seu familiar tinha a doença e, por fim, 95,5% sabiam o número de internações que seu familiar tivera (ver tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo o conhecimento da doença do paciente e há quanto tempo a tem; o conhecimento da quantidade de internações psiquiátricas do paciente. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Variável	n (%)
Sabe qual a doença do paciente	
Não	25 (22,3)
Sim	87 (77,7)
Sabe há quanto tempo tem a doença	
Não	6 (5,4)
Sim	106 (94,6)
Sabe quantas internações teve	
Não	5 (4,5)
Sim	107 (95,5)

N total = 112

Em relação ao tempo de doença relatado pelos cuidadores, o valor médio em anos do tempo de ter recebido o diagnóstico de transtorno mental é de 13,5 anos ($dp \pm 10,0$) sendo o tempo mínimo de tempo de doença 0,25 anos e o tempo máximo de 40 anos. Apenas 2,6% relataram menos de um ano de doença, 17,8% dos cuidadores relataram que seu familiar apresenta diagnóstico de transtorno mental entre um a 5 anos, 22,3% entre 6 a 10 anos, 30,2% entre 11 a 20 anos e 15,1% entre 20 a 40 anos convivendo com o transtorno mental.

5.2 CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS

Primeiramente, investigou-se a confiabilidade dos instrumentos utilizados por meio do cálculo de consistência interna coeficiente do *Alfa de Cronbach* de todos os itens, por dimensões e da escala total. De forma geral, os instrumentos apresentaram coeficientes que caracterizam os indicadores como confiáveis.

Na escala ZBI foi observado um coeficiente de *alfa de Cronbach* igual a 0,86. Na ISSL, o coeficiente de *alfa de Cronbach* geral da escala foi 0,93 e das subescalas 1ª fase (sintomas de estresse das últimas 24 horas) *alfa de Cronbach* de 0,77; na 2ª e 3ª fases (sintomas de estresse da última semana) *alfa de Cronbach* de 0,79 e na 4ª fase (sintomas de estresse do último mês) *alfa de Cronbach* de 0,86. Já SRQ-20 para a população estudada foi obtido o coeficiente de 0,87 para a escala.

5.3 OCORRÊNCIA DE SOBRECARGA NOS CUIDADORES

Os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica apresentaram elevados níveis de sobrecarga, conforme descrito na tabela 9 que segue. Os escores de sobrecarga de sobrecarga entre os cuidadores variaram de 13 a 81 pontos, com média de 50,2 ($dp \pm 16,6$) e mediana de 49,0.

Os resultados deste estudo são preocupantes e evidenciam que apenas 3,6% destes cuidadores não apresentaram sobrecarga e que a maioria apresentava sobrecarga entre moderada e severa.

Tabela 9 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo a sobrecarga do cuidado. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Escala	Escore	Níveis de Sobrecarga	n (%)
Zarit Burden Interview	< 21	Ausência de sobrecarga	4 (3,6)
	21 a 40	Sobrecarga leve a moderada	30 (26,8)
	41 a 60	Sobrecarga moderada a severa	43 (38,4)
	60 a 88	Sobrecarga Severa	35 (31,3)
		Total	112 (100,0)

Segundo os resultados mais detalhados obtidos a respeito da sobrecarga, destaca-se que a maioria dos cuidadores de pessoas com transtorno mental respondeu que sempre sente que o familiar adoecido depende dele (73,2%); sempre sente receio pelo futuro de seu familiar (58%); sempre sente que seu familiar espera que ele cuide dele, como se fosse o único que pudesse realizar o cuidado (58%); e sempre sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do familiar, somando-se as outras despesas (55,4%). Por outro lado, a maioria desses cuidadores (53,6%) não gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse do seu familiar com transtorno mental. Conforme se observa na tabela 10, itens 8, 7, 14, 15 e 18 respectivamente.

Tabela 10 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo as respostas do Zarit Burden Interview (ZBI). Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Questões do Zarit Burden Interview	Nunca n(%)	Raramente n(%)	Algumas Vezez n(%)	Frequentemente n(%)	Sempre n(%)
1. Você sente que S* pede mais ajuda do que ele(a) realmente necessita?	24 (21,4)	13 (11,6)	19 (17,0)	23 (20,5)	33 (29,5)
2. Você sente que por causa do tempo que você gasta com S*, você não tem tempo suficiente para si mesmo?	11 (9,8)	7 (6,3)	22 (19,6)	24 (21,4)	48 (42,9)
3. Você se sente estressado(a) entre cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e trabalho?	9 (8,0)	5 (4,5)	27 (24,1)	20 (17,9)	51 (45,5)
4. Você se sente envergonhado(a) com o comportamento de S*?	44 (39,3)	6 (5,4)	28 (25,0)	6 (5,4)	28 (25,0)
5. Você se sente irritado(a) quando S* está por perto?	42 (37,5)	9 (8,0)	28 (25,0)	8 (7,1)	25 (22,3)
6. Você sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	40 (35,7)	9 (8,0)	25 (22,3)	13 (11,6)	25 (22,3)
7. Você sente receio pelo futuro de S*?	10 (8,9)	5 (4,5)	15 (13,4)	17 (15,2)	65 (58,0)
8. Você sente que S* depende de você?	1 (0,9)	2 (1,8)	13 (11,6)	14 (12,5)	82 (73,2)
9. Você se sente tenso(a) quando S* está por perto?	23 (20,5)	9 (8,0)	29 (25,9)	22 (19,6)	29 (25,9)
10. Você sente que a sua saúde foi afetada por causa de seu envolvimento com S*?	31 (27,7)	14 (12,5)	22 (19,6)	16 (14,3)	29 (25,9)
11. Você sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S*?	35 (31,3)	6 (5,4)	30 (26,8)	14 (12,5)	27 (24,1)
12. Você sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque está cuidando de S*?	35 (31,3)	14 (12,5)	27 (24,1)	10 (8,9)	26 (23,2)
13. Você não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S*?	44 (39,3)	6 (5,4)	24 (21,4)	10 (8,9)	28 (25,0)
14. Você sente que S* espera que você cuide dele(a), como se você fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?	12 (10,7)	4 (3,6)	16 (14,3)	15 (13,4)	65 (58,0)
15. Você sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S*, somando-se as suas outras despesas?	13 (11,6)	10 (8,9)	17 (15,2)	10 (8,9)	62 (55,4)
16. Você sente que será incapaz de cuidar de S* por muito mais tempo?	38 (33,9)	6 (5,4)	26 (23,2)	10 (8,9)	32 (28,6)
17. Você sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S*?	41 (36,6)	6 (5,4)	21 (18,8)	13 (11,6)	31 (27,7)
18. Você gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S*?	60 (53,6)	12 (10,7)	18 (16,1)	7 (6,3)	15 (13,4)
19. Você se sente em dúvida sobre o que fazer por S*?	28 (25,0)	6 (5,4)	25 (22,3)	18 (16,1)	35 (31,3)
20. Você sente que deveria estar fazendo mais por S*?	16 (14,3)	3 (2,7)	32 (28,6)	12 (10,7)	49 (43,8)
21. Você sente que poderia cuidar melhor de S*?	19 (17,0)	10 (8,9)	27 (24,1)	16 (14,3)	40 (35,7)
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
22. De uma maneira geral, o quanto você se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S*?	7 (6,3)	21 (18,8)	19 (17,0)	34 (30,4)	31 (27,7)
*S= sujeito, pessoa com transtorno mental	112 (100,0)	112 (100,0)	112 (100,0)	112 (100,0)	112 (100,0)

De acordo com o instrumento utilizado na coleta de dados sobre a sobrecarga, foi investigado o quanto o cuidador se sentia sobrecarregado e esta questão foi comparada às demais que constituem o mesmo instrumento para verificação do grau de concordância entre elas. Os resultados evidenciaram que houve concordância significativa entre a percepção de sobrecarga com as demais repostas. Porém, esta concordância foi pobre. Conforme descrito na tabela 11 que segue. Esse resultado (de concordância pobre) pode ter relação com os sentimentos de ambivalência vivenciados pelo familiar cuidador que se sente sobrecarregado, no entanto entende essa sobrecarga como algo que é de sua responsabilidade, seu dever e, portanto, não pode ser encarado como algo ruim.

Tabela 11 – Concordância da questão 22 com as demais questões do instrumento de sobrecarga do cuidado (ZBI), Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Questões do Instrumento ZBI 1 a 21	Questão 22. <i>De uma maneira geral, o quanto você se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S?</i>	
	p – valor do teste	valor Kappa
1. Você sente que S pede mais ajuda do que ele(a) realmente necessita?	0,582	-0,026***
2. Você sente que por causa do tempo que você gasta com S, você não tem tempo suficiente para si mesmo?	0,001**	0,160***
3. Você se sente estressado(a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e trabalho?	0,034*	0,102***
4. Você se sente envergonhado(a) com o comportamento de S?	0,006*	0,105***
5. Você se sente irritado(a) quando S está por perto?	0,128	0,060***
6. Você sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	0,002*	0,126***
7. Você sente receio pelo futuro de S?	0,480	0,032***
8. Você sente que S depende de você?	0,324	0,041***
9. Você se sente tenso(a) quando S está por perto?	0,044*	0,092***
10. Você sente que a sua saúde foi afetada por causa de seu envolvimento com S?	0,027*	0,097***
11. Você sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?	0,010*	0,107***
12. Você sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque está cuidando de S?	0,003*	0,123***
13. Você não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?	0,024*	0,089***
14. Você sente que S espera que você cuide dele(a), como se você fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?	0,470	-0,032***
15. Você sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?	0,032*	0,095***
16. Você sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?	0,000**	0,143***
17. Você sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?	0,000**	0,143***
18. Você gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?	0,269	0,038***
19. Você se sente em dúvida sobre o que fazer por S?	0,029*	0,097***
20. Você sente que deveria estar fazendo mais por S?	0,047*	0,089***
21. Você sente que poderia cuidar melhor de S?	0,916	0,005***

*≤0,05; **≤0,001; ***<0,20 = concordância pobre

5.4 OCORRÊNCIA DE ESTRESSE NOS CUIDADORES

Responderam as questões relacionadas aos sintomas de estresse 111 cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica, destes 79,5% apresentaram sintomas de estresse. A maioria desses cuidadores estava na fase de estresse chamada de resistência (52,7%) e em relação aos tipos de sintomas houve predomínio de sintomas psicológicos (66,1%), conforme descrito na tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental que apresentaram sintomas de estresse, segundo a fase de estresse e os sintomas. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

ISSL	Fases/Sintomas	n (%)
Fases do Estresse	Alerta	2 (1,8)
	Resistência	59 (52,7)
	Quase-Exaustão	18 (16,1)
	Exaustão	10 (8,9)
	Nenhuma fase	22 (19,6)
Sintomas predominantes	Físicos	10 (8,9)
	Psicológicos	74 (66,1)
	Físicos e Psicológicos	5 (4,5)
	Sem sintomas estresse	22 (19,6)

N=111; 01 missing

A fase de alerta do estresse está relacionada a sintomas manifestados nas últimas 24 horas. Nesse aspecto, destaca-se que a maioria dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação referiu sintoma físico *tensão muscular* (55,4%), conforme descrito na tabela 13. Podendo também ser destacado a ocorrência de sintomas físicos de *insônia*, *boca seca* e *mudança de apetite* em 48,2%, 44,6% e 40,2% dos cuidadores respectivamente. Em relação aos sintomas psicológicos desta fase do estresse, destacou se a *vontade súbita de iniciar novos projetos* para 38,4% dos cuidadores, conforme se observa a seguir na tabela 13 nos itens 5, 8, 2, 12 e 15, respectivamente.

Tabela 13 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo os sintomas físicos e psicológicos da fase de alerta do estresse. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Fase Alerta do Estresse	
Sintomas Físicos das últimas 24 horas	n (%)
01. Mãos e pés frios	38 (33,9)
02. Boca seca	50 (44,6)
03. Nó no estômago	34 (30,4)
04. Aumento da Sudorese(muito suor, suadeira)	19 (17,0)
05. Tensão Muscular	62 (55,4)
06. Aperto da Mandíbula/Ranger os dentes	24 (21,4)
07. Diarréia passageira	16 (14,3)
08. Insônia	54 (48,2)
09. Taquicardia(batedeira no peito)	33 (29,5)
10. Hiperventilação(respirar ofegante, rápido)	36 (32,1)
11. Hipertensão arterial súbita e passageira(pressão alta)	11 (9,8)
12. Mudança de apetite	45 (40,2)
Sintomas Psicológicos das últimas 24 horas	
13. Aumento súbito de motivação	41 (36,6)
14. Entusiasmo súbito	31 (27,7)
15. Vontade súbita de iniciar novos projetos	43 (38,4)

N=111; 01 missing

Em relação às fases de resistência e quase-exaustão do estresse, em que são consideradas as manifestações de estresse na última semana, a maioria dos cuidadores referiu apresentar *sensação de desgaste físico constante* (65,2%) e *cansaço constante* (63,4). Já nos sintomas psicológicos relativos a esta fase, a maioria dos cuidadores referiu apresentar-se com *sensibilidade emotiva* e *irritabilidade excessivas*, correspondendo a 70,5% e 55,4%, respectivamente. Ressalta-se também que a maioria dos cuidadores referiu sentir *dúvida quanto a si próprio* (53,6%) e *pensar constantemente em um só assunto*, (78,6%), conforme descrito na tabela 14, relativos aos itens 4, 8, 11, 14, 12 e 13, respectivamente.

Tabela 14 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica, segundo os sintomas físicos e psicológicos da fase de resistência e quase-exaustão do estresse. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Fase de Resistência e Quase-Exaustão do Estresse	
Sintomas Físicos na última semana	n (%)
01. Problemas com a memória	43 (38,4)
02. Mal-estar generalizado, sem causa específica	46 (41,1)
03. Formigamentos das Extremidades	33 (29,5)
04. Sensação de desgaste físico constante	73 (65,2)
05. Mudança de apetite	45 (40,2)
06. Aparecimento de problemas dermatológicos (problemas de pele)	12 (10,7)
07. Hipertensão arterial (pressão alta)	14 (12,5)
08. Cansaço constante	71 (63,4)
09. Aparecimento de úlcera	1 (0,9)
10. Tontura/Sensação de estar flutuando	43 (38,4)
Sintomas Psicológicos na última semana	
11. Sensibilidade emotiva excessiva (estar muito nervoso)	79 (70,5)
12. Dúvida quanto a si próprio	60 (53,6)
13. Pensar constantemente em um só assunto	88 (78,6)
14. Irritabilidade excessiva	62 (55,4)
15. Diminuição da libido (sem vontade de sexo)	49 (43,8)

N=111; 01 missing

Os resultados de sintomas de estresse, correspondente a fase de exaustão, ou seja, a fase relacionada aos sintomas de estresse manifestados no último mês mostraram 61,6% dos cuidadores com *dificuldade para dormir ou insônia*, representando os sintomas físicos. A respeito dos sintomas psicológicos evidenciou-se que a maioria dos cuidadores referiu: *perda de senso de humor* (50,9%); *sentir apatia, depressão ou raiva prolongada* (53,6%); *apresentar hipersensibilidade emotiva* (59,8%); *sentir cansaço excessivo* (64,3); *pensou e/ou falou constantemente em um só assunto* (65,2); *vontade de fugir de tudo* (68,8%); *sentir angústia e/ou ansiedade diária* (73,2%), ver tabela 15, itens destacados 3, 23, 17, 22, 18, 19, 16 e 21 respectivamente.

Tabela 15 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, segundo sintomas de estresse físicos e psicológicos da fase de exaustão do estresse. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Fase de Exaustão do Estresse	
Sintomas Físicos no último mês	n (%)
01. Diarréia frequente	13 (11,6)
02. Dificuldades sexuais	42 (37,5)
03. Insônia (dificuldade para dormir)	69 (61,6)
04. Náusea	37 (33,0)
05. Tiques	21 (18,8)
06. Hipertensão arterial continuada (pressão alta)	17 (15,2)
07. Problemas dermatológicos prolongados (problemas de pele)	10 (8,9)
08. Mudança de apetite	44 (39,3)
09. Excesso de gases	24 (21,4)
10. Tontura frequente	36 (32,1)
11. Úlcera	4 (3,6)
12. Enfarte	0 (0,0)
Sintomas Psicológicos no último mês	
13. Impossibilidade de Trabalhar	50 (44,6)
14. Pesadelos	35 (31,3)
15. Sensação de incompetência em todas as áreas	51 (45,5)
16. Vontade de fugir de tudo	77 (68,8)
17. Apatia, depressão ou raiva prolongada	60 (53,6)
18. Cansaço excessivo	72 (64,3)
19. Pensar/falar constantemente em um só assunto	73 (65,2)
20. Irritabilidade sem causa aparente	47 (42,0)
21. Angústia/Ansiedade diária	82 (73,2)
22. Hipersensibilidade emotiva	67 (59,8)
23. Perda de senso de humor	57 (50,9)

N=111; 01 missing

5.5 OCORRÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL NOS CUIDADORES

Os resultados deste estudo demonstraram que 67,9% dos cuidadores estavam em sofrimento mental, portanto, apresentando transtornos mentais menores. A pontuação dos cuidadores com relação ao sofrimento mental variou de 0 a 20 pontos, sendo o valor médio 9,8 ($dp \pm 5,1$). Conforme descrito na tabela 16, a maioria destes cuidadores sentia-se: nervosa, tensa ou preocupada (91,1%); triste nos últimos dias (84,3%); cansada o tempo todo (61,6%); que tinha perdido o interesse pelas coisas (58,0%) e encontrava dificuldades para realizar suas atividades diárias com satisfação (60,7%). Por outro lado, não sentiam falta de apetite (61,6%), nem má digestão (67,0%), não apresentava tremores nas mãos (72,3%) e não sentia dificuldades no serviço (66,1%).

Tabela 16 – Distribuição dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais, em início de internação, segundo os sintomas de sofrimento mental. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

SRQ-20	Não n (%)	Sim n (%)
01. Você tem dores de cabeça frequentes?	56 (50,0)	55 (49,1)
02. Tem falta de apetite?	69 (61,6)	42 (37,5)
03. Dorme mal?	40 (35,7)	71 (63,4)
04. Assusta-se com facilidade?	54 (48,2)	57 (50,9)
05. Tem tremores nas mãos?	81 (72,3)	30 (26,8)
06. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	9 (8,0)	102 (91,1)
07. Tem má digestão?	75 (67,0)	36 (32,1)
08. Tem dificuldades de pensar com clareza?	55 (49,1)	56 (50,9)
09. Tem se sentido triste ultimamente?	16 (14,3)	95 (84,3)
10. Tem chorado mais do que costume?	53 (47,3)	58 (51,8)
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	43 (38,4)	68 (60,7)
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	49 (43,8)	62 (55,4)
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	74 (64,3)	39 (34,8)
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	79 (70,5)	32 (28,6)
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	46 (41,1)	65 (58,0)
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	72 (64,3)	39 (34,8)
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	87 (77,7)	24 (21,4)
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	42 (37,5)	69 (61,6)
19. Você se cansa com facilidade?	53 (47,3)	58 (51,8)
20. Tem sensações desagradáveis no estômago?	64 (57,1)	47 (42,0)

N=111; 01 missing

Resultados relevantes foram observados com relação a percepções dos cuidadores com relação a suas próprias vidas. A maioria dos cuidadores negou se sentir incapaz de desempenhar um papel útil em suas vidas (70,5%), se sentir inúteis (64,3%) ou ter ideia de acabar com a própria vida (77,7%).

5.6 A RELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADO E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OCUPACIONAIS E DE SAÚDE DOS CUIDADORES.

Não houve associações estatisticamente significativas entre a sobrecarga e as características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica, conforme descrito tabelas 17, 18, 19.

Os testes estatísticos foram realizados com os cuidadores que apresentaram algum tipo de sobrecarga, totalizando 108 cuidadores (N=108), já que quatro cuidadores foram classificados com ausência de sobrecarga e não constituíram um número significativo para entrar nos testes. Não entraram na análise também as pessoas que cursaram ensino superior incompleto ou completo, pelo mesmo motivo supracitado, totalizando 100 cuidadores (N=100) para essa análise,

Tabela 17 – Associação dos níveis de sobrecarga e as características sociodemográficas de sexo, escolaridade, estado civil e religião dos cuidadores de pessoa com transtorno mental, em início de internação. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

		Sobrecarga			Total* n (%)	p- valor
		Leve a moderada n (%)	Moderada a severa n (%)	Severa n (%)		
Sexo	Masculino	6 (30,0)	11 (55,0)	3 (15,0)	20 (100,0)	0,153
	Feminino	24 (27,3)	32 (36,4)	32 (36,4)	88 (100,0)	
	Total	30 (27,8)	43 (39,8)	35 (32,4)	108 (100,0)	
Escolaridade	Ensino Fundamental	17 (25,8)	27 (40,9)	22 (33,3)	66 (100,0)	0,706
	Ensino Médio	10 (29,4)	11 (32,4)	13 (38,2)	34 (100,0)	
	Total	27 (27,0)	38 (38,0)	35 (35,0)	100 (100,0)	
Estado Civil	Solteiro	5 (31,3)	6 (37,5)	5 (31,3)	16 (100,0)	0,998
	Casado/companheiro	18 (28,1)	25 (39,1)	21 (32,8)	64 (100,0)	
	Separado/Divorciado	4 (23,5)	7 (41,2)	6 (35,3)	17 (100,0)	
	Viúvo	3 (27,3)	5 (45,5)	3 (27,3)	11 (100,0)	
	Total	30 (27,8)	43 (39,8)	35 (32,4)	108 (100,0)	
Religião	Não	4 (22,2)	10 (55,6)	4 (22,2)	18 (100,0)	0,321
	Sim	26 (28,9)	33 (36,7)	31 (34,4)	90 (100,0)	
	Total*	30 (27,8)	43 (39,8)	35 (32,4)	108 (100,0)	

*N total diferente devido às especificidades das variáveis.

Conforme exposto na tabela 17, as maiores frequências observadas foram entre os cuidadores que apresentaram sobrecarga moderada a severa: sexo masculino (55,0%), não seguiam nenhuma religião (55,6%), cursaram até o ensino fundamental (40,9%), eram separados ou divorciados (41,2%) e viúvos (45,5%).

Considerando os níveis mais elevados de sobrecarga observou-se que cuidadores do sexo masculino apresentaram, na maior parte dos casos, sobrecarga moderada a severa, enquanto que entre os do sexo feminino esta sobrecarga oscilou entre os níveis de moderada a severa e apenas severa. Demonstrando maior concentração de sobrecarga em níveis elevados entre as mulheres, 72,8%.

Com relação à escolaridade, observou-se maior concentração de cuidadores que possuíam nível fundamental nos níveis mais elevados de sobrecarga, 74,2%. Além disso, cuidadores separados ou divorciados e aqueles que não possuíam religião também se concentraram nos níveis mais elevados de sobrecarga, 76,5% e 77,8%, respectivamente.

Com relação a questões do trabalho e auxílio financeiro, observou-se que a maior parte dos que apresentaram sobrecarga moderada a severa foram cuidadores que trabalhavam (39,1%) e não recebiam auxílio-benefício (45,3%), conforme descrito a seguir na tabela 18.

Tabela 18 – Associação entre os níveis de sobrecarga e as variáveis trabalho e auxílio-benefício, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Variáveis		Sobrecarga			Total*	p-valor
		Leve a moderada n (%)	Moderada a severa n (%)	Severa n (%)		
Trabalha	Não	9 (20,9)	17 (39,5)	17 (39,5)	43 (100,0)	0,313
	Sim	21 (32,8)	25 (39,1)	18 (28,1)	64 (100,0)	
	Total	30 (28,0)	42 (39,3)	35 (32,7)	107 (100,0)	
Auxílio - Benefício	Não	15 (23,4)	29 (45,3)	20 (31,3)	64 (100,0)	0,313
	Sim	15 (34,1)	14 (31,8)	15 (34,1)	44 (100,0)	
	Total*	30 (27,8)	43 (39,8)	35 (32,4)	108 (100,0)	

*N total diferente devido às especificidades das variáveis.

Considerando-se os níveis mais elevados de sobrecarga, cuidadores que não trabalhavam concentraram-se nos níveis moderado a severo e apenas severo de sobrecarga, totalizando 79%. Enquanto que com relação a receber benefício esta concentração ocorreu entre os que não recebiam benefício algum, 76,6%.

Na tabela 19, evidencia-se que dos 83 cuidadores que não realizavam atividades físicas a maioria apresentou sobrecarga severa a moderada ou severa, correspondendo a 73,4%. Entre aqueles que realizavam atividade física a maioria (52,0%) apresentou sobrecarga de moderada a severa e 16,0% sobrecarga severa. Os cuidadores que não realizam atividade física, grande parte apresentou sobrecarga severa (37,3%).

Tabela 19 – Associação entre os níveis de sobrecarga e as características relacionadas a saúde do cuidador de pessoa com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Variáveis		Sobrecarga			Total n (%)	p-valor
		Leve a moderada n (%)	Moderada a severa n (%)	Severa n (%)		
Atividade Física	Não	22 (26,5)	30 (36,1)	31 (37,3)	83 (100,0)	0,127
	Sim	8 (32,0)	13 (52,0)	4 (16,0)	25 (100,0)	
	Total	30 (27,8)	43 (39,8)	35 (32,4)	108* (100,0)	
Problemas De Saúde	Não	12 (34,3)	14 (40,0)	9 (25,7)	35 (100,0)	0,471
	Sim	18 (24,7)	29 (39,7)	26 (35,6)	73 (100,0)	
	Total	30 (27,8)	43 (39,8)	35 (32,4)	108* (100,0)	
Diabetes	Não	15 (27,3)	19 (34,5)	21 (38,2)	55 (100,0)	0,281
	Sim	3 (16,7)	10 (55,6)	5 (27,8)	18 (100,0)	
	Total	18 (24,7)	29 (39,7)	26 (35,6)	73** (100,0)	
Hipertensão Arterial Sistêmica	Não	8 (19,0)	18 (42,9)	16 (38,1)	42 (100,0)	0,432
	Sim	10 (32,3)	11 (35,5)	10 (32,3)	31 (100,0)	
	Total	18 (24,7)	29 (39,7)	26 (35,6)	73** (100,0)	
Depressão	Não	13 (21,3)	25 (41,0)	23 (37,7)	61 (100,0)	0,319
	Sim	5 (41,7)	4 (33,3)	3 (25,0)	12 (100,0)	
	Total	18 (24,7)	29 (39,7)	26 (35,6)	73** (100,0)	

*N total que entrou para os testes = 108; **N=73 cuidadores que tinham problemas de saúde

Conforme a tabela 19 acima, os níveis mais elevados de sobrecarga foram observados entre os cuidadores que não praticavam atividades físicas (73,4%), apresentaram problemas de saúde (75,3%) e diabetes (83,4%). E apresentou sobrecarga leve a moderada a maior parte dos cuidadores que tinham Depressão (41,7%) e que não tinham Hipertensão Arterial Sistêmica (42,9%). Segundo os cuidadores que apresentaram sobrecarga severa, destacaram-se as maiores frequências nos que não praticavam atividade física (37,3%) e não tinham Diabetes Mellitus (38,2%).

Na tabela 20, dentre os cuidadores que apresentaram sobrecarga leve a moderada, 36% faziam uso de psicotrópicos. Por outro lado, os que apresentaram sobrecarga moderada a severa apresentaram altas frequências entre os que tomavam ou não medicamentos, 40% e 39,5% respectivamente, e entre os que não faziam uso de psicotrópicos (42,1%).

Tabela 20 – Associação dos níveis de sobrecarga com o uso de medicamentos pelos cuidadores de pessoas com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Variáveis		Sobrecarga			Total n (%)	p-valor
		Leve a moderada n (%)	Moderada a severa n (%)	Severa n (%)		
Medicamentos	Não	13 (30,2)	17 (39,5)	13 (30,2)	43 (100,0)	0,878
	Sim	17 (27,0)	26 (40,0)	22 (33,8)	65 (100,0)	
	Total	30 (27,8)	43 (39,8)	35 (32,4)	108 (100,0)	
Psicotrópicos	Não	8 (21,1)	16 (42,1)	14 (36,8)	38 (100,0)	0,416
	Sim	9 (36,0)	8 (32,0)	8 (32,0)	25 (100,0)	
	Total	17 (27,0)	24 (38,1)	22 (34,9)	63 (100,0)	

Os níveis mais elevados de sobrecarga foram observados entre os cuidadores que utilizavam medicamentos (73,8%), mas não faziam uso de psicotrópicos (78,9%). Porém não houve associação estatisticamente significativa entre a sobrecarga e estas variáveis.

Também não houve associações estatisticamente significativas entre a sobrecarga e as variáveis: idade, rendas individual e familiar, trabalhar, receber auxílio-benefício, problemas de saúde do cuidador, fazer uso de medicamentos, o tempo de doença do paciente, conforme tabela 21 a seguir.

Tabela 21 – Teste de média entre os níveis de sobrecarga e características dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

Variáveis	Sobrecarga	Mínimo	Média	Máximo	Desvio Padrão	Teste JT	p-valor	N	Total**
Idade*	Leve a moderada	23	46,6	74	14,2	2044.0	0,488	30	108
	Moderada a severa	24	51,3	77	11,7			43	
	Severa	24	48,9	73	13,1			35	
Renda Individual	Leve a moderada	0	1151,0	4000	905,9	1541.5	0,202	29	103
	Moderada a severa	0	948,6	6000	1154,6			41	
	Severa	0	918,2	6000	1063,7			33	
Renda Familiar	Leve a moderada	722	2271,0	10000	1928,1	1416.5	0,144	27	100
	Moderada a severa	0	2020,0	8000	1564,9			40	
	Severa	320	1700,0	6000	1272,3			33	
Quantos Problemas de saúde	Leve a moderada	0	1,8	8	2,2	2188.5	0,121	30	108
	Moderada a severa	0	1,6	5	1,6			43	
	Severa	0	2,3	6	2,0			35	
Há quanto tempo* tem diabetes	Leve a moderada	1	8,6	15	7,0	44.5	0,815	3	18
	Moderada a severa	1	3,0	5	1,3			10	
	Severa	2	5,6	17	6,4			5	
Há quanto tempo* tem Hipertensão	Leve a moderada	0,41	11,8	21	6,8	157.0	0,792	10	30
	Moderada a severa	2	11,9	40	12,3			11	
	Severa	4	14,8	45	12,4			9	
Há quanto tempo* tem Depressão	Leve a moderada	2	12,0	30	12,3	11.5	0,758	4	9
	Moderada a severa	0,41	14,4	23	12,2			3	
	Severa	2	10,0	18	11,3			2	
Quantos medicamentos faz uso	Leve a moderada	0	1,9	13	2,8	1936.5	0,937	30	108
	Moderada a severa	0	1,3	5	1,5			43	
	Severa	0	1,5	5	1,5			35	
Tempo* o familiar tem a doença	Leve a moderada	0,25	15,1	40	11,3	1455.5	0,777	28	96
	Moderada a severa	0,33	11,6	38	9,3			42	
	Severa	2	13,6	40	8,9			26	
Internações psiquiátricas do familiar	Leve a moderada	1	4,0	30	5,3	1957.0	0,210	29	103
	Moderada a severa	1	4,3	20	4,0			40	
	Severa	1	5,5	36	6,7			34	

*Em anos; **N total das variáveis são diferentes devido suas especificidades

A respeito da tabela 21 acima, grande parte das pessoas que apresentaram sobrecarga moderada a severa possuem idade média de 51,3 anos. Cuidadores com sobrecarga de leve a moderada apresentaram menor idade média, bem como maiores rendas individual e familiar. Por outro lado, cuidadores com sobrecarga severa apresentam maior média de problemas de saúde, maior tempo médio de Hipertensão Arterial Sistêmica e pacientes com maior número médio de internações. O maior tempo médio de depressão foi observado nos cuidadores com sobrecarga de moderada a severa.

Apresentaram sobrecarga severa grande parte dos cuidadores que não sabiam qual a doença do seu familiar (41,7%), e sobrecarga moderada a severa a maior parte dos que sabiam a doença do familiar (44%), conforme tabela 22.

Tabela 22 – Associação dos níveis de sobrecarga e o conhecimento a respeito da doença da pessoa com transtorno mental pelo cuidador. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

		Sobrecarga				p-valor
		Leve a moderada n (%)	Moderada a severa n (%)	Severa n (%)	Total n (%)	
Conhecimento Da Doença	Não	8 (33,3)	6 (25,0)	10 (41,7)	24 (100,0)	0,086
	Sim	22 (26,2)	37 (44,0)	25 (29,8)	84 (100,0)	
	Total	30 (27,8)	43 (39,8)	35 (32,4)	108 (100,0)	

5.7 A SOBRECARGA DO CUIDADO E A OCORRÊNCIA DE ESTRESSE

Houve associação estatisticamente significativa entre a sobrecarga e a ocorrência de estresse entre os cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, conforme descrito tabelas 23, 24, 25.

Responderam ao questionário de Estresse 111 cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica e, não entraram na análise os quatro cuidadores que foram classificados com ausência de sobrecarga, totalizando, portanto, em 107 cuidadores nesta análise.

Observou-se que a sobrecarga moderada a severa e severa foram as mais frequentes entre aqueles cuidadores que apresentaram estresse, perfazendo um total de 80%. Por outro lado, a sobrecarga de leve a moderada e moderada a severa foram as mais frequentes entre aqueles que não apresentaram estresse, correspondendo a 100% dos cuidadores que não apresentaram estresse.

Houve associação com elevada significância estatística entre os níveis de sobrecarga e a ocorrência de estresse, com valor de $p=0,000$, conforme descrito na tabela 23.

Tabela 23 – Associação entre os níveis de sobrecarga e a ocorrência de estresse entre os cuidadores de pessoa com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

		Sobrecarga				p valor
		Leve a moderada n (%)	Moderada a severa n (%)	Severa n (%)	Total n (%)	
Estresse	Não	13 (59,1)	9 (40,9)	0 (0,0)	22 (100,0)	0,000*
	Sim	17 (20,0)	33 (38,8)	35 (41,2)	85 (100,0)	
	Total	30 (28,0)	42 (39,3)	35 (32,7)	107 (100,0)	

*p-valor $\leq 0,001$.

Apenas dois cuidadores foram classificados na fase de alerta do estresse, por esse motivo para realizar o teste de associação da sobrecarga com as fases do estresse, a fase de alerta do estresse não foi incluída, totalizando em 105 cuidadores. Os resultados evidenciaram que a maioria dos cuidadores que apresentaram sobrecarga leve a moderada (59,1%) não foram classificados em nenhuma fase de estresse.

Por outro lado, os cuidadores que apresentaram sobrecarga de moderada a severa a maioria foi classificada na fase de resistência do estresse (52,7%). E entre os cuidadores com sobrecarga severa a maioria dos cuidadores foram classificados na fase de quase-exaustão do estresse (66,7%) e fase de exaustão do estresse (70,0%). Ou seja, os cuidadores com níveis mais elevados de sobrecarga encontravam-se também nas fases mais graves do estresse, havendo associação de elevada significância estatística entre estas variáveis ($p=0,000$), conforme tabela 24.

Tabela 24 – Associação entre os níveis de sobrecarga e as fases de estresse entre os cuidadores de pessoa com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

		Sobrecarga			Total n (%)	p valor
		Leve a moderada n (%)	Moderada a severa n (%)	Severa n (%)		
Fases Estresse	Nenhuma	13 (59,1)	9 (40,9)	0 (0,0)	22 (100,0)	0,000*
	Resistência	12 (21,8)	29 (52,7)	14 (25,5)	55 (100,0)	
	Quase-Exaustão	3 (16,7)	3 (16,7)	12 (66,7)	18 (100,0)	
	Exaustão	2 (20,0)	1 (10,0)	7 (70,0)	10 (100,0)	
	Total	30 (28,3)	42 (40,6)	33 (31,1)	105 (100,0)	

*p-valor $\leq 0,001$.

A respeito da associação entre os níveis de sobrecarga e os tipos sintomas de estresse ressalta-se que cinco cuidadores, que apresentaram sintomas físicos e psicológicos, não foram incluídos na análise por representarem pequena parcela. De modo que, para esta análise, foi considerado um total de 102 cuidadores. Conforme descrito na tabela 25 a seguir.

Tabela 25 – Associação entre os níveis de sobrecarga e os tipos de sintomas de estresse entre os cuidadores de pessoa com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

		Sobrecarga			Total n (%)	p valor
		Leve a moderada n (%)	Moderada a severa n (%)	Severa n (%)		
Sintomas De Estresse	Nenhum	13 (59,1)	9 (40,9)	0 (0,0)	22 (100,0)	0,000*
	Físico	3 (37,5)	4 (50,0)	1 (12,5)	8 (100,0)	
	Psicológico	13 (18,1)	27 (37,5)	32 (44,4)	72 (100,0)	
	Total	29 (28,2)	40 (39,8)	33 (32,0)	102 (100,0)	

*p-valor $\leq 0,001$.

Entre os cuidadores que apresentaram predomínio de sintomas físicos, metade apresentou sobrecarga moderada a severa, seguindo da sobrecarga leve a moderada, (37,5%). E dentre os cuidadores que apresentaram predomínio de sintomas psicológicos, grande parte apresentou sobrecarga severa (44,4%), seguida da sobrecarga moderada a severa, (37,5%). Ou seja, os maiores níveis de sobrecarga foram observados entre os cuidadores com predomínio de sintomas psicológicos do estresse, com associação com elevada significância estatística ($p=0,000$).

5.8 A RELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADO E O SOFRIMENTO MENTAL

Houve associação estatisticamente significativa entre a sobrecarga e o sofrimento mental dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em internação. Conforme descrito tabela 26. A associação entre a sobrecarga do cuidado e o sofrimento mental apresentou elevada significância estatística, com valor de $p=0,000$.

Como resultados da relação entre a sobrecarga do cuidado e o sofrimento mental dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica evidenciou-se que os cuidadores classificados com sobrecarga moderada a severa, e leve a moderada, apresentaram maiores frequências entre os que não apresentaram sofrimento mental, 54,5% e 42,4%, respectivamente.

Tabela 26 – Associação entre os níveis de sobrecarga do cuidado e o sofrimento mental dos cuidadores de pessoas com transtorno mental, em início de internação psiquiátrica, Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil, 2015

		Sobrecarga			Total n (%)	p valor
		Leve a moderada n (%)	Moderada a severa n (%)	Severa n (%)		
Sofrimento Mental	Não	14 (42,4)	18 (54,5)	1 (3,0)	33 (100,0)	0,000*
	Sim	16 (21,6)	24 (32,4)	34 (45,9)	74 (100,0)	
	Total	30 (28,0)	42 (39,3)	35 (32,7)	107 (100,0)	

*p-valor $\leq 0,001$.

Destacou-se também que entre os cuidadores que apresentaram sobrecarga severa grande parte apresentou sofrimento mental (45,9%) e apenas 3% dos cuidadores não apresentaram sofrimento mental.

5.9 FATORES PREDITOS PARA SOBRECARGA DO CUIDADO ENTRE OS CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM INÍCIO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Sintomas psicológicos de estresse foram evidenciados como preditos de sobrecarga entre cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica.

A partir dos resultados da regressão logística, evidenciou-se que cuidadores que apresentaram sintomas psicológicos de estresse tem 8,37 vezes mais chance de ter sobrecarga do cuidado moderada a severa ou severa do que cuidadores que não tiveram sintomas. Conforme se observa na tabela 27.

Tabela 27 - Regressão Logística Multinomial Ordinal entre a sobrecarga e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil 2015

Parâmetros	B	Erro Padrão	Estatística	p-valor	OR	IC
Intercepto 1	-0,4076	0,4182	-0,9746	0,3298	-	-
Intercepto 2	-2,4265	0,4868	-4,9848	0,0000*	-	-
Sintoma físico de estresse	0,8002	0,7860	1,0181	0,3086	2,2260	0,4769 – 10,3891
Sintoma psicológico do estresse	2,1251	0,5041	4,2153	0,0000*	8,3737	3,1176 – 22,4915

*p-valor $\leq 0,001$; OR = Odds Ratio (razão de chance); IC = intervalo de confiança

Deste modo, evidencia-se que cuidadores com sintomas psicológicos do estresse tem 8,37 vezes mais chance de ter sobrecarga severa do que cuidadores que não apresentam tais sintomas.

Além disso, resultados encontrados demonstram que cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica que apresentaram sintomas físicos possuem 40% de probabilidade de apresentar sobrecarga leve a moderada e, aproximadamente, 17% de probabilidade de apresentar sobrecarga severa.

Por outro lado, cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica que apresentam possuem 15% de probabilidade de apresentar sobrecarga leve a moderada e, aproximadamente, 42% de probabilidade de apresentar sobrecarga severa.

Por sua vez, cuidadores que não apresentam sintomas de estresse possuem 60% de probabilidade de apresentar sobrecarga de leve a moderada.

Deste modo, restou a evidência de serem os sintomas psicológicos do estresse fatores de risco a elevada sobrecarga do cuidador de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica.

Estes resultados também podem ser visualizados no gráfico 1 que segue.

Grafico 1 – Probabilidade da ocorrência de sobrecarga severa entre os cuidadores considerando-se as variáveis independentes estatisticamente significativas a partir do modelo de regressão. Ribeirão Preto, São Paulo/2015

Observa-se no gráfico acima que quanto mais sintomas psicológicos do estresse o cuidador apresenta, maior a probabilidade de este apresentar sobrecarga do cuidado severa. Além disso, o sintoma psicológico do estresse demonstrou ser o sintoma predominante para maior probabilidade de ocorrer a sobrecarga severa.

Quando o cuidador não apresenta sintomas de estresse, nem físicos ou psicológicos, a probabilidade de se ter sobrecarga leve a moderada é de 60%. E quanto mais sintomas de estresse vão surgindo, sejam eles, físicos ou psicológicos, maior a probabilidade de se ter sobrecarga do cuidado.

Observa-se também que quanto mais o cuidador de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica apresenta sintomas físicos do estresse maior a probabilidade de ele apresentar sobrecarga de moderada a severa.

DISCUSSÃO

I. A sobrecarga do cuidador de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica.

A sobrecarga do cuidado entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica esteve presente em 96,4% dos participantes, um resultado grave e alarmante. Além disso, os resultados desse estudo evidenciam sobrecarga média maior entre esses cuidadores quando comparados a resultados de outros nacionais e internacionais, que também utilizaram a Escala de Sobrecarga Zarit (ZBI).

No presente estudo, a sobrecarga média dos cuidadores foi de 50,2 enquanto que em estudos nacionais observaram-se médias variando de 27,8 a 34,9 e nos internacionais de 30,0 a 43,2 (GRATÃO et al., 2013; AMENDOLA, OLIVEIRA e ALVARENGA, 2011; GARRIDO e MENEZES, 2004; PEREIRA et al., 2013; ALEXANDER, et al., 2016; ARAVENA e ALVARADO, 2010; MIRANDA e ARAVENA, 2012; FERREIRA et al., 2010; LUCHSINGER, et al., 2015).

Em estudos nacionais de sobrecarga do cuidador como de Garrido e Menezes (2004) com cuidadores de pacientes com síndrome demencial de um serviço psicogeriátrico, o escore médio foi de 32,4 ($dp \pm 16,7$). No estudo de Amendola, Oliveira e Alvarenga (2011) a respeito de cuidadores de pacientes dependentes de cuidados gerais cadastrados e atendidos em uma Unidade de Estratégia Saúde da Família, a média foi de 32,1 ($dp \pm 14,7$).

O estudo com cuidadores de idosos que sofreram AVC de Pereira e colaboradores (2013), a média da sobrecarga foi de 34,9 ($dp \pm 15,8$). Já para Gratão e colaboradores (2013), que estudaram cuidadores de idosos, a média de sobrecarga dos cuidadores foi de 27,8 ($\pm 17,5$). A sobrecarga média deste último estudo pode ter sido um pouco mais baixa devido a apenas 15% dos idosos cuidados terem sido considerados dependentes de cuidados.

Nos estudos internacionais como o de Ferreira e colaboradores (2010) com cuidadores de pessoas adoecidas em cuidados paliativos no domicílio, a média foi de

37,2, concluindo uma sobrecarga moderada aos cuidadores do estudo. Na pesquisa chilena de Aravena e Alvarado (2010) a média entre os cuidadores foi de 33,1 ($dp\pm 15,1$); e no de Alexander e colaboradores de 2016, cuidadores de pacientes com esquizofrenia apresentaram um score médio de 30,0, ($dp\pm 14,7$), sendo que a pesquisa entrevistou os cuidadores de pacientes que não estavam em início de internação e sem acompanhamento em clínica de saúde mental.

No estudo Luchsinger e colaboradores (2015) sobre as características e a saúde mental de familiares cuidadores de origem latina que vivem em Nova York, o escore médio de sobrecarga foi de 43,2 ($dp\pm 18,6$).

Uma pesquisa na Índia com cuidadores de pessoas com depressão tiveram como resultado um escore médio de 35,4 (KUMAR e GUPTA, 2014). Além disso, este estudo evidenciou que as esposas, que eram cuidadoras primárias, tiveram uma média de sobrecarga de 42,2, enquanto os maridos, mães e pais tiveram uma média menor. Outro dado interessante desse estudo indiano foi que os cuidadores que estavam com os pacientes com episódio depressivo há mais de 12 semanas tiveram escore de sobrecarga maior (43,7 de escore médio) comparado com os que estavam com pacientes que tiveram episódio depressivo num período menor (27,1 de escore médio).

Diante do exposto vê-se a necessidade de destacar o momento em que cada cuidador é avaliado junto ao paciente e o tipo de vínculo familiar que há entre esses cuidadores. Como o estudo indiano citado anteriormente em que as esposas tiveram um escore médio de sobrecarga maior do que os outros familiares, provavelmente por estar o tempo todo no mesmo ambiente que o paciente e dedicando-se aos cuidados do paciente. Assim como cuidar de uma pessoa que ficou doente por um período menor deve sobrecarregar menos do que cuidar de uma pessoa que ficou doente durante um período maior, como também citado no mesmo estudo.

A maior sobrecarga média observada entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica pode estar relacionada ao fato da investigação ter sido muito específica e em um momento crítico. Em todos os estudos nacionais e internacionais supracitados, os cuidadores foram avaliados no momento em que o cuidado era realizado no domicílio ou a pacientes em atendimento ambulatorial. No presente estudo, os cuidadores foram avaliados no início da internação, momento de crise do paciente e de grande impacto para a família.

No Brasil a internação psiquiátrica é preconizada para casos graves quando já foram esgotados os recursos extra-hospitalares para o tratamento ou manejo do problema, sendo a internação de pessoas em instituições com características asilares proibida (BRASIL, 2001). São considerados casos graves situações em que há presença de transtorno mental com no mínimo, uma das seguintes condições: risco de autoagressão, risco de heteroagressão, risco de agressão à ordem pública, risco de exposição social, incapacidade grave de autocuidado e estes consistem em um momento de grande sofrimento psicológico para o paciente e sua família (CARDOSO e GALERA, 2011).

Além disso, segundo a Teoria Sistêmica, que entende a família como um sistema, que pode ser definido como um complexo de elementos em mútua interação. A partir dessa teoria a família é vista como unidade e o foco da assistência é na interação entre seus membros e não em apenas um indivíduo. A teoria sistêmica compreende que o adoecimento de um familiar pode afetar a interação de todos os outros membros e em especial o principal cuidador que se envolve mais diretamente com a doença (WRIGHT e LEAHEY, 2013).

Se destacada a classificação desta sobrecarga entre os cuidadores investigados, observa-se predominância da sobrecarga moderada a severa correspondendo a 38,4% dos participantes e 31,3% com sobrecarga severa. Resultado este muito preocupante e contrastante com estudo realizado na Jamaica por Alexander e colaboradores (2016) no qual a maioria dos 115 cuidadores de pacientes com esquizofrenia investigados que foram avaliados em um serviço ambulatorial de saúde mental apresentou sobrecarga leve a moderada e apenas 1 % com sobrecarga severa. No entanto, em outro estudo internacional de Luchsinger e colaboradores (2015) destacou-se que 35,5% dos cuidadores apresentaram sobrecarga moderada a severa e 19,6% sobrecarga severa, também é um dado preocupante para os familiares cuidadores latinos nos Estados Unidos.

No estudo de Silva, Passos e Barreto (2012), que teve por objetivo avaliar os familiares cuidadores de idosos com demência, os resultados evidenciaram que 51,7% apresentaram sobrecarga leve a moderada e 48,3% apresentaram sobrecarga de moderada a severa. Neste estudo nacional não houve cuidadores com presença de sobrecarga severa. Outro estudo nacional, de Pereira e colaboradores (2013) com cuidadores de idosos que sofreram AVC, 40% desses cuidadores apresentaram

pontuação acima de 44 pontos, sendo assim, apresentaram uma sobrecarga de moderada a severa, dado também preocupante como no presente estudo.

Comparar os estudos nacionais com os internacionais é muito importante, pois não podemos esquecer as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país, mesmo utilizando o instrumento ZBI e se o tipo de cuidados ou doenças foram os mesmos. Não foi encontrado nenhum estudo com a mesma população que foi investigada no presente estudo e, possivelmente, diferenças contextuais influenciaram nas discrepâncias observadas entre os estudos. Interessante ver que as médias de sobrecarga dos estudos citados não são semelhantes ao presente estudo, mas quando comparadas pela classificação de níveis de sobrecarga essa diferença diminui bastante.

A preocupação em torno da sobrecarga moderada a severa deve-se ao fato de esta estar relacionada ao surgimento de doenças como a hipertensão e do uso crônico de medicamentos, além de queixas de dores somáticas (PEREIRA et al., 2013). Sendo assim, grande parte dos cuidadores de pessoas em início de internação psiquiátrica investigada, neste estudo, estava bastante sobrecarregada e carecia de uma atenção mais criteriosa a sua demanda particular. Sabe-se que o modelo curativo, adotado em grande parte dos serviços de saúde, em pouco contribui para este cuidado e as ações de prevenção do adoecimento destes cuidadores dificilmente são pautadas nestes serviços.

Considerando as análises das perguntas inseridas na Escala de Sobrecarga de Zarit, o presente estudo apresentou que a maioria dos cuidadores sentiu receio sobre o futuro do familiar, sentiu que o familiar depende dele e sente que essa dependência é exclusiva do cuidador principal entrevistado e sentiu que não tinha dinheiro suficiente para cuidar do paciente. O mesmo ocorreu nos estudos com cuidadores de pessoas adoecidas em cuidados paliativos no domicílio e de idosos com demência (FERREIRA et al., 2010; SILVA, PASSOS e BARRETO, 2012).

Outro resultado importante foi em relação à análise da percepção que o cuidador teve de estar sobrecarregado e a concordância com as demais repostas às questões sobre a sobrecarga. Observou-se uma concordância pobre entre esta percepção e as demais respostas dadas pelos cuidadores, o que pode refletir sentimentos de ambivalência muito comuns entre cuidadores. Embora a sobrecarga esteja presente no cotidiano destes cuidadores há também a realização pessoal e o sentimento de o cuidado ser um dever para com o membro familiar adoecido. Este conflito pode fazer com que o cuidador

ignore ou tente esconder a sobrecarga sentida, tornando-o solitário em seus sentimentos e mais vulnerável ao adoecimento.

O Estudo de Almeida (2009) constatou o fato de que o cuidador sente-se na obrigação de cuidar e não admite delegar esse ato a mais ninguém. Ou seja, o cuidador transforma esse cuidado em uma missão e mesmo estando sobrecarregado, adoecido ou não, é uma tarefa dele e ele a cumprirá. Outro estudo, de Castro, Souza e Pereira (2015) confirma que geralmente este sentimento de obrigação e dever tem caráter ideológico uma vez que está intrinsecamente relacionado com as tradições, padrões e normas derivadas de cada cultura ou ainda pela e história de cada indivíduo.

Por outro lado constata-se que a literatura científica, geralmente, ignora o fato de que o cuidar pode ser encarado como uma experiência positiva, sendo que considerar o cuidado como um ato natural pode ajudar a minimizar sentimentos de ruptura e fortalecer um sentido de continuidade em suas vidas pessoais (LEITE, 2013). A tarefa de oferecer cuidado sobrecarrega o cuidador, mas pode trazer componentes de recompensa como os sentimentos de utilidade, finalidade, significado e competência (COHEN et al. 2002).

A visão negativa ou positiva do cuidado pode ser moldada por aspectos culturais e antropológicos, por isso é importante reforçar a necessidade de comparar estudos nacionais com internacionais.

Um estudo qualitativo de atitudes e necessidades de 32 cuidadores britânicos, imigrantes caribenhos e do sul da Ásia comparou a visão positiva com a visão negativa do cuidado a pacientes com demência. A visão de que o cuidado seria uma oportunidade de gratidão ao amor e apoio pregressos e de manutenção do vínculo foi mais evidente nos filhos asiáticos e caribenhos. Indivíduos com a visão negativa sentiam as mudanças na pessoa querida como marcadoras do término do vínculo afetivo com o familiar, e esteve presente nos filhos caucasianos britânicos que mais comumente apresentaram a percepção de que o relacionamento prévio com o familiar havia se perdido com a doença (LAWRENCE e MURRAY, 2008).

O fato de trazer à tona a importância de se olhar o lado positivo do cuidado pode ser importante no processo de fortalecimento do cuidador, no entanto, não deixar mascarar os sentimentos negativos que podem levá-lo a se calar e, portanto, deixá-lo como já se vem constatando, ao adoecimento.

II. A relação entre sobrecarga, estresse e sofrimento mental nos cuidadores.

A sobrecarga do cuidado entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica está diretamente associada ao estresse e ao sofrimento mental. Porém, apenas os sintomas psicológicos de estresse destacaram-se como fatores preditos para sobrecarga severa.

Apresentaram estresse 79,5% dos cuidadores do presente estudo, sendo que a maioria encontrou-se na fase de resistência do estresse. Resultado este semelhante a um estudo de Maronesi e colaboradores (2014), que também utilizou o ISSL, realizado no Hemocentro de um município do interior de São Paulo com cuidadores formais (profissionais de saúde) e informais (familiares) de pacientes oncológicos. Entre os cuidadores formais e informais, 82,3% dos cuidadores informais apresentaram sintomas de estresse, sendo que 43% dos cuidadores informais encontraram-se na fase de resistência do estresse. Já os cuidadores formais, 25% apresentaram algum nível de estresse, sendo que 75% estavam na fase de resistência. Entretanto, a análise estatística dos níveis de estresse por comparação de grupo não revelou diferenças significativas entre os cuidadores informais e formais.

Os resultados evidenciam, portanto que os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em internação saíram da fase de alerta do estresse, em que o organismo se prepara para a preservação da vida e já estão em uma fase em que o estresse ainda está presente por tempo indeterminado e o organismo continua buscando uma adaptação, sofrendo com os estressores e tentando resistir. A fase de resistência é marcada por sensações de desgaste e cansaço (SELYE, 1956).

Em um estudo brasileiro realizado por Guimarães e Lipp (2012), com 10 cuidadores de pacientes com câncer constatou-se que a maioria apresentou sintomatologia psicológica do estresse como predominante, assim como no presente estudo. Entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação os sintomas psicológicos do estresse mais frequentes foram: irritabilidade excessiva; apatia, depressão, raiva prolongada, cansaço excessivo; angústia e ansiedade. Além disso, a partir da análise do sofrimento mental, se destacaram também sintomas psicológicos como se sentir cansado o tempo todo, nervoso, tenso e preocupado.

Em geral, os sintomas psicológicos do estresse são os mais frequentes, conforme evidenciam estudos nacionais e internacionais (BAPTISTA et al., 2012; KUMAR e

GUPTA, 2014; BEVANS e STEMBERG, 2012). Estes estudos destacam a ansiedade, a fadiga, o estresse, a exaustão, o isolamento social, a instabilidade emocional como sintomas relacionados a sobrecarga de cuidadores de pacientes com tipos diferentes de doenças, como demência, transtornos mentais e neoplasias.

Em um estudo de caso internacional de Bevens e Stemberg (2012) em que uma mulher de 53 anos cuidou por 23 anos do marido com câncer, os sintomas mais evidentes de estresse foram os psicológicos como a ansiedade, a depressão, a preocupação e a solidão. Outro estudo relevante realizado por Caqueo-Urizar e colaboradores (2014) identificou como fator predito para maiores níveis de sobrecarga os sintomas de estresse psicológico.

Diante destas evidências, cabe ressaltar que a sobrecarga pode ser objetiva e subjetiva, já definidas no referencial teórico. A sobrecarga subjetiva pode considerada um forte predito para desconforto psicológico, chamado “distress” do cuidador, ou seja, o “estresse negativo” segundo Selye (1952). Inclusive estudos antigos como o de Jones (1996), mostraram que ela é mais significativa do que a própria sintomatologia do portador de transtorno mental e da sobrecarga objetiva.

Ainda no estudo de Caqueo-Urizar e colaboradores (2014) os autores afirmam que trabalhar fora de casa, ter outras atividades além de cuidar do paciente pode proteger a saúde mental desses cuidadores. Porém tal resultado não foi encontrado no presente estudo.

Uma revisão de literatura nacional realizada por Baptista e colaboradores (2012) demonstrou que a imposição do papel de cuidador, a falta de apoio dos outros familiares, o grau de dependência do enfermo relacionada à patologia e o desgaste físico e psicológico são os principais fatores geradores de sobrecarga dos familiares cuidadores. Esses dados reforçam a concepção de que ser cuidador de uma pessoa adoecida pode gerar sobrecarga, estresse e sofrimento. E o cuidado a pacientes que necessitaram de uma internação mostram uma situação a mais, a de crise do paciente e a necessidade de suporte e assistência à saúde desses cuidadores.

Em relação ao sofrimento mental ou risco de ter transtornos mentais comuns nos cuidadores, o atual estudo teve como resultado que 67,9% dos cuidadores estavam em sofrimento mental. No estudo de Silva e colaboradores (2012) 46,5% dos familiares cuidadores de idosos com demência estavam em sofrimento mental. Já no estudo de Sintayehu e colaboradores (2015), realizado na Etiópia com cuidadores de pessoas com transtornos mentais graves, o risco dos cuidadores terem transtornos mentais comuns foi de 56,7%, ou seja, a maioria desses cuidadores estava em sofrimento mental. Para estes últimos autores, essa porcentagem está associada a fatores como perda do suporte social, duas ou mais internações do paciente, cuidados com um paciente com sintomas psicóticos, ser fazendeiro e ser mulher.

Todos os estes agravos à saúde que podem acometer os cuidadores destacam a necessidade de intervir multi e interdisciplinarmente com o objetivo de apoiar os cuidadores, tanto com ações preventivas como na promoção e recuperação à saúde. No estudo internacional Gila e colaboradores (2009) intervenções como grupos psicocomportamentais e grupos de apoio foram indicados como possíveis intervenções a serem implantadas aos cuidadores. Segundo estes autores estas intervenções têm mostrado resultados positivos em vários aspectos relativos tanto ao cuidador quanto ao paciente.

A respeito dessas atividades para os cuidadores o estudo de Caqueo-Úrizar e colaboradores (2014) identificou que intervenções psicossociais com familiares cuidadores podem ter bons resultados em relação à sobrecarga do cuidador e para o número de recaídas e hospitalizações dos pacientes. Em relação ao tempo de intervenção a literatura científica indica que os melhores resultados foram obtidos após três meses de intervenção, no entanto, esses resultados podem desaparecer após alguns meses se não for realizada uma terapia de manutenção (BARRIO e YAMADA, 2010; KOOLAE e ETEMADI, 2010; SHARIF, SHAYGAN e MANI, 2012).

Estas intervenções são eficazes e comprovadas por estudos como o estudo internacional de McCann e colaboradores (2013) que demonstrou maior diminuição dos sintomas psicológicos de estresse entre um grupo de cuidadores de jovens em primeiro episódio psicótico que recebeu intervenções do tipo terapia de resolução de problemas, que inclui diversas atividades com o objetivo de desenvolver uma atitude positiva em relação cuidar, quando comparado a outro que não as recebeu. Outro estudo realizado por Fernández e colaboradores (2013), no Chile, evidenciou que cuidadores de

pacientes com esquizofrenia que receberam a intervenção “pro-família” baseada em psicoeducação e dinâmicas apresentaram menores graus médios de depressão e ansiedade.

No Brasil, estudo realizado por Batista e colaboradores (2013) destaca que a importância e a necessidade de intervenções voltadas a assistência à saúde do familiar cuidador estão contempladas na legislação vigente, como nas leis Lei 8080/90 e Lei 8142/90. Porém nenhum dos três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), investigados no referido estudo, oferecia algum tipo de cuidado voltado ao cuidador em saúde mental. Infelizmente, este resultado retrata a realidade de grande parte dos serviços de saúde brasileiros.

III. Perfil dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em internação.

Não houve associações estatisticamente significativas entre a sobrecarga e as características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde entre os cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica. Porém algumas reflexões quanto a estes fatores se fazem relevantes.

Segundo as características dos cuidadores de pessoas com transtorno mental em início de internação psiquiátrica, a cidade/Estado de origem mostra a diversidade da população e as migrações constantes presentes dentro do Brasil. E em relação à procedência os dados confirmam o território ao qual o local de estudo é destinado a atender, confirmando sua área de abrangência o que reforça a organização os serviços de acordo com as políticas públicas de saúde que preconizam a regionalização.

Pois, segundo a legislação vigente no país, a regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e a pactuação entre os gestores (BRASIL, 1990;1988). A regionalização caminha junto com a hierarquização e prevê que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis

de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Destacou-se como principal cuidador neste estudo o cuidador do sexo feminino, o que não é diferente em outros estudos nacionais e internacionais (ALBUQUERQUE, 2010; AMENDOLA, OLIVEIRA, ALVARENGA, 2011; BAPTISTA et al, 2012; MCCANN et al, 2013; GÓMEL-DEL-REGIL, KWAPIL, VIDAL, 2014; ALEXANDER et al., 2016). Provavelmente, isto ocorre porque quando se trata de cuidado, a história humana evidencia que esta é uma prática milenarmente assumida por mulheres e quanto ao cuidado ao adoecido mentalmente ocorre o mesmo. As mulheres são as “cuidadoras tradicionais”, visto como um papel natural, materno, dentro da esfera doméstica, independente das mudanças que vêm ocorrendo na história da mulher e seu destaque no mercado de trabalho ela é ainda o principal cuidador (GONÇALVES e SENA, 2001; BAPTISTA et al., 2012).

Por outro lado, Albuquerque (2010) aponta que o nível de sobrecarga do cuidado pode estar ligado ao tipo de parentesco do cuidador em relação ao paciente, pois é preciso considerar os problemas específicos e inerentes a cada membro da família, esse fator também foi verificado no estudo de Kumar e Gupta (2014) na Índia com cuidadores de pessoas com depressão em que as esposas que eram cuidadoras principais apresentaram escore médio de sobrecarga maior. No entanto, há poucos estudos que focam nesse ponto e no presente estudo o grau de parentesco não foi fator predito para maiores níveis de sobrecarga. Talvez mais estudos e novas abordagens possam trazer evidências sobre essa temática.

No caso do presente estudo a maioria dos cuidadores eram as mães, dado semelhante ao estudo de revisão do Chile de Caqueo-urizar e colaboradores (2014) que revisaram estudos publicados entre 2008 e 2013 sobre cuidadores de pessoas com esquizofrenia. Porém em outros estudos pode ser observado que a maioria dos cuidadores era composta principalmente por filhas(os), cônjuges e irmãs, não havendo destaque para as mães, provavelmente por tratar-se de estudos que focaram em doenças na população idosa (SILVA, PASSOS e BARRETO, 2012; ARAVENA e ALVARADO, 2010), o que pode indicar que o grau de parentesco pode variar de acordo com a população estudada, sendo necessários estudos que possam investigar este fator e sua relevância.

No que concerne ao estado civil detectou-se que os familiares cuidadores das pessoas com transtorno mental em início de internação eram na sua maioria casados, resultado semelhante aos estudos sobre cuidadores em cuidados paliativos no domicílio de Ferreira e colaboradores (2010), de cuidadores de dependentes químicos de Marcon e colaboradores (2012) e do estudo de Gratão e colaboradores (2013) com cuidadores de idosos.

A idade média dos cuidadores do desse estudo, 49 anos, ($dp \pm 12,8$ anos) foi semelhante à idade média de cuidadores de vários estudos, como a de um estudo brasileiro realizado com 66 cuidadores de pacientes dependentes de cuidados cadastrados e atendidos por uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, que foi de 50,5 anos ($dp \pm 14,8$ anos) (AMENDOLA, OLIVEIRA e ALVARENGA, 2011). Outro estudo de 49 cuidadores de pessoas com síndrome demencial atendidos em um serviço psicogeriátrico observou uma idade média de 51,3 anos (GARRIDO e MENEZES, 2004). Entre os 115 familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, atendidos em uma clínica de saúde mental de um estudo realizado na Jamaica, a idade média dos cuidadores foi de 50,8 anos ($\pm 15,0$ anos) (ALEXANDER et al., 2016).

No presente estudo 99% dos cuidadores de pacientes com transtorno mental em início de internação psiquiátrica moravam com o paciente, ou seja, praticamente todos os cuidadores conviviam diariamente com os pacientes. Porcentagem um pouco menores foram encontradas em outros estudos. A exemplo disso, estudo realizado no México com cuidadores de pessoas com psicose evidenciou que 89.2% dos cuidadores moravam com o paciente (GÓMEL-DEL-REGIL, KWAPIL, VIDAL, 2014). Outro estudo realizado no Chile com cuidadores de pessoas dependentes de cuidados observou-se que 64.7% viviam nas mesmas casas que o paciente (ARAVENA e ALVARADO, 2010).

Esses resultados permitem inferir que dependendo da gravidade do transtorno mental é necessária a permanência de um cuidador o tempo todo, em período integral junto ao paciente, já que no presente estudo e no de Gómel-Del-Regil, Kwapil e Vidal (2014) os resultados se assemelham mais do que o de Aravena e Alvarado (2010) em que o adoecimento dos pacientes não foi causado necessariamente por um transtorno mental.

A religião esteve presente como suporte social para a maioria dos cuidadores investigados neste estudo. O que se assemelha a outros estudos nacionais como no de

Pinto e Barham (2014) em que todas as cuidadoras da referida pesquisa relataram utilizar tal estratégia de enfrentamento e no estudo de Aravena e Alvarado (2010) em que 92,9% dos cuidadores seguiam alguma religião. A religião pode ser um meio de alívio das tensões e fonte de conforto. Pode ser definida como crença organizada, representada por símbolos, rituais e práticas sistematizadas que aproximam o indivíduo do transcendental e do sagrado (KOENIG, 2001; BORGES, 2015). A fé pode ser um atributo necessário, que proporciona apoio e alívio nas tensões, encorajando, dando apoio e esperança (SILVA, PASSOS e BARRETO, 2012).

Com relação à escolaridade observou-se que esta foi baixa para a maioria dos cuidadores investigados, 57,1%, que não completaram o ensino fundamental. Este resultado é semelhante ao de outros que investigaram cuidadores de pessoas com transtornos mentais no Brasil e Jamaica (BARROSO, BANDEIRA e NASCIMENTO, 2007; ALEXANDER et al., 2016). Sabe-se que a baixa escolaridade pode prejudicar o desenvolvimento social e econômico de uma pessoa e se somado a fatores culturais podem dificultar a manutenção de tratamentos, cuidado e autocuidado, e de estilo de vida saudável relacionado ao baixo conhecimento (PEREIRA et al., 2013). No estudo de Gratão e colaboradores (2013) a maioria dos cuidadores havia estudado de um a quatro anos e poucos estudaram mais de 13 anos.

O presente estudo preocupou-se em saber um pouco do estilo de vida dos cuidadores dos pacientes com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica: no que se refere à prática de atividades físicas e apresentar ou não problemas de saúde. Foi constatado que a maioria não praticava atividade física e 68% relataram ter problemas de saúde, resultado semelhante a um estudo brasileiro com cuidadores de pacientes psiquiátricos, em que 63,3% dos cuidadores apresentavam problema de saúde e 56,7% desses fazia tratamento para saúde (BARROSO, 2006).

A partir desses resultados confirma-se o que a literatura científica traz que a sobrecarga do cuidado pode afetar na saúde e no estilo de vida dos cuidadores, já que os mesmos acabam deixando seu próprio cuidado de lado, devido aos esforços feitos para cuidar de seu familiar ou então por apresentar sintomas depressivos, fazendo com que esse cuidador não consiga cuidar tão bem do seu familiar.

IV. Limitações e vantagens do estudo.

Algumas limitações foram encontradas na realização deste estudo. Devido à coleta de dados ser feita no início da internação, até no máximo 15 dias após o dia que o paciente foi internado, não foi possível conversar com o paciente que estava em momento de crise, assim como também não foi possível entrevistar mais que um cuidador, dando-se preferência ao cuidador principal. Entendendo a família como um sistema, é de extrema importância ter o olhar para o fenômeno como um todo e não apenas parte dele, no entanto na presente pesquisa o foco foi o cuidador principal.

Outro fator limitante é o transporte, ou seja, muitos pacientes e seus familiares vêm para internação com transporte público de cidades vizinhas e dependem deste para vir ao serviço e retornar, nem sempre havendo disponibilidade ou recurso financeiro das pessoas em outros dias para fazer a entrevista.

Como visto em muitas pesquisas, a sobrecarga do cuidado também se deve ao grau de dependência do paciente, o que também devido ao momento em que foram coletados os dados não foi possível avaliar. Por motivos relacionados aos recursos humanos limitados envolvidos na pesquisa e tempo, também não foi possível coletar informações de prontuário ou com os próprios pacientes o que impossibilitou avaliações relacionadas ao motivo da internação, diagnóstico dos pacientes, registros sobre a última internação e complexidade do tratamento. O que possibilitaria uma análise mais completa.

Embora toda pesquisa transversal tenha a limitação de ser um retrato do momento estudado, a principal vantagem deste estudo centra-se no momento da coleta de dados. Poucos estudos avaliam o cuidador no momento de crise do paciente, que no caso foi no início da internação psiquiátrica. Este momento foi cuidadosamente definido como alvo por ser um momento delicado de extrema importância para o acolhimento do cuidador e por possibilitar identificar o melhor tipo de intervenção específico a esta situação.

Lembrando que a partir do momento que o paciente é internado já é necessário que todos os membros envolvidos sejam preparados para a alta, preparados para o momento em que o paciente retornará para a casa e poderá conviver da forma mais saudável com a família, diminuindo recaídas, situações conflituosas, sobrecargas e reinternações.

Mas conforme observado anteriormente, as limitações dos estudos transversais podem ser supridas por estudos sequenciais que estejam atentos à importância do acompanhamento dos sujeitos, a longo prazo, em diferentes momentos do tratamento e convívio social das pessoas portadores de transtornos mentais com seus cuidadores.

Por fim, este estudo possibilita também reflexões sobre a posição estratégica do profissional de enfermagem, que sempre junto ao paciente durante sua rotina, tem real importância de não só cuidar do paciente, mas realizar suas atividades em conjunto com a família, de acordo com as atuais políticas de saúde mental. Lembrando-se que as ações de enfermagem incluem não só o cuidado com paciente, mas também o cuidar coletivo. Ou seja, considerar todo o contexto que o paciente está inserido.

Com as atividades cotidianas do enfermeiro como: consultas de enfermagem, visitas domiciliares, relacionamento terapêutico, grupos de psicoeducação, grupos de preparação para alta, fica mais fácil avaliar e detectar a necessidade individual de cada cuidador, devendo de fato ocorrer tais ações e não apenas o acolhimento voltado a informar o cuidador sobre o tratamento do paciente. Há inúmeras possibilidades para que estes profissionais possam analisar e trabalhar as demandas relacionadas ao adoecimento mental e tratamento juntamente com o paciente, seu cuidador e o contexto familiar em que estão inseridos, sendo que o cuidador também é sujeito alvo dos cuidados em saúde.

A comunicação entre os vários tipos de serviços de saúde, hospitalares e extra-hospitalares também é muito importante para a continuidade deste cuidado e já passou da hora da enfermagem aproveitar sua posição profissional para ter destaque no cuidado em saúde mental como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou temática atual e relevante vinculada a situação do familiar cuidador em saúde mental, mais especificamente quanto a sobrecarga de cuidado que este enfrenta cotidianamente. Trata-se de um personagem fundamental ao planejamento do cuidado em saúde mental, que atua em cooperação com os demais sujeitos deste complexo contexto. Porém, ainda sem o devido reconhecimento quanto ao seu papel e necessidades de cuidado.

Este estudo avaliou a sobrecarga do cuidado de cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica e sua associação a outras variáveis como sexo, idade, saúde dos cuidadores, o estresse e o sofrimento mental. Os resultados obtidos trazem como evidências o antigo e ainda permanente papel da mulher como principal cuidador em saúde. Também foi evidenciada a presença de sobrecarga do cuidado em quase todos os cuidadores, bem como a presença de sintomas de estresse e risco para o desenvolvimento de transtornos mentais menores para a maioria deles.

Houve associação com elevada significância estatística entre a sobrecarga destes cuidadores e a ocorrência de estresse e de sofrimento mental. Os sintomas psicológicos do estresse, como: preocupação, ansiedade e irritabilidade, foram fatores de risco para sobrecarga severa.

Assim, os resultados deste estudo deflagram a alarmante situação dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais em início de internação psiquiátrica, evidenciando sua situação e vulnerabilidade ao adoecimento e ao sofrimento mental. Portanto, é evidente a necessidade de intervenções e estudos que visem ampliar e qualificar o cuidado a saúde destes familiares cuidadores.

REFERÊNCIAS

ABREU, K.L. et al. Estresse ocupacional e síndrome de burnout no exercício profissional da psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22. n. 2, junho, 2002.

ALEXANDER, G. et al. Burden of caregivers of adult patients with schizophrenia in a predominantly African ancestry population. **Quality of Life Research**, v. 25, p. 393–400, 2016.

ALBUQUERQUE, E.P.T. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: estudo de diferentes tipos de cuidadores. [Dissertação]. Universidade Federal de São João del-Rei, 2010.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C.; ALVARENGA, M.R.M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n.4, p. 884-9, 2011.

ANSELMÍ, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v.42, supl.2, p. 26-33, 2008.

ARAI, Y. et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. **Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 51, p 281–287, 1977.

ARAVENA, V.J.; ALVARADO, O.S. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. **Ciencia y Enfermería XVI** n.2, p. 111-120, 2010.

BALTOR, M.R.R. et al. The text in its context: what is family for you? **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v.6, n.1, p. 293-304, 2014. ISSN 2175-5361.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54 n. 1, p. 34-46, 2005.

BAPTISTA, B.O. et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 33, n. 1, p. 147-56, março, 2012.

BATISTA, C.M.F. et al. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p. 359-69, 2013.

BARRIO, C.; YAMADA, A.M. Culturally based intervention development: The case of latino families dealing with schizophrenia. **Research on Social Work Practice**, 20(5), 483-492, 2010.

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.

BARROSO, S.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendido na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 9, p. 1957-1968, setembro, 2009.

BERTOLIN, D. C. et al Modos de Enfrentamento dos Estressores de Pessoas em Tratamento Hemodialítico: Revisão Integrativa de Literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. especial, p. 179-186, 2008.

BEVANS, M.F.; STERNBERG, E.M. Caregivers of Adult Cancer Patients. **Journal of the American Medical Association**, v.307, n.4, p. 398–403, jan, 2012.

BORGES, M.L. A utilização do coping religioso/espiritual por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. [Dissertação]. Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, 2015.

BREINBAUER, H. et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. **Revista Médica de Chile**, v. 137, n.5, p. 657-665, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. Congresso Nacional, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Decreto No. 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 2009. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/>>. Acesso em: mar./2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. De Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF, 44 p, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRITO, S.C.; RODRIGUES, E.P. O estresse e a ansiedade na sociedade do século XXI: um olhar cognitivo-comportamental. Revista FSA (Faculdade Santo Agostinho), Teresina, n. 8, 2011. ISSN 1806-6356 315.

BULGER, M.W.; WANDERSMAN, A.; GOLDMAN, C.R.; Burdens and gratifications of caregiving: appraisal of parental care of adults with schizophrenia. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 63, n. 2, p. 177–189, April, 1993.

BURIOLA, A. A. Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem transtorno mental no município de Maringá – Paraná. **Escola Anna Nery**, v.20, n.2, p.344-351, 2016.

CAQUEO-URÍZAR, A. et al. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. **Psicothema**, v.26, n 2, p.235-243, 2014.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.1, p. 87-94, 2011.

CARDOSO, L.; 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.

CARVALHO, M.C.G. A experiência do cuidar: o (des) amparo do cuidador familiar. [Dissertação]. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2010.

CASTRO, L.; SOUZA, D.N.; PEREIRA, A. Cuidador Familiar: Relação Familiar e a Satisfação no Cuidar. **Investigação Qualitativa em Saúde, Atas CIAIQ2015**, v.1, p. 492-496, 2015.

CASSIS, S.V.A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 6, p. 497-501, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Rio de Janeiro, 2007.

COHEN, S. et al. Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v.109, n.16, p. 5995–5999, april, 2012.

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, August, 2012.

CORREIA, L.L.; LINHARES, M.B.M. Enxaqueca e Estresse em Mulheres no Contexto da Atenção Primária. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 145-152, Abr/Jun, 2014.

CUMMINGS, S.R.; STWART, A.; RULLEY, S.B. Elaboração de questionário e instrumentos de coleta de dados. In: Hulley, SB et al. Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre, p. 265 – 281, 2003.

DEMARCO, D.A. et al. Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: uma revisão integrativa. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**, v. 6, n.4, p.1677-1686, out/dez, 2014.

DORIGATTI, A. E. et al. Projeto Terapêutico Singular no Âmbito da Saúde Mental: uma Experiência no Curso de Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38, n.1, p. 113-119, 2014.

DUVAL, F.; GONZÁLEZ, F.; RABIA, H. Neurobiología del estrés. **Revista Chilena de Neuro-psiquiatria**, v. 48, n. 4, p. 307-318, 2010.

FERREIRA, F. et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**, v.3, n.2, p. 13-19, 2010.

FRANCO, R.F. A família no contexto da reforma psiquiátrica: a experiência de familiares nos cuidados e na convivência com pacientes portadores de transtornos mentais [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: organização das linhas do cuidado. In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. HUCITEC, 2ª edição, São Paulo, SP, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.sp.gov.br/>>. Acesso em: mar/2016.

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O.P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.57, p. 427-34, 1999.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista Saúde Pública*, v.38, n.6, p.835-41, 2004.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2007.

GILA, M.J.L. et al. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. **Revista Clínica Médica Familiar**, v.2, n.7, p. 332-334, 2009.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.

GÓMEZ - DE – REGIL, L.; WAPIL, T.R.K.; 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, A.M.; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, março, 2001.

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, fev, 2008.

GRATÃO, A.C.M. Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade. Tese [doutorado], 160f., Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 2010.

GRATÃO, A.C.M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v.47, n.1, p.137-44, 2013.

GUIMARÃES, J. Sobre a criação do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto: outras raízes de uma história. [Dissertação]. Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

GUIMARÃES, C.A.; LIPP, M.E.N. Os possíveis porquês do cuidar. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.15, n.1, Rio de Janeiro, Jan/jun, 2012.

HANSEN, N.F. et al. **Sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura.** Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet], v.16, n. 1, p. 220-227, jan/mar 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20965>>. Acesso em Fev/2016.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v. 10, p.231-241, 1980.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S.; FRANCO, F.M.M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro, Ed Objetiva, 2004.

JONES, S.L. The association between objective and subjective caregiver burden. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. X, n. 2, p.77-84, april, 1996.

KAUARK, F.; MANHÃES, F.C.; SOUZA, C.H.M. Metodologia de pesquisa: um guia prático. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KEBBE, L. M. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde Debate*, v. 38, n. 102, p. 494-505, jul/set, 2014.

KELLER, B. Estudo comparativo dos níveis de cortisol salivar e estresse em atletas de luta olímpica de alto rendimento. [Dissertação] Universidade federal do Paraná, Curitiba, 2006.

KOENIG, H.G. Religion and Medicine III: developing a theoretical model. **Internacional Journal of Psychiatry in Medicine**, Durham-Carolina Norte-EUA, v. 31, n. 2, p. 199-216, 2001.

KOOALEE, A.K.; ETEMADI, A. The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in Iran. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 56 n. 6, p. 634-646, 2010.

KRÖN, C.A.; BALLARIN, M.L.G.S. Avaliação de sobrecarga em cuidadores: um estudo de revisão sobre a escala Zarit Burden Interview. **Anais do XVII Encontro de Iniciação Científica** – ISSN 1982-0178; **Anais do II Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação** – ISSN 2237-0420, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 24 e 25 de setembro, 2013.

KUMAR, K.; GUPTA, M. Clinical and socio-demographic determinants of psychological health and burden in family caregivers of patients with unipolar depression. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 9, p. 51–56, 2014.

LAWRENCE, V.; MURRAY, J. Attitudes and Support Needs of Black Caribbean, South Asian and White British Carers of People with Dementia in the UK. **British Journal of Psychiatry**, v.193, p. 240-246, 2008.

LEITE, R.F.M. Perfil sociodemográfico e saúde mental em cuidadores informais de idosos no município de São Paulo – Brasil: desafios para as políticas públicas.

[Dissertação]. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. São Paulo, 2013.

FERNANDÉZ, A.C. et al. Efecto del Programa Psicoeducativo ProFamille en el grado de sobrecarga y síntomas psíquicos en familiares cuidadores de personas enfermas de esquizofrenia. **Revista chilena de neuro-psiquiatría**, v.51, n.2, p.102-109, 2013.

LIPP, M.E.N. O Stress no Brasil. In: Marilda Emmanuel Novaes Lipp. (Org.). Pesquisas sobre stress no Brasil. Campinas: Papirus, v. 1, p. 297-304, 1996.

LIPP, M.E.; GUEVARA, A.J.H. Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). Estudos Psicologia, v. 11, n. 3, p. 43-9, 1994.

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

LUCHSINGER, J.A et al. Characteristics and Mental Health of Hispanic Dementia Caregivers in New York City. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias**, v.30, n.6, p. 584-590, 2015.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R.J.; NOVAES, H.M.D., CÉSAR, C.L.G. Transtornos mentais comuns e programa saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p.1639-1648, ago, 2006.

MARCON, S.R. et al. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidados em cuidadores de dependentes químicos. **Acta Paulista Enfermagem**, v.25 (n.especial 2), p.7-12, 2012.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, v.148, p. 23-26, 1986.

MARK, WWS. Integrative model of caregiving: how macro and micro factors affect caregivers of adults with severe and persistent mental illness. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 75, n. 1, p. 40-53, 2005.

MARONESI, L. C. Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro**, v. 14 n. 3 p. 877-892, 2014.

MARTINS, C.M.S. Análise da ocorrência de estresse precoce em pacientes psiquiátricos adultos. [Dissertação]. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MAURIN, J.T.; BOYD, C.B. Burden of mental illness on the family: a critical review. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. IV, n. 2 p. 99-107, april, 1990.

MCCANN, T.V. et al. A Randomized Controlled Trial of Bibliotherapy for Carers of Young People With First-Episode Psychosis. **Schizophrenia Bulletin**, v. 39, n. 6, p.1307–1317, 2013.

MCCRAY, G. Assessing inter-rater agreement for nominal judgement variables. **Paper presented at the Language Testing Forum**. Nottingham, p. 15- 17, November, 2013.

MELMAN, J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. **Escrituras**, São Paulo, 2002.

MIRANDA, K.E.; ARAVENA, V.J. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado em cuidadores informales. **Ciencia y enfermeria XVIII**, n. 2, p 23-30, 2012. ISSN 0717-2079

MOMBELLI, M.A.; COSTA, J.B.; MARCON, S.S.; MOURA, C.B. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 28, n.3, p. 327-335, jul/set, 2011.

OLIVEIRA, M.L.; PAULA, T.R.; FREITAS, J.B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConSientiae Saúde**, São Paulo, v.6,n.1, p.127-136, 2007.

PADILHA, M.I.C.S.; MANCIA, J.R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 723-6, nov-dez 2005.

PAFARO, R.C.; MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 38, n. 2, p.152-60, 2004.

PAFARO, R.C. Estudo de estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. [Dissertação]. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., FELDMAN, R.D. Desenvolvimento Humano. Tradução: Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 8ª edição, 2006.

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]. Universidade de Federal de Santa Maria, RS, 2013.

PEREIRA, R.A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 185-92, 2013.

PILARTE, J.R.; SÁNCHEZ, M.S. História da enfermagem – ciência do cuidar. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, n. 3, p. 1181-96, ISSN:1982-4785, 2014.

PINTO, F.N.F.R., BARHAM, E.J. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 525-539, 2014.

PIRES, C.G.S.; MUSSI, F.C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.1, p. 229-36, 2009.

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.

QUADROS, L.C.M. et al. Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.95-103, janeiro, 2012.

ROCHA, S.V. et al. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60 n. 2, p. 80-85, 2011.

SANT'ANA, M.M.; PEREIRA, V.P.; BORENSTEIN, M.S.; SILVA, A.L. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 50-58. Jan/Mar, 2011.

SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T.M; OLIVEIRA, N.F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, jan, 2009.

SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.S.; SILVA, A.C.C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.544-560, jul./set. 2010.

SANTOS, Q.G. Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v.8, n.1, p. 3740-3757, jan./mar, 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Institucional. Departamentos Regionais de Saúde. DRS XIII - Ribeirão Preto. Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/>>. Acesso em: mar/2016.

SCAFUZACA, M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24 p.12-17, 2002.

SCHREINER, A.S. et al. Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. **Aging & Mental Health**, v.10, n.2, p.107–111, March, 2006.

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

SELYE, H. The physiology and pathology of exposure to stress: a treatise based on the concepts of the general-adaptation-syndrome and the diseases of adaptation. **Acta Medical Publishers**, v. 5, p. 22-26, 1950.

SELYE, H. The story of the adaptation syndrome. **Acta Medical Publishers**, Montreal, Canada, 1952.

SELYE, H. The stress of life. New York: Mac Graw-Hill, 1956.

SEQUERIA, C.A.C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**, II série, n. 12, p. 9 – 16, Março, 2010.

SHARIF, F.; SHAYGAN, M.; MANI, A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. **BioMed Central Psychiatry**, v.12, n. 48, 2012.

SILVA, C.F.; PASSOS, V.M.A.; BARRETO, S.M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 707-731, 2012.

SINTAYEHU, M. et al. Prevalence of mental distress and associated factors among caregivers of patients with severe mental illness in the outpatient unit of Amanuel Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2013: Cross-sectional study. **Journal of Molecular Psychiatry**, v. 3, p. 9, 2015.

SOARES, C.B.; MUNARI, D.B. Sobrecarga em familiares de pessoas com transtorno mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 357-362, jul/set, 2007.

SOUZA FILHO, M. D.; SOUSA, A. O.; PARENTE, A. C. B. V.; CARVALHO E MARTINS, M. C. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 639-647, 2010.

TAUB, A.; ANDREOLI, S.B.; BERTOLUCCI, P.H. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.372-376, março/abril, 2004.

YARROW, M.R. et al. The psychological meaning of mental illness in the family. **Journal of Social Issues**, v.11, n.4, p. 12–24, 1955.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. Measurement in nursing and health research (3rd ed.) New York: Springer Publishing Co, 2005.

WESTPHAL, A.C. et al. Comparação da Qualidade de Vida e Sobrecarga dos Cuidadores de Pacientes com Epilepsia por Esclerose Mesial Temporal e Epilepsia

Mioclônica Juvenil. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v. 11, n. 2, p. 71-76, 2005.

WRIGHT, L. M., LEAHEY, M. Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention (Sixth ed.). Philadelphia: F.A. Davies. 2013.

ZAMBONI, M. C. A Mogiana e o Café - Contribuições para a História da Estrada de Ferro Mogiana. 2001, [Dissertação] (Mestrado em História), Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP-Franca, Franca, 1993.

ZARIT, S.H.; ORR, N.K.; ZARIT, Z.M. The hidden victims of Alzheimer's disease; families under stress. New York: New York University Press; 1985.

ZARIT, S.; ANTHONY, C.; BOUTSELIS, M. Interventions With Care Givers of Dementia Patients: Comparison of Two Approaches. **Psychology and Aging**, v. 2, n. 3, p. 225-232, 1987.

ZARIT, S.H.; REEVER, K.E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. **Gerontologist**, v.20, n.6, p.649-655, 1980.

ZARIT, S.; ZARIT, J. Instructions for the Burden Interview. University Park, Pennsylvania State University, 1987.

APÊNDICES

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: Prof^a Dr^a 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 à 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) 3315-3386 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, Prof^a Dr^a 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 201__.

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) 3315-0531 / (16) 98109-2913 / (17) 99604-7662

B – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO, 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/triglicérides, 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? _____			
20. Você toma algum medicamento/remédio? 1() Não 2() Sim			
20.a1) Qual? _____ 20.a2) Frequência: _____			
20.b1) Qual? _____ 20.b2) Frequência: _____			
21. Você tomou algum anti-inflamatório 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: _____			
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

A- AUTORIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

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

B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO .

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,

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

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Lucilene Cardoso

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

C- ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI) – INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DA ZARIT.

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam da outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira: nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente, ou sempre. Não existem respostas certas ou erradas. (S = Sujeito)

1. O Sr/Sra sente que S pede mais ajuda do que ele/ela realmente necessita?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

3. O Sr/Sra se sente estressado(a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e trabalho?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

4. O Sr/Sra se sente envergonhado(a) com o comportamento de S?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

5. O Sr/Sra se sente irritado(a) quando S está por perto?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

9. O Sr/Sra se sente tenso(a) quando S está por perto?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa de seu envolvimento com S?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dela/dele, como se fosse o Sr/Sra a única pessoa de quem ele/ela pode depender?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?

(0)Nunca (1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Sempre

22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S?

(0)Nem um pouco (1)Um pouco (2)Moderadamente (3)Muito (4)Extremamente

D – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

QUADRO 1

A) Marque com F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- () 1. MÃOS (PÉS) FRIOS
- () 2. BOCA SECA
- () 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- () 4. AUMENTO DE SUDORESE
- () 5. TENSÃO MUSCULAR
- () 6. APERTO DA MANDÍBULA/ RANGER DE DENTES
- () 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- () 8. INSÔNIA
- () 9. TAQUICARDIA
- () 10. HIPERVENTILAÇÃO
- () 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- () 12. MUDANÇA DE APETITE

B) Marque com P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- () 13. AUMENTO SÚBITO DE MOTIVAÇÃO
- () 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- () 15. VONTADE SÚBITA DE INICIAR NOVOS PROJETOS

QUADRO 2

A) Marque com F2 os sintomas que tem experimentado na última semana

- () 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- () 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO SEM CAUSA ESPECÍFICA
- () 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- () 4. SENSACÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- () 5. MUDANÇA DE APETITE
- () 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS
- () 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- () 8. CANSAÇO CONSTANTE
- () 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- () 10. TONTURA/ SENSACÃO DE ESTAR FLUTUANDO

B) Marque com P2 os sintomas que tem experimentado na última semana

- () 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA
- () 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- () 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- () 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO

QUADRO 3

A) Marque com F3 os sintomas que tem experimentado na última semana

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
- () 2. DIFICULDADES SEXUAIS

- ()3. INSÔNIA
- ()4. NÁUSEAS
- ()5. TIQUES
- ()6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA
- ()7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS
- ()8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
- ()9. EXCESSO DE GASES
- ()10. TONTURA FREQUENTE
- ()11. ÚLCERA
- ()12. INFARTO

B) Marque com P3 os sintomas que tem experimentado na última semana

- ()13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- ()14. PESADELOS
- ()15. SENSÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
- ()16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- ()17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
- ()18. CANSAÇO EXCESSIVO
- ()19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- ()20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
- ()21. ANGÚSTIA/ ANSIEDADE DIÁRIA
- ()22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
- ()23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

E – SELF REPORT QUESTIONNAIRE 20 (SRQ 20)**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