

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores
familiares de usuários de centros de atenção psicossocial
do sul do Brasil.**

Lenice de Castro Muniz de Quadros

Pelotas, 2010

Lenice de Castro Muniz de Quadros

Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do sul do Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a :Denise Petrucci Gigante
Co- orientadora: Prof.^a Dr.^a :Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2010

Catálogo na fonte:
Carmen Lúcia Lobo Giusti – CRB-10/813

Q13t Quadros, Lenice de Castro Muniz de.

Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do sul do Brasil / Lenice de Castro Muniz de Quadros; Denise Petrucci Gigante, orientadora ; Luciane Prado Kantorski, co-orientadora. – Pelotas, 2010.
96f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas.

1. Cuidador familiar 2. Transtorno psiquiátrico menor 3. Enfermagem psiquiátrica I. Gigante, Denise Petrucci, orient. II. Kantorski, Luciane Prado, co-orient. III. Título.

CDD: 610.7368

Banca Examinadora

Lenice de Castro Muniz de Quadros

Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof.^a Dr^a :Denise Petrucci Gigante

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Prof.^a Dr^a : Elaine Tomasi

Instituição: Universidade Católica de Pelotas

Assinatura: _____

Prof.^a Dr^a : Vanda Maria da Rosa Jardim

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Prof.^a Dr^a : Valéria Cristina Chistello Coimbra

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Prof.^a Dr^a : Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus a quem além deste trabalho dedico minha vida. A minha mãe e a memória do meu pai, por serem meus “orientadores” de vida e ao Anderson, pessoas muito especiais, que ao longo desta trajetória não permitiram que eu desistisse e me amaram a cada dia.

Agradecimentos

Estas primeiras páginas, e últimas palavras que escrevo nesta dissertação, são para agradecer a todas as pessoas que de uma forma ou outra colaboraram para que eu chegasse até esta realização. Em especial:

À Deus, por estar sempre comigo, guiando, orientando e tornando possível o que muitas vezes parece impossível.

À minha mãe pelo amor incondicional.

Ao Anderson, pela compreensão, paciência e companheirismo, te amo.

A toda minha família pelo carinho e força, especialmente as minhas irmãs, e os meus queridos sobrinhos.

A minha orientadora professora Denise, por sua sabia orientação, dedicação e paciência.

A minha co-orientadora professora Luciane, pela amizade, carinho e exemplo pessoal e profissional.

A professora Rita coordenadora do Programa e demais professores, obrigada!

As professoras componentes da banca, que enriqueceram este trabalho com suas sugestões.

Aos meus colegas de mestrado, pelas horas que passamos juntos, pelas angustias compartilhadas e também pelas boas risadas que muito ajudaram neste percurso!

A minha colega e amiga Carol, pela amizade, as longas conversas e desabafos! A força e cumplicidade nos momentos difíceis, obrigada!

As minhas colegas bolsistas Aline e Ane e ao Vinícius, pelas longas horas de “coleta Capes”, mas também de muitas risadas!

A Alitéia e a Suele, que sempre atenderam aos meus pedidos de socorro, quando eu me perdia no meio dos números! Obrigada.

A minha amiga Ceci, pela força, estímulo e por sempre acreditar no meu potencial.

Enfim a todos que fazem parte da minha vida!

Para além destas palavras escritas, espero encontrar melhor forma e melhor momento para dizer a todos o quanto estou agradecida e o quanto sinto que, a todos, devo um pouco desta conquista.

Resumo

QUADROS, Lenice de Castro Muniz de. **Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do sul do Brasil**. 2010. 96f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Orientador: Denise Petrucci Gigante

A atual Política de Saúde Mental no Brasil apóia-se na lei 10.216/02 e busca a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto, de base comunitária. Ao incentivar a criação de serviços alternativos ao modelo asilar, torna-se evidente a inclusão da família do usuário dos serviços de saúde mental no tratamento, para proporcionar suporte ao usuário bem como para receber cuidados específicos. Cabe destacar que o cuidado ao portador de transtorno mental pode gerar sobrecarga ao familiar o que pode levar a maior frequência de problemas relacionados à saúde mental. Estima-se que transtornos relacionados à saúde mental representem 12% da carga global de doenças (OMS, 2001). Este estudo é um subestudo do Projeto CAPSUL. A coleta de dados do subprojeto quantitativo foi realizada em 30 municípios da região sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Parana) por 14 duplas de entrevistadores, no período de maio e junho de 2006. Trata-se de um estudo com delineamento transversal com objetivo geral de determinar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores e sua associação com variáveis sociodemográficas e sobrecarga em familiares cuidadores de usuários de CAPS no sul do Brasil. O desfecho em estudo são os Transtornos Psiquiátricos Menores, aferidos através da versão brasileira do “*Self Report Questionnaire*” (SRQ-20) e as variáveis independentes incluíram características sócio-demográficas, eventos estressores e sobrecarga auto-referida. Entrevistou-se 936 cuidadores. A prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores associou-se com baixa escolaridade, possuir algum problema de saúde, presença de eventos estressores, ser o único cuidador e sobrecarga auto-referida. O estudo contribui para a avaliação da saúde mental dos cuidadores de usuários de CAPS, identificando padrões de ocorrência, fatores associados e grupos mais vulneráveis. Também é útil no delineamento de políticas voltadas aos cuidadores de usuários dos serviços de saúde que apresentam doenças crônicas, incluindo intervenções para promoção da saúde mental, prevenção de riscos e controle dos agravos. Finalmente destaca-se a potencialidade de estudos epidemiológicos abrangentes na avaliação das condições de saúde dos cuidadores familiares de portadores de alguma patologia e também usuários do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Cuidador Familiar. Transtorno Psiquiátrico Menor. Enfermagem.

Abstract

QUADROS, Lenice de Castro Muniz de. **Minor psychiatric disorders in family members caregivers of clients at Psychosocial Attendance Center in southern Brazil.** 2010. 96 f. Dissertation (Master) – Post-Graduation Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2010.

Concentration Area: Social Practices in Nursing and Health
Research Lines: Practice Management, Education, Nursing and Health
Advisor: Denise Petrucci Gigante.

The current Mental Health Policy in Brazil is based on the Law 10.216/02 and seeks the consolidation of a model of an open mental health care, community-based. By encouraging the creation of alternative services to asylum model, it is clear the inclusion of the user's mental health services family in the treatment, to provide user support and to receive specific care. It is worth noting that care for patients with mental disorder can lead to family burden which can lead to greater frequency of problems related to mental health. It is estimated that disorders related to mental health represent 12% of the global burden of disease (WHO, 2001). This study is a substudy of the CAPSUL project. Data collection of the quantitative subproject was performed in 30 municipalities in the southern region (Rio Grande do Sul, Santa Catarina and Parana) for 14 pairs of interviewers, in the period from May to June 2006. This is a transversal design study aiming to determine the overall prevalence of minor psychiatric disorders and its association with sociodemographic variables and burden in family caregivers of CAPS users in southern Brazil. The outcome is the minor psychiatric disorders, assessed by the Brazilian version of the Self Report Questionnaire (SRQ-20) and the independent variables included sociodemographic characteristics, stressors and self-reported burden. We interviewed 936 caregivers. The prevalence of minor psychiatric disorders was associated with low education, having some health problems, presence of stressful events, being the sole caregiver and self-reported burden. The study helps to assess the mental health of caregivers for CAPS users, identifying patterns of occurrence, associated factors and vulnerable groups. It is also useful in designing policies aimed at carers of users of health services who have chronic diseases, including interventions for mental health promotion, risk prevention and control of diseases. Finally there is the potential for comprehensive epidemiological studies in assessing the health of family caregivers of patients with some pathology and also users of the Unified Health System

Descriptors: Family Caregiver. Minor psychiatric disorder. Nursing.

SUMÁRIO

Introdução.....	08
I Projeto de Pesquisa.....	09
II Relatório do Trabalho de Campo.....	49
III Artigo.....	55
IV Anexos.....	72

Introdução

O presente trabalho foi elaborado como requisito do programa de pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do Título de Mestre. O programa tem como área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. O projeto foi desenvolvido na Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde, é um sub-estudo do Projeto CAPSUL, que foi financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, através do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde. O mestrado foi realizado na cidade de Pelotas, RS Brasil, tendo sido iniciado no mês de março de 2009 e concluído em novembro de 2010. Conforme o regimento do Programa, esta dissertação de mestrado é composta das seguintes partes principais:

I Projeto de Pesquisa: Defendido no mês de abril de 2010. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora.

II Relatório do Trabalho de Campo: Apresenta de forma sucinta a pesquisa CAPSUL sua logística e desenvolvimento. Relata o caminho percorrido pela mestrandia desde a escolha do tema até a construção final do artigo.

III Artigo: Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de CAPS do sul do Brasil. Artigo que será submetido à publicação na Revista de Saúde Pública, após prévia aprovação pela banca e incorporação de sugestões.

I Projeto de Pesquisa

Lenice de Castro Muniz de Quadros

Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do sul do Brasil.

Projeto de Pesquisa apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr^a :Denise Pettrucci Gigante
Co- orientadora: Prof.^a Dr^a :Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2010

Banca Examinadora

Denise Petrucci Gigante (Presidente)

Elaine Tomasi (Titular)

Vanda Maria da Rosa Jardim (Titular)

Valéria Cristina Chistello Coimbra (1º Suplente)

Roxana Isabel Cardozo Gonzales (2º Suplente)

Lista de abreviaturas e siglas

Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Ministério da Saúde	MS
Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil	CAPSUL
Sistema Único de Saúde	SUS
Universidade Federal de Pelotas	UFPel
Organização Mundial da Saúde	OMS
Organização Pan-Americana de Saúde	OPAS

Lista de Figuras

Figura 1-	Modelo teórico.....	30
------------------	---------------------	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Distribuição da amostra por estado, tipo de CAPS.....	36
-------------------	---	----

Lista de Quadros

Quadro 1-	Estudos acerca da prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores que utilizaram o SRQ-20.....	24
Quadro 2-	Estudos acerca da prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores em cuidadores que utilizaram o SRQ-20.....	26
Quadro 3-	Variáveis a serem utilizadas no estudo.....	38

SUMÁRIO

1	Introduzindo a temática.....	15
1.1	Delimitação do problema de pesquisa.....	17
1.2	Definição de termos.....	17
2	Revisando a literatura.....	18
2.1	Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.....	18
2.2	Sobrecarga do familiar cuidador/ família e cuidado.....	20
2.3	Estratégias de busca bibliográfica.....	21
2.3.1	SRQ-20, Prevalência de transtornos psiquiátricos menores e Fatores associados.....	22
3	Marco Teórico.....	27
4	Justificativa.....	31
5	Objetivos.....	33
5.1	Objetivo Geral.....	33
5.2	Objetivo Específico.....	33
6	Hipóteses.....	34
7	Metodologia.....	35
7.1	Caracterização do Estudo.....	35
7.2	Local do Estudo.....	35
7.3	Amostra.....	36
7.4	Variáveis.....	37
7.4.1	Variável Dependente.....	37
7.4.2	Variáveis Independentes.....	38
7.5	Instrumentos de coleta de dados.....	38
7.6	Princípios Éticos.....	39
7.7	Procedimentos para coleta de dados.....	39
7.7.1	Controle de Qualidade.....	39
7.7.2	Análise de Dados.....	39
8	Cronograma.....	41
9	Divulgação dos Resultados.....	42
10	Referências.....	43

1 Introduzindo a temática

A saúde mental é tão importante quanto a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, sociedades e países, e estima-se que transtornos relacionados a saúde mental representem 12% da carga global de doenças (OMS, 2001). Ao longo da história da psiquiatria, observam-se marcos que nortearam o atendimento ao portador de transtorno mental, como a revolução de Pinel, a introdução dos psicofármacos, a psicanálise, o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico, entre outros.

A discussão em torno da reforma psiquiátrica no Brasil ocorre a partir dos anos 70, e tem início através de experiências de transformação da assistência, pautadas, no começo, pela reforma intramuros de instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e, mais tarde, em 1988, com a Constituição e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, estabeleceram-se as condições institucionais para proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo hospitalar vigente (BRASIL, 2009).

A atual Política de Saúde Mental no Brasil apóia-se na lei 10.216/02 e busca a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto, de base comunitária, com uma rede de serviços e equipamentos variados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os leitos em Hospitais Gerais e em CAPS III (BRASIL, 2009).

Ao incentivar a criação de serviços alternativos ao modelo asilar, torna-se evidente a inclusão da família do usuário dos serviços de saúde mental no tratamento, para proporcionar suporte ao usuário bem como para receber cuidados específicos (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004; BRASIL, 2004).

O cuidado é a maior responsabilidade da profissão de enfermagem para com o outro, principalmente nos momentos de sofrimento (KANTORSKI *et al.*, 2006),

o que confere ao enfermeiro importante papel na equipe de saúde, junto ao usuário e à família do portador de transtorno mental.

Dos fatores que devem ser observados ao prestar o cuidado aos familiares, destaca-se a sobrecarga na prestação de cuidados ao usuário, que pode se traduzir através da prevalência de transtornos psiquiátricos menores (TPM) (MELMAN, 2002; BANDEIRA; BARROSO, 2005; PEGORARO; CALDANA, 2006).

Segundo estudo realizado por Gonçalves e Kapczinski (2008), de 25% a 50% dos usuários que procuram assistência médica em centros de atendimento primário têm pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico, e, destes, a não detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de depressão e até 77% para transtorno de ansiedade generalizada.

Em estudo transversal realizado em Olinda/PE, Ludermir e Filho (2002) encontraram prevalência total dos transtornos mentais comuns (TMC) de 35% na população em geral.

Costa *et al.* (2002), realizaram em Pelotas/RS, estudo transversal de base populacional com o objetivo de determinar a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores (DPM) e verificar sua associação com fatores de risco. A prevalência de DPM, detectados através do SRQ-20, foi de 28,5% (IC 95% 26,4-30,6%).

Em estudo realizado por Tomasi et al. (2010), com familiares de usuários de CAPS em Pelotas/RS, a prevalência de transtornos psiquiátricos menores encontrada foi de 41%.

Nesse sentido, propõe-se um estudo para avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores entre familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil, e sua associação com variáveis sociodemográficas e sobrecarga.

Este estudo é um sub-estudo do Projeto CAPSUL, que foi financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, através do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado em 2005, Edital 07/2005, coordenado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas e desenvolvido em parceria com duas outras universidades, que são a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Cascavel.

Informações mais detalhadas do projeto estão disponíveis na página: <http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul/capsul.php>

1.1 Delimitação do problema de pesquisa

O presente estudo tem como problema de pesquisa responder a pergunta: Qual a prevalência de transtornos psiquiátricos menores em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil?

1.2 Definição de Termos

Para melhor compreensão do texto, apresentamos a seguir a definição dos termos utilizados ao longo deste projeto:

Transtornos psiquiátricos menores (TPM)

Os sintomas incluem insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (LUDERMIR, 2000; LUDERMIR; FILHO 2002; COSTA et al., 2002; GALVÃO et al., 2007; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Sinônimos encontrados na literatura: transtornos mentais comuns (TMC), distúrbio psíquico menor (DPM), distúrbios psíquicos menores (DPM), morbidade psiquiátrica menor (MPM), transtornos de humor, ansiedade e/ou somatoformes (THAS).

Sobrecarga familiar

O termo “sobrecarga familiar” (do inglês “family burden”) fundamenta-se no impacto negativo provocado pela presença do portador de sofrimento mental junto ao meio/ambiente familiar e envolve aspectos econômicos, práticos e emocionais a que se encontram submetido àqueles familiares que se encarregam do cuidado necessário e exigido pelo usuário (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELLA, 2005).

CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde – SUS destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2009).

2 Revisando a literatura

Neste capítulo será feita uma breve abordagem sobre o que vem sendo descrito na literatura nacional e internacional acerca de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, sobrecarga do cuidador de pacientes psiquiátricos, prevalência de transtornos psiquiátricos menores e associação entre esses e os fatores sociodemográficos, características comportamentais, morbidades e características do cuidado, temáticas de interesse para esta pesquisa.

2.1 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica

Os movimentos de contestação ao saber e à prática psiquiátrica começaram a surgir no mundo em torno da metade do século 20, destacando-se os movimentos denominados Psiquiatria de Setor, na França; as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra e a Psiquiatria Preventiva, nos EUA (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Esses movimentos caracterizaram-se por visar uma reforma do modelo de atenção psiquiátrica, constituíram-se em rearranjos técnico-científicos e administrativos da psiquiatria, entretanto, sem o rompimento com o modelo hospitalar e a desinstitucionalização proposta pelo movimento italiano a partir de 1960 (ROTELLI *et al.*, 1990).

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil teve início na década de 70, contemporâneo ao movimento sanitário, baseado no modelo italiano. Esse movimento social, enquanto política pública, enquanto estratégia de construção de um novo olhar sobre a loucura nasce da crítica e das contradições intrínsecas ao próprio modelo manicomial, com o qual pretendia romper.

Os processos políticos, sociais, jurídicos e técnicos gerados a partir desta crítica foram delineando espaços históricos de construção desse novo enfoque, como a Conferência de Caracas, em 1990, enquanto fórum de definição política de reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, o projeto de lei 3.657/89

(projeto Paulo Delgado), que originou a Lei 10.216 de 2001 - que redireciona o modelo assistencial em saúde mental - e as portarias do Ministério da Saúde, tais como a 189/1991, 224/1992, 336/2002, 189/2002, 251/2002, 816/2002, 817/2002, 52/2004 e 53/2004 - que normatizam o processo de mudança da atenção em saúde mental, regulamentando a assistência nos diferentes serviços psiquiátricos e assumindo uma política de atenção psicossocial (BRASIL, 2004; KANTORSKI, 2005).

A reforma psiquiátrica implica transformar saberes e práticas em relação à loucura, perceber a complexidade do objeto de intervenção, re-compreender o sofrimento psíquico, efetivamente destruir manicômios externos e internos que têm permitido a constituição de determinadas formas de pensar e agir e, fundamentalmente, re-inventar modos de se lidar com a realidade (KANTORSKI, 2004). Esse desafio aponta para a construção de um novo enfoque sobre a loucura na história da humanidade, o modelo psicossocial.

O modelo psicossocial leva em conta fatores políticos e biopsicossociais. A consideração de que a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual leva a inclusão da família e do grupo ampliado. O tratamento visa à reinserção do sujeito na família e na sociedade, e estas têm um papel fundamental para o êxito do modelo, auxiliando na ampliação da autonomia do usuário e, assim, mantendo-os afastados da necessidade de internação em hospitais psiquiátricos (KANTORSKI, 2005; BRASIL, 2007).

O novo papel da família foi reafirmado no relatório da 3ª Conferência de Saúde Mental, realizada em 2001, que afirmava que os serviços substitutivos devem incluir ações dirigidas aos familiares e ao portador do transtorno mental, visando à inserção social e respeitando as particularidades individuais (BRASIL, 2002). A reestruturação da assistência psiquiátrica proporcionou à família a possibilidade de participar do cuidado junto aos serviços de saúde, permitindo que o usuário permaneça o maior tempo possível junto a sua unidade de cuidado.

O meio de trabalho característico do modelo psicossocial é a equipe interprofissional, superando em vários aspectos o grupo comum dos especialistas, incluindo uma série de dispositivos (teatro, música, artesanato), em busca de encontrar formas de intercâmbio das suas visões teórico-práticas e de suas práticas (KANTORSKI, 2005; LUZIO, 2006).

Corroboramos com Kantorski (2005) no sentido de que, apesar das mudanças ocorridas no Brasil nos últimos anos, a constituição de uma rede de atenção integral à saúde mental de caráter substitutivo ainda é um processo em andamento. Os serviços existentes ainda são insuficientes e carecem de constante reflexão de suas práticas a fim de não se institucionalizarem reproduzindo a lógica manicomial.

2.2 Sobrecarga do familiar cuidador/ família e cuidado

No contexto da reforma psiquiátrica, a família pode ser classificada como um *locus* importante no cuidado dispensado ao portador de sofrimento psíquico. Ao focalizar a família, o profissional de saúde pode detectar as prioridades nos cuidados que se fazem necessários e verificar que o sofrimento não é exclusivo do usuário de CAPS.

As percepções a respeito do processo saúde-doença, compartilhadas por familiares e usuários, sofrem influência de seu contexto cultural, religioso, econômico, isto indica a necessidade de que o contexto de vida das famílias seja considerado (MELMAN, 2002).

A investigação junto ao cuidador e o usuário levam a equipe a perceber o desencadeamento, o curso, o impacto no cotidiano e as formas de tratamento dos que se encontram em sofrimento mental, permitem que a equipe faça uma análise crítica da realidade e dos conhecimentos sobre a doença que cuidadores e usuários possuem (LUIS; MARGIOTTE; SANTOS, 1989).

A presença de sobrecarga do cuidador na prestação de cuidados é um dos aspectos que merecem investigação junto à família (MELMAN, 2002; LAUBER *et al.* 2003; BANDEIRA; BARROSO, 2005; PEGORARO; CALDANA, 2006; ROSE; MALLINSON; GERSON, 2006; TOMASI *et al.*, 2010). O conhecimento acerca da sobrecarga vivenciada pelos cuidadores permite traçar intervenções que auxiliem na interação e gestão da vida cotidiana dos usuários, contribuam para aliviar o peso dos encargos, facilitem a cooperação, diminuam os fatores estressantes que podem desencadear crises (PEGORARO; CALDANA, 2008), visto que estas, muitas vezes, têm como desfecho a reinternação em hospitais psiquiátricos.

As intervenções junto à família, com a finalidade de minimizar o impacto e a sobrecarga gerada pelo ato de cuidar, permitem melhorar a qualidade de vida do

cuidador e do usuário, aumentar o suporte necessário para o cuidado em liberdade e terão reflexos em ações voltadas para a reinserção psicossocial (MELMAN, 2001).

A intervenção profissional pode também auxiliar na prevenção de transtornos psicológicos como os transtornos psiquiátricos menores em cuidadores decorrentes da sobrecarga advinda do cuidar (MELMAN, 2002; BANDEIRA; BARROSO, 2005).

Segundo Rosa (2001), é sobre o familiar cuidador encarregado mais intensamente dos cuidados que a sobrecarga recai mais significativamente. O cuidador torna-se, deste modo, figura central no planejamento das ações de saúde executadas pelas equipes de saúde mental e sua “principal ferramenta” na implementação do cuidado no modelo psicossocial.

Gonçalves e Sena (2001) ressaltam que o que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do manicômio, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Os mesmos autores reforçam que se espera muito mais o resgate ou o estabelecimento da cidadania do portador de sofrimento psíquico, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio destino e de seu tratamento, sem a idéia de cura como o único horizonte possível.

Espera-se, assim, através do resgate da autonomia, da reinserção do usuário na família e na sociedade, alcançar uma sociedade que aceite o diferente sem tentar enquadrá-lo em princípios de normalidade preconceituosos e pré-estabelecidos, que aceite o sujeito com sua singularidade e seus direitos de cidadão.

2.3 Estratégias de busca bibliográfica

As estratégias de busca utilizadas foram consulta em bases de dados eletrônicas e leitura de dissertações e teses disponibilizadas através da internet. Procedeu-se, ainda, à busca específica por títulos e autores a partir da lista de referências dos periódicos selecionados.

Foram rastreados estudos nos quais a prevalência de transtornos psiquiátricos menores, e os fatores associados foram as variáveis de interesse realizado entre 1999 e 2009 no Brasil e/ou exterior. As bases de dados empregadas para rastreamento dos artigos foram Scielo, Pubmed/Medline e Lilacs, utilizando-se a combinação dos descritores: saúde mental reforma psiquiátrica, sobrecarga

familiar, paciente psiquiátrico, prevalência de transtornos psiquiátricos menores e SRQ-20.

Incluíram-se estudos epidemiológicos em humanos, publicados em inglês, português ou espanhol. Todos os resumos de artigos contendo as palavras chave foram lidos, inclusive os identificados das listas de referências.

A sistematização dos estudos envolvendo a temática está apresentada a seguir.

2.3.1 SRQ-20, Prevalência de transtornos psiquiátricos menores e fatores associados.

Os problemas relacionados a saúde mental apresentam alta prevalência na população em geral e em grupos específicos como trabalhadores de saúde (16%) (TOMASI et al., 2008), outros grupos de trabalhadores (33,3%) (FARIA et al., 1999; LUDERMIR, FILHO, 2002; COSTA et al., 2002; ARAÚJO et al., 2003; SOBRINHO et al., 2006; MARAGNO et al., 2006; GONÇALVES, KAPCZINSKI, 2008) e cuidadores de usuários dos serviços de saúde (MEDEIROS, 2000.;BRUNS et al 2008.; TOMASI, 2010). Mesmo diante desta realidade observa-se que, relativamente, poucos estudos abordam esta temática, particularmente no que se refere aos familiares cuidadores. Diante disto, torna-se fundamental a realização de estudos que utilizem instrumentos e/ou escalas capazes de medir de modo objetivo estes problemas.

Neste estudo, será utilizado o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), este é um dos instrumentos mais utilizados para a detecção dos TPM. Esse instrumento foi projetado por Harding *et al.* (1980) e proposto pela Organização Mundial de Saúde para a detecção de transtornos psiquiátricos menores na população. É um questionário composto por vinte questões com respostas dicotômicas de sim ou não.

Sua tradução e validação para a língua portuguesa foram feitas por Mari & Williams (1985), apresentando sensibilidade de 85% e especificidade de 80%.

O quadro 1 descreve sucintamente os estudos revisados que utilizaram o SRQ-20 como escala de medida para detecção de transtornos psiquiátricos menores. O quadro 2 descreve estudos realizados com cuidadores.

Nos treze estudos analisados (quadro 1) que utilizaram o SRQ-20 como escala de medida para detecção de transtornos psiquiátricos menores na população em geral a prevalência variou entre 17% e 39,8%. Sete destes estudos foram de base populacional, um entrevistou apenas mulheres, um a amostra foi composta por

médicos, um estudou agricultores, um investigou profissionais de enfermagem, um entrevistou motoristas e cobradores e um estudou adolescentes com idades entre 15 e 18 anos. O ponto de corte utilizado nos estudos variou entre 5 e 8.

O quadro 2 trás um resumo dos estudos encontrados que foram realizados com cuidadores e que utilizaram o SRQ -20, entre estes a prevalência de transtornos psiquiátricos menores apresentou variação entre 34,3 % e 41%. Destaca-se que além do reduzido número de estudos com o objetivo de avaliar a saúde mental dos cuidadores, apenas um utilizou amostra semelhante a do presente estudo e este não apresenta associações do desfecho transtornos psiquiátricos menores e as variáveis socioeconômicas, o estudo refere que cuidadores classificados como possíveis casos pelo SRQ-20 tiveram maior média na pontuação de sobrecarga.

Quadro 1. Estudos acerca da prevalência de Transtornos Psiquiátricos menores que utilizaram o SRQ-20.

Autores e local	Delineamento Amostra ("n")	Prevalência de TPM	Principais características sócio demográficas Associadas
Costa, Ludermir, 2005 –Brasil	Transversal. 483 sujeitos, (geral).	36%– SRQ-20	Falta de apoio social, ter mais idade, maior nº pessoas por domicílio, baixa escolaridade, condição ocupacional desfavorável.
Gonçalves, Kapczinski, 2008. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil	Transversal. 1.122 sujeitos, moradores da área de abrangência PSF.	38% - SRQ-20	Ser do sexo feminino, ter baixa escolaridade, situação ocupacional desfavorável, mostraram associação independente com THAS.
Marin-Leon L. et al., 2007 – Brasil	Transversal. 515 sujeitos, população urbana.	17% - SRQ-20	Baixa escolaridade e situação ocupacional desfavorável.
Ludermir e Filho, 2002 – Brasil	Transversal. 621 Sujeitos, população geral.	35% - SRQ-20	Condições de moradia desfavorável, baixa escolaridade, estrutura ocupacional desfavorável, baixa renda.
Sobrinho et al. 2006 - BA, Brasil	Transversal. 350 médicos	26% - SRQ-20	Médicos com trabalho de alta exigência apresentarão 3,07 vezes mais TPM do que os com baixa exigência.
Araújo et al., 2003 – BA, Brasil	Transversal 502 sujeitos, trabalhadores de enfermagem.	33,3% - SRQ-20	Os DPM foram mais prevalentes em profissionais que trabalham em alta exigência.
Costa et al., 2002 Pelotas, RS,	Transversal 1.967 pessoas, estudo de base	28,5% SRQ-20	Ser do sexo feminino, das classes sociais mais baixas, de menor renda, acima de 40 anos. Na análise ajustada, mantiveram-se associados com hábito de

Brasil	populacional.		tabagismo, presença de doença crônica não transmissível e frequência de consultas médicas.
Rodrigues-Neto et al., 2008 Montes Claros, MG, Brasil	Transversal 3.090 pessoas Moradores de Montes Claros.	23,2% SRQ-20	Ter menor escolaridade, menor nível econômico, ter mais de 40 anos, ser do gênero feminino, procura por homeopatia e benzedadeiras.
Faria et al., 1999. Região Serrana, RS, Brasil	Transversal 1.282 Agricultores.	38% SRQ-20	Ter piores condições de escolaridade e de infraestrutura tecnológica de produção, a ocorrência de intoxicação por agrotóxicos mostrou forte associação com MPM.
Maragno et al., 2006 São Paulo, SP, Brasil	Transversal 2.337 Indivíduos da área de cobertura PSF.	24,95% SRQ-20	Ser do sexo feminino, de menor renda, e ser idoso.
Galvão et al., 2007 Natal, RN, Brasil	Transversal 191 mulheres.	39,8% SRQ-20	Ter baixa escolaridade, baixa renda familiar, e não exercer atividades profissionais fora do domicílio.
Souza; Silva, 1998 São Paulo, SP, Brasil	Transversal 925 motoristas e cobradores de ônibus urbanos.	20,3% SRQ-20	Mostrou como fatores de risco o déficit de sono, o absenteísmo utilização de banco inadequado, ser emigrante da região Nordeste e alterações na escala de trabalho.
Pinheiro et al., 2007 Pelotas, RS, Brasil	Transversal 960, adolescentes com idades entre 15 e 18 anos.	28,8% SRQ-20	Baixa escolaridade materna, tabagismo, comportamento sedentário e insatisfação com a imagem corporal.

Quadro 2. Estudos acerca da prevalência de Transtornos Psiquiátricos menores em cuidadores que utilizaram o SRQ-20.

Autores e local	Delineamento Amostra ("n")	Prevalência de TPM	Principais características sócio demográficas Associadas
Bruns et al., 2008 São Paulo Brasil	70 cuidadores primários de pacientes com artrite idiopática juvenil.	34,3%	Estudou a correlação entre a CB Scale e outras escalas. A referida escala apresentou correlação positiva co SRQ-20 (r = 0,6)
Medeiros das Chagas et al., 2000. Fortaleza, Brasil.	62 cuidadores primários de pacientes com artrite reumatóide.	37%	–
Tomasi et al., 2010. Pelotas, Brasil	874 cuidadores de pacientes dos Centros de Apoio Psicossocial (Caps) de Pelotas.	41%	Cuidadores classificados como possíveis casos pelo SRQ-20 tiveram maior média na pontuação na escala de sobrecarga.

3 Marco teórico

Desde os anos 1950, pesquisas internacionais vêm investigando a experiência dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos no contexto da implementação de modelos de atendimento psiquiátricos comunitários e estas pesquisas se intensificaram a partir da década de 70 (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

Com as mudanças ocorridas no cenário do atendimento psiquiátrico, a família passou a participar efetivamente do cuidado ao portador de sofrimento psíquico, a se responsabilizar em atender suas necessidades básicas e a dar suporte para que este possa manter-se em liberdade. Atualmente é consensual que quando a família é apoiada e orientada tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida como a estrutura existente para a desinstitucionalização e reinserção social do indivíduo (ESPERIDIÃO, 2001).

Diante disso, pesquisas apontam que apesar da satisfação decorrente do cuidado prestado ao familiar, tornar-se cuidador de um portador de sofrimento psíquico pode gerar sobrecarga devido ao rompimento do ciclo de vida que pressupõem que pessoas adultas devem ser independentes (TESSLER; GAMACHE, 2000). Soma-se a isso o fato de que o cuidador muitas vezes tem que colocar seus desejos e necessidades em segundo plano e reorganizar sua vida para atender às necessidades do paciente (MAURIN e BOYD, 1990; MELMAN, 2001).

Os diferentes aspectos que envolvem o conceito de sobrecarga estão sendo diferenciados em duas dimensões, uma objetiva e outra subjetiva. As consequências negativas observáveis no papel de cuidador, tais como alterações na rotina, diminuição da vida social e profissional do cuidador, perdas financeiras, realização de tarefas e supervisão de comportamentos problemáticos são referentes à sobrecarga objetiva. O aspecto subjetivo da sobrecarga envolve as percepções,

preocupações, sentimentos negativos e incômodos gerados por tornar-se cuidador de um paciente psiquiátrico (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

A elevada sobrecarga a que está exposto o cuidador familiar, a soma dos fatores objetivos e subjetivos, pode contribuir para o comprometimento de sua saúde mental e o desenvolvimento de transtornos como os transtornos psiquiátricos menores.

Para este estudo, o papel de cuidador familiar será considerado a categoria central dos complexos aspectos envolvidos na convivência com um portador de sofrimento psíquico e explicitar os fatores envolvidos e sua contribuição na saúde mental do cuidador.

Em relação ao cuidador familiar, o aumento da sobrecarga e do impacto na saúde, principalmente na saúde mental, apresentam-se associadas ao grau de parentesco do cuidador, o tempo em que o cuidador exerce o papel de cuidar, nível de dependência, presença de distúrbios de comportamento e a falta de apoio dos profissionais de serviços de saúde mental (ROSE, 1996; GARRIDO; MENESES, 2004; CRUZ; NASCIMENTO 2007; HAMDAN, 2008, BARROSO; BANDEIRA; TOMASI et al., 2010).

As características sociodemográficas, comportamentais e de morbidade também serão consideradas na determinação dos Transtornos psiquiátricos menores nos familiares cuidadores de usuários de CAPS.

São vários os estudos que apontam uma forte associação entre Transtornos psiquiátricos menores e mulheres (COUTINHO et al., 1999; LUDERMIR, 2000; FORTES, 2004; ARAÚJO et al., 2005; MARAGNO et al., 2006). Fatores relacionados ao papel social da mulher e questões de gênero aparecem como condições agravantes, dentre elas se destacam a rede social (FORTES, 2004; COSTA e LUDERMIR, 2005), a presença de companheiro (WEICH et al., 1998; FORTES, 2004; COSTA; LUDERMIR, 2005; ARAÚJO et al., 2005, 2006; MARAGNO et al., 2006) o número de filhos (COUTINHO et al., 1999; ARAÚJO et al., 2005), a responsabilidade com o cuidado dos filhos (JENKINS, 1998; WEICH et al., 1998), e a carga de trabalho doméstico culturalmente associado à mulher, somado ao trabalho fora de casa, causa uma sobrecarga geradora de sintomas de transtornos psiquiátricos menores (LUDERMIR, 2000; ARAÚJO et al., 2005, 2006).

Outros fatores encontrados na literatura são: ter idade inferior a 45 anos, ser solteiro (SOBRINHO et al., 2006), ter baixa renda, baixa escolaridade e precárias

condições de moradia (SOUZA; SILVA, 1998; LUDERMIR, 2000; LUDERMIR; FILHO, 2002; MARAGNO *et al.*, 2006; SOBRINHO *et al.*, 2006; GALVÃO *et al.*, 2007), assim como graves problemas financeiros (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Existem ainda evidências na literatura de aumento na incidência de transtornos psiquiátricos menores relacionados a fatores comportamentais como tabagismo, sedentarismo (SOUZA; SILVA, 1998; COSTA *et al.*, 2002; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; SOBRINHO *et al.*, 2006; BANDEIRA; FREITAS; FILHO, 2007;). Aparecem também como fatores de risco a violência, o rompimento amoroso, mudança de moradia e agressão física (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Observa-se, além disso, associação entre transtornos psiquiátricos menores e distúrbios do sono, doença crônica, desejo de morte, maior frequência de consultas e internações clínicas e psiquiátricas (COSTA *et al.*, 2002; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; SOBRINHO *et al.*, 2006).

O modelo teórico apresentado na Fig.1 busca, de forma esquemática, sintetizar a relação em estudo. A ordem das categorias apresentadas não representa níveis hierárquicos de determinação, mas seus principais nexos e interações com o desfecho de interesse.

Para entender os efeitos do papel de cuidador sobre a saúde mental dos cuidadores de usuários de CAPS é preciso considerar suas articulações em um contexto social e também as características sócio-demográficas econômicas e comportamentais dos indivíduos.

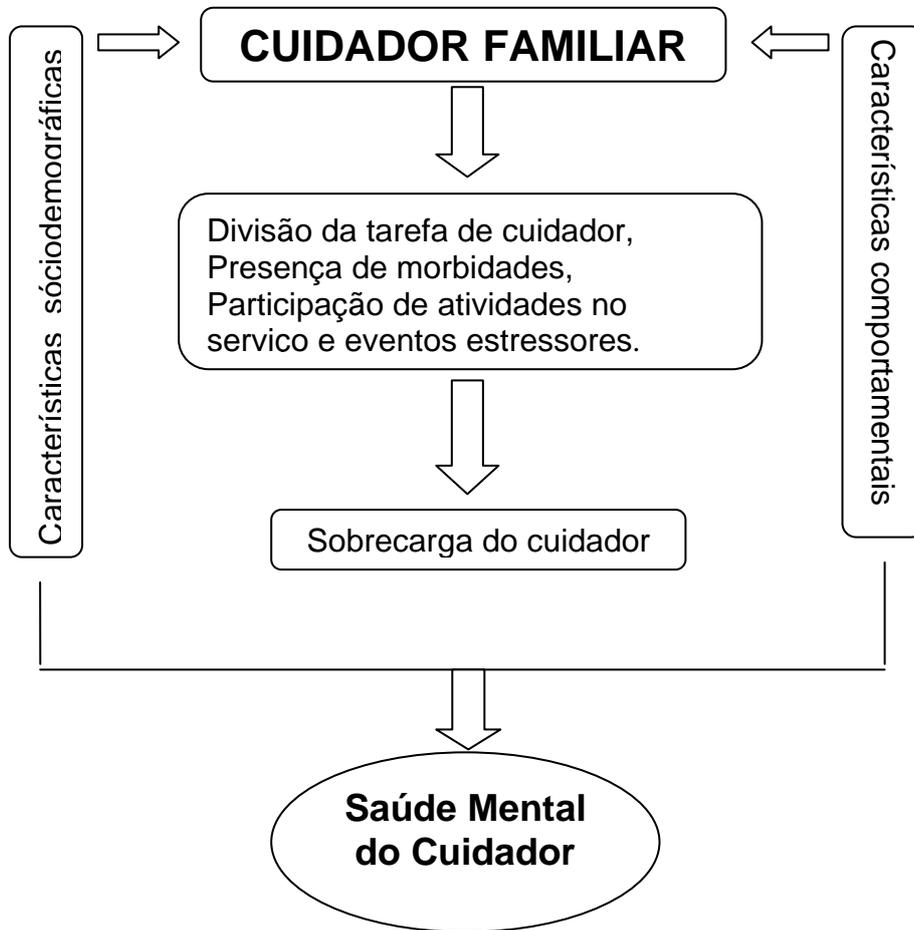


Figura 1- Modelo teórico

4 Justificativa

A avaliação da sobrecarga e de sofrimento psíquico dos familiares cuidadores de pacientes portadores de transtorno mental se tornou necessária no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica, a partir da qual houve um maior envolvimento das famílias nos cuidados cotidianos ao usuário.

Para Bandeira, Calzavara e Castro (2008), avaliar o impacto do papel de cuidador nas famílias pode fornecer informações importantes para o desenvolvimento de intervenções psicossociais e educativas capazes de ajudar efetivamente essas famílias e melhorar a qualidade do atendimento nos serviços de saúde mental. Justifica-se também a avaliação da saúde mental do familiar cuidador de usuários de CAPS através de estudos epidemiológicos e da utilização de escalas padronizadas e validadas, a exemplo do *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), em função da possibilidade de fornecer informações e subsidiar políticas e ações em saúde para atender esta parcela da população.

A reinserção psicossocial do portador de transtorno mental e o cuidado em liberdade só poderão ser alcançados em sua plenitude se o cuidado não se limitar somente ao usuário, mas for extensivo aos familiares e suas necessidades, e um meio de identificar estas necessidades é a avaliação da saúde mental dos familiares.

No Brasil, embora haja interesse pelo estudo de familiares de usuários de serviços de saúde mental (VILLARES; MARI, 1998; VILLARES, 2000; TOMASI et al., 2010), é escasso o número de publicações em periódicos científicos e de pesquisas que avaliem, especificamente, a sobrecarga desses familiares, utilizando escalas de medida (GARRIDO, MENESES, 2004; BARROSO, BANDEIRA, NASCIMENTO, 2007).

Frente a esse contexto, justifica-se a realização de estudos que busquem identificar padrões de ocorrência e vulnerabilidade em saúde mental de familiares cuidadores de usuários de CAPS, cujos resultados poderão auxiliar no planejamento de políticas e ações voltadas a promoção, prevenção de riscos e controle de agravos em saúde mental desses cuidadores.

5 Objetivos

5.1 Objetivo Geral

Determinar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores e sua associação com variáveis sociodemográficas, eventos estressores e sobrecarga em familiares cuidadores de usuários de CAPS no sul do Brasil.

5.2 Objetivos Específicos

5.2.1 Descrever a amostra de acordo com características sociodemográficas e de sobrecarga do familiar cuidador.

5.2.2 Estimar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores em cuidadores de usuários de CAPS.

5.2.3 Analisar as prevalências de transtornos psiquiátricos menores em relação às características sociodemográficas e de sobrecarga do familiar cuidador.

6 Hipóteses:

6.1 A maioria dos cuidadores: é familiar em primeiro grau do usuário, é do sexo feminino, é mais velho do que o usuário e pertence ao nível socioeconômico baixo.

6.2 A prevalência de transtornos psiquiátricos menores é maior em mulheres, com maior idade, de baixo nível socioeconômico.

6.3 A sobrecarga do cuidador está associada com maior prevalência de transtornos psiquiátricos menores.

7 Metodologia

7.1. Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo com delineamento transversal. Pereira (2002) relata que estudos transversais são aqueles que determinam causa e efeito ao mesmo tempo, e só possibilitam a identificação dos indivíduos considerados doentes e sadios a partir da análise dos dados.

Os estudos transversais podem ser descritivos e analíticos, sendo os primeiros limitados a apresentar prevalência de qualquer evento relacionado ao processo saúde-doença, enquanto os analíticos buscam identificar possíveis associações entre um desfecho ou variável dependente, com diferentes exposições ou variáveis independentes (PEREIRA, 2002).

7.2. Local do estudo

A coleta de dados do subprojeto quantitativo foi realizada em 30 municípios da região sul, escolhidos através de sorteio. A escolha desses municípios foi proporcional ao número total de serviços por estado, respeitando o tipo de serviço, ou seja, a classificação em: CAPS I – Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e CAPS II – Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Assim, os serviços selecionados eram do tipo CAPS I e CAPS II em cada estado, sendo três serviços no Paraná, nove em Santa Catarina e dezoito no Rio Grande do Sul, totalizando 30 serviços em 30 municípios.

Tabela 1 - Distribuição da amostra por estado, tipo de CAPS.

Estado	CAPS1	CAPS2
Paraná	1	1 capital 1 interior
Santa Catarina	5	1 capital 3 interior
Rio Grande do Sul	9	1 capital 8 interior

Municípios selecionados: no estado do Paraná, foram selecionados três municípios: Cianorte (CAPS I), Curitiba e Francisco Beltrão (ambos CAPS II); no estado de Santa Catarina foram selecionados nove municípios: Xaxim, Timbó, Rio do Sul, Orleans e Içara (CAPS I) e Caçador, Joinville, Florianópolis e Criciúma, sendo estes últimos CAPS II. E, por fim, no estado do Rio Grande do Sul, foram escolhidos nove municípios com CAPS I: Santo Ângelo, Panambi, Santiago, Bento Gonçalves, Triunfo, Parobé, São Sepé, Santana do Livramento, Capão do Leão; e nove municípios com CAPS II - Carazinho, Passo Fundo, Alegrete, Bagé, Santa Maria, Santa Cruz do Sul, Rio Grande, Esteio e Porto Alegre.

7.3 Amostra

O cálculo do tamanho da amostra para o estudo CAPSUL foi realizado no software EPI-INFO 6.04, utilizou-se um valor de alfa igual a 5% e um poder de 80%. Diferentes medidas de variabilidade, encontradas na literatura foram consideradas, buscando obter valores com menor possibilidade de erro. Através desse cálculo, chegou-se a 1.200 pessoas, familiares de participantes dos CAPS, que precisariam ser entrevistadas. Ao dividir pelo número de serviços participantes do estudo, o número necessário de familiares entrevistados em cada CAPS foi de 40 (CAPSUL, 2007).

O total de perdas no grupo de familiares foi de 264 entrevistados da projeção inicial, resultando em 936 familiares ou 78% da amostra esperada. Houve diferença na proporção de perdas entre os municípios que pode estar relacionada a características de alguns serviços, que atendem vários usuários que freqüentam o serviço por ordem judicial, e não são acompanhados por cuidadores familiares.

Os sujeitos que constituíram a amostra eram familiares de usuário de CAPS do tipo I ou II, maiores de 18 anos, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e permitiram a publicação desse estudo em eventos científicos.

Para este projeto a amostra estudada permite estimar uma prevalência de TPM de 40% com um erro em torno de três pontos percentuais para um nível de confiança de 95%.

Para estudar associações com um nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão exposto/não exposto de 1/4, prevalência da doença em não expostos de 20%, essa amostra é suficiente para encontrar um risco relativo de até 1,5.

7.4 Variáveis

7.4.1 Variável Dependente

O escore dicotômico do SRQ-20 constitui-se na variável dependente do presente estudo.

A positividade no *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) será identificada através do número de respostas positivas na escala. Neste estudo, o ponto de corte definido para classificação de transtornos psiquiátricos menores será de oito ou mais respostas positivas para mulheres e seis ou mais respostas positivas para homens.

7.4.2 Variáveis Independentes

Quadro 3- Variáveis a serem utilizadas no estudo

Variável	Definição	Tipo de Variável
Sexo	Masculino Feminino	Categórica Dicotômica
Idade	Anos completos	Quantitativa discreta
Escolaridade	0 - 4 anos 5 - 8 anos 9 - 11 anos 12 anos ou mais	Quantitativa discreta
Estado civil	Com companheiro Sem companheiro	Categórica
Vínculo	Pai/mãe Irmão Cônjuge Outro	Categórica
Único cuidador	Sim Não	Categórica Dicotômica
Presença de morbidades	Sim Não	Categórica Dicotômica
Renda familiar	Valor em Reais	Numérica ordinal
Participação em atividades oferecidas no serviço	Sim Não	Categórica dicotômica
Sobrecarga auto-referida	Sim Não	Categórica dicotômica
Ocorrência de eventos estressores	Sim Não	Categórica dicotômica

7.5 Instrumentos de coleta de dados

As variáveis de interesse para este estudo integram o instrumento utilizado no estudo CAPSUL. Os dados foram coletados através de questionário individual aplicado ao familiar do usuário do CAPS.

O instrumento foi planejado para obter, além das variáveis de interesse para este estudo, as informações sobre características sociodemográficas,

comportamentais, de satisfação com o serviço, morbidade referida e sobrecarga auto-referida.

O questionário está disponível em anexo (Anexo C), as variáveis de interesse para o estudo estão destacadas em negrito.

7.6 Princípios Éticos

O projeto CAPSUL foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob o ofício de número 074/05 (Anexo D). Os participantes foram informados da sua liberdade de participar da pesquisa ou não através do Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

7.7 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por 14 duplas de entrevistadores, no período de maio e junho de 2006. Esses entrevistadores foram previamente treinados e, após a capacitação, realizaram um estudo piloto em CAPS de Pelotas para a avaliação e adequação do instrumento de coleta de dados. As entrevistas foram realizadas no domicílio do familiar e no CAPS frequentado.

7.7.1 Controle de Qualidade

O controle de qualidade ocorreu em todas as etapas da coleta de dados, através da checagem de cada entrevista ao seu final, da revisão realizada pelos supervisores ao receber o questionário na replicação de 5% das entrevistas realizadas e na correção da codificação. Na entrada dos dados, o controle de qualidade se deu através de dupla digitação, checagem e mapa de consistência.

7.7.2 Análise de dados

A análise de dados terá como objetivos:

- descrever a amostra de familiares cuidadores em relação aos transtornos psiquiátricos menores;
- descrever a amostra em termos de variáveis sócio-econômicas e demográficas;
- explorar a associação entre transtornos psiquiátricos menores e as variáveis independentes.

Análises uni e bivariadas serão realizadas através do cálculo das prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de transtorno psiquiátrico menor e sua relação com as variáveis independentes. Será utilizado o teste de qui-quadrado para comparação de proporções.

8 Cronograma

Projeto: Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil.

Anos	2009		2010	
	1º	2º	1º	2º
Revisão de literatura				
Elaboração do Projeto				
Análise dos dados				
Redação				
Divulgação				
Defesa				

9 Divulgação dos resultados

Os resultados desta pesquisa serão divulgados na conclusão do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, na forma de artigos científicos encaminhados a periódicos indexados da área da Enfermagem e áreas afins.

10 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.4, p.424-33, 2003.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.3, p. 337-348, jul-set, 2005.

ARAÚJO, T. M de; GODINHO, T. M.; REIS, E. J.F.B dos.; ALMEIDA, M. M. G de. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.11, n.4, p. 1117-1129, 2006.

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

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; FILHO, J. G. T. de C. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v.56, n.1, p. 41-47, 2007.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G.P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.2, p.98-104, 2008.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E do. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. psiquiatr. clín.** [online], v.34, n.6, p. 270-277, 2007.

BRASIL. Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; 2001.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002; 213p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / MS, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: MS, 2004. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

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. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925 Acessado em: 02 de dezembro de 2009.

BRUNS, A.; HILARIO, M. O.; JENNINGS, F.; SILVA, C. A.; NATOUR, J. Quality of life and impact of the disease on primary caregivers of juvenile idiopathic arthritis patients. **Joint Bone Spine**. v.2, n.75, p. 149-54, Mar, 2008.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. de J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, p.246-256, set./out. 1999.

COSTA, A. G. D.; LUDEMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.73-79, 2005.

COSTA, J. S. D.; MENEZES, A. M. B.; OLINTO, M. T. A.; GIGANTE, D. P., MACEDO, S.; BRITTO, M. A. I. P.; FUCHS, S. C. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 5, n. 2, p.164-173, 2002.

CRUZ, M. N. da; HAMDAN, A. C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, abr./jun. 2008.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

FARIA, N. M. X.; FACCHINI, L. A.; FASSA, A. G.; TOMASI, E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.4, p.391-400, 1999.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil.** 2004. 165 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Rev. de Saúde Pública**, v. 38, n.6, p. 835-841, 2004.

GALVÃO, L. L. F.; FARIAS, M. C. S.; AZEVEDO, P. R. M.; VILAR, M. J. P.; AZEVEDO, G. D. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Rev Assoc Med Bras**, v.53, n.5, p.414-20, 2007.

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos com o cuidado do doente mental na família. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.9, n.2, p.48-55, 2001.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, 2008.

GONCALVES, 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. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, p. 380-390, 2008.

HARDING, T.W de.; ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C.E.;IBRAHIM, H.H.A.; LADRIGO-IGNACIO, L.; MURTHY,R.S.; WIG,N.N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**, v.10, n.2, p.231-41, 1980.

JENKINS, R. Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning. **Epidemiological Psychiatric Society**, v.7, n.2, p.120-126, 1998.

KANTORSKI, L. P. Modelos de Atenção em Saúde Mental: reflexões para a enfermagem. In: Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29 [capturado 03 Dez de 2009]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn; 2005. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>. ISBN 85-87582-23-2

KANTORSKI, L.P.; PINHO, L.B.; SAEKI, T.; SOUZA, M.C.B.M. Expectativas de docentes sobre o ensino do cuidado em saúde mental. **Rev. Eletr. Enf**, v.3, n.8, p.363-369, 2006.

KANTORSKI, L.P. Projeto de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil (CAPSUL): relatório final. Pelotas; 2008. 452p.

LAUBER, C.; EICHENBERGER, A.; LUGINBÜHL, P.; KELLER, C.; RÖSSLER, W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. **Eur. Psychiatry**, n.18, p.285-9, 2003.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D.. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.6, p.1713-1720, 2003.

LUDEMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.647-659, jul./set. 2000.

LUDERMIR, A. B.; FILHO, D. A. de M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.2, p.213-21, 2002.

LUIS, M.V.; MARGIOTTE, M.S.; SANTOS, D.S.P. Percepções que a família e o paciente psiquiátrico têm sobre os determinantes de um distúrbio mental. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.10, n.1, p.52-9, 1989.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface (Botucatu)** [online].v.10, n.20, p.281-298, 2006.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CESAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1639-1648, 2006.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. **Psychol Med** v.15, n.3, p.651-9, Aug 1985.

MAURIN, J.T.; BOYD, C.B. Burden of mental illness on the family: a critical review. **Arch Psychiatr Nurs**, v.2, n.4, p.99-107, 1990.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1639-1648, ago, 2006.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H.B.; BARROS, M. B. A.; DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N. J. Social inequality and common mental disorders. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.29, n.3, p.250-253, 2007.

MEDEIROS, das C. M.M.; FERRAZ, M.B.; QUARESMA, M.R. The effect of rheumatoid arthritis on the quality of life of primary caregivers. **J Rheumatol**, v.27, p.76-83, 2000.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. São Paulo: Escritos, 2001

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

OLIVEIRA, R.M.P.; LOYOLA, C.M.D.. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. **Acta Sci. Health Sci.**, v.26, n.1, p.213-22, 2004.

OLIVEIRA, R.M.P.; LOYOLA, C.M.D. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm.** v.4, n.10, p.645-65, 2006.

OLIVEIRA, A.; ALESSI, N. Cidadania: instrumento do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.191-203, jan./mar.2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo - 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Gráfica Brasil, Organização Mundial da Saúde, 2001.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sobrecarga em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicol. Estud.**, v.11, n.3, p.569-77, 2006.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Psychological stress among relatives of users of a Psychosocial Care Center. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.295-307, abr./jun. 2008.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: Teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.271.

PINHEIRO, K. A. T.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, L. L.; TERRES, N. G.; SILVA, R. A. D. Silva. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2007, vol.29, n.3, pp. 241-245. Epub May 11, 2007.

ROSA, L.C.S. E afinal, quem cuida dos cuidadores? In: BRASIL. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

ROTELLI, F. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990

RODRIGUES-NETO, J. F.; FIGUEIREDO, M. F. S.; FARIA, A. A. de S.; FAGUNDES, M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. **J. bras. psiquiatr.** 2008, vol.57, n.4, p.233-239.

ROSE, L.E.; MALLINSON, R.K.; GERSON, L.D. Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, v.20, n.1, p.41-51, 2006.

SOBRINHO, C. L. N.; CARVALHO, F. M.; BONFIM, T. A. S.; CIRINO, C. A. S.; FERREIRA, I. S. Condições de trabalho e saúde dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.1, p.131-140, 2006.

SOUZA, M.de F. M.; SILVA, G. R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.1, p. 50-8, 1998.

ROSE, L.E. Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. **Arch Psychiatr Nurs**, v.10, p.67-76, 1996.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: Desinstitucionalização. São Paulo (SP): Hucitec; 1990.

TESSLER, R.C.; GAMACHE, G.M. **Family Experiences with Mental Illness**. Westport: Auburn House; 2000.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M.A.; PANIZ, V. V.; TEIXEIRA, V. A. Perfil sóciodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.193-201,2008.

TOMASI, E.; RODRIGUES, J.O.; Feijó, G.P.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; THUMÉ, E.; SILVA, R.A.; GONÇALVES, H. Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que freqüentam Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 34, n. 84, p. 159-167, jan./mar. 2010.

VILLARES, C.C. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr**. v.1, n.22,53-55, 2000.

VILLARES, C.C, MARI, J.J. Esquizofrenia e contexto familiar. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ,(eds.). O desafio da esquizofrenia. Sao Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 243-5.

WEICH, S.; LEWIS, G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study. **BMJ**, n.317, p.115-119, 1998.

WEICH, S.; LEWIS, G. Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. **J Epidemiol Community Health**, v.1, n.52, p.8-14, 1998.

II Relatório do Trabalho de Campo

Relatório do Trabalho de Campo

O presente estudo foi elaborado como parte do Mestrado em Enfermagem desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PGEN-UFPEL) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). O mestrado teve início no mês de março do ano 2009, com uma duração máxima prevista de 24 meses.

Os dados utilizados para a realização do estudo são provenientes do Projeto CAPSUL que se trata de uma pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná) do Brasil. O projeto incluindo um estudo qualitativo através de uma avaliação de quarta geração, construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética, desenvolvida por Guba e Lincoln (1985 – 1988 – 1989) e adaptada por Wetzel (2005) foi conduzido através de entrevistas com equipe, usuários e familiares e observação de campo (entre 282 e 650 horas configurando-se numa etnografia prévia). Para essa avaliação foi feita escolha intencional, quando foram selecionados cinco CAPS, Alegrete-RS, Porto Alegre-RS, Joinville-SC, Foz do Iguaçu-PR e São Lourenço do Sul-RS.

O projeto também foi conduzido através de uma avaliação quantitativa utilizando abordagem epidemiológica, com delineamento transversal e objetivo de avaliar a estrutura, o processo e o resultado (Donabedian, 1984) da atenção em saúde mental desenvolvida pelos CAPS da região sul do Brasil. De um total de 102 CAPS foram sorteados aleatoriamente uma amostra de 30 CAPS, que respeitou a proporcionalidade de serviços por estado e por tipo de CAPS (I ou II): três CAPS no Paraná; nove em Santa Catarina e 18 no Rio Grande do Sul.

O presente trabalho utilizou dados do estudo quantitativo por isso as informações relatadas a partir de agora serão referentes somente a esta abordagem.

Para a avaliação da estrutura foram incluídos a área física e os recursos humanos e materiais. Os dados foram obtidos através de questionário auto-aplicado a 30 coordenadores de CAPS.

O processo de trabalho e a organização da atenção em saúde mental constituíram os indicadores de avaliação de processo. Foi realizada uma auditoria dos registros dos usuários, com verificação do conteúdo relativo à: projeto terapêutico do serviço, plano terapêutico individual do usuário, normas e atividades padronizadas, sistema de referência e contra-referência, registro de atendimentos em prontuários.

Avaliou-se também o processo de trabalho através de: satisfação e sobrecarga dos trabalhadores de saúde (SATIS/OMS, SRQ-20 para identificar prevalência de transtornos psiquiátricos menores; cinco questões do AUDIT para identificar problemas por consumo de álcool); perfil dos trabalhadores e condições de trabalho. Foram incluídos os mesmos 30 CAPS (I e II) sendo coletados os dados através de questionários auto-aplicados a 435 trabalhadores.

Para avaliação dos resultados da atenção em saúde mental foram conduzidas entrevistas com usuários e familiares. O instrumento incluiu o padrão de saúde do usuário a partir da avaliação da autonomia, inserção, cidadania, satisfação (SATIS/OMS) e avaliação da satisfação e sobrecarga dos familiares (SATIS/OMS, SRQ-20 e 5 questões do AUDIT).

Para o cálculo de tamanho da amostra foi utilizado um valor de alfa de 5% e poder de 80%. O cálculo foi realizado no software Epi-info 6.04 e foram utilizadas diferentes estimativas para as medidas de prevalência, totalizando uma amostra de 1200 usuários e seus familiares.

Para a coleta de dados, do estudo quantitativo o projeto CAPSUL optou por selecionar estudantes de graduação, preferencialmente de enfermagem com o objetivo de estimular a construção de uma cultura institucional de pesquisa na Faculdade de Enfermagem. Quatorze duplas de entrevistadores treinados aplicaram o questionário a 1162 usuários (seguido da auditoria de registro dos respectivos prontuários) e 936 familiares dos 30 CAPS I e II da região Sul do Brasil.

Oficinas de sensibilização, para abordagem do usuário de serviços de saúde mental e familiar, com os coordenadores do projeto e os acadêmicos de enfermagem foram realizadas no período de 22 de março a 19 de abril de 2006.

Essas oficinas tinham por objetivo selecionar e preparar os acadêmicos que iriam conduzir o estudo quantitativo.

O treinamento específico para o trabalho de campo realizou-se no período de 21 a 23 de abril de 2006. A logística do estudo e a abordagem na entrevista, incluindo suportes de relacionamento pessoal, comunicação verbal e corporal, dentre outros dispositivos necessários à instrumentalização para a coleta de dados foram abordados nesse treinamento que totalizou 24 horas de duração, seguido por um estudo piloto de 12 horas em que foram conduzidas situações reais de campo. Esse estudo piloto foi realizado nos CAPS de Pelotas (não incluídos na amostra) e aplicado nos quatro segmentos: usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores.

Materiais e outras providências necessárias para a coleta de dados nos diferentes estados, tais como: hospedagem dos pesquisadores, alimentação, transporte, designação das duplas e locais de atuação, endereço e telefone dos CAPS pesquisados, e uma pré-grade das funções que cada entrevistador deveria realizar, enquanto estivesse em campo foram planejados pelos coordenadores do estudo e disponibilizados aos trabalhadores de campo.

Os entrevistadores receberam orientação quanto à chegada no município e locais da pesquisa; alojamento, hospedagem e alimentação; tipo de transporte a ser utilizado; tempo gasto em deslocamentos; comunicação com a comunidade e participantes do estudo; roupa e calçado adequado; questionários (reprodução, encaminhamento para o local da pesquisa e distribuição); cartas de apresentação; crachás de identificação; materiais de arquivamento; segurança do pesquisador e entrevistado (sigilo); saúde do pesquisador; apoio da comunidade.

Durante o período de trabalho de campo a coordenação da pesquisa manteve contato com os serviços, trabalhadores e usuários dos CAPS. Além de contatos telefônicos, o projeto foi divulgado em programas de rádios ou pela participação dos coordenadores em encontros de saúde mental. A coordenação do projeto também foi responsável pelo suporte aos entrevistadores e supervisão do trabalho de campo.

A codificação dos questionários foi realizada pelo entrevistador logo após a entrevista. Durante a primeira digitação dos dados, percebeu-se que havia algumas

codificações que não foram devidamente realizadas. Assim, procedeu-se a revisão do questionário antes de começar a segunda digitação e os códigos que não haviam sido definidos voltaram para serem incluídos na primeira digitação. O controle de qualidade da entrada de dados, bem como a revisão dos questionários foi realizado pelos coordenadores da pesquisa.

A dupla digitação foi conduzida por diferentes digitadores no software EPI-INFO 6.04. A verificação de possíveis erros de digitação e avaliação da e consistência dos dados foram realizadas pelos coordenadores do estudo. O controle de qualidade ocorreu em todas as etapas da pesquisa.

O presente estudo refere-se à análise dos dados de saúde mental do familiar. Assim, foi conduzido com o objetivo de avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores entre os cuidadores dos usuários dos CAPS e suas associações com algumas exposições.

Após a limpeza do banco de dados, a fim de garantir o nível de confiança e o poder estatístico dos resultados foram feitos cálculos de tamanho de amostra para estudo de prevalência e para estudo de associação. Estes cálculos incluíram as estimativas para a prevalência do desfecho em estudo e associações com as variáveis independentes de interesse.

A amostra estudada permitiu estimar uma prevalência de TPM de 40% com um erro em torno de três pontos percentuais para um nível de confiança de 95%. Para estudar associações essa amostra é suficiente para encontrar um risco relativo de até 1,5 com um nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão exposto/não exposto de 1/4, prevalência da doença em não expostos de 20%.

A escolha das variáveis de exposição incluídas no presente estudo foi apoiada na revisão da literatura sobre o tema saúde mental do cuidador, bem como naquelas disponíveis no banco de dados.

Destaca-se que a formação prática da mestranda foi garantida tanto pela participação no projeto CAPSUL através da utilização do banco de dados, como pela participação no planejamento e trabalho de campo do projeto REDESUL que se trata de um estudo com objetivo de avaliar experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial e que está sendo coordenado pelos mesmos pesquisadores que conduziram o projeto CAPSUL.

Inicialmente, procederam-se às análises descritivas, verificando a distribuição dos casos em cada variável. A análise bivariada examinou o comportamento das variáveis sociodemográficas. As associações foram testadas por meio da comparação entre proporções, utilizando-se o teste do qui-quadrado, pois a variável dependente TPM é qualitativa, sendo consideradas significativas as diferenças com valor de p inferior a 0,05. A análise ajustada avaliou a distribuição dos TPM para as variáveis independentes estatisticamente associadas na análise bivariada. As análises brutas e ajustadas entre exposições e o desfecho foram realizadas através de regressão de Poisson e baseada em um modelo de análise hierarquizado.

III Artigo

Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de CAPS do sul do Brasil.

Minor psychiatric disorders in family caregivers of users of CAPS in southern Brazil.

Lenice de Castro Muniz de Quadros^I, Denise Pettrucci Gigante^{II}, Luciane Prado Kantorski^{III}.

RESUMO

OBJETIVO: Descrever a prevalência de transtornos psiquiátricos menores e sua associação com variáveis sociodemográficas, sobrecarga auto-referida e eventos estressores em familiares cuidadores de usuários de CAPS.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado com 936 familiares cuidadores de usuários de CAPS no Sul do Brasil entre 2005 e 2006. Os participantes responderam um questionário estruturado contendo, além do SRQ-20, variáveis sociodemográficas, eventos estressores e sobrecarga auto-referida. Transtorno psiquiátrico menor foi definido através do número de respostas positivas em cada uma das questões do SRQ-20. O ponto de corte foi de oito ou mais respostas positivas para mulheres e seis ou mais para homens. Realizaram-se análise bivariada e multivariada por regressão de Poisson.

RESULTADOS: A prevalência de transtornos psiquiátricos menores na amostra estudada foi de 49% (IC 95%: 46% a 52%). Na análise ajustada, maiores prevalências de transtornos psiquiátricos menores foram observadas nos familiares com menor escolaridade, que relataram problemas de saúde, com maior número de ocorrência de eventos estressores, aposentados, era o único cuidador e que referiram sobrecarga.

CONCLUSÕES: Os resultados indicam uma elevada prevalência de transtornos psiquiátricos menores e identificam associações. Os serviços de Saúde Mental e Atenção Básica poderão estabelecer medidas de prevenção e controle, visando não apenas o portador de transtorno mental e outras doenças crônicas, mas também os cuidadores.

DESCRIPTORIOS: Transtornos psiquiátricos menores. Cuidador Familiar. Saúde Mental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the prevalence of minor psychiatric disorders and its association with sociodemographic variables, self-reported overload and stressful events in family caregivers to users of CAPS.

METHODS: Transversal study performed with 936 family caregivers to users of CAPS in southern Brazil from 2005 to 2006. Participants answered a structured questionnaire containing, beyond the SRQ-20, demographic variables, stressful events and self-reported overload. Minor psychiatric disorder was defined by the

number of positive responses in each of the questions of the SRQ-20. The cutoff point was eight or more positive answers for women and six or more for men. There were bivariate and multivariate analysis by Poisson regression.

RESULTS: The prevalence of minor psychiatric disorders in this sample was 49% (95% CI 46% to 52%). In adjusted analysis, higher prevalence of minor psychiatric symptoms were observed in families with less education, who reported health problems, with more stressful life events, retired, was the sole caregiver and reported that overload.

CONCLUSIONS: The results indicate a high prevalence of minor psychiatric disorders and identify associations. The mental health services and primary care may provide prevention and control, aiming not only the mental patients and other chronic diseases, but also the caregivers.

KEYWORDS: Minor psychiatric disorders. Family Caregiver. Mental Health.

Introdução

A saúde mental é tão importante quanto à saúde física para o bem-estar dos indivíduos, sociedades e países, e estima-se que transtornos relacionados à saúde mental representem 12% da carga global de doenças.²⁵ Ao longo da história da psiquiatria, alguns marcos nortearam o atendimento ao portador de transtorno mental, como a revolução de Pinel, a introdução dos psicofármacos, a psicanálise, e o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico.

A discussão em torno da reforma psiquiátrica no Brasil ocorre a partir dos anos 70, mas só mais tarde, em 1988, com a Constituição e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceram-se condições institucionais para proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo hospitalar vigente.⁵

A atual Política de Saúde Mental no Brasil apóia-se na lei 10.216/02 e busca a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto, de base comunitária, com uma rede de serviços e equipamentos variados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os leitos em Hospitais Gerais e em CAPS III.⁵ Com a aprovação da portaria do Ministério da Saúde nº 336, de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram regulamentados como serviços substitutivos ao modelo manicomial centrado no hospital psiquiátrico, significando uma grande vitória do movimento da reforma psiquiátrica.³

Os CAPS são unidades locais/regionalizadas, com uma população adstrita, definida pelo nível local, oferecendo atendimento diário aos portadores de sofrimento psíquico. Essas unidades permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e comunidade, estimulando sua integração social e familiar, apoiando suas iniciativas de busca da autonomia e oferecendo atendimento médico e psicológico.⁴ Assim, a inclusão da família do usuário dos serviços de saúde mental no tratamento faz-se necessária para proporcionar suporte ao usuário bem como para receber cuidados específicos.^{20,4}

Dos fatores que devem ser observados ao prestar o cuidado aos familiares, destaca-se a sobrecarga na prestação de cuidados ao usuário, que pode se traduzir através da prevalência de transtornos psiquiátricos menores (TPM).^{18,1,21} Enquanto esses problemas atingem de 25% a 38% de adultos avaliados através de estudos de base populacional realizados no Brasil^{15,10} as prevalências foram mais elevadas (de 34% a 41%) quando em estudos conduzidos com familiares cuidadores.^{6,24}

Os principais fatores associados à positividade do SRQ-20 tem sido relacionados a: ser do sexo feminino, ter baixa escolaridade, baixa renda, falta de apoio social e situação ocupacional desfavorável.^{10,7,8,14,16}

Diante do exposto, o presente artigo teve por objetivo descrever a prevalência de transtornos psiquiátricos menores e sua associação com variáveis sociodemográficas, sobrecarga auto-referida e eventos estressores em familiares cuidadores de usuários de CAPS no sul do Brasil.

Método

Estudo transversal realizado a partir de dados previamente coletados na pesquisa de avaliação dos CAPS da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná) do Brasil. O projeto CAPSUL foi desenvolvido no período de janeiro de 2006 a fevereiro de 2008, incluindo dois sub-estudos (quantitativo e qualitativo). Para este trabalho utilizaram-se os dados obtidos através do sub-estudo quantitativo. Através de sorteio aleatório foram escolhidos 30 municípios da região nos quais a coleta de dados foi realizada.

Respeitando o número total de CAPS por estado, a escolha dos municípios foi feita proporcionalmente, observando-se o tipo de serviço, ou seja, a classificação em: CAPS I e CAPS II, de acordo com o número de habitantes do município. Dos 30 municípios selecionados, três serviços eram no Paraná, nove em Santa Catarina e dezoito no Rio Grande do Sul.

Nos 30 CAPS incluídos neste estudo foram entrevistados 936 familiares dos usuários desses serviços. Essa amostra permitiu estimar uma prevalência de transtornos psiquiátricos menores de 40% com erro em torno de três pontos percentuais, para um nível de confiança de 95%. Para estudar associações com um nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão exposto/não exposto de 1/4, prevalência da doença em não expostos de 20%, essa amostra é suficiente para encontrar um risco relativo de até 1,5.

A coleta de dados foi realizada por 14 duplas de entrevistadores ocorreu no período de maio a junho de 2006. Treinamento e capacitação foram conduzidos previamente ao trabalho de campo. Estudo piloto realizado em CAPS de Pelotas, não sorteado para constituir a amostra, foi supervisionado com o objetivo de adequar o instrumento e avaliar os entrevistadores em condições reais de coleta de dados.

O controle de qualidade durante o trabalho de campo foi realizado pela checagem ao final de cada entrevista, revisão dos supervisores ao receber o questionário e na correção da codificação. Na entrada dos dados, o controle de qualidade foi através de dupla digitação permitindo a verificação, comparação e correção de possíveis erros.

No instrumento aplicado aos familiares, com questões abertas e fechadas, foi incluído o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20). Esse instrumento foi projetado por Harding *et al.* (1980) e proposto pela Organização Mundial de Saúde para a detecção de transtornos psiquiátricos menores na população. É constituído por vinte questões com respostas do tipo sim ou não para cada uma delas. Tradução e validação para a língua portuguesa foram conduzidas por Mari & Williams (1985), apresentando sensibilidade de 85% e especificidade de 80%.

Para definir a prevalência de transtorno psiquiátrico menor utilizou-se o número de respostas positivas em cada uma das questões do SRQ. Assim, as mulheres com oito ou mais respostas positivas nessa escala foram consideradas como possíveis casos de transtorno psiquiátricos menores. Para os homens, esse ponto de corte foi de seis ou mais respostas positivas.

Neste estudo, além dos vinte itens do *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) foram utilizadas outras informações do instrumento. Assim, foram incluídas variáveis sociodemográficas, tais como sexo (variável dicotômica), idade (menos de 40 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 anos ou mais), escolaridade (0-4 anos, 5-8 anos, 9-11 anos, 12 anos ou mais) renda familiar (dividido em quartil, sendo o primeiro considerado o mais baixo e o quarto o mais elevado nível de renda) situação conjugal (com companheiro, sem companheiro) trabalho remunerado (sim/não) vínculo com o usuário (pai/mãe, irmão, cônjuge, filho(a), outros), eventos estressores como morte do companheiro, divórcio ou separação, prisão ou problemas com a justiça, morte de familiar/amigo íntimo, acidentes ou doenças pessoais, acidentes ou doenças na família e perda do emprego (sim/não) foram categorizados por número de eventos referidos (nenhum, um, dois e três eventos ou mais), problemas de saúde (sim/não), aposentadoria (sim/não), participação em atividades no serviço (sim/não), único cuidador (sim/não) e sobrecarga auto-referida (sim/não).

A análise deste estudo foi realizada com o pacote estatístico 'Stata 11', incluindo análises uni, bi e multivariável. Procedeu-se à comparação entre proporções, utilizando-se o teste do qui-quadrado e na presença de variáveis

independente ordinais, foi testada a tendência linear. Regressão de Poisson bruta e ajustada foram conduzidas, sendo esta última de acordo com modelo hierarquizado (Figura 1). Assim, as variáveis do mesmo nível foram ajustadas entre si e, a partir do segundo nível foram mantidas na análise ajustada aquelas que se mantiveram associadas com o desfecho ($p < 0,2$), além daquelas do mesmo nível. Considerando uma possível colinearidade entre renda familiar e escolaridade, foram realizadas duas análises ajustadas no primeiro nível. Para inclusão das variáveis no modelo ajustado utilizou-se o valor-p de 0,2, mas o nível de significância foi de 5% em todos os testes utilizados.

O projeto CAPSUL foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob o ofício de número 074/95. Todos os participantes assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos 936 familiares entrevistados, 99%, ou seja, 925 indivíduos responderam todas as questões do SRQ-20. Para esses, a prevalência total de transtornos psiquiátricos menores foi de 49% (IC 95%: 46% a 52%).

Os familiares entrevistados pertenciam na sua maioria ao Estado do Rio Grande do Sul, já que é o Estado que concentra o maior número de CAPS. Os Estados de Santa Catarina e Paraná tiveram respectivamente 22% e 11% do total de familiares entrevistados.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da amostra por variáveis demográficas e socioeconômicas e a associação destas com os transtornos psiquiátricos menores. A maior parcela da amostra foi composta por mulheres, acima dos 50 anos, com baixa escolaridade, que vive com companheiro e não tem trabalho remunerado. Ao dividir a renda familiar por quartil, constatou-se que 25% da amostra recebeu no último mês até 1,4 salários mínimos. O quartil superior apresentou renda familiar a partir de 3,2 salários mínimos. Chama atenção que o segundo quartil incluiu um pouco mais de 25%, uma vez que 115 (13%) dos familiares tiveram renda de dois salários.

Ao analisar as prevalências de transtornos psiquiátricos menores em relação a essas variáveis, observa-se que não houve diferença em homens e mulheres ou se viviam ou não com companheiro. Discretos aumentos nas prevalências de transtornos psiquiátricos menores foram observados com o aumento da idade dos

familiares, no entanto a diferença entre as categorias de idade não foi significativa ($p = 0,06$).

A distribuição da amostra em relação aos eventos da vida, vínculo com usuário e sobrecarga auto-referida é apresentada na Tabela 2. Observa-se que a maioria referiu algum evento estressor, problema de saúde, não participar de atividades no CAPS, ser parente do usuário em primeiro grau, ser único cuidador e sentir-se sobrecarregado. As prevalências de transtorno psiquiátrico menor foram diferentes para todas essas características incluídas na Tabela 2, exceto para participação em atividades no serviço.

Os resultados da análise de regressão (Tabela 3) mostram que a idade, renda familiar e trabalho remunerado perderam a significância estatística ao serem ajustadas. Em relação à escolaridade observa-se que a associação manteve-se fortemente significativa. Quanto aos eventos estressores, aposentadoria, vínculo com usuário e sobrecarga auto-referida observa-se que apenas o vínculo com o usuário deixou de ter uma associação significativa quando ajustado para as variáveis do mesmo ou de níveis hierarquicamente superiores (Tabela 4).

Discussão

O presente estudo mostra a prevalência de transtornos psiquiátricos menores, segundo variáveis sociodemográficas, sobrecarga auto-referida e eventos estressores em familiares cuidadores de usuários de CAPS, através de dados coletados na pesquisa CAPSUL.

A prevalência de transtornos psiquiátricos menores (49%) foi superior àquelas encontradas por estudos de base populacional realizados no Brasil,^{16,10} bem como por estudos realizados com cuidadores que utilizaram o mesmo critério de classificação.^{6,24} Cabe destacar que a atenção ao usuário de saúde mental pode gerar maior sobrecarga ao familiar² o que pode levar a maior frequência de problemas relacionados a saúde mental.

Quanto ao perfil dos familiares, observa-se que os resultados encontrados neste estudo mostram semelhanças com aqueles também conduzidos com cuidadores.^{24,6} Sendo assim é possível constatar o predomínio de mulheres e com vínculo familiar próximo ao usuário.

Enquanto a renda familiar, o trabalho remunerado e a idade, apresentaram somente associação bruta com a positividade no SRQ-20, escolaridade permanece

fortemente associada na análise ajustada. Essa forte relação entre escolaridade e transtorno psiquiátrico menor também tem sido observada em outros estudos.^{16,14}

Embora a maioria dos estudos que foram conduzidos tanto na população em geral como com os cuidadores tem mostrado que os transtornos psiquiátricos menores são mais freqüentes em mulheres,^{16,22,8} essa associação não foi encontrada no presente estudo. Entretanto, cabe destacar que o poder deste estudo para encontrar diferença nessa associação foi em torno de 20%.

Enquanto a ausência de emprego tem sido citada¹⁵ como um dos fatores associados à positividade no SRQ-20, no presente estudo essa associação desaparece quando ajustada para variáveis socioeconômicas e demográficas. Outras funções da inserção laboral, além da falta de remuneração, relacionam ausência de emprego a transtornos psiquiátricos menores. Entre essas, a estruturação temporal do cotidiano e contatos com pessoas fora da família, que transcendem o nível individual, o status e a identidade poderiam funcionar como eixos para organizar a vida do cotidiano.⁹

Em relação às associações dos transtornos psiquiátricos menores com problemas crônicos de saúde, eventos estressores, e aposentadoria, isso também tem sido observado em outros estudos.^{8,12,13,23,15}

A associação encontrada no presente estudo entre ser único cuidador e os transtornos psiquiátricos menores pode ser decorrente da ausência de apoio social. Ter alguém com quem dividir o cuidado pode significar uma menor sobrecarga para lidar com eventos e condições produtoras de estresse e, dessa forma, agir como proteção para os transtornos psiquiátricos menores.⁷ Saber-se amado e cuidado, ter amigos íntimos e confidentes esteve relacionado com baixos níveis de ansiedade, depressão e somatizações.⁷ Assim melhorando a adaptação para as circunstâncias particulares de estresse e diminuindo o efeito dos eventos produtores desse estresse, mesmo que não sejam evitados, podem passar a ter menores conseqüências.

A prevalência de transtornos psiquiátricos menores encontrada no presente estudo foi ainda cerca de 50% maior naqueles familiares que referiram sobrecarga quando comparados aos que não relataram. Embora esse efeito não tenha sido apresentado anteriormente, Tomasi e colaboradores (2010) aferiram sobrecarga de cuidadores de usuários de CAPS em Pelotas, RS e encontraram alto grau de correlação com transtornos psiquiátricos menores, também avaliados através do

SRQ-20. Assim, os instrumentos utilizados revelaram-se fidedignos para detectar sintomas de transtornos em cuidadores com maior sobrecarga e captar maiores níveis de sobrecarga em indivíduos que apresentaram resultado positivo no SRQ-20.

No entanto, cabe destacar que no presente estudo, com delineamento de corte transversal a exposição e o desfecho estão sendo avaliados no mesmo momento, não sendo possível afirmar que a sobrecarga teria efeito sobre o transtorno psiquiátrico menor ou se aqueles familiares com positividade no SRQ-20 teriam referido sobrecarga com maior probabilidade. Assim, embora a causalidade reversa deva ser considerada como limitação no presente estudo, os resultados da análise ajustada, através de um modelo hierarquizado sugerem que não se devem ao acaso as relações de escolaridade, eventos estressores, problemas de saúde, aposentadoria, único cuidador e sobrecarga auto-referida com transtorno psiquiátrico menor, mesmo que não seja possível conhecer o sentido dessas associações.

Outra limitação a ser considerada refere-se a não ter sido considerado a gravidade do transtorno mental do usuário do CAPS que de alguma forma poderia ter influencia na saúde mental do familiar.

Dessa forma, a replicação de estudos com a população de familiares de usuários de CAPS deveria ser conduzida no Brasil, chamando a atenção para a importância da realização de acompanhamentos longitudinais que poderiam ter como linha de base a investigação dos cuidadores a partir da implementação por parte dos serviços de medidas que visem à melhoria no suporte social e a diminuição da sobrecarga. Assim as associações encontradas no presente estudo e outras como severidade do transtorno apresentado pelo usuário, poderiam estar sendo mais bem avaliadas.

Concluindo, este estudo permitiu a identificação de fatores associados aos transtornos psiquiátricos menores, possibilitando a indicação de medidas de prevenção e controle por meio de políticas públicas propostas nas áreas de Atenção Básica e de Saúde Mental, visando não apenas o portador de transtorno mental ou de outras doenças crônicas, mas todos os usuários dos serviços de saúde sejam eles portadores de alguma patologia ou cuidadores.

Referências

- 1- Bandeira, M.; Barroso, S.M. - Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatria* 54(1): 34-46, 2005.
- 2- Barroso, S.M. . Bandeira, M E N. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública *Rev. Psiq. Clín.* 34 (6); 270-277, 2007.
- 3- Brasil Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002; 213p.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004;86p.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925 Acessado em: 02 de dezembro de 2009.
- 6- Bruns, A.; Hilario,M.O.; Jennings, F.; Silva, C.A.; Natour, J. Quality of life and impact of the disease on primary caregivers of juvenile idiopathic arthritis patients. *Joint Bone Spine.* v.2, n.75, p. 149-54, Mar, 2008.
- 7- Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:73-9.
- 8- Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5:164-73.
- 9- Fonseca, M.L.G. Guimarães *M B L*; Vasconcelos, EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul/set.2008.
- 10- Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1641-50.
- 11- Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;10:231-41
- 12- Lopes SC, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1713-20.
- 13- Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clin* 1999;26:225-35.

- 14- Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:213-21.
- 15- Ludemir, A. B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 198-204, 2005.
- 16- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Cesar CL. Prevalência de Transtorno mental comum em populações atendidas pelo Programa Saúde da família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1639-48. doi: 10.1590/S0102-311X2006000800012
- 17- Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med*. 1985;15:651-9.
- 18- Melman, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2002.
- 19- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília (DF); 2007.
- 20- Oliveira, RMO; Loyola, MC. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. *Acta Sci. Health Sci.*, v.26, n.1, p.213-22, 2004.
- 21- Pegoraro, R. F.; Caldana, R. H. L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, set./dez. 2006.
- 22- Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, Faria AAS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa estudo de base populacional. *J. Bras. Psiquiatr*. 2008;57(4):233-9.
- 23- Souza, M F M; Silva, G R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 32 (1): 50-8, 1998
- 24- Tomasi, E.; Rodrigues, J.O.; Feijó, G.P.; Facchini, L.A.; Piccini, R.X.; Thumé, E.; Silva, R.A.; Gonçalves, H. Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que freqüentam Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, v. 34, n. 84, p. 159-167, jan./mar. 2010.
- 25-World Health Organization. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: 2001.

Figura 1 – Modelo Hierarquizado

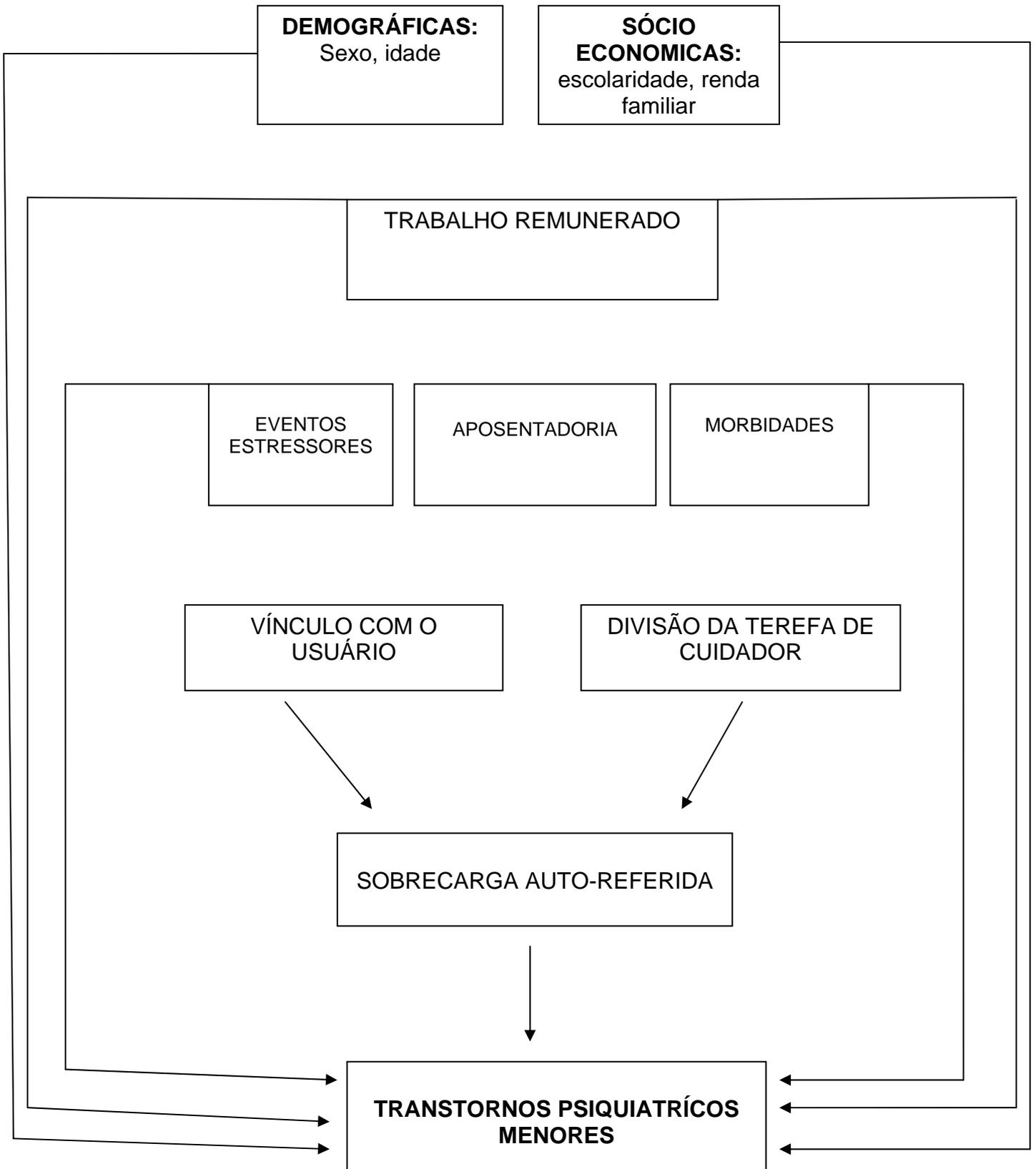


Tabela 1- Distribuição da amostra por variáveis demográficas, sócio econômicas, e transtornos psiquiátricos menores.

Variável	N	%	SRQ Positivo (%)	Valor P
Sexo				0,25
Masculino	265	28,3	120 (46,2)	
Feminino	671	71,7	335 (50,4)	
Idade				0,06 0,01*
Menos de 40 anos	240	25,7	101 (42,4)	
40 a 49 anos	200	21,4	95 (47,7)	
50 a 59 anos	255	27,2	134 (53,4)	
60 anos ou mais	240	25,7	124 (52,5)	
Escolaridade				<0,001 <0,001*
0 - 4 anos	392	43,2	231 (60,2)	
5 - 8 anos	279	30,8	120 (43,3)	
9 - 11 anos	171	18,8	68 (40,0)	
12 anos ou mais	65	7,2	22 (33,8)	
Renda Familiar				0,004 0,001*
1º quartil (menor renda)	216	25,1	114 (53,5)	
2º quartil	243	28,2	132 (55,2)	
3º quartil	194	22,5	93 (48,4)	
4º quartil	209	24,2	81 (39,1)	
Situação Conjugal				0,64
Com Companheiro	559	59,7	269 (48,6)	
Sem Companheiro	377	40,3	186 (50,1)	
Trabalho Remunerado				0,004
Sim	332	35,5	140 (42,8)	
Não	603	64,5	314 (52,6)	

*teste de tendência linear

Tabela 2- Distribuições da amostra por variáveis referentes a eventos estressores vínculo com o usuário, sobrecarga e transtornos psiquiátricos menores.

Variável	N	%	SRQ Positivo (%)	Valor P
Eventos Estressores				<0,001
Nenhum Evento	249	26,7	83 (33,9)	
1 Evento	303	32,5	135 (45,0)	
2 Eventos	227	24,4	132 (58,4)	
3 Eventos ou Mais	153	16,4	105 (68,6)	
Problemas de Saúde				<0,001
Não	421	45,0	138 (43,9)	
Sim	515	55,0	314 (61,7)	
Aposentadoria				0,002
Não	903	96,8	432 (48,3)	
Sim	30	3,2	23 (76,7)	
Participação em Atividade no Serviço				0,90
Sim	349	37,3	169 (48,9)	
Não	586	62,7	286 (49,4)	
Vínculo com o Usuário				0,03
Pai/Mãe	392	41,9	210 (54,4)	
Irmão	141	15,1	60 (42,9)	
Cônjuge	184	19,6	92 (50,5)	
Filho(a)	143	15,3	64 (45,1)	
Outros	76	8,1	29 (38,7)	
Único Cuidador				0,006
Não	324	34,7	138 (43,9)	
Sim	611	65,3	317 (52,6)	
Se Sente Sobrecarregado				<0,001
Não	412	44,2	148 (36,3)	
Sim	521	55,8	307 (59,5)	

Tabela 3 – Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada de transtornos psiquiátricos menores, associação com variáveis demográficas e sócio-econômicas (IC 95%).

Variável	RP Bruta (IC 95%)	Valor P	RP Ajustada** (IC 95%)	Valor P
Sexo		0,25		0,23
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	1,10 (0,93 – 1,27)		1,10 (0,94 – 1,29)	
Idade (anos)		0,01		0,61 0,52*
Menos de 40	1,00		1,00	
40 a 49	1,12 (0,91 – 1,38)		1,02 (0,81 – 1,28)	
50 a 59	1,25 (1,04 – 1,51)		1,13 (0,91 – 1,40)	
60 ou mais	1,23 (1,02 – 1,49)		1,04 (0,83 – 1,31)	
Escolaridade (anos)		<0,001		<0,001 <0,001*
12 ou mais	1,00		1,00	
9 -11	1,18 (0,80 – 1,73)		1,32 (0,84 – 2,06)	
5 - 8	1,27 (0,88 – 1,84)		1,35 (0,88 – 2,08)	
0 - 4	1,77 (1,25 – 2,52)		1,86 (1,22 – 2,83)	
Renda Familiar		0,007		0,44 0,27*
4º quartil	1,00		1,00	
3º quartil	1,23 (0,99 – 1,55)		1,15 (0,92 – 1,44)	
2º quartil	1,41 (1,15 – 1,73)		1,21 (0,98 – 1,50)	
1º quartil (menor renda)	1,37 (1,11 – 1,69)		1,15 (0,92 – 1,44)	
Trabalho Remunerado		0,006		0,15
Sim	1,00		1,00	
Não	1,22 (1,06 – 1,42)		1,12 (0,96 – 1,30)	

*teste de tendência linear

**conforme modelo hierárquico

Tabela 4 - Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada de transtornos psiquiátricos menores, associação com variáveis referentes a eventos de vida vínculo com o usuário e sobrecarga (IC 95%).

Variável	RP Bruta (IC 95%)	Valor P	RP Ajustada (IC 95%)	Valor P
Eventos Estressores		<0,001		<0,001
Nenhum	1,00		1,00	<0,001*
1	1,33 (1,07 – 1,65)		1,33 (1,08 – 1,65)	
2	1,72 (1,40 – 2,12)		1,63 (1,34 – 1,99)	
3 ou Mais	2,02 (1,65 – 2,49)		1,88 (1,53 – 2,31)	
Problemas de Saúde		<0,001		<0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	1,82 (1,56 – 2,12)		1,42 (1,21 – 1,68)	
Aposentadoria		<0,001		0,01
Não	1,00		1,00	
Sim	1,59 (1,29 – 1,96)		1,40 (1,12 – 1,76)	
Vínculo com o Usuário		0,01		0,41
Outros	1,00		1,00	
Pai/Mãe	1,41 (1,04 – 1,90)		1,14 (0,85 – 1,54)	
Irmão	1,11 (0,78 – 1,56)		1,01 (0,72 – 1,42)	
Cônjuge	1,31 (0,95 – 1,80)		1,11 (0,81 – 1,52)	
Filho(a)	1,16 (0,83 – 1,63)		1,10 (0,79 – 1,52)	
Único Cuidador		0,007		0,04
Não	1,00		1,00	
Sim	1,22 (1,05 – 1,41)		1,16 (1,00 – 1,34)	
Se Sente Sobrecarregado		<0,001		<0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	1,64 (1,41 – 1,90)		1,49 (1,29 – 1,73)	

*teste de tendência linear

IV Anexos

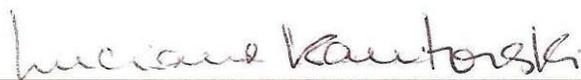
ANEXO A
Carta de autorização do coordenador da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM – DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Pelotas, 20 Fevereiro de 2010

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Lenice de Castro Muniz de Quadros**, pós-graduanda do curso de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Avaliação de CAPS da Região Sul do Brasil – CAPSUL para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada **“Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil”**. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.



Coordenador do Projeto de Pesquisa

ANEXO B

	Universidade Federal de Pelotas
	Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem
	Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem
	Departamento de Assistência e Orientação Profissional
	Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel)
	Curso de Enfermagem

**CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL**", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:
 Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
 Profa. Luciane Prado Kantorski. Av Duque de Caxias 250. Bairro Fragata. Pelotas. RS. CEP:
 96030-002.

Telefone/Fax: 53-32713031. E mail: capsul@ufpel.edu.br

HomePage: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul>

ANEXO C

	<p align="center">Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel) Curso de Enfermagem</p>
<p align="center">Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil</p>	
<p align="center">Questionário para o FAMILIAR do usuário do CAPS</p>	
<p align="center">Este questionário será mantido em segredo. Sua participação é muito importante para conhecermos o universo da atenção em Saúde Mental da Região Sul do Brasil..</p>	
<p align="center">BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO</p>	
Número de identificação: _ _ _ _ _	nq _ _ _ _ _
1. Cidade: _____	cd _ _
2. Estado: _____ -	est _
3. Entrevistador: _____ Data da entrevista: __ / __ / ____ horário de início: __ : __	
4. Em que local foi realizada a coleta dos dados? (1) No CAPS (2) Parte no CAPS, parte no domicílio (3) No domicílio (4) outro _____	let _
5. Tipo: (1) CAPS I (2) CAPS II	tpc _
6. Entrevistado: _____ Telefone /contato: _____ Nome do usuário: _____	
7. Vínculo: _____ (1) Pai/Mãe (3) Cônjuge (2) Irmão (4) Outro. Qual _____	vinc _
8. Sexo: (1) feminino (2) masculino	sexo _
9. Cor: (1) branca (2) parda / mestiça (3) preta (4) outra, qual? _ _ _ _ _	cor _
10. Qual seu peso? _ _ _ k _ _ _ g	pes _ _ _
11. Qual sua altura? _ m _ _ _ cm	alt _ _ _
12. Idade: _ _ _ (anos completos)	idad _ _ _
13. Data de nascimento: _ / _ / _ _ _ _	dn _ / _ / _ _ _ _
14. Qual seu estado civil?	

(1) Sim	(2) Não	
Se Não pule para 28		
27. Quais:		diame _
Diabetes Mellitus	(1) Sim (2) Não	hiper _
Hipertensão	(1) Sim (2) Não	procar _
Problemas cardíacos	(1) Sim (2) Não	qop1 _
Outros: _____		qop2 _
28. Qual os gastos com a saúde no último mês?		
Medicações R\$ _ . _ _ _ _ , _ _ _		gmed _ . _ _ _ _ , _ _ _
Serviço de saúde R\$ _ . _ _ _ _ , _ _ _		gssa _ . _ _ _ _ , _ _ _
Plano de saúde/familiar R\$ _ . _ _ _ _ , _ _ _		gpsf _ . _ _ _ _ , _ _ _

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o CAPS		
29. O senhor(a) poderia nos dizer se participou de alguma atividade, como grupo de informação ou de apoio, oferecidos pelo serviço durante o ano passado? (0) Não (pule para questão 31) (1) Sim		ativpart _
30. Se sim, quais foram as atividades que você participou?		
Oficinas	(0) Não (1) Sim	poff _ _
Palestras	(0) Não (1) Sim	ppf _ _
Grupo de apoio	(0) Não (1) Sim	pgff _ _
Grupo de informações	(0) Não (1) Sim	pgif _ _
Acolhimento	(0) Não (1) Sim	pacif _ _
Assembléia	(0) Não (1) Sim	pasb _ _
		potf1 _ _
		potf2 _ _

Outros: _____	(0) Não	(1) Sim	
Especificar: _____ _____			
31. Você costuma acompanhar o seu (nome do familiar) no CAPS? (1) Muito freqüentemente (3) às vezes	(2) Com freqüência (4) Raramente	(5) Nunca	acomfa _
Se o(a) entrevistando(a) respondeu 'nunca' passar para a questão 36			
32. Que tipo de transporte o senhor(a) usou para chegar a este serviço? (1) Condução própria (3) Condução de amigos (5) Caminhada (6) Outro (especificar) _____ _____	(2) Condução de familiares (4) Transporte público		transp _
33. Quanto tempo o senhor(a) gasta para vir de sua casa ao CAPS? (1) 0-15 minutos (3) 31-45 minutos	(2) 16-30 minutos (4) 46-60 minutos	(5) mais que 60 minutos	temvir _
34. Até que ponto é fácil para o senhor(a) chegar ao CAPS? (1) Muito difícil (3) Mais ou menos	(2) Difícil (4) Fácil	(5) Muito fácil	facili _
35. Até que ponto a localização deste serviço é satisfatória para o senhor(a)? (1) Muito insatisfatória (3) Indiferente	(2) Insatisfatória (4) Satisfatória	(5) Muito satisfatória	locser_ _
36. Com que freqüência o senhor(a) teve contato com os profissionais do CAPS enquanto o paciente está sendo tratado lá? (1) Nunca	(2) Raramente		freconp_

(3) Mais ou menos (4) Freqüentemente (5) Muito freqüentemente	
37. O senhor(a) achou esta freqüência de contatos suficiente? (1) De forma alguma (2) Não muito (3) Mais ou menos (4) Muito (5) Extremamente	frecon _
38. De quem foi a iniciativa do primeiro contato entre a sua família e o CAPS? (1) Minha iniciativa (2) Iniciativa do serviço (3) Iniciativa do meu/minha (4) Outro (especificar)_____	inicia _
39. De que maneira você entra em contato com o CAPS? (1) Minha iniciativa (2) Iniciativa do serviço (3) Iniciativa do meu/minha (4) Outro (especificar)_____	contat _
40. Qual seu grau de satisfação sobre esta maneira de entrar em contato com o CAPS? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	satis _
41. Você ficou satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante os seus contatos com o CAPS (p. ex. porta fechada, ausência de interrupções durante suas conversas com os profissionais)? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	satispr _
42. Se você solicitou uma consulta com os profissionais do CAPS, quanto tempo demorou até que você fosse atendido? (1) Não solicitou consulta(Se não solicitou, passar à questão 44) (2) Fui atendido imediatamente (3) Menos que 1 dia (4) Entre 2 dias e 1 semana (5) Entre 1 e 2 semanas	tedem_

<p>(6) Entre 2 semanas e 1 mês (7) Mais de 1 mês</p> <p>(8) Não foi atendido até agora</p>	
<p>43.Você achou este período de espera razoável?</p> <p>(1) Nada razoável (2) Não muito razoável</p> <p>(3) Mais ou menos (4) Razoável (5) Muito razoável</p>	perraz _
<p>44.Até que ponto o serviço foi flexível programando suas visitas de acordo com sua disponibilidade (dia da semana e horário)?</p> <p>(1) Muito inflexível (2) Inflexível</p> <p>(3) Mais ou menos (4) Flexível (5) Muito flexível</p>	flepro _
<p>45.Até que ponto você sentiu que foi tratado com respeito e dignidade apropriados pela equipe do CAPS?</p> <p>(1) Nunca me senti respeitado (2) Raramente me senti respeitado</p> <p>(3) Mais ou menos (4) Freqüentemente me senti respeitado</p> <p>(5) Sempre me senti respeitado</p>	trares _
<p>46.Houve alguma violação aos seus direitos como pessoa?</p> <p>(1) Muito freqüentemente (2) Freqüentemente</p> <p>(3) Mais ou menos (4) Raramente (5) Nunca</p>	viodir _
<p>47.Na sua opinião, qual o principal problema que seu familiar tinha quando ele(a) foi admitido no CAPS? Marcar apenas uma só resposta</p> <p>(1) Um problema físico de saúde</p> <p>(2) Um problema de saúde mental</p> <p>(3) Um problema familiar (4) Um problema social</p> <p>(5) Um problema financeiro (6) Um problema no trabalho</p> <p>(7) Não sabe (8) Outro (especificar)_____</p>	prrofam _

(3) Meu parente não permitiu que eu fosse informado	
53. Se sim, estas informações foram claras para o senhor(a)? (1) Não eram nada claras (2) Não eram muito claras (3) Mais ou menos (4) Informações claras (5) Informações muito claras (8) NSA	infcla _
54. Como o senhor se sente em relação ao tipo de informação dada a você sobre a doença do seu familiar? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	infdop _
55. Alguma informação foi dada ao senhor(a) sobre o tratamento dele(a)? (1) Sim (2) Não (passar à questão 58) (3) Meu parente não permitiu que eu fosse informado (passar à questão 58)	inftra _
56. Se sim, estas informações foram claras para o senhor(a)? (1) Não eram nada claras (2) Não eram muito claras (3) Mais ou menos (4) Informações claras (5) Informações muito claras (8) NSA	infcl _
57. Como o senhor(a) se sente em relação ao tipo de informação que foi dada ao senhor(a) sobre o tratamento de seu familiar? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	seninf _
58. Alguma vez já foi pedida sua opinião sobre o tratamento do seu parente no CAPS? (1) Sim (2) Não (3) Meu parente não permitiu que eu fosse consultado(a)	opitra _
59. Até que ponto o senhor(a) está satisfeito(a) com o grau de discussão que foi	satgra _

<p>feita com você a respeito do tratamento de seu familiar no CAPS?</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito</p> <p>(3) Indiferente (4) Satisfeito (8) NSA</p>	
<p>60.O senhor(a) se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar o sigilo sobre os problemas que o senhor(a) discutiu com o CAPS?</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito</p> <p>(3) Indiferente (4) Satisfeito</p>	satcon _
<p>61. Qual o profissional que recebeu seu familiar no CAPS?</p> <p>(1) Não sabe (2) Enfermeiro (3) Psicólogo</p> <p>(4) Médico (5) Assistente social (6) Outro _____</p> <p>_____</p>	prfa _

<p>62.Quando o senhor(a) falou com a pessoa que admitiu seu familiar no CAPS, o senhor(a) achou que ele(a) escutou o paciente?</p> <p>(1) Não escutou nada (2) Não escutou muito</p> <p>(3) Mais ou menos (4) Escutou bastante</p> <p>(5) Escutou o tempo todo</p>	admesc _
<p>63.Até que ponto o senhor(a) acha que a pessoa que admitiu seu familiar no CAPS pareceu compreender o problema dele(a)?</p> <p>(1) Não compreendeu de forma alguma</p> <p>(2) Não compreendeu muito (3) Mais ou menos</p> <p>(4) Compreendeu bem (5) Compreendeu muito bem</p>	admcom_
<p>64.Em geral, como o senhor(a) acha que a equipe do CAPS compreendeu o tipo de ajuda que seu familiar necessitava?</p> <p>(1) Não compreendeu de forma alguma</p>	comaju _

(2) Não compreendeu muito (3) Mais ou menos	
(4) Compreendeu bem (5) Compreendeu muito bem	
65. Considerando as necessidades de seu familiar, até que ponto os serviços que ele(a) recebeu no CAPS são apropriados?	serapr _
(1) Muito inapropriados (2) Inapropriados (3) Mais ou menos (4) Apropriados (5) Muito apropriados	
66. Os serviços que seu familiar recebeu, o/a ajudaram a lidar mais eficientemente com o problema(situação) dele(a)?	serpro _
(1) Não, eles pioraram as coisas (2) Não, eles não ajudaram muito (3) Mais ou menos (4) Sim, eles ajudaram um pouco (5) Sim, eles ajudaram muito	
67. O senhor(a) acha que seu familiar obteve o tipo de serviço (cuidado) que o senhor(a) pensava que ele/a necessitava?	tipser _
(1) Não, de forma alguma (2) Não, não muito (3) Mais ou menos (4) Em geral, sim (5) Sim, com certeza	
68. O senhor(a) se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas do seu familiar, e o cuidado que ele/a recebeu no CAPS?	saconf _
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	
69. De maneira geral, como o senhor(a) classificaria a acolhida da equipe do CAPS?	acoequ _
(1) Nada amigável (2) Não muito amigável (3) Mais ou menos (4) Amigável (5) Muito amigável	
70. No momento em que o senhor(a) ou o seu familiar entrou em contato com	opcdis _

<p>o CAPS, outros atendimentos estavam disponíveis?</p> <p>(1) Sim (2) Não (pule para 72)</p> <p>(3) Não tenho certeza (pule para 72) (4) Não sei (pule para 72)</p>	
<p>71. Se sim, quais eram as opções?:</p> <p>(1) Hospital Psiquiátrico (2) Grupo em Posto de Saúde</p> <p>(3) Grupo de apoio (4) Hospital geral</p> <p>(5)Outros (especificar):_____</p>	<p>quaer _</p>
<p>72. Você tendo outras opções, por que o senhor(a)/familiar escolheram o CAPS? Marcar até 3 opções)</p> <p>(Pode marcar mais de uma resposta)</p> <p>(1) Ele/ela já tinha estado lá no passado</p> <p>(2) O serviço foi muito recomendado por alguém</p> <p>(3) Conheci alguém que fazia tratamento lá</p> <p>(4) Confiamos na instituição/pessoa de referência</p> <p>(5) A localização e muito conveniente</p> <p>(6) Estava dentro de nossas possibilidades financeiras</p> <p>(7) Não tivemos outra escolha</p> <p>(8) Serviço mais indicado</p> <p>(9) Não sei</p> <p>(10) Outro (especificar)_____</p>	<p>pcap1 _ _</p> <p>pcap2 _ _</p> <p>pcap3 _ _</p>
<p>73. Existe grupo de familiares no serviço?</p> <p>(1) Sim (2) Não (pule para 75)</p> <p>(3) Eu não participo(pule para 75) (4) Eu não sei(pule para 75)</p>	<p>grufa _</p>

<p>74. Qual a abordagem desses grupos de família</p> <p>Manejo (0) Não (1) Sim</p> <p>Apoio psicológico / estímulo interação família / usuário (0) Não (1) Sim</p> <p>Espaço aberto para sugestões sobre o serviço (0) Não (1) Sim</p> <p>Patologia (0) Não (1) Sim</p> <p>Tratamento (0) Não (1) Sim</p> <p>Outros: (0) Não (1) Sim</p> <p>Quais? _____</p>	<p>Gfmj _</p> <p>Gfap _</p> <p>Gfea _</p> <p>Gfpt _</p> <p>Gftt _</p> <p>Gfot _</p> <p>Goep _</p>
<p>75. No seu entendimento, qual a competência e conhecimento da pessoa com quem você trabalhou mais de perto?</p> <p>(1) Muito incompetente (2) Incompetente</p> <p>(3) Mais ou menos (4) Competente</p> <p>(5) Muito competente</p>	<p>compes _</p>
<p>76. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do CAPS?</p> <p>(1) Muito incompetente (2) Incompetente</p> <p>(3) Mais ou menos (4) Competente</p> <p>(5) Muito competente</p>	<p>comequ _</p>
<p>77. O senhor participou de alguma decisão relacionada ao planejamento e/ou realização de atividades no CAPS?</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Mais ou menos</p> <p>(4) Frequentemente (5) Muito frequentemente</p>	<p>parrea _</p>
<p>78. Até que ponto o senhor acha que suas opiniões e pontos de vista sobre o planejamento e/ou realização de atividades no serviço foram levados em consideração?</p>	<p>poncon _</p>

(1) Nunca (2) Raramente (3) Mais ou menos	
(4) Freqüentemente (5) Muito freqüentemente (8) NSA	
79. Qual o seu grau de satisfação com essa participação?	parsat _
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	
(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito (8) NSA	
80. O senhor(a) participou de alguma decisão relacionada à avaliação das atividades no CAPS?	pardec _
(1) Nunca (2) Raramente (3) Mais ou menos	
4) Freqüentemente (5) Muito freqüentemente	
81. O senhor(a) sente que suas opiniões e pontos de vista referentes à avaliação das atividades foram razoavelmente levados em consideração?	opicon _
(1) Nunca (2) Raramente (3) Mais ou menos	
(4) Freqüentemente (5) Muito freqüentemente	
82. Até que ponto o senhor(a) ficou satisfeito com sua participação neste processo de avaliação?	satava _
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito	
(3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	
83.O senhor acha que seu familiar se beneficiou com atendimento no CAPS?	benfam _
(1) Não, de forma alguma (2) Não, não muito (3) Mais ou menos	
(4) Sim, de alguma forma (5) Sim, com certeza	
84. O senhor(a) se sente sobrecarregado com os cuidados do familiar?	sesob _
(0) Não(se não, passe para 86) (1) Sim	
85. Se sim, quanto:	ssob _
(1) Muito sobrecarregado (2) Pouco sobrecarregado	
(3) Às vezes	sisb1 __
	sisb2 __
Em que situações o senhor se sente sobrecarregado?	sisb3 __
	sisb4 __

<p>90.O senhor(a) ficou satisfeito com o conforto e a aparência do CAPS?</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito</p> <p>(3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	satapa_
<p>91.Como o senhor(a) classificaria as condições das instalações (p. ex. instalações de banheiro e cozinha, refeitório, o prédio em si, etc.)?</p> <p>(1) Péssimas (2) Ruins</p> <p>(3) Mais ou menos (4) Boas (5) Excelentes</p>	safap _
<p>92.Se o seu familiar precisar de ajuda novamente, o senhor(a) voltaria ao CAPS?</p> <p>(1) Não, de forma alguma (2) Não, acho que não</p> <p>(3) Talvez (4) Sim, acho que sim</p> <p>(5) Sim, com certeza</p>	retorn _
<p>93.Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda semelhante, o senhor(a) o encaminharia ao CAPS?</p> <p>(1) Não, de forma alguma (2) Não, acho que não</p> <p>(3) Talvez (4) Sim, acho que sim</p> <p>(5) Sim, com certeza</p>	enaca_
<p>94.De maneira geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços que ou seu parente recebeu no CAPS?</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito</p> <p>(3) Indiferente (4) Satisfeito</p> <p>(5) Muito satisfeito</p>	sares_
<p>95.Do que o senhor(a) mais gostou neste serviço?</p>	maigo_

<p>(1) Atendimento (2) Disponibilidade para o atendimento</p> <p>(3) Horários (4) Regime terapêutico</p> <p>(5) Outro especificar: _____</p> <p>_____</p>	
<p>96. Qual o aspecto de que você menos gostou neste serviço?</p> <p>(1) Atendimento (2) Horário (3) Distância</p> <p>(4) Alimentação (5) Gostou de tudo (8) NSA</p> <p>(6)Outro especificar: _____</p> <p>_____</p>	mengo_
<p>97. Na sua opinião, o serviço poderia ser melhorado?</p> <p>(1) Sim (2) Não(pule para 99) (3) Não sei(pule para 99)</p>	sermel _
<p>98. Se sim, de que forma?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	opn1 __ opn2 __ opn3 __ opn4 __ opn5 __
<p>99. Com que freqüência o Sr(a) toma bebidas de álcool?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) 1 vez por mês ou menos (2) 2 a 4 vezes por mês</p> <p>(3) 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p>	freb_
<p>100. Com que freqüência durante o último ano o senhor(a) sentiu culpa ou remorso por beber?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês</p> <p>(2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana</p> <p>(4) Todos os dias ou quase todos (8) NSA</p>	culbeb_
<p>101. Com que freqüência durante o último ano o senhor(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?</p>	naolem_

(0) Nunca (2) Uma vez ao mês (4) Todos os dias ou quase todos	(1) Menos que uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (8) NSA	
102. Alguma vez na vida o senhor(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido?	(0) Sim, mas não no último ano (2) Não	(1) Sim, durante o último ano (8) NSA
103. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o senhor(a) por causa da bebida ou lhe disse para parar de beber?	(0) Sim, mas não no último ano (2) Não	(1) Sim, durante o último ano (8) NSA
104. Você consultou nos últimos 6 (seis) meses? (0) Não (1) Sim Se SIM: Quantas vezes? __ vezes Motivos das Consultas: Doença (0) Não (1) Sim Acompanhamento (0) Não (1) Sim Revisão (0) Não (1) Sim Ação preventiva (0) Não (1) Sim Outro (0) Não (1) Sim quais? _____		consul_ vezcon__ motd_ mota_ motr_ motap_ outm_ outm1__ outm2__
105. Local da consulta: Unidade Básica de Saúde (1) Sim (2) Não Consultório Particular (1) Sim (2) Não Ambulatório (1) Sim (2) Não Pronto Socorro (1) Sim (2) Não Pronto Atendimento (1) Sim (2) Não		lcou_ lcoc_ lcoa_ lcops_ lcopa_

106. O(a) Sr. (a) fuma? (0) Não (1) Sim	fuma_
Se "NÃO" passar para questão 109	
107. Se Sim, há quanto tempo? __ anos	tpfu__
108. Quantos cigarros o(a) Sr. (a) fuma por dia? ___	qcig___
Agora vou fazer algumas perguntas sobre sua casa e bens	
109. Dentre os itens abaixo, quais os que o(a) Sr. (a) possui e em que	

<p>quantidade?</p> <p>Automóvel __ __</p> <p>Televisor em cores __ __</p> <p>Banheiro __ __</p> <p>Empregada doméstica __ __</p> <p>Rádio (excluindo do carro) __ __</p> <p>Máquina de lavar roupa __ __</p> <p>Videocassete/ DVD __ __</p> <p>Aspirador de pó __ __</p> <p>Geladeira comum ou c/ freezer __ __</p> <p>Computador __ __</p> <p>Televisor branco e preto __ __</p>	<p>auto _</p> <p>tvcr _</p> <p>banh _</p> <p>epdm _</p> <p>radi _</p> <p>mqlav _</p> <p>vidvd _</p> <p>aspo _</p> <p>gela _</p> <p>cmp _</p> <p>tvbp _</p>
<p>110. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação a maneira com que você gasta seu tempo?</p> <p>(1) muito insatisfeito</p> <p>(2) moderadamente insatisfeito (5) um pouco satisfeito</p> <p>(3) um pouco insatisfeito (6) moderadamente satisfeito</p> <p>(4) nem satisfeito nem insatisfeito (7) muito satisfeito</p>	<p>gstp _</p>
<p>111. Quanto o(a) Sr. (a) está satisfeito ou insatisfeito com o seu relacionamento com sua família?</p> <p>(1) muito insatisfeito</p> <p>(2) moderadamente insatisfeito (5) um pouco satisfeito</p> <p>(3) um pouco insatisfeito (6) moderadamente satisfeito</p> <p>(4) nem satisfeito nem insatisfeito (7) muito satisfeito</p>	<p>srfa _</p>
<p>112. Marque na escala abaixo como o(a) Sr. (a) se sentiu a respeito da sua qualidade de vida nas últimas 4 semanas.</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>qvfu __ __</p>

<p>113. Assinale os eventos que ocorreram com o (a) Sr. (a) no último ano:</p> <p>Morte do cônjuge/ companheiro (a) (0) Não (1) Sim</p> <p>Divórcio ou separação do casal (0) Não (1) Sim</p> <p>Prisão ou problemas com a justiça (0) Não (1) Sim</p> <p>Morte de alguém da família / amigo íntimo (0) Não (1) Sim</p>	<p>mcop _</p> <p>disep _</p> <p>pris _</p> <p>magf _</p> <p>acdc _</p>
--	--

Acidentes ou doenças pessoal	(0) Não	(1) Sim	acdf _
Acidentes ou doenças na família	(0) Não	(1) Sim	casm _
Casamento	(0) Não	(1) Sim	pepg _
Perda do emprego	(0) Não	(1) Sim	recon _
Reconciliação com o cônjuge/companheiro(a)	(0) Não	(1) Sim	apos _
Aposentadoria	(0) Não	(1) Sim	grav _
Gravidez	(0) Não	(1) Sim	dfsxi _
Dificuldades sexuais	(0) Não	(1) Sim	nasc _
Nascimento de criança na família	(0) Não	(1) Sim	muw _
Mudança no trabalho	(0) Não	(1) Sim	mcfn _
Mudança na sua condição financeira	(0) Não	(1) Sim	sfl _
Saída de filho (a) de casa	(0) Não	(1) Sim	cwn _
Cônjuge começou ou parou de trabalhar	(0) Não	(1) Sim	caet _
Começo ou abandono de estudos	(0) Não	(1) Sim	mdres _
Mudança de residência	(0) Não	(1) Sim	mdesc _
Mudança na escola	(0) Não	(1) Sim	mrel _
Mudanças de atividades religiosas	(0) Não	(1) Sim	mudor _
Mudança no hábito de dormir	(0) Não	(1) Sim	

As perguntas subseqüentes serão sobre como você tem se sentido no último mês

114.O senhor(a) tem dores de cabeça freqüentes?	(0) Não	(1)	dorcab _
Sim			fapet _
115. O senhor(a) tem falta de apetite?	(0) Não	(1) Sim	dormal _
116.O senhor(a) dorme mal?	(0) Não	(1) Sim	assfac _
			tremao _
117.O senhor(a) se assusta com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	
118 .O senhor(a) tem tremores nas mãos?	(0) Não	(1) Sim	nervo _
119 .O senhor(a) se sente nervoso (a), tenso (a), preocupado (a)?			madig _
	(0) Não	(1) Sim	
120 .O senhor(a) tem má digestão? (0) Não	(1) Sim		idemb _
121 .O senhor(a) sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	(0) Não	(1) Sim	trite _
			chra _
122. O senhor(a) tem se sentido triste ultimamente? (0) Não	(1) Sim		
123.O senhor(a) tem chorado mais que de costume? (0) Não	(1)		ativr _
Sim			difdc _
124. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades			

diárias?	(0) Não (1) Sim	trapen _
125. O senhor(a) tem dificuldade de tomar decisões?	(0) Não (1) Sim	
Sim		paputi _
126. O senhor(a) acha que seu trabalho é penoso e lhe causa sofrimento?		perint _
	(0) Não (1) Sim	seval _
127. O senhor(a) é incapaz de desenvolver um papel útil na sua vida?		acabvi _
	(0) Não (1) Sim	cansa _
128. O senhor(a) tem perdido o interesse pelas coisas?	(0) Não (1) Sim	
129. O senhor(a) se sente uma pessoa sem valor?	(0) Não (1) Sim	desest _
130. Alguma vez o senhor(a) pensou em acabar com sua vida?		canfac _
	(0) Não (1) Sim	
131. O senhor(a) se sente cansado o tempo todo?	(0) Não (1) Sim	
132. O senhor(a) sente alguma coisa desagradável no estômago?		
	(0) Não (1) Sim	
133. O senhor(a) se cansa com facilidade?	(0) Não (1) Sim	

Agradeça ao familiar.

ANEXO D – Ofício de aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

CEP 074/05

Pelotas, 11 de Novembro de 2005.

Ilmo. Sr.
LUCIANE KANTORSKI

Prezada Pesquisadora;

Vimos através deste informá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil" foi aprovado por este comitê.




Prof. José Augusto A. Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP/FM/UFPEL

