

**UNIVERSIDADE TIRADENTES  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**GIOVANNA DA SILVA PEREIRA  
YONÃ FREIRE FERREIRA**

**SOBRECARGA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE  
FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM  
TRANSTORNO MENTAL**

Aracaju  
2019

GIOVANNA DA SILVA PEREIRA  
YONÃ FREIRE FERREIRA

**SOBRECARGA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE  
FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO  
MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Tiradentes, sob orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marlizete Maldonado Vargas, como um dos pré-requisitos para obtenção do grau de bacharel em Psicologia.

Aracaju  
2019

GIOVANNA DA SILVA PEREIRA  
YONÃ FREIRE FERREIRA

SOBRECARGA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE  
FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO  
MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Tiradentes, sob orientação da Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Marlizete Maldonado Vargas, como um dos pré-requisitos para obtenção do grau de bacharel em Psicologia.

Avaliado \_\_\_ / \_\_\_ / 2019 pela seguinte banca de avaliação:

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Marlizete Maldonado Vargas (Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Taís Fernandina Queiroz

---

Me. Stefanie Silva Vieira

## **RESUMO**

Considerando os novos referenciais trazidos pela Reforma Psiquiátrica à Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, a família passa a ter lugar de importância no tratamento da pessoa com transtorno mental. Os familiares-cuidadores afetam e são afetados pela relação, acarretando em uma sobrecarga e na necessidade de enfrentamento das situações adversas geradas pelo convívio com este familiar. Os objetivos da pesquisa qualitativa de estudos de casos múltiplos consistiram em verificar os tipos de sobrecarga e estratégias de enfrentamento utilizados por familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais em tratamento em uma Clínica Dia. Foram utilizados um formulário de levantamento das características dos participantes, atividades e estratégias envolvidas no cuidado do familiar e a escala FBIS-BR aplicados em 5 participantes com idades entre 32 e 64 anos, sendo familiar-cuidador principal há mais de 3 meses. Identificou-se que os maiores scores de sobrecargas são relacionadas a assistência diária ao indivíduo em sofrimento psíquico. Verificou-se que a estratégia de enfrentamento mais frequente era a busca de suporte profissional, aparecendo também outras relacionadas a pensamentos baseados na fé, além das estratégias de esquiva dos problemas ou não confrontoamento.

Palavras-chave – Transtorno Mental; Familiar Cuidador; Sobrecarga; Estratégias de Enfrentamento

## **ABSTRACT**

Considering the new references brought by the Psychiatric Reform to the National Mental Health Politics in Brazil, the family acquire an important place in the treatment of people with mental disorders. Caregivers who are family members affect and are affected by that relationship, resulting in burden and the need to cope with adverse situations generated by living along that family member. The qualitative research of multiple case studies aimed to verify the types of burden and coping strategies used by family caregivers of people with mental disorders going through treatment in a Day Clinic. A form was used to survey the characteristics of the participants, activities and strategies involved in the care of the family member and the FBIS-BR scale, applied to 5 participants aged 32-64, being the main family caregiver for more than 3 months. Higher scores of burden were identified as related to the daily assistance to the individual in psychic suffering. It was verified that the most frequent coping strategy was the search for professional support, appearing also others related to faith-based thoughts, besides the avoidant or non-confrontational strategies.

Keywords – Mental Disorders, Family Caregiver, Burden, Coping Strategies

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	4
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>MÉTODO</b> .....	10
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	11
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	20
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	21
<b>APÊNDICE A</b> .....	25
<b>APÊNDICE B</b> .....	26
<b>ANEXO A</b> .....	28
<b>ANEXO B</b> .....	328

## INTRODUÇÃO

Desde a Idade Clássica até o início do século XX a loucura é silenciada e excluída, se tornando linguagem falsa e da desrazão. Tal qual o herético e leproso o foi em outras épocas, após o Renascimento o corpo do louco se tornou incapaz de dizer a verdade. Para Foucault (1978), a loucura existe apenas em sociedade, através das normas de sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem, sendo esta uma criação do próprio homem. (FOUCAULT, 1978; PROVIDELLO; YASUI, 2013).

Na Idade Clássica, os sujeitos considerados loucos eram separados da sociedade e segregados em hospitais, manicômios ou simplesmente colocados em embarcações, expurgando-os dos lugares por onde vagavam. Os “cabeças alienadas” recebiam o estigma do lazarento e do abandonado, que para a sociedade da época, e principalmente para instituições poderosas como a Igreja, somente seriam salvos pela sua exclusão da sociedade. O tratamento psiquiátrico se institucionalizou a partir de uma construção histórica, sendo em grande parte derivada dessa tradição europeia ocidental de encarceramento e exclusão (FOUCAULT, 1978; MARCANTONIO, 2010).

O Brasil viveu uma época de forte institucionalização da loucura, em que os indivíduos considerados inaptos para viver em sociedade eram excluídos do convívio social e tinham sua cidadania extraída ao serem internados em hospitais psiquiátricos. Os problemas estruturais começaram a ser apontados a partir do Movimento da Reforma Sanitária, no início dos anos 70, trazendo um olhar mais social à causa. A necessidade de tratamento humanizado para pessoas com transtornos mentais começou a ser evidenciada por trabalhadores da saúde mental, que se organizaram em movimentos sociais, reivindicando demandas e tecendo críticas ao sistema vigente. O Movimento da Luta Antimanicomial desempenhou importante papel na implementação das políticas públicas relacionadas à inclusão social destas pessoas (AMARANTE, 2003; PAIM, 2009).

A Reforma Psiquiátrica, da mesma forma, trouxe avanços no cuidado e assistência em saúde mental. Quebraram-se antigos modelos, fazendo-se necessária a introdução de novos métodos na forma de olhar e de cuidar, com uma abordagem psicossocial dos portadores e da suas famílias, através do lazer, da cultura e inserção na sociedade (ALMEIDA et al., 2010).

Como estabelece o Artigo 2º da lei 10.216 de Política Nacional Da Saúde Mental criou-se estruturas para o trabalho em rede e serviços substitutivos - Centros de Atenção Psicossociais

(CAPS), Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos, Núcleos de Trabalhos Cooperados, leitos em hospitais gerais, consultórios de rua, atenção à saúde mental na atenção básica. Isso significou um grande avanço no campo da Saúde Mental, pois assim passou a ser possível acolher a subjetividade de cada indivíduo, proporcionar oportunidades de convívio social e trabalhar a aceitação das diferenças na sociedade. Além disso, a Política Nacional de Saúde Mental estabelece a participação dos familiares, acolhendo-os e integrando-os no cuidado ao familiar portador de transtorno mental, tendo como direito a busca de sua recuperação através da inserção na família (CREPOP, 2013).

Dentro da atual perspectiva vivida no âmbito da saúde mental, o Hospital Dia está entre os novos serviços substitutivos que oferecem uma atenção diferenciada ao indivíduo em sofrimento psíquico. Esse dispositivo desempenha papel importante ao favorecer sua reinserção na sociedade e promover sua autonomia, ao percebê-lo não como um “doente mental”, mas como um ator social. As atividades desenvolvidas baseiam-se em oficinas terapêuticas, ministradas por uma equipe multiprofissional que trabalha de forma interdisciplinar e integrada, com a finalidade de englobar toda a complexidade e particularidade do tratamento (FERNANDES et al., 2015).

O tratamento combina três pontos principais: tratamento medicamentoso, psicoterapia e reabilitação psicossocial. A reabilitação psicossocial, especificamente, é um processo que leva ao avanço de competências individuais e incorporação de mudanças em seu meio, promovendo melhor qualidade de vida, envolvendo a reinserção social e o suporte para enfrentamento das exigências do cotidiano. O objetivo não é o de normatização, e sim de assistência na aquisição ou recuperação de capacidades necessárias para a convivência em comunidade (SILVA, 2014).

A clínica psicossocial se insere neste contexto, em que o cuidado cotidiano toma como ponto de partida o sujeito e seus vínculos, e se encontra com suas reais necessidades e condições. A terapia familiar em serviços substitutivos se insere assim, ampliando o cuidado à família, os espaços de encontro e de produção de subjetividades a partir dos vínculos construídos (NEVES; OMENA, 2016).

Não obstante, os serviços de Saúde Mental, em geral, são ainda inconsistentes no que diz respeito à sua efetividade no acompanhamento cuidadoso às famílias dentro do preconizado pela política de saúde mental. O modelo comunitário de atenção gera na família certa ansiedade por não saber lidar com a rotina do familiar que é paciente psiquiátrico integrado na família.

Questões como a administração de medicamentos, o manejo de comportamentos ditos problemáticos e a sensação de desamparo diante dos obstáculos gerados pelo adoecimento, acarretam a sobrecarga nos familiares do paciente que passam a maior parte do seu tempo com ele (REIS et al, 2016).

A palavra “família”, em sua etimologia, faz uma alusão a *famulus*, do latim, “servo” ou “escravo”. Sugere-se, então, que a família seria um conjunto de escravos pertencentes a uma mesma pessoa. Com esta denotação primitiva de uma natureza possessiva e uma questão de poder que permeiam as relações familiares, nota-se que tais características estão intimamente ligadas à origem e evolução do grupo familiar, conforme aponta Osório (2011), que formula o conceito de família como sendo

uma unidade grupal na qual se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consanguinidade (irmãos) – e que, a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais (OSÓRIO, 2011, p. 19).

A Teoria Sistêmica propõe uma mudança de foco no tratamento do paciente, que passa a considerar a família como sistema e não apenas centrado no sujeito, senão que nos padrões desenvolvidos no sistema. A partir desta perspectiva, a família é considerada uma rede de relações, muito mais que uma coleção de indivíduos. Entende-se também que “todo sistema é um subsistema de um sistema maior (p. 105)”, o que significa que, a família enquanto sistema, faz parte de sistemas mais amplos como a comunidade e a cultura (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007).

As famílias constantemente apresentam-se com um padrão de interação em que impera a convicção de que existe algum problema com um determinado indivíduo, sendo este denominado de Paciente Emergente ou Paciente Identificado. Enquanto é escolhido inconscientemente pelo resto da família, suas demandas servem como disfarce para questões ainda maiores presentes no grupo. Em vez de focar em apenas um componente da família, a abordagem sistêmica, por exemplo sustenta que o “problema” manifesto em um familiar contém a manifestação de “sistemas” e na verdade o tratamento deve ser feito em conjunto com a família (CUNHA et al., 2009; FERENCHICK; ROSENTHAL, 2017).

A inclusão da família no tratamento do paciente identificado permite trabalhar as questões vinculares, aprimorando a experiência emocional de toda a família, cada uma apresentando aquelas que lhe são particulares. Quando há a possibilidade de escuta destes



familiares, as angústias depositadas no paciente identificado podem ser redistribuídas e assim trazer à superfície outros conflitos significativos sobre os papéis que cada um ocupa no grupo familiar, sobre medos e questionamentos a respeito destes lugares e sentimentos, construindo assim novos sentidos de pertença (NEVES; OMENA, 2016).

Após o movimento de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, como descrito anteriormente, as famílias tornaram-se o principal meio de assistência para a pessoa com transtorno mental, sendo responsáveis por garantir necessidades básicas, lidar com comportamentos e situações difíceis, ser suporte social, auxiliar financeiramente, entre outras atribuições. No entanto, elas raramente chegam à terapia familiar de forma espontânea, por não se atentarem à possibilidade de que as dificuldades vivenciadas estariam conectadas ao modo como seus membros se relacionam (TABELEÃO; TOMASI; QUEVEDO, 2014).

A prática apresenta discrepância da teoria, também quanto às propostas dos programas e a efetiva reinserção do indivíduo no âmbito familiar e social. É preciso que a família esteja preparada para a reinserção do seus membros com transtorno em seu cotidiano, considerando as reais necessidades e condições do grupo, perpassando por diversas questões psicossociais, cujos fatores econômicos, estruturais, emocionais e de qualidade de vida estão imbricados (GAMBATTO; DA SILVA, 2006). O impacto dessa nova postura para a vida familiar, acarreta em sobrecarga para os indivíduos que exercem o papel de cuidador. Tal sobrecarga engloba problemas físicos, emocionais, financeiros e sociais, influenciando diretamente na qualidade de vida da pessoa que dedica o cuidado (TABELEÃO; TOMASI; QUEVEDO, 2014).

O termo “sobrecarga familiar” corresponde ao impacto provocado pela convivência no mesmo âmbito do sujeito com transtorno mental, abrangendo fatores econômicos, práticos e emocionais aos quais os cuidadores são submetidos. É necessário considerar a influência de características pessoais do paciente, personalidade do cuidador, grau de parentesco, da frequência do convívio, suporte social e estrutura/adequação dos serviços de saúde na questão da sobrecarga. Os familiares-cuidadores possuem uma demanda de apoio dos profissionais, para buscar o suporte social e orientação sobre como lidar com a situação (ALMEIDA et al., 2010).

O conceito de sobrecarga pode ser entendido a partir de duas dimensões, subjetiva e objetiva. A sobrecarga subjetiva se refere aos aspectos emocionais, aos sentimentos ligados ao cuidado do paciente, às preocupações, percepções e sentimentos negativos que podem ser causados pela situação. A segunda dimensão se refere a mudanças que geralmente ocorrem na

vida do familiar cuidador. Elas são geradas pela rotina de cuidado, como a limitação de sua vida social e profissional, gastos financeiros, alta frequência de ajuda ao paciente portador de transtorno mental entre outros dispêndios do cuidador-familiar em função do paciente (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; REIS et al., 2016).

Os níveis de estresse e sobrecarga são fatores diretamente relacionados à diminuição da qualidade de vida dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental. No estudo desenvolvido por Tabeleão, Tomasi e Quevedo (2014), entre 30 e 34,6% dos familiares participantes relatam sofrer pela dependência de cuidados sentida pelos indivíduos com transtorno psíquico dos quais são responsáveis.

Lazarus e Folkman (1984) definem “enfrentamento” como esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, desenvolvidos para manejar exigências externas e/ou internas que são percebidas pelo indivíduo como exaustivas ou que excedam seus recursos. As estratégias de enfrentamento são o conjunto de ações e pensamentos realistas e flexíveis, adotados visando solucionar problemas e reduzir o estresse, levando em consideração sua relação com o ambiente, sua personalidade e experiências anteriores que possam ter influenciado na aquisição de mecanismos emocionais, sociais, comportamentais e cognitivos para lidar com situações adversas.

A literatura apresenta alguns estudos sobre estratégias de enfrentamento de familiares e cuidadores de pessoas acometidas por doenças crônicas e algumas pesquisas referentes a esquizofrenia e psicoses, destaca-se também a questão da sobrecarga e baixa qualidade de vida. Porém, ainda carece de estudos em relação às estratégias de enfrentamento dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental (POMPEO, 2016).

Sendo assim, considera-se que estudar sobrecarga e estratégias de enfrentamento dos familiares que exercem o papel de cuidadores é de grande relevância para o profissional da Psicologia. O presente estudo tem como objetivo avaliar os aspectos relacionados a esses fatores, além de analisar a rotina dos familiares cuidadores e atividades dedicadas ao cuidado do indivíduo com transtorno mental, investigar sentimentos, percepções e expectativas do familiar-cuidador sobre seu papel junto ao indivíduo no âmbito familiar.

## **MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de estudos de caso múltiplos, com enfoque na sobrecarga e nas estratégias de enfrentamento de familiares cuidadores de pessoas com

transtorno mental em tratamento em uma Clínica Dia, em Aracaju/SE. Foram entrevistadas cinco familiares, com idades entre 32 e 64 anos, que desempenhavam o papel de cuidador principal há, no mínimo, três meses. A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (Parecer: 3.231.285) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido viabilizaram o início da coleta de dados. Os instrumentos utilizados consistiram em 1) formulário de levantamento de caracterização dos participantes, principais atividades desenvolvidas como cuidador de pessoas com transtorno mental e estratégias de enfrentamento, baseado em Santos (2009) e 2) Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares (FBIS-BR), adaptada e validada para o Brasil (BANDEIRA; BARROSO et al., 2006). Todas as entrevistas foram realizadas no ambiente da Clínica Dia, de forma individual, gravadas e transcritas, com devolutiva para os participantes. Para os dados relacionados às estratégias de enfrentamento, utilizou-se a Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977), discutindo, sobretudo, conforme a teoria de Lazarus e Folkman (1984). Em relação à avaliação da Sobrecarga dos participantes, além de utilizar a Análise de Conteúdo, os scores gerados pelo instrumento foram sistematizados em quadros, de forma a apresentar a sobrecarga objetiva e subjetiva das diferentes dimensões que permeiam o convívio entre o familiar-cuidador e a pessoa com transtorno mental.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram da pesquisa cinco familiares que desempenham o papel de cuidador principal de pessoas com transtorno mental, com o menor tempo exercendo sendo 1 ano e o maior tempo 23 anos. As pessoas pelas quais estes familiares são responsáveis estão atualmente em tratamento em uma Clínica Dia em Aracaju-SE, onde foram realizadas as entrevistas individuais. A caracterização dos participantes pode ser visualizada no Quadro 1, sendo a maioria do sexo feminino, com ensino superior, o indivíduo mais novo com 32 e o mais velho com 64 anos. Outro aspecto retratado foi do tempo diário dedicado ao cuidado, destacando duas participantes que responderam dedicar mais de 12 horas diárias. Os dados sociodemográficos e clínicos relevantes da pessoa com transtorno mental estão representados no Quadro 2. A maioria é do sexo feminino, com diferentes diagnósticos e utilizando uma série de medicações. O indivíduo mais novo possui 18 anos e o mais velho, 65 anos. Uma questão importante levantada foi a respeito dos sentimentos dos familiares em relação ao indivíduo em sofrimento.

**Quadro 1:** Caracterização do familiar-cuidador de paciente com transtorno mental em uma Clínica Dia de Aracaju, 2019

PARTICIPANTES	IDADE	SEXO	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	PARENTESCO	TEMPO DE CUIDADOR PRINCIPAL	TEMPO DEDICADO AO CUIDADO
Participante 1	64	Feminino	Superior completo	Mãe	23 anos	Mais que 12 horas diárias
Participante 2	33	Feminino	Superior completo	Filha	1 ano	Mais que 12 horas diárias
Participante 3	54	Feminino	Superior incompleto	Mãe	18 anos	De 3 a 6 horas diárias
Participante 4	32	Masculino	Médio completo	Filho	1 ano	De 1 a 3 horas diárias
Participante 5	58	Feminino	Superior completo	Irmã	5 ou 6 anos	De 1 a 3 horas diárias

**Quadro 2:** Caracterização da pessoa com transtorno mental em tratamento em uma Clínica Dia de Aracaju, 2019

PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL	IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO	PATOLOGIAS ASSOCIADAS	MEDICAMENTOS	TEMPO DE TRANSTORNO MENTAL	INDEPENDÊNCIA PESSOAL-SOCIAL
Pessoa 1	23	Feminino	Bipolaridade	TOC, Tricotilomania	Carbolitium, Rivotril, Risperidona, Bupropiona	Em torno dos 15 anos	Dependente integralmente
Pessoa 2	65	Feminino	Depressão	Incontinência urinária e fecal, Fibromialgia	Antidepressivos, Retemic	Em torno dos 58 anos	Dependente integralmente
Pessoa 3	18	Feminino	Esquizoafetivo	Depressão	Clozapina, Rivotril, Carbolitium 450 e 300, Biperideno	Começou com 15 anos de idade	Dependente integralmente
Pessoa 4	58	Feminino	Depressão	Bipolaridade, Paranoia	Clonazepam, não soube nomear os demais	Em torno dos 33 anos	Independente. Necessita de auxílio nas medicações
Pessoa 5	43	Masculino	Esquizofrenia	Nenhuma	Latuda, Biperideno, Depakene e Clonazepam	Aos 37 anos	Independente nas tarefas diárias

Existe uma questão de gênero a ser mencionada, pois o papel feminino é central neste contexto: a sociedade ainda designa à mulher o encargo de cuidadora, seja mãe, filha, esposa, nora, entre outras (Quadro 1). Além de ter essa obrigação, que muitas vezes não tem com quem compartilhar, geralmente desempenha diversas funções em casa ou no trabalho (ALMEIDA; MENDONÇA, 2017). Reis et al (2016) também verificaram que a sobrecarga atinge mais as mulheres que são familiares cuidadoras, visto que o trabalho de cuidado é comumente delegado a pessoas do sexo feminino no Brasil, o que denota um fator culturalmente influenciado muito importante.

Segundo Almeida e Mendonça (2017), o bem-estar do familiar-cuidador está, com frequência, atrelado ao da pessoa em sofrimento psíquico, ocorrendo a abdicação da própria vida para estar sempre disponível, como se pode observar nas falas seguintes, quando questionados aos participantes há quanto tempo realizavam os cuidados e quem se encarregava da pessoa, caso estivessem fora:

*Sempre né. A vida toda dela. [...] E quem disse que estou fora? Tava gerando uma roda viva que ia dar um problema sério, de tal forma que minhas atividades físicas - eu fazia pilates, fazia treino funcional, caminhada - e hoje tô sem fazer nada, há um ano e meio, dois anos, sem fazer nada. E aí só vou cuidar dela se eu estiver bem, ela não aceita ninguém (P1, mãe)*

*Sempre. A vida inteira, desde que ela nasceu. [...] Eu nunca estou fora. Quando acontece, muito raramente, chamo uma pessoa, é ou uma enfermeira, ou uma assistente social. Mas é raríssimo. (P3, mãe)*

*Meus outros dois irmãos. [...] Tenho impressão que ela foca muito em mim, por ser o filho mais velho (P4, filho)*

O adoecimento mental gera uma ferida na autoestima dos pais que desempenham papel de cuidador, resultando no sentimento de culpa pela falha na criação e em questionamentos sobre onde erraram ou o que poderiam ter feito diferente para que seu filho não desenvolvesse o transtorno (MELMAN, 2002). A tendência à superproteção, identificada principalmente nas mães, é reconhecida como representação destes sentimentos de culpa e de fracasso. Ao agir desta forma, há uma desqualificação das capacidades e da subjetividade do indivíduo, resultando na dependência exacerbada tanto do cuidador, quanto das instituições. Aliada à superproteção, observa-se a extrema tendência à infantilização e antecipação dos cuidados prestados ao familiar,

de forma a predominar o pouco desenvolvimento das capacidades individuais (ROCHA; SILVA, 2013). Em seus relatos, os participantes proferiram sobre seus conhecimentos em relação ao transtorno mental. Dos cinco entrevistados, apenas dois apresentaram elucidações e percepções a respeito do diagnóstico do sujeito em seus cuidados, os demais não puderam contribuir com uma definição a respeito do transtorno mental em questão:

*A Bipolaridade são essas alternâncias de humor. Quando ela está na fase eufórica, da mania, está excessivamente alegre, pode tudo, ela é tudo, consegue tudo, tá lá em cima, sabe. E aí, a outra fase, é a fase depressiva, que ela está com a autoestima lá embaixo, só chora, não quer ver ninguém, só se isola, não participa de nada. (P 1, mãe)*

*Pelo que entendi, é uma estratégia, é um mecanismo de defesa para lidar com a realidade. Porque como ela não conseguia recursos para lidar com a realidade, ela criou esse mecanismo de defesa, no caso, a Depressão com a Esquizofrenia. Pelo que entendi também, a Esquizofrenia é tipo assim, como eu poderia dizer... É tipo um espelho, o ego era um espelho que se partiu em vários. [...] Por mais que eu defina, é muito misterioso. Uma coisa que não dou conta, não alcanço (P 3, mãe)*

Existem duas unidades temáticas relacionadas à tarefa de cuidar, sendo elas a Percepção Psicológica Positiva e a outra é a Percepção Psicológica Negativa. O sofrimento do cuidador depende de uma avaliação subjetiva que o mesmo elabora de si e está envolvido na percepção psicológica negativa do cuidado (MACHADO; DAHDAH; KEBBE, 2018). Os cuidadores também podem ter sentimentos positivos em relação ao cuidado, como pode ser observado nos discursos abaixo:

*Eu me sinto grata à Deus, por ter me dado saúde. É compensador eu poder fazer isso como mãe, porque poderia contratar um cuidador, botar uma pessoa, mas eu sabia que naquele momento, ela não ia aceitar. Tinha que ser eu. Me sinto grata de estar aposentada, de estar com saúde e estar bem. (P1, mãe)*

*Por um lado eu me sinto privilegiada porque eu estou na situação de cuidar, não tô precisando de ser cuidada (P5, irmã).*

O cuidado pode ser compreendido como obrigatoriedade, atrelada ao grau de parentesco e ao fato de se considerarem como os únicos com a possibilidade de administração das necessidades da pessoa com transtorno mental. O contexto brasileiro proporciona a concepção de prover

cuidados a familiares incapacitados como parte do ciclo vital, podendo ser algo satisfatório pela sensação de cumprimento de um dever social (RAMOS; CALAIS; ZOTESSO, 2019).

Duarte e Neto (2016) apresentam algumas temáticas em seu estudo para analisar os dados obtidos a respeito das experiências do familiar-cuidador com o familiar paciente. Segundo os autores, os familiares relataram vivenciar a solidão, o sentimento de abandono e os problemas da convivência direta com o familiar com transtorno mental grave e persistente, como relatados pelos participantes em suas colocações:

*Me incomoda porque não é da minha alçada, mas, incomoda um pouco porque eu queria que minha mãe tivesse bem né? Objetivamente não me incomoda, porque é minha mãe né? Mas subjetivamente incomoda porque sou filha né? ela que deveria fazer as coisas dela. Mas não me incomoda por eu achar que é um fardo ou uma coisa ruim. Me incomoda porque ela está doente. Fico triste porque ela sempre cuidou das coisas dela, né? (P2, filha)*

*Eu fico aqui com ela sozinha. Além do tempo que ela está acordada que demanda muito, à noite me sinto uma prisioneira, dentro de uma casa que tenho que fechar tudo. Queria ter liberdade de sair, ela também... Não tem como a gente dizer que aceita. As pessoas não sabem... por mais que estude, leia, só sabe quem vive. Esse foi um exílio que fomos condenadas, pela sociedade, pela família. (P3, mãe)*

*Eu me sinto mal. Me sinto mal porque sinto que é uma carga muito pesada e ao mesmo tempo não tenho tempo e energia para me disponibilizar para isso (P 4, filho)*

O familiar-cuidador, quando não possui uma rede social satisfatória em relação a suas necessidades de organização e eficiência quanto às demandas da pessoa com transtorno mental, não somente passa pela sobrecarga, mas também sofre com os conflitos gerados dentro da família. Tais conflitos dificultam a integração familiar e social do paciente, que necessitam de um suporte satisfatório, permitindo seu desenvolvimento e adesão ao tratamento (RAMOS; CALAIS; ZOTESSO, 2019). Aos participantes foi também questionado sobre como percebem a expectativa dos outros familiares em relação aos seus cuidados, por vezes apresentando também a forma como buscavam lidar com o contexto.

*Eu tenho dito que a família é uma sociedade que a gente convive consanguineamente, né. É uma sociedade, a família é grande, do lado da*

*mãe, do lado do pai. E tem de tudo na família. Tem aqueles que compreendem, que sabem que depressão não é brincadeira, e tem uma minoria - que graças a Deus, é minoria - que acha que é malandragem, que depressão é eu conduzir diferente... Dizer “não, hoje você vai sair sim, você tem que ir”, então eles acham que eu fracasso nesse sentido, que não faço, mas hoje já estou compreendendo. As reuniões (de família da Clínica Dia) são excelentes e eu leio muito. (P 1, mãe)*

*Acho que primeiro eles ficam penalizados, ao mesmo tempo acho que me julgam... Nem sei, a minha ideia deles é a pior possível. Sinto que eles me abandonaram. [...] se colocam como se ela não existisse. É muito cruel. Se para mim como mãe, é difícil, imagine para os outros... Fico pensando que se não fosse comigo, eu também não saberia como lidar. Fico me dizendo isso o tempo todo para ser forte e lidar com isso, não tem outra atitude além de ser forte. (P 3, mãe)*

*Eu acho que eles acham que a gente não cuida direito. [...] Seria uma incompreensão, só que meus familiares só chegam pra mim, não chegam pros meus dois irmãos. [...] Às vezes fico pensando que meus dois outros irmãos poderiam ser mais ativos, e eles não são, principalmente o mais novo, não acompanham. [...] Eu tenho a impressão, a sensação, de que eu me esforço mais... mesmo não estando presente a todo instante. Inclusive venho me policiando para eu também não ficar me punindo ou me cobrando por causa disso. (P 4, filho)*

A necessidade de suporte social vindo da família é expressa pelos familiares-cuidadores e demonstra a sobrecarga que está atrelada à essa falta de suporte de outros membros da família. O Quadro 3 descreve os escores referentes à sobrecarga objetiva e subjetiva da Escala FBIS - BR que foi realizada com os familiares.

**Quadro 3:** Tipos de sobrecarga do familiar-cuidador de paciente com transtorno mental em uma Clínica Dia de Aracaju, 2019- Resultados da Escala FBIS - BR

Participantes	SOBRECARGA OBJETIVA			SOBRECARGA SUBJETIVA		
	Assistência na vida cotidiana	Supervisão aos comportamentos problemáticos	Impacto nas rotinas diárias	Assistência na vida cotidiana	Supervisão aos comportamentos problemáticos	Preocupação com o paciente
P 1	4,44	2	1,25	1,22	0	1,14
P 2	3,44	2,16	1,75	2	2,16	3,14
P 3	4,55	2,83	4	4,55	2,83	3,57
P 4	2,33	2,66	2,25	1,44	1,83	3,42
P 5	2,33	1	1	0,44	0	3,28



A assistência na vida cotidiana esteve frequentemente atrelada a maior sobrecarga objetiva em todos os cinco participantes, obtendo os maiores escores e variando de 2,33 à 4,55 na Escala, destacando os itens sobre lembrar, encorajar ou insistir que o indivíduo se ocupasse com alguma coisa, que fizesse coisas como se pentear, tomar banho e se vestir, que tomasse os remédios, ou levá-lo a consultas médicas e atividades nos serviços de saúde. A parte correspondente à preocupação com o paciente foi a segunda com maiores escores dentro da sobrecarga subjetiva, na qual era explicitada principalmente a preocupação com a saúde e segurança física, com a vida social e com o futuro. Em seguida, os terceiros maiores escores se encontram na supervisão de comportamentos problemáticos, mais especificamente relacionados à sobrecarga objetiva. Os comportamentos em questão são aqueles que poderiam causar vergonha ou deixá-los perturbados, de exigir demais a atenção, incomodar outros durante a noite, comer ou beber demais, como descritos nos seguintes fragmentos:

*À noite tenho que acordar para levar ela ao banheiro. [...] Pra você ter uma ideia, ela hoje dorme comigo. O pai dorme no mesmo quarto, mas não dorme na cama, porque ela dorme comigo (P1, mãe)*

*Ela vai me matar se souber que eu falei isso, mas de 3 a 6 vezes por semana. Ela não tem mais filtro. Se ela chegar aqui ela vai começar a falar um monte de coisa. (P2, filha)*

*Ela não consegue trocar o absorvente, tenho que colocar... Às vezes ela quer sair sem roupa pela casa, mesmo com visita. [...] Ela não tem censura, fica sem roupa, sem calcinha, de qualquer jeito... Isso é uma coisa que me preocupa e me incomoda. (P3, mãe)*

*Então, é a questão de uns amigos avisarem que ela está num bar, aí ter que ir no bar buscar, é constrangedor. Quando eu era pequeno ela fazia umas bizarrices, mas atualmente seria essa questão de beber e tal. (P4, filho)*

Os dados corroboram com o estudo de Reis et al. (2016), a maior sobrecarga encontrada nos familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais foi a sobrecarga objetiva, referente ao desgaste empregado nas atividades cotidianas de assistência ao paciente. A sobrecarga subjetiva se relaciona com lidar com os comportamentos problemáticos do paciente que geram certo constrangimento. O que se observa na fala a seguir, de uma mãe cuidadora que obteve o maior

escore global de sobrecarga objetiva, diz respeito ao fator cultural já citado que acarreta às mulheres familiares cuidadoras maior sobrecarga:

*Já incorporei que essa é minha função. Uma cuidadora ganha pra fazer aquilo, como profissional competente e treinada, sou leiga em determinadas coisas, mas como mãe posso fazer e faço muito bem, faço com carinho de mãe e pra mim é um prazer fazer, agradeço todo dia antes de levantar e deitar à Deus por ter condições de fazer isso por ela. (P1, mãe)*

A mãe cuidadora autora do relato acima teve o escore global de sobrecarga objetiva 7,69, sendo este o maior dentre os escores. Ademais, a participante exemplifica uma estratégia muito utilizada por familiares cuidadores de pessoas com doenças crônicas, identificada e descrita no trabalho de Machado, Dahdah e Kebbe (2018) como pensamentos baseados na fé e na esperança que proporcionam uma busca pela resignificação e pelo alívio do sofrimento naquele momento, considerando valores espirituais e crenças religiosas. Estratégia essa adotada por outra entrevistada, demonstrando em sua colocação:

*Eu não vou dizer que eu aceito. Eu sou evangélica, então a gente sempre ora, crê na restauração [...]. Acredito, porque eu creio em milagres. (P2, filha)*

Lazarus e Folkman (1984) apontam para uma importante distinção entre as estratégias de enfrentamento que são focadas na alteração do problema que causa angústia, mais provável de ser utilizada quando existe a percepção de que aquela condição é passível de mudança, e as que são focadas na regulamentação da resposta emocional ao problema, aparecendo como mais frequente em situações vistas como incapacitantes, onde não há nada a ser feito para que se modifique circunstâncias prejudiciais, ameaçadoras ou desafiadoras.

Os autores abordam como estratégias de enfrentamento focadas no problema, o enfrentamento ativo e de contenção, o planejamento e a busca por suporte social por motivos de racionalização. Como estratégias focadas na emoção, citam a reinterpretação positiva, a religião, o humor, a aceitação e a busca por suporte social por motivos emocionais. Além disso, pode-se acrescentar tipos de estratégias tidas como disfuncionais, que são elas: negação, desengajamento comportamental e mental, e uso de álcool/drogas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; CARVER; SCHEIER; WEINTRAUB, 1989; BAQUTAYAN, 2015)

A estratégia de enfrentamento mais comumente relatada pelos familiares, e encarada como a mais bem sucedida, foi a busca de orientação e profissionais qualificados para lidar com as exigências do familiar. Essa estratégia de enfrentamento de problemas buscando ajuda formal ou informal sugere que o papel de cuidar é por vezes solitário e os familiares necessitam buscar o suporte social adequado para lidar com suas demandas, e onde eles relataram frequentemente encontrar foi no auxílio profissional em saúde mental (MACHADO; DAHDAH; KEBBE, 2018).

*Da maneira que tava, o que foi melhor foi isso aqui (Clínica Dia). (P1, mãe)*

*Sim, a gente tá procurando orientação, por isso a gente procurou a clínica, porque a gente já tava sem saber o que fazer, a gente procurou a Clínica Dia, para ter um tratamento multidisciplinar e para saber mesmo como lidar. [...] Em uma semana ela já teve uma melhora muito grande e a minha outra estratégia que deu certo é não discutir mais, simplesmente aceitar o que ela fala... não bater de frente. Não confronto. (P2, filha)*

*Procurar profissionais. A gente chegou num ponto que reconhece que não tem como essa situação se resolver sem profissionais, e profissionais de uma maneira incisiva, no caso trazendo ela pra cá (Clínica Dia) e tal. [...] Minha mãe sofre disso há mais de 20 anos, e agora que a gente vê que a coisa começou a dar um sinal de que vai melhorar. (P4, filho).*

Ainda existe a necessidade de adaptação dos familiares participantes do estudo, como morar mais perto ou com o familiar. O cuidado se torna mais intenso e os familiares relatam a mudança em seus hábitos, a presença de tristeza e irritação causados pelas mudanças na relação com o familiar portador de transtorno mental e pelo acompanhamento do familiar em sua rotina de cuidado (DUARTE; NETO, 2016).

*Quando eu enfrento é quando eu tento ignorar, ficar sempre na frente dele pra não, pra ele não perceber que eu tô vendo, aí é nessa hora que eu enfrento, entendeu? Não dou importância e quando eu cedo, é quando eu falo: 'tá, vamos'. Acho que enfrento nessa hora, que fico despercebendo, faço que não tô percebendo o jeito que ele está. É porque a gente está falando de uma pessoa que está semi-internada, mas se ele estivesse em casa prejudicaria (P5, irmã).*

A frase acima, de uma participante que cuida do irmão com diagnóstico de esquizofrenia, traz as dificuldades e necessidades de lidar com os comportamentos problemáticos do irmão e a

mudança na rotina diária das idas aos lugares, que com a presença do irmão se tornou estressante. Em outro momento ela fala sobre as mudanças que poderiam ser causadas se o irmão não fosse semi-internado na Clínica Dia onde faz o tratamento de saúde mental. As estratégias focadas nas emoções, nas respostas de esquiva que buscam o afastamento do estressor, configuram-se por estratégias paliativas e ineficazes, que logo podem reforçar ou aliviar apenas momentaneamente a sobrecarga existente (MACHADO; DAHDAH; KEBBE, 2018).

As estratégias adotadas são muito diversificadas e os sentimentos presentes na relação de cuidado são por vezes ambivalentes. O que afeta diretamente a sobrecarga e as estratégias de enfrentamento que são utilizadas para lidar com os sentimentos gerados, reforçando-a ou aumentando a sensação de esgotamento, tristeza, cansaço e a falta de apoio de outros familiares, prejudicando a capacidade de adaptabilidade às situações adversas advindas da relação com a pessoa com transtorno mental e seus comportamentos problemáticos (MACHADO; DAHDAH; KEBBE, 2018).

Toda a família é, de alguma forma, influenciada pelo diagnóstico de transtorno mental de um de seus membros. Tal fato resulta em consideráveis alterações na rotina e nos aspectos psicológicos de seus membros, exigindo adaptações inesperadas e estabelecendo constante afetação. O processo se torna menos complexo quando o núcleo familiar é flexível, porém, em casos opostos, a adaptação ocorre arduamente. Um núcleo enrijecido é representado por aqueles que não conseguem controlar os conflitos gerados e os que apresentam um comportamento de superioridade por estarem, supostamente, sadios. A família é considerada a rede social básica de uma pessoa e, conseqüentemente, a unidade principal na questão saúde/doença. (ROCHA; SILVA, 2013). Desta forma, fez-se necessária a investigação da relação estabelecida entre o familiar que se encarrega do papel de cuidador principal e o indivíduo em sofrimento psíquico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da análise dos dados, foram identificados e caracterizados os tipos de sobrecarga e estratégias de enfrentamento utilizados pelos familiares que exercem o papel de cuidador de uma pessoa com transtorno mental e que participaram do estudo, destacando-se que a experiência envolve complexas nuances que perpassam questões à nível individual e social, envolvendo fatores físicos, emocionais, de gênero e estruturais. O estudo permitiu acesso aos sentimentos, às

percepções, experiências e ambivalências que envolvem o cuidado de um membro da família em sofrimento psíquico, demonstrando como o bem estar está vinculado. Explicitando, também, a maior dificuldade em lidar com a sobrecarga objetiva relacionada à assistência ao familiar com transtorno mental em suas atividades diárias, em lidar com a preocupação com o familiar e a supervisão de seus comportamentos problemáticos.

As estratégias de enfrentamento mais abordadas pela literatura consistem na busca pelo suporte social, por orientação profissional e apoio de outros familiares. Ressalta-se que neste estudo os participantes enfatizaram o suporte dos profissionais da Clínica Dia onde seus familiares em sofrimento psíquico são atendidos, porém, é notório que os dispositivos comunitários de saúde mental em geral ainda necessitam de suporte sistematizado, através do conhecimento científico, que atenda as reais demandas das famílias que recorrem a estes serviços para a consolidação do que preconiza a Reforma Psiquiátrica. Faz-se necessário o envolvimento do familiar cuidador no tratamento da pessoa com transtorno mental, mas também de ser visto como alguém que precisa de cuidado e atenção sendo parte importante do processo.

Considerando a família como um sistema, cada membro afeta e é afetado diretamente pelo outro, levando em consideração os sistemas mais amplos a que está inserida, como a sociedade. O sintoma que surge naquele que é designado Paciente Identificado é uma manifestação de questões que abrangem os membros daquele grupo. Existe uma relação intrínseca entre o declínio ou desenvolvimento da saúde do familiar-cuidador e da saúde da pessoa com transtorno mental. O adoecimento mental é uma condição que não deve ser pensada como uma problemática individual, portanto é essencial o estreitamento das relações entre paciente, família e equipe, visando a promoção de bem estar para todos os envolvidos.

## REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, M.; MENDONÇA, E. Um olhar à família: ressonâncias psicossociais em familiares que convivem com uma pessoa em situação de transtorno mental. **Revista Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 49, 2017.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. et al. **Escala de avaliação da sobrecarga dos familiares - FBIS-BR: adaptação transcultural para o Brasil**. Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM), São João Del Rei, 2006. <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam/sobrecargafamiliar/escalatessler.pdf>. <Acesso em 19/06/2019>.

BAQUTAYAN, S. Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview. **Mediterranean Journal of Social Sciences**, Rome, v. 6, n. 2, 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 7ª ed. Lisboa: Edições 70, 1977.

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.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Psicologia - CFP/Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Distrito Federal: 2013.

CARDOSO, L.; GALERA, S. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 687-691, jun. 2011.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F.; WEINTRAUB, J. K. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 56, n. 2, p. 267-283, 1989

CUNHA, A. M. T. R. et al. A psicanálise das configurações vinculares e a terapia familiar. In: OSÓRIO, L. C; VALLE, M. E. P. et al. **Manual de terapia familiar - Volume I**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DUARTE, L. G. M. F., NETO, J. L. F. Familiares responsáveis pelo cuidado de pessoa com transtorno mental em um município de pequeno porte. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 11, n. 2, p. 473-488, 2016.

FERNANDES, M. A. et al. Hospital dia: (re)construção, avanços e novas perspectivas. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 4, n. 3, p. 4-10, 2015.

FERENCHICK, E; ROSENTHAL, D. Identified Patient in Family Systems Theory. **Encyclopedia of Couple and Family Therapy**, p. 1–3, 2017.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GAMBATTO, R.; DA SILVA, A. Reforma psiquiátrica e a reinserção do portador de Transtorno Mental na família. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 24, n. 45, 2006.

KEBBE, L. M. et. al., Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro v. 38, n. 102, 2014.

MACHADO, B. M., DAHDAH, D. F., KEBBE, L. M., Cuidadores de familiares com doenças crônicas: estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 299-313, 2018.

MARCANTONIO, J. A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle. **Psicólogo Informação**, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 139-159, out. 2010.

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

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

NEVES, A. S., OMENA, N. A. A clínica da família no centro de atenção psicossocial III: Psicose e configurações vinculares. **Revista do Nesme**, Minas Gerais, v. 13, n.1, p. 65-80, 2016.

NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R. C. Os conceitos fundamentais da terapia familiar. In: \_\_\_\_\_. **Terapia familiar: conceito e métodos**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

OSÓRIO, L. C. Novos rumos da família na contemporaneidade. In: OSÓRIO, L. C; VALLE, M. E. P. et al. **Manual de terapia familiar - Volume II**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PAIM, J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

POMPEO, D. et al. Estratégias de enfrentamento de familiares de pacientes com transtornos mentais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e 2799, 2016.

PROVIDELLO, G.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1515-1529, dez. 2013.

RAMOS, A. C.; CALAIS, S. L.; ZOTESSO, M. C. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 12, n. 1, p. 282-302, abr. 2019.

ROCHA, T.; SILVA, M. A estrutura familiar e a infantilização no cuidado de participantes psicóticos. **Analytica**, São João del Rei, v. 2, n. 2, p. 117-141, jun. 2013.

REIS, T. L. et al. Burden and participation of family in the care of Psychosocial Care Centers users. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85, jun. 2016.

SANTOS, A. **Sobrecarga de Cuidadores de Crianças com Paralisia Cerebral: Uma Abordagem Ambiental**. Tese (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes. Aracaju, 2009.

SILVA, P. R. F. Reabilitação Psicossocial: habitação, trabalho e lazer. In: JORGE, Marco A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p.147-160, 2014.

SOARES, C.; MUNARI, D. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciência, cuidado e saúde**, Goiânia, v. 6, n. 3, 2007.

TABELEÃO, V.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L. Burden on relatives of people with psychic disorder: levels and associated factors. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 63-66, 2014.



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado \_\_\_\_\_, autorizo a Universidade Tiradentes, por intermédio das alunas Giovanna da Silva Pereira e Yonã Freire Ferreira, devidamente assistidas pela sua orientadora Marлизete Maldonado Vargas, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

**1-Título da pesquisa:** SOBRECARGA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

**2-Objetivos Primários e secundários:** investigar fatores relacionados a sobrecarga e estratégias de enfrentamento de familiares que exercem o papel de cuidador de indivíduos com transtorno mental. Identificar tipos de convívio entre a família e o indivíduo em questão; investigar percepções e expectativas do familiar-cuidador em relação ao papel junto ao indivíduo no âmbito familiar; analisar sobrecarga e estratégias de enfrentamento ou coping dos familiares cuidadores de indivíduos com transtorno mental.

**3-Descrição de procedimentos:** será utilizado um formulário de levantamento de caracterização dos participantes, principais atividade desenvolvidas como familiar-cuidador de pessoas com transtorno mental e estratégias de enfrentamento utilizadas, além de uma escala de avaliação de sobrecarga. A aplicação dos instrumentos será realizada durante entrevista individual, privilegiando a escuta e apresentando as questões dos instrumentos à medida que o participante se sentir mais à vontade para atender aos objetivos da mesma.

**4-Justificativa para a realização da pesquisa:** A participação da família no tratamento da pessoa com transtornos mentais favorece um cuidado integral que leve em consideração todos os aspectos da vida do indivíduo. A atenção à saúde do familiar-cuidador se faz imprescindível. Os níveis de sobrecarga e as estratégias de enfrentamento utilizadas, interferem na sua saúde pro.

**5-Desconfortos e riscos esperados:** a pesquisa pode gerar desconforto ou ansiedade, no momento em que relatar situações difíceis. A equipe de pesquisa é formada por uma psicóloga e duas psicólogas em formação, que podem oferecer o acolhimento necessário no momento da entrevista e orientação para lidar, a posteriori, com qualquer incômodo que venha a ocorrer. Fui devidamente informado desse risco acima descrito e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

**6-Benefícios esperados:** o estudo sobre o tema será importante para traçar estratégias de tratamento que incluam também os familiares-cuidadores, não só em orientação familiar, mas de intervenção preventiva. Com a possibilidade de produzir questões ainda não exploradas, que poderão ser trabalhadas no acompanhamento psicossocial realizado na Clínica DIA.

**7-Informações:** Garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

**8-Retirada do consentimento:** O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

**9-Aspecto Legal:** Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 510/16, de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

**10-Confabilidade:** Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

**11-Quanto à indenização:** Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

**12-Os participantes receberão** uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

**13-Dados do pesquisador responsável:** Nome: Marлизete Maldonado Vargas

Endereço profissional/telefone/e-mail: Av. Murilo Dantas, 300, Bloco F, sala 2 /[marlizete@uol.com.br](mailto:marlizete@uol.com.br) / (79) 998289847 **ATENÇÃO:** A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. CEP/Unit - DPE. Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE. Telefone: (79) 32182206 – e-mail: [cep@unit.br](mailto:cep@unit.br).

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

## APÊNDICE B

### FORMULÁRIO DE LEVANTAMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES, PRINCIPAIS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS COMO CUIDADOR DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

A. Identificação:

Nº da entrevista: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: 1- ( ) feminino 2- ( ) masculino

Grau de parentesco:

Tempo que exerce o papel de cuidador principal:

Estado Civil: 1- ( ) Solteiro 2- ( ) Casado 3- ( ) Separado 4- ( ) Viúvo

Escolaridade:

0- ( ) analfabeto

1- ( ) ensino fundamental incompleto

2- ( ) ensino fundamental completo

3- ( ) ensino médio incompleto

4- ( ) ensino médio completo

5- ( ) ensino superior incompleto

6- ( ) ensino superior completo

Renda familiar:

0- ( ) menor que 1 salário mínimo

1- ( ) de 1 a 2 salários mínimo

2- ( ) de 2 a 3 salários mínimo

3- ( ) de 3 a 4 salários mínimo

4- ( ) maior que 5 salários mínimo

Quantas pessoas moram com a família? \_\_\_\_\_

B. Caracterização da pessoa com transtorno mental

Idade:

Sexo: 1- ( ) feminino 2- ( ) masculino

Tipo de Transtorno Mental (Diagnóstico):

Apresenta outras patologias associadas: 1- ( ) sim 2- ( ) não

Caso sim, qual? \_\_\_\_\_

Toma quais medicamentos? \_\_\_\_\_

C. Conhecimento sobre o diagnóstico:

Sabe o que \_\_\_\_\_ tem? 1- ( ) sim 2- ( ) não

Se sim, o que é?

Desde quando a família percebeu que a pessoa apresentava transtorno mental?

D. Atividades do cuidador:

Quantas horas são dedicadas aos cuidados com a pessoa com transtorno mental:

4- ( ) de 1 a 3 horas diárias.

3- ( ) de 3 a 6 horas diárias.

2- ( ) de 6 a 10 horas diárias.

1- ( ) de 10 a 12 horas diárias

0- ( ) mais que 12 horas diárias.

Ocupação Profissional: 1- ( ) desempregado 2- ( ) empregado

Caso empregado, carga horária de trabalho:

3- ( ) 10 horas semanais.

2- ( ) 20 horas semanais.

1- ( ) 30 horas semanais.

0- ( ) 40 horas semanais

Quando está fora quem se encarrega da pessoa com transtorno mental?

E. Questões abertas sobre a rotina do cuidador e da pessoa com transtorno mental

Explique como é um dia habitual da pessoa com transtorno mental e suas atividades com ela.

Fale sobre suas atividades costumeiras em dias de feriado ou final de semana.

Quais atividades de lazer a pessoa com transtorno mental prefere?

Com qual frequência as tem realizado? \_\_\_\_\_

F. Tratamento:

Que tipo de tratamento a pessoa com transtorno mental está fazendo?

Quais as maiores dificuldades ou dúvidas que possui em relação ao tratamento?

G. Estratégias de Enfrentamento

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar situações adversas como cuidador?

De todas essas coisas que você tem feito para enfrentar situações adversas como cuidador, qual você acha que foi melhor (teve melhor resultado)?

Fale como você se sente atualmente, na posição de cuidador?

Como você se sente, em relação à pessoa com transtorno mental, ao realizar o papel de seu cuidador?

Como você percebe a expectativa do restante dos familiares em relação aos cuidados?

## ANEXO A

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES (FBIS-BR)

#### PARTE A: ASSISTÊNCIA NA VIDA COTIDIANA

Geralmente as pessoas que têm doenças mentais precisam de ajuda ou precisam ser lembradas de fazer as coisas comuns do dia-a-dia. As perguntas que vou fazer agora são sobre isso. Talvez, nem todas elas se apliquem a (Nome), mas tente respondê-las, por favor, com o conhecimento que você tem sobre ele(a).

A1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer coisas como se pentear, tomar banho ou se vestir? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_ 5\_\_\_\_\_ Nenhuma  
vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os  
(PASSE P/ **A2a**) vez p/ semana p/ semana p/ semana dias?

A1b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar (Nome) ou lembrar-lhe de fazer essas coisas?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_  
Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

A2a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou, lembrou ou encorajou (Nome) a tomar os remédios dele(a) ou teve que dar o remédio pessoalmente ou às escondidas? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_ 5\_\_\_\_\_  
Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os  
(PASSE P/ **A3a**) vez p/ semana p/ semana p/ semana dias?

A2b. Quanto lhe incomodou ter que fazer alguma coisa para (Nome) tomar os remédios dele(a)?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_  
Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

A3a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer tarefas da casa (ex. arrumar a cama, limpar o quarto, lavar roupa, etc.) ou teve que fazer isto para ele(a)? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_ 5\_\_\_\_\_  
Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os  
(PASSE P/ **A4a**) vez p/ semana p/ semana p/ semana dias?

A3b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar, lembrar ou fazer essas coisas para ele(a)?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_  
Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

A4a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer compras de alimentos, roupas ou outros objetos ou teve que fazer compras para ele(a)? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma 1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes Todos os

(PASSE P/ **A5a**) vez p/ semana    p/ semana    p/semana    dias?

A4b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar, lembrar ou fazer essas coisas para ele(a)?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nem um pouco    muito pouco    um pouco    muito?

A5a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você cozinhou para (Nome) ou o (a) ajudou a preparar as refeições? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma 1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes Todos os

(PASSE P/ **A6a**) vez p/ semana    p/ semana    p/semana    dias?

A5b. Quanto lhe incomodou ter que cozinhar para (Nome) ou ajudá-lo(a) a preparar as refeições dele(a)?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nem um pouco    muito pouco    um pouco    muito?

A6a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou a levar (Nome) a algum lugar, à pé, de carro, de ônibus ou por outros meios de transporte? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma 1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes Todos os

(PASSE P/ **A7a**) vez p/ semana    p/ semana    p/semana    dias?

A6b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar a levar (Nome) a algum lugar?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nem um pouco    muito pouco    um pouco    muito?

A7a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) a cuidar do dinheiro dele(a) ou teve que fazer isso por ele/ela? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma 1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes Todos os

(PASSE P/ **A8a**) vez p/ semana    p/ semana    p/semana    dias?

A7b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar (Nome) a cuidar do dinheiro dele (a) ou a fazer isto por ele (a)?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nem um pouco    muito pouco    um pouco    muito?



B2a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) ficasse exigindo demais sua atenção ou você teve que lidar com este comportamento ou suas consequências? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez                      menos que uma    1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes    Todos os  
(PASSE P/ **B3a**)                      vez p/ semana    p/ semana                      p/semana                      dias?

B2b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com o comportamento de (Nome) de exigir que você dê atenção a ele(a)?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nem um pouco                      muito pouco                      um pouco                      muito?

B3a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) incomodasse as pessoas durante a noite ou teve que lidar com este comportamento ou com suas consequências? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma    1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes    Todos os  
(PASSE P/ **B4a**)    vez p/ semana    p/ semana                      p/semana                      dias?

B3b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento perturbador de (Nome)?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nem um pouco                      muito pouco                      um pouco                      muito?

B4a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) insultasse alguém, ameaçasse ou machucasse alguém ou teve que lidar com este comportamento ou suas consequências? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma    1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes    Todos os  
(PASSE P/ **B5a**)    vez p/ semana    p/ semana                      p/semana                      dias?

B4b. Quanto lhe incomodou ter que fazer isso?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nem um pouco                      muito pouco                      um pouco                      muito?

B5a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de falar em morrer, ou de falar em se matar, de ameaçar ou tentar se matar? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma    1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes    Todos os  
(PASSE P/ **B6a**)    vez p/ semana    p/ semana                      p/semana                      dias?

B5b. Quanto lhe incomodou estas conversas, ameaças ou tentativas de (Nome) de se matar ou de falar em morrer?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nem um pouco                      muito pouco                      um pouco                      muito

B6a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) bebesse demais (bebidas alcoólicas) ou teve que lidar com as consequências deste comportamento? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma    1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes Todos os  
(PASSE P/ **B7a**)    vez p/ semana    p/ semana                      p/semana    dias?

B6b. Quanto lhe incomodou o fato de (Nome) beber?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nem um pouco                      muito pouco                      um pouco                      muito?

B7a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) comesse ou bebesse demais (bebidas não alcoólicas, ex. café, xaropes, etc.) ou fumasse demais? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma    1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes Todos os  
(PASSE P/ **B8a**)    vez p/ semana    p/ semana                      p/semana    dias?

B7b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento de (Nome)?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nem um pouco                      muito pouco                      um pouco                      muito?

B8a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de usar drogas (ilegais) ou teve que lidar com as consequências deste comportamento? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma    1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes Todos os  
(PASSE P/ **C1a**)    vez p/ semana    p/ semana                      p/semana    dias?

B8b. Quanto lhe incomodou o fato de ( Nome ) usar drogas (ilegais)?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_

Nem um pouco                      muito pouco                      um pouco                      muito?

### **PARTE C: GASTOS FINANCEIROS**

C1. Nos últimos 30 dias, você, *pessoalmente*, pagou ou deu algum dinheiro seu à (Nome) para cobrir algumas despesas dele (a) e que ele não lhe tenha devolvido? Sim \_ Não \_

C2. Nos últimos 30 dias, o paciente teve gastos com os itens abaixo?

SIM    NÃO



a- Transporte (carro, combustível, ônibus, táxi, etc.?) ..... 1 2 \$----- b-  
 Roupas e calçados? ..... 1 2 \$----- c-  
 Trocados para pequenos gastos?..... 1 2 \$----- d-  
 Alimentação?.....1 2 \$-----  
 (se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a  
 parcela destas despesas correspondente ao paciente).

Últimos 30 dias  
 SIM NÃO Gastos nose- Moradia (aluguel , prestação da casa)?..... 1 2 \$-----  
 (se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a  
 parcela desta despesa correspondente ao paciente)

f- Medicamentos?.....1 2 \$----- g-  
 Tratamento de saúde mental?..... 1 2 \$----- h-  
 Outros gastos médicos (dentista,fisioterapeuta,etc.)?. .....1 2 \$----- i-  
 Cigarros?.....1 2 \$----- j-  
 Objetos pessoais?.....1 2 \$----- k-  
 Telefone? ..... 1 2 \$----- l-  
 Pagamento de profissionais p/cuidar do paciente.....1 2 \$----- m- Plano  
 de saúde..... 1 2 \$----- n- Outras  
 despesas ? ( Especifique ) ----- 1 2 \$-----

C2-Total: \$ \_\_\_\_\_ C3.

Quantia com a qual o paciente contribuiu para as despesas mensais: \_\_\_\_\_

C4. Gastos da família com o paciente (diferença entre C2 e C3):

C5. No último ano, os gastos que você teve com (Nome) foram pesados para você com que frequência?

- Sempre ou quase sempre 5
- Frequentemente 4
- Às vezes 3
- Raramente 2
- Nunca 1

**PARTE D. IMPACTO NAS ROTINAS DIÁRIAS**

D1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você faltou, chegou atrasado ou cancelou algum compromisso, como no trabalho, na escola ou em outros lugares, porque teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_  
 Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os vez p/  
 semana p/ semana p/semana dias ?

D1b. Nos últimos 30 dias, quantas vezes as suas atividades sociais e de lazer (ex. sair para descansar ou visitar alguém) foram alteradas ou perturbadas, porque você teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_ 5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma    1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes    Todos os vez p/  
semana    p/ semana    p/semana    dias ?

D1c. Nos últimos 30 dias, quantas vezes os seus serviços de casa ou a rotina da casa foi alterada ou perturbada porque você teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_ 5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma    1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes    Todos os vez p/  
semana    p/ semana    p/semana    dias ?

D1d. Nos últimos 30 dias, quantas vezes o fato de cuidar de (Nome) impediu de você dedicar aos outros membros da família a atenção e o tempo de que eles necessitavam? Foram quantas vezes?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_ 5\_\_\_\_\_

Nenhuma vez    menos que uma    1 ou 2 vezes    de 3 a 6 vezes    Todos os vez p/  
semana    p/ semana    p/semana    dias ?

D2. A doença de (Nome) provocou mudanças mais ou menos permanentes na sua rotina diária, no seu trabalho ou na sua vida social? Sim ( ) Não( ).

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_

Nem um pouco    Muito pouco    Um pouco    Muito

D3. Por causa da doença de (Nome):

**(Nota ao entrevistador: Você pode circular mais de uma resposta)**

	Sim	Não a-
Você teve que trabalhar menos ou abandonar o seu emprego ou teve que trabalhar mais para cobrir os gastos?	2	1
b- Você teve que se aposentar mais cedo do que você planejava?...	2	1 c-
Você deixou de ter (ou tem menos) vida social (ex.deixou de passear, visitar pessoas, ir a festas, etc.)?.....	2	1 d-
Você perdeu amizades? .....	2	1 e- Você
deixou de tirar férias (ex. visitar parentes, viajar)?.....	2	1 f- Você deixou
de receber (ou recebe menos) pessoas em casa.....	2	1 (familiares e/ou
amigos)?		

**PARTE E: PREOCUPAÇÃO COM O PACIENTE**

Mesmo quando as pessoas não se vêem por algum tempo, às vezes, mesmo assim elas se preocupam umas com as outras. Eu gostaria de perguntar-lhe sobre suas preocupações com (Nome).

E1. Você fica preocupado(a) com a segurança física de (Nome) (ex. que alguma coisa ruim aconteça com ele(a), que ele(a) sofra um acidente, entre em uma briga, que alguém se aproveite dele(a), que fuja, etc.):

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_    \_\_\_2\_\_\_    \_\_\_3\_\_\_\_\_    \_\_\_4\_\_\_\_\_    \_ \_5\_\_\_  
Nunca                    raramente                    às vezes    frequentemente    sempre ou quase sempre?

E2. Você fica preocupado(a) com o tipo de ajuda e tratamento médico que (Nome) está recebendo?(ex. com receio de que ele(a) não esteja sendo bem atendido(a), de que não esteja recebendo um bom tratamento para a doença dele(a), etc.?)

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_    \_\_\_2\_\_\_    \_\_\_3\_\_\_\_\_    \_\_\_4\_\_\_\_\_    \_ \_5\_\_\_  
Nunca                    raramente                    às vezes    frequentemente    sempre ou quase sempre?

E3. Você fica preocupado(a) com a vida social de (Nome) (ex. preocupado se ele(a) não sai muito de casa, ou se sai demais ou se tem poucos amigos ou se sai com amigos que não lhe convém?)

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_    \_\_\_2\_\_\_    \_\_\_3\_\_\_\_\_    \_\_\_4\_\_\_\_\_    \_ \_5\_\_\_  
Nunca                    raramente                    às vezes    frequentemente    sempre ou quase  
sempre?

E4. Você fica preocupado(a) com a saúde física de (Nome)? (ex. dores, doenças, etc.)

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_    \_\_\_2\_\_\_    \_\_\_3\_\_\_\_\_    \_\_\_4\_\_\_\_\_    \_ \_5\_\_\_  
Nunca                    raramente                    às vezes    frequentemente    sempre ou quase sempre?

E5. Você fica preocupado(a) com as condições de moradia atual de (Nome)?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_    \_\_\_2\_\_\_    \_\_\_3\_\_\_\_\_    \_\_\_4\_\_\_\_\_    \_ \_5\_\_\_  
Nunca                    raramente                    às vezes    frequentemente    sempre ou quase sempre?

E6. Você fica preocupado(a) ao pensar como (Nome) faria para sobreviver financeiramente se não houvesse você para ajudá-lo?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_    \_\_\_2\_\_\_    \_\_\_3\_\_\_\_\_    \_\_\_4\_\_\_\_\_    \_ \_5\_\_\_  
Nunca                    raramente                    às vezes    frequentemente    sempre ou quase sempre?

E7. Você fica preocupado(a) com o futuro de (Nome)?

\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_    \_\_\_2\_\_\_    \_\_\_3\_\_\_\_\_    \_\_\_4\_\_\_\_\_    \_ \_5\_\_\_  
Nunca                    raramente                    às vezes    frequentemente    sempre ou quase sempre?

**ANEXO B****PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIT****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SOBRECARGA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

**Pesquisador:** Marлизete Maldonado Vargas

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10151119.0.0000.5371

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.298.611

**Apresentação do Projeto:**

Até meados do séc. XX a institucionalização era a única forma de tratamento para pessoas com transtornos mentais severos. Havia o distanciamento da comunidade e da família. Atualmente, a indicação é de um serviço de atenção psicossocial, pautado na autonomia, cidadania e reinserção social. Porém, a presença do indivíduo dito "fora da normalidade" frequentemente causa tensões na dinâmica do grupo familiar, repercutindo na vida de todos os seus membros, levando-se em consideração diversos fatores (econômicos, afetivos, laborais, qualidade de vida, entre outros). Os novos modelos de tratamento integrado ao meio social parece não abarcar ainda todas as particularidades que envolvem a relação entre o indivíduo "doente mental" e sua família. A demanda de atenção aos familiares que desempenham papel de cuidador, ancora-se principalmente nas dificuldades de manejo das questões geradas na relação cuidador-familiar com transtorno mental, que geram estressores e consequentemente, sobrecarga. Esse projeto trata de um estudo sobre fatores relacionados à sobrecarga e estratégias de enfrentamento de familiares que exercem o papel de cuidador de pessoas com transtorno mental. Busca identificar os tipos de convivência no âmbito familiar, investigar percepções e expectativas do familiar-cuidador em relação a seu papel, além de analisar a sobrecarga e as estratégias adotadas. Será desenvolvida um estudo qualitativo com uso da estratégia de estudo de casos múltiplos, utilizando técnica de entrevista com uso de formulário e aplicação de escala de avaliação de níveis de sobrecarga. Participarão do estudo familiares de

**Endereço:** Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo  
**Bairro:** Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490  
**UF:** SE **Município:** ARACAJU  
**Telefone:** (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br



Continuação do Parecer: 3.298.611

pacientes de uma Clínica DIA, da cidade de Aracaju/Sergipe.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar os fatores relacionados à sobrecarga e estratégias de enfrentamento de familiares que exercem o papel de cuidador de indivíduos com transtorno mental.

Objetivo Secundário:

Analisar a rotina dos familiares cuidadores e atividades dedicadas ao cuidado do indivíduo com transtorno mental; Avaliar os níveis de sobrecarga e estratégias de enfrentamento ou coping do familiares cuidadores de indivíduos com transtorno mental; Investigar sentimentos, percepções e expectativas do familiar-cuidador em relação ao papel junto ao indivíduo no âmbito familiar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A pesquisa possui risco mínimo para os participantes, podendo gerar desconforto ou ansiedade aos sujeitos no momento em que relatarem situações difíceis que vivenciaram. Porém, a equipe de pesquisa é formada por uma psicóloga e duas psicólogas em formação, que podem oferecer o acolhimento necessário no momento da entrevista e orientação para lidar, a posteriori, com qualquer incômodo que venha a ocorrer. O voluntário recebe a informação sobre a possibilidade de interromper sua participação na pesquisa, sem necessidade de justificativas, apenas informando para alguma das pesquisadoras.

Benefícios:

O estudo dos níveis de sobrecarga dos sujeitos, bem como estratégias de enfrentamento adotadas por eles, será importante para traçar estratégias de tratamento de pacientes psiquiátricos que incluam também os familiares-cuidadores, não só a respeito de orientação familiar, mas de intervenção preventiva, com a possibilidade de desencadear questões que poderão ser trabalhadas posteriormente durante o acompanhamento psicossocial oferecido pela Clínica DIA.

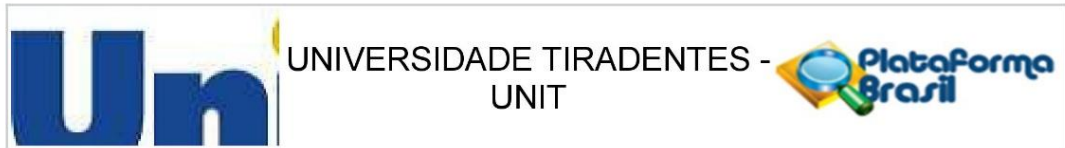
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS n°466/12.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS n° 466/12.

**Endereço:** Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo  
**Bairro:** Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490  
**UF:** SE **Município:** ARACAJU  
**Telefone:** (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br



Continuação do Parecer: 3.298.611

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PB: Plataforma Brasil; PD: Projeto detalhado; FR: folha de rosto.

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS n° 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1292816.pdf	04/04/2019 15:06:41		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Respostaparecer.pdf	04/04/2019 15:02:29	YONA FREIRE FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Formulario_Modelo_de_ProjetoCEPmodificado.pdf	04/04/2019 14:18:48	YONA FREIRE FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	04/04/2019 14:17:12	YONA FREIRE FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Formulario_Modelo_de_ProjetoCEP.docx	15/03/2019 16:22:28	YONA FREIRE FERREIRA	Aceito
Outros	ESCALA_SOBRECARGA.pdf	13/03/2019 11:49:19	YONA FREIRE FERREIRA	Aceito
Outros	FORMULARIO.pdf	13/03/2019 10:21:32	YONA FREIRE FERREIRA	Aceito

**Endereço:** Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo  
**Bairro:** Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490  
**UF:** SE **Município:** ARACAJU  
**Telefone:** (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br



Continuação do Parecer: 3.298.611

Folha de Rosto	Folha.pdf	08/03/2019 19:07:30	YONA FREIRE FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura.jpeg	08/03/2019 19:02:01	YONA FREIRE FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisadores.jpeg	08/03/2019 19:01:43	YONA FREIRE FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/03/2019 14:33:25	YONA FREIRE FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao.jpeg	07/03/2019 11:54:41	YONA FREIRE FERREIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ARACAJU, 02 de Maio de 2019

---

**Assinado por:**  
**ADRIANA KARLA DE LIMA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo  
**Bairro:** Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490  
**UF:** SE **Município:** ARACAJU  
**Telefone:** (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br