

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



DISSERTAÇÃO

**Transtornos Psiquiátricos Menores em familiares cuidadores de usuários de
Centros de Atenção Psicossocial: Prevalência e fatores associados**

Carlos Alberto Dos Santos Treichel

Pelotas, 2017

CARLOS ALBERTO DOS SANTOS TREICHEL

**Transtornos Psiquiátricos Menores em familiares cuidadores de usuários de
Centros de Atenção Psicossocial: Prevalência e fatores associados**

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde / Linha de pesquisa Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Enf^a Prof^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

T787t Treichel, Carlos Alberto dos Santos

Transtornos psiquiátricos menores em familiares
cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial :
prevalência e fatores associados / Carlos Alberto dos Santos
Treichel ; Vanda Maria da Rosa Jardim, orientadora. —
Pelotas, 2017.

153 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade
Federal de Pelotas, 2017.

1. Transtornos psiquiátricos menores. 2. SRQ20. 3.
Familiares. 4. Cuidadores. 5. Serviços comunitários de
saúde mental. I. Jardim, Vanda Maria da Rosa, orient. II.
Título.

CDD : 610.73

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

T787t Treichel, Carlos Alberto dos Santos

Transtornos psiquiátricos menores em familiares
cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial :
prevalência e fatores associados / Carlos Alberto dos Santos
Treichel ; Vanda Maria da Rosa Jardim, orientadora. —
Pelotas, 2017.

153 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade
Federal de Pelotas, 2017.

1. Transtornos psiquiátricos menores. 2. SRQ20. 3.
Familiares. 4. Cuidadores. 5. Serviços comunitários de
saúde mental. I. Jardim, Vanda Maria da Rosa, orient. II.
Título.

CDD : 610.73

Folha de aprovação

Carlos Alberto dos Santos Treichel

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

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: _____ de _____ de _____

Banca examinadora

Prof^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim – UFPel

Prof^a Dr^a Elaine Tomasi – UFPel

Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski – UFPel

Prof^a Dr^a Valéria Cristina Cristhelo Coimbra – UFPel

Prof^a Dr^a Michele Mandagará de Oliveira – UFPel

Agradecimentos:

Agradeço imensamente a todas as pessoas que acreditaram nesse trabalho e somaram forças para que o mesmo pudesse ser realizado. Foram vários desafios superados com o auxílio de muitas pessoas que foram fundamentais para que se pudesse chegar aos resultados que se apresentam aqui. Contudo, gostaria de agradecer especialmente:

Aos meus familiares, particularmente aos meus pais e irmãos, pelo suporte, compreensão e paciência durante os anos longe de casa. Vocês são bases fundamentais na minha vida, amo vocês.

À minha orientadora, Professora Vanda Maria da Rosa Jardim, cujo me falta palavras para agradecer por todos esses anos de afetos, trocas, ensinamentos e confiança. Cada dia de convívio contigo é um momento ímpar, no qual se cresce e se aprende com tua simplicidade, humanidade e prudência. Obrigado pelos estímulos, por aguçar minha criatividade e por ter me dado asas pra voar. És sem dúvida um dos encontros mais lindos e gratos que a vida me proporcionou.

À minha querida Professora Luciane Prado Kantorski. Obrigado por ter acreditado em mim e em um potencial que eu mesmo desconhecia, com você aprendi que vale a pena investir nas pessoas. Teu senso de coletividade, lealdade e companheirismo me encantam. Sou muito grato por todas as oportunidades e portas que abristes na minha vida e principalmente pelo fato de além de todo orgulho que tenho por ter a oportunidade de trabalhar contigo, ter a felicidade de lhe ter como amiga.

Ao meu amigo, Marcos Daniel da Silva, que durante os últimos anos têm estado ao meu lado me apoiando em todos os momentos. Tua amizade, alegria e companheirismo muitas vezes foram minha base quando tudo parecia dar errado. Essa amizade que começou a partir de uma relação de colegas de pensionato se transformou em algo que hoje eu não saberia como categorizar se não como um encontro de almas. Tua amizade pra mim não tem preço.

Aos membros da banca, que desde o início mostraram-se confiantes neste trabalho e dispostos em auxiliar na sua construção. Suas contribuições certamente enriqueceram muito todo processo. Agradeço especialmente a Professora Elaine Tomasi que sempre esteve disponível e com suas portas abertas para discussão do projeto.

Às queridas Professoras Michele Mandagará de Oliveira e Valéria Cristina Cristhelo Coimbra agradeço ainda por todos esses anos de amizade, companheirismo, afetos e mãos estendidas, amo vocês.

À 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em especial nas pessoas das Enfermeiras Hilda Maria Heinen e Maria Carolina Pinheiro Meireles. O auxílio e intermediação de vocês foi fundamental para elaboração deste trabalho. Obrigado pela disposição e pela resistência exercida frente à gestão local de nosso sistema de saúde. Que a postura de vocês continue inspirando novas gerações de profissionais a acreditarem e investirem no SUS.

À todas Secretarias Municipais de Saúde da 21ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e seus profissionais pela anuência da pesquisa e pelo apoio prestado durante o trabalho de campo.

À toda equipe que fez parte deste trabalho, coletadores, revisores, digitadores, vocês foram essenciais para o sucesso dessa pesquisa. Que o interesse e altruísmo demonstrado por cada um de vocês durante essa jornada se fortaleça cada dia mais. Em especial às queridas Laíne Bertinetti Aldrigui, Julliani Quevedo Rosa, Thylia Teixeira de Souza e Luiza Hences dos Santos, tenho vocês em meu coração.

À todo grupo de pesquisa Enfermagem, Saúde Mental e Coletiva. Vocês transcendem o significado de um grupo de pesquisa e representam verdadeiramente uma família pra mim.

À Faculdade de Enfermagem da UFPel e todos seus servidores. Obrigado por me acolher e ser por tanto tempo minha segunda casa, um lugar onde eu gosto verdadeiramente de estar.

À CAPES pela Bolsa que possibilitou que eu me dedicasse inteiramente a este trabalho.

E por fim, a todos os familiares que participaram deste estudo. Obrigado pela disposição e por me contar um pouco dessa história que eu tão pouco sei, mas que muito me interessa. Vocês são os atores principais deste trabalho.

“Eu jamais vou querer que outra pessoa cuide do meu filho, porque ninguém vai cuidar dele como eu cuido, eu só preciso de ajuda”

Dona Ondina.

Resumo:

TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos. **Transtornos Psiquiátricos Menores em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: prevalência e fatores associados**. 2017. 153f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

A partir dos movimentos de reforma psiquiátrica e do estabelecimento dos serviços comunitários de saúde mental, a família que antes se mantinha como observadora do processo do cuidado é olhada em uma nova perspectiva, passando a ser incorporada no processo terapêutico e contribuindo com a reabilitação psicossocial do indivíduo. Nesse sentido, dentro do contexto de cuidado comunitário, a família passa a ser considerada como um objeto de estudo deste campo de atuação. Diversos estudos têm enfatizado sua abordagem como necessária e documentado diferentes repercussões desse cenário entre esses sujeitos, dentre as quais àquelas relacionadas a aspectos psicossomáticos como a manifestação de transtornos psiquiátricos menores. Levando em conta que identificar quais características influem na ocorrência desses transtornos possa ser um passo importante para o estabelecimento de práticas que previnam ou interfiram nesse desfecho este estudo buscou identificar a prevalência e os fatores associados à manifestação de transtornos psiquiátricos menores entre 537 cuidadores familiares de pessoas em sofrimento psíquico atendidas em 16 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados na 21ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Para análise, munindo-se de um modelo teórico hierarquizado, utilizou-se regressão de Poisson com o cálculo das razões de prevalência ajustadas. A prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores encontrada na população estudada foi de 42,1%. Os fatores associados à esses transtornos foram: sexo feminino (RP: 1,54); vínculo próximo com o usuário, em especial pais/mães (RP: 2,00); baixa escolaridade, apresentando risco de RP: 1,85 no estrato mais baixo; possuir problemas de saúde (RP: 1,24); referir problemas de nervos (RP: 3,02); baixo desempenho de avaliação da qualidade de vida nos âmbitos físico (RP:1,84) e de meio ambiente (RP:1,95); insatisfação com as relações familiares (RP: 1,56); falta de apoio familiar (RP: 1,25) e sentimento de sobrecarga, para qual foi encontrado um risco de RP: 2,61 entre os indivíduos com maior nível de sobrecarga. Levando em conta que na análise multivariada os aspectos que efetivamente exerceram influência sobre o desfecho na amostra estudada estão relacionados às condições situacionais e de apoio e organização familiar, sugere-se a implementação por parte dos serviços de medidas que favoreçam a melhoria no suporte social e inclusão de todos os membros do grupo familiar de seus usuários nos processos de cuidado.

Palavras chave: Transtornos psiquiátricos menores; SRQ20; Familiares; Cuidadores; Serviços comunitários de saúde mental; CAPS.

Abstract:

TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos. **Minor Psychiatric Disorders among caregivers of Community Mental Health Services' users: prevalence and associate factors.** 2017. 153p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

With the psychiatric reform movements and the establishment of community mental health services, the family that before were considered as an observator of the health care process is seen in a new perspective, becoming incorporated into the therapeutic process and contributing to patient rehabilitation. In this sense, in the context of communitary health care, the family is considered as an object of study in this field. Several studies have emphasized their approach as a need and have documented different repercussions of this scenario among the relatives. These repercussions include those related to psychosomatics aspects as the manifestation of minor psychiatric disorders. Taking into account that identifying characteristics that contribute to occurrence of these disorders may be an important step towards establishing practices that prevent or interfere in this outcome, this study sought to identify the prevalence and the associated factors with the manifestation of minor psychiatric disorders among 537 family caregivers of In psychic suffering attended at 16 Psychosocial Care Centers (CAPS) located in the 21st health region of the state of Rio Grande do Sul. Using a hierarchical theoretical model, Poisson regression was used to track the Prevalence ratio. The prevalence of Minor Psychiatric Disorders found in the study was 42.1%. The associated factors with these disorders were: female gender (PR: 1.54); strong bond with the user, especially fathers / mothers (PR: 2.00); low educational level, especially in the lowest stratum (PR: 1.85); Have health problems (PR: 1.24); Refer problems of nerves (PR: 3.02); low performance of evaluation in the quality of life in the physical aspect (RP: 1.84) and environment aspect (PR: 1.95); dissatisfaction with family relationships (PR: 1.56); lack of family support (PR: 1.25) and feelings of burden, especially when intense (PR: 2,61). Taking into account that in the multivariate analysis the aspects that effectively influenced the outcome in the studied sample are related to situational conditions, family support and organization, it is suggested the implementation by the services of measures that favor the improvement in social support and inclusion of all members of the family group of its users in the processes of care.

Keywords: Minor psychiatric disorders; SRQ20; Relatives; Caregivers; Community mental health services; CAPS.

Lista de Figuras

Figura 1:	Fluxograma da busca, exclusão e seleção dos artigos	25
Figura 2:	Quadro teórico hierarquizado de acordo com a revisão de literatura	32

Lista de Quadros

Quadro 1:	Variáveis estudadas.....	38
Quadro 2:	Orçamento.....	43
Quadro 3:	Cronograma.....	44

Sumário

1	Projeto de Pesquisa.....	12
2	Relatório de Campo.....	75
3	Artigo Científico.....	134

I Projeto de Pesquisa

CARLOS ALBERTO DOS SANTOS TREICHEL

**TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS
EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial a obtenção do Título de Mestre em Ciências na linha de pesquisa Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Enf^aProf^aDr^a Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2015

Lista de Abreviaturas e Siglas

BI	Burden Interview
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBS	Caregiver Burden Scale
CHAQ	Childhood Health Assessment Questionnaire
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ECI	Experience of Caregiving Inventory
FBIS	Family Burden Interview Schedule
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEEM	Mini-exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRMQ-10	The Prospective and Retrospective Memory Questionnaire
PubMed	Publisher Medline
SATIS-BR	Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SF-36	Short-Form-36
SPT	SkinPrick Test
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire-20
SUS	Sistema Único de Saúde
TPM	Transtornos Psiquiátricos Menores
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
ZBI	Zarit Burden Interview

Sumário

1	Introdução	15
2	Justificativa	20
3	Objetivos	22
3.1	Objetivo Geral	22
3.2	Objetivo Específico	22
4	Hipóteses	23
5	Revisão de Literatura	24
6	Metodologia	33
6.1	Tipo de estudo e delineamento	33
6.2	População e amostragem	33
6.3	Desfecho e sua medida	36
6.4	Variáveis independentes	36
6.5	Logística	39
6.6	Controle de qualidade	40
6.7	Análise dos dados	40
6.8	Aspectos éticos	41
7	Orçamento	43
8	Cronograma	44
9	Referências Bibliográficas	46
	Apêndices	48

1. Introdução:

Dentro da política atual de cuidado à indivíduos portadores de sofrimento psíquico no Brasil, os cuidadores informais, em geral familiares, constituem atores importantes no processo factual do cuidado em saúde mental. Seu protagonismo frente às atividades de cuidado se cruza com a história da reforma psiquiátrica.

Por muito tempo a psiquiatria focou seu olhar na doença deixando o ser humano de lado, ocasionando uma objetificação do sujeito. Muito se preocupou em definir a doença, classificá-la e gerenciá-la, codificar normas e sintomas, uma vez que a ciência afirmava que a pessoa com transtorno mental era produto de alteração essencialmente biológica, frente a qual nada se poderia fazer a não ser aceitar sua condição de anormalidade. Essa prática, centrada na definição da loucura, limitava o sujeito a sua condição psíquica e deixava de considerar sua subjetividade, de forma que o indivíduo terminava por ter sua cidadania e identidade roubadas, além de ser privado da liberdade através da lógica asilar manicomial (BASAGLIA, 1985).

As críticas e a oposição à institucionalização e aos manicômios surgiram a partir da realidade de maus tratos, da violência e negação da cidadania e dignidade no cuidado e tratamento às pessoas com transtorno mental, já que não era aceitável que indivíduos continuassem a ser expostos a situações desumanas em função de sua condição psíquica (BASAGLIA, 1985).

Para Lobosque (2001) entre os principais movimentos críticos à tradição psiquiátrica no mundo, ao longo do século XX, estão o movimento inglês, que no período Pós-Guerra, iniciou a prática da psicoterapia grupal como saída para a grave situação dos hospitais psiquiátricos. E também o surgimento da análise institucional francesa da década de 50, que põe em avaliação as práticas psiquiátricas.

Esses movimentos culminaram na Inglaterra com o desenvolvimento das comunidades terapêuticas, e posteriormente o surgimento da antipsiquiatria inglesa na década de 60. E na França, a elaboração de projetos de reestruturação de modelos de assistência em saúde mental, visando uma nova política de organização de serviços, destacando-se, nesse particular, a psiquiatria de setor, que se organiza segundo a hierarquização e a regionalização de serviços com ênfase na prestação

de cuidados extra-hospitalares: criação de ambulatórios, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (LOBOSQUE, 2001).

Na mesma perspectiva, no contexto norte-americano, destacou-se a psiquiatria preventiva ou comunitária, em que os cuidados eram organizados com base nos graus de complexidade primário, secundário e terciário, enfatizando-se a chamada atenção primária como principal espaço de prevenção do adoecer psíquico.

Porém é na década de 70 que ocorrem na Itália experiências de psiquiatria denominada de democrática, que efetivamente rompem com os manicômios. Essas experiências evidenciavam as contradições de modelos do tipo comunidade terapêutica, optando por uma desconstrução das instituições psiquiátricas, bem como os mitos em torno da doença mental, ao lado da proposição de novas formas de convivência entre a sociedade e a loucura (MENEZES; OLIVEIRA, 2010).

São essas mudanças no modelo factual do cuidado originadas da proposta democrática de psiquiatria italiana que influenciaram a reforma psiquiátrica brasileira na década de 80. Inspirada no modelo italiano, essa reforma propunha não uma reformulação ou melhora no manicômio, mas uma ruptura com o cuidado focado na doença e na relação de poder entre o saber médico e a loucura (AMARANTE, 1995).

Esse processo no Brasil é marcado pelo surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Esses movimentos, embora não sendo os únicos, constituem-se enquanto principais instâncias de reivindicação pela melhoria da assistência em saúde mental no país, agrupando usuários, familiares e profissionais do campo da saúde mental.

Especialmente no que diz respeito aos familiares e usuários, Azevedo (2003) reitera que durante os anos 90, período de intensificação dos movimentos antimanicomiais no país, notava-se a presença marcante de usuários dos serviços de saúde mental e familiares como protagonistas no cenário na reforma psiquiátrica.

Esses protagonistas introduziram novas e imprevisíveis possibilidades no complexo cenário da psiquiatria brasileira. De forma que deixaram de ser apenas objeto de intervenção técnica para assumirem, de fato, o papel de agentes transformadores da realidade, opinando e participando ativamente das discussões sobre as políticas de saúde mental (AZEVEDO, 2003).

Durante esse mesmo período, do ponto de vista político, adentrou-se em uma fase de macro-mudanças legislativas, jurídicas e administrativas, que tinham por objetivo garantir a operacionalização de novas práticas terapêuticas no Brasil. Surge então uma série de serviços extra-hospitalares, que se constituíram como estratégias inovadoras no desafio de buscar novas tecnologias de cuidado e a humanização das relações com a pessoa com transtorno mental. Essas mudanças graduais culminam na consolidação da Reforma Psiquiátrica como política oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2001, ano em que também se conferiu ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) um valor estratégico para a construção do novo modelo de assistência (AMARANTE, 2007).

Cabe ressaltar que um dos marcos principais desse período de mudanças é a Lei 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, que embora tenha tramitado por 10 anos e tenha sofrido alterações importantes em seu texto, como por exemplo, substituição de extinção para substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos, representa uma conquista importante em favor dos movimentos de desospitalização.

O CAPS surge como um espaço de atendimento que possibilita um novo modelo de atenção, voltado para as subjetividades do indivíduo bem como suas relações e papéis sociais. O mesmo constitui uma alternativa em favor da mudança no modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Sendo um serviço aberto e comunitário do SUS, que tem como objetivo acolher as pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial preservando a liberdade, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e seus familiares (RAMMINGER; BRITO, 2011).

Com o surgimento dessa nova política, e a existência desses novos pontos de atenção para o cuidado às pessoas com transtornos mentais, o olhar sobre a família desses sujeitos passa a ser outro. Durante o decorrer do percurso histórico da psiquiatria, ora a família era vista como causadora desse adoecimento, reforçando a necessidade de isolamento, ora vista como cúmplice, estando de acordo com a internação do sujeito em sofrimento psíquico em manicômios (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009). No entanto, o entendimento quanto à família na perspectiva da reforma psiquiátrica rompe com esses estigmas e confere-a o papel

de protagonista junto às ações de cuidado e socialização do sujeito em sofrimento psíquico.

O resgate da família como parte do processo do cuidado, mostra-se uma estratégia potencialmente valiosa desse modelo de atenção se levar em conta a perspectiva de reabilitação psicossocial. Num primeiro momento por considerar que o cuidado só é possível se observado o meio e os recursos existentes para cuidar do sujeito, entre eles, a família. E em seguida, a relevância de que os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo (BRASIL, 2004, OLIVEIRA; LOYOLA, 2004).

No entanto, há de se levar em conta alguns aspectos que permeiam as relações familiares com o adoecimento mental de um membro da família. Consequências adversas do adoecimento mental de um familiar para as famílias vêm sendo documentadas e apontam para o fato de que áreas do funcionamento familiar são afetadas pela presença da doença mental (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

Nessa perspectiva, deve-se considerar que o diagnóstico de um transtorno psiquiátrico geralmente tem um grande impacto na família, que sofre não só pelo diagnóstico em si, mas pela dúvida quanto à perspectiva de vida que terá a partir da doença. Ressalta-se que a família é um grupo que interfere no processo de saúde-doença de seus membros, individual e coletivamente, se organizando, desorganizando e reorganizando-se continuamente (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004).

Além desses aspectos, autores (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004; CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012) têm tensionado a perspectiva de que muitas vezes a família não está preparada para lidar com a situação de doença de um de seus membros. E mesmo com seus sentimentos positivos em relação ao familiar, não conseguem lidar bem com suas emoções frente a essa realidade.

Essas informações tornam-se relevantes ao levar em conta que à luz da reforma psiquiátrica, os familiares passam a ser considerados como potenciais cuidadores do sujeito mentalmente adoecido. Dentro do processo de cuidado, em geral um dos familiares é inserido no projeto terapêutico do usuário e constitui-se como referência para as ações de cuidado que ultrapassam o espaço assistido pelo serviço (CARVALHO et al, 2012).

Nesse contexto, a família passa a ser considerada mais que nunca como um objeto de estudo deste campo de atuação. Diversos estudos (BANDEIRA;

CALZAVARA; CASTRO, 2008; BIELEMANN et al., 2009; SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012) têm enfatizado sua abordagem como necessária e documentado diferentes repercussões do ato de cuidar nesses sujeitos. Entre essas repercussões, ganham destaque as de cunho emocional, já que o avanço dos estudos na área tem apontado que muitos desses familiares acabam por experimentar sentimentos de depressão e ansiedade.

Quando não atendem todos os critérios de doença mental de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), esses quadros de ansiedade e depressão são classificados por diversos autores como Transtornos Psiquiátricos Menores (TPM). Pode-se dizer que os TPM se referem aos estados de saúde envolvendo sintomas psiquiátricos não psicóticos, e inclui sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, depressão, ansiedade, esquecimento, dificuldade de concentração e problemas somáticos (TAVARES, 2011).

Sintetizando o exposto, pode-se apontar que os familiares cuidadores em saúde mental constituem uma unidade de cuidado que está suscetível à repercussões negativas. O que se torna preocupante à medida que assim como evidenciado por outros autores (ZENDJIDJIAN & BOYER, 2014), experiências negativas dos familiares talvez possam afetar negativamente a habilidade destes para o cuidado.

Dessa forma, apresenta-se como imperativa a necessidade de identificar o impacto emocional do cuidado nos familiares cuidadores em saúde mental, nesse sentido, esse trabalho pretende debruçar-se sobre o tema, buscando contribuir para o avanço do conhecimento na área.

2. Justificativa:

A família que antes se mantinha como observadora do processo do cuidado é olhada em uma nova perspectiva com a reforma psiquiátrica, passando a ser incorporada no processo terapêutico, contribuindo com a reabilitação psicossocial do indivíduo, promovendo o contato entre o indivíduo em sofrimento psíquico e os serviços de saúde existentes, além de ser responsável por elaborar e redimensionar valores e expectativas relacionadas ao cotidiano e ao futuro de seu familiar em sofrimento psíquico (BIELEMANN et al., 2009).

Nesse contexto, a família passa a ser considerada mais que nunca como um objeto de estudo deste campo de atuação. De forma que diversos estudos têm documentado altas prevalências de Transtornos Psiquiátricos Menores entre familiares cuidadores quando comparados a resultados de população geral (ABASIUBONG et al., 2011; QUADROS et al., 2012; MORAIS et al., 2012; SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012; TREICHEL, 2014).

Sabendo que a consolidação da proposta de cuidado tensionada pelos movimentos de reforma psiquiátrica que focam na reabilitação do sujeito só é possível com o engajamento dos familiares, e que estes constituem uma unidade que também precisa ser atendida em suas dificuldades e necessidades por meio de intervenções que lhes proporcionem apoio (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008), torna-se imperativa a necessidade de identificar quais características influem na ocorrência desses transtornos.

Embora outros autores (QUADROS et al., 2012; SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012; TREICHEL, 2014) tenham trabalhado numa perspectiva semelhante, os mesmos apontam para incompletude das variáveis analisadas, como por exemplo, falta de informações acerca dos indivíduos cuidados pelos familiares.

Nesse sentido, este estudo visa explorar essas lacunas investigativas, identificadas após uma criteriosa revisão de literatura a fim de estimular novos olhares quanto às possibilidades de intervenção e prevenção dessas situações nas quais há manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores em familiares cuidadores.

Considerando o exposto, este estudo pretende responder a seguinte questão norteadora: *Qual a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores e seus fatores associados em familiares cuidadores de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial alocados na 21ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul?*

3. Objetivos:

3.1 Objetivo geral:

➤ Identificar a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores e seus fatores associados em familiares cuidadores de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial alocados na 21ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul.

3.2 Objetivos específicos:

➤ Estimar a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial da 21ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul.

➤ Determinar a influência de variáveis sociodemográficas, trabalho, condições de saúde, qualidade de vida, relações familiares, características do indivíduo cuidado, apoio, aspectos relacionados ao cuidado e sobrecarga no desfecho de Transtornos Psiquiátricos Menores.

4. Hipóteses:

- Transtornos Psiquiátricos Menores são mais comuns em mulheres, em pessoas em entre 30 e 60 anos e indivíduos sem trabalho remunerado.
- Indivíduos com piores condições de saúde são mais propensos a apresentar Transtornos Psiquiátricos Menores.
- Quanto pior a qualidade de vida, existe maior risco de ocorrência de Transtornos Psiquiátricos Menores.
- Insatisfação com as relações familiares está associada a ocorrência de Transtornos Psiquiátricos Menores.
- Cuidadores de indivíduos com maiores limitações são mais propensos à Transtornos Psiquiátricos Menores.
- Apoio é fator de proteção para Transtornos Psiquiátricos Menores.
- Divisão do cuidado é fator de proteção para Transtornos Psiquiátricos Menores.
- Indivíduos com maior sentimento de sobrecarga têm maior risco de apresentar Transtornos Psiquiátricos Menores.
- Sob análise ajustada as variáveis mais significativamente associadas ao desfecho serão sobrecarga; qualidade de vida e condições de saúde.

5. Revisão de literatura:

A fim de buscar estudos anteriores acerca do tema, foi realizada uma revisão sistematizada sobre Transtornos Psiquiátricos Menores em familiares cuidadores. Optou-se por captar estudos que houvessem trabalhado com familiares cuidadores em geral a fim de expandir os achados para a seguinte questão norteadora de busca: Qual a prevalência e os fatores associados de Transtornos Psiquiátricos Menores entre cuidadores?

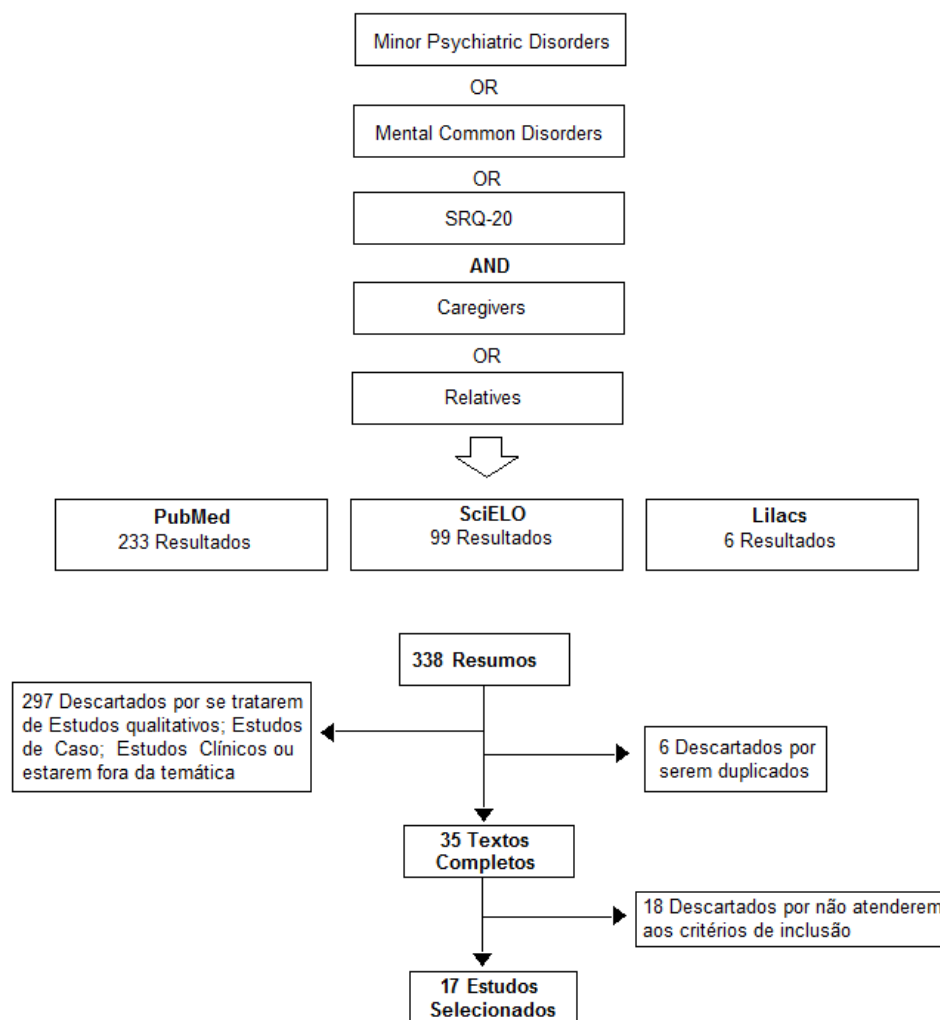
A busca ocorreu entre os meses de Julho a Agosto de 2015 e rastreou estudos publicados nos últimos 10 anos – Julho de 2005 a Julho de 2015 – no Brasil ou exterior que tenham utilizado a escala Self-Reporting Questionnaire (SRQ20) para rastrear Transtornos Psiquiátricos Menores entre familiares cuidadores.

As bases de dados utilizadas para buscar estudos foram PubMed (Publisher Medline), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Os termos utilizados para a busca foram: SRQ-20; Familiares; Cuidadores; Transtornos Psiquiátricos Menores e Transtornos psiquiátricos comuns. Para busca na base de dados PubMed todos os termos foram traduzidos para língua inglesa, a saber: SRQ-20; Relatives; Caregivers; Minor psychiatric disorders e Mental common disorders. Os filtros considerados na busca foram: Estudos publicados nos últimos 10 anos, publicados em língua inglesa, portuguesa ou espanhola.

Dados os critérios de inclusão: Estudos quantitativos que tenham trabalhado com familiares cuidadores ou cuidadores informais e tenham utilizado a escala SRQ20 para rastreamento de Transtornos Psiquiátricos Menores, todos os artigos rastreados foram avaliados primeiramente por seus títulos e resumos. Todos os artigos que atenderam os critérios de inclusão ou não apresentavam elementos suficientes para determinar sua exclusão foram obtidos na íntegra e avaliados de acordo com os seguintes critérios de exclusão: Se tratem de estudos de caso, estudos clínicos, estudos qualitativos, utilizarem metodologias pouco claras ou estejam fora da temática.

Um total de 338 estudos foram rastreados através das buscas, sendo 233 da PubMed, 99 da SciELO e 10 daLilacs. Destes, 297 estudos foram descartados por se tratarem de estudos qualitativos; estudos de caso; estudos clínicos, ou estarem fora da temática. Outros 6 estudos foram descartados por serem duplicados, restando assim 35 textos para serem lidos na íntegra. Dos estudos lidos na íntegra, 18 foram descartados por não utilizarem a escala SRQ-20, restando 17 artigos a serem considerados para essa revisão. A figura 1 apresenta por meio de fluxograma o percurso para seleção dos artigos.

Figura 1: Fluxograma da busca, exclusão e seleção dos artigos:



Todos tiveram suas principais características coletadas por meio de dois instrumentos próprios dispostos em forma de tabela. Uma contendo: Autor;

Local/Ano; Sujeitos e Metodologia utilizada, e outra contendo: Autor/Ano; Objetivo do estudo e os Principais resultados (Apêndices A e B).

Entre os estudos rastreados, 1 foi realizado na Índia, 2 foram desenvolvidos na Nigéria, 3 no Paquistão e 11 no Brasil. A maior parte das publicações aconteceram no ano de 2012 (6) seguido dos anos de 2014 (3) e 2007 (2). As demais publicações aconteceram individualmente nos anos de 2006; 2008; 2009; 2010; 2011 e 2013. Quanto ao idioma de publicação, 4 foram publicados em língua portuguesa, enquanto os demais (13) foram publicados em língua inglesa.

A maioria dos estudos constituíam-se em estudos transversais, apenas 1 (PANTER-BRICK; GRIMON; EGGERMAN, 2014) utilizou em sua metodologia um corte longitudinal. As populações estudadas variaram de $n=47$ à $n=1087$, porém a maior parte dos estudos (11) utilizaram amostras de até 106 indivíduos.

Quanto as variáveis utilizadas pelos estudos rastreados, pode-se observar que entre aqueles que consideraram a utilização de variáveis sociodemográficas (13), cinco (TUNDE-AYINMODE, 2007; TORRES et al, 2012; SHAH et al, 2013; VAN-DRIESSCHE Et al, 2014; FARIAS et al, 2014) relataram utilizar um questionário sociodemográfico pré-estruturado, no entanto, não deixam claro quais questões faziam parte deste formulário. Entre os demais, as variáveis sociodemográficas mais utilizadas foram: Sexo, idade, escolaridade, renda familiar, situação conjugal, situação de trabalho e vínculo com o indivíduo cuidado.

Dois estudos exploraram as características de saúde dos cuidadores (BRUNS et al, 2007; SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012). Entre as variáveis utilizadas estavam: Histórico médico; Uso de medicações; Número de consultas por ano; Morbidades referidas; Atividade física; Tabagismo e Alcoolismo. Já Rezende et al (2010) e Silva; Passos; Barreto (2012) utilizaram como variáveis independentes as condições de saúde dos receptores do cuidado. Através de instrumentos padronizados foram acessados o nível de dependência e a capacidade funcional dos indivíduos assistidos pelos cuidadores.

Características do cuidado também foram consideradas em dois estudos (BRUNS et al, 2007; QUADROS et al 2012). Nestes foram aferidos aspectos quanto: Divisão do Cuidado; Tempo na tarefa de cuidador e Tempo diário despendido ao cuidado.

No estudo de Quadros et al (2012) foram incluídas questões quanto a eventos estressores acontecidos no último ano. O mesmo considerava situações

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, que estavam disponíveis no questionário com respostas do tipo sim ou não.

De acordo com o critério de inclusão, todos os estudos selecionados aplicaram a escala SRQ20 aos familiares, porém os estudos adotaram pontos de corte diferentes entre si. A escala foi validada para o Brasil por Mari & Williams em 1986, que optaram por adotar como ponto de corte para determinar um caso positivo de Transtorno Psiquiátrico Menor, o escore 8 para mulheres e 6 para homens. Entre os estudos rastreados, 5 utilizaram os mesmos pontos de corte (REZENDE et al., 2010; QUADROS et al., 2012; TORRES et al., 2012; MORAIS et al., 2012; GRATAO et al., 2012). Em contra partida, 1 estudo optou por utilizar como ponto de corte 8 para mulheres e 7 para homens (JORGE; CHAVES, 2012); 1 utilizou ponto de corte 10 para ambos os sexos (SYED; ZUBERI, 2006); 4 utilizaram ponto de corte 8 para ambos os sexos (BRUNS, 2007; BARRETO DO CARMO, 2009; ABASIUBONG, 2011; FARIAS et al., 2014); 1 utilizou ponto de corte 5 para ambos os sexos (TUNDE-AYINMODE, 2007); 1 utilizou ponto de corte 7 para mulheres e 6 para homens (SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012); 1 utilizou ponto de corte 9 para ambos os sexos (SHAH et al., 2013). Outros 2 estudos não citaram o ponto de corte adotado (PANTER-BRICK; GRIMON; EGGERMAN, 2014; VAN DRIESSCHE et al., 2014).

Os estudos rastreados muniram-se ainda de outras escalas além da SRQ-20 a fim de avaliar sobrecarga ou outras áreas relacionadas aos aspectos do cuidado ou de saúde. A escala mais utilizada concomitantemente à SRQ20 foi a ZBI (ZaritBurden Interview) (TORRES et al, 2012; GRATAO et al, 2012; SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012, VAN-DRIESSCHE et al, 2014; FARIAS et al, 2014). Foram utilizadas ainda as escalas: ECI (Experience of Caregiving Inventory); SF36 (Short-Form-36); CBS (Caregiver Burden Scale); MEEM (Miniexame do Estado Mental); WHOQOL-BREF; BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia); SPT (Skin Prick Test); CHAQ (Childhood Health Assessment Questionnaire); FBISBR (Family Burden Interview Schedule); BI (Burden Interview); Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS); Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); Sheehan Disability Scale (SDS); Depression Self-rating Scale (DSRS) e PRMQ-10 (The Prospective and Retrospective Memory Questionnaire).

Entre os testes utilizados para relacionar as variáveis ou determinar razões de prevalência os estudos rastreados utilizaram: Análise Multivariada Ajustada (5); ANOVA (5); Correlação de Pearson (5); Teste de Chi quadrado (4); Teste de Tendência linear não paramétrico (1); Teste de Mann Whitney (1); Teste de Kruskal-Wallis (1); Correlação de Spearman (2); Teste T de Student (3); Teste de Fisher (1).

Os estudos rastreados encontraram diferentes prevalências de Transtornos Psiquiátricos Menores entre os cuidadores estudados. Considerando uma prevalência estimada de Transtornos Psiquiátricos Menores de 25% para população geral (WHO, 2001), todos os estudos encontraram prevalências maiores de Transtornos Psiquiátricos Menores entre cuidadores em relação a população geral. As prevalências encontradas nos sujeitos acessados variaram de 28% a 72%.

Entre estudos rastreados, 3 dos que avaliaram cuidadores de indivíduos com sofrimento psíquico encontraram as maiores prevalências de Transtornos Psiquiátricos Menores entre os cuidadores. Ao trabalhar com familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, Quadros et al (2012) encontrou uma prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores de 49%. No mesmo sentido, Farias et al (2014) ao estudar cuidadores de usuários de Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil rastreou 66,7% de casos positivos nos SRQ-20. E Shahet al (2013) ao estudar uma amostra de cuidadores de indivíduos com esquizofrenia encontrou uma prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores de 72%.

Estudos realizados com cuidadores em outras patologias também se destacam por terem encontrado uma alta prevalência de casos positivos no SRQ20. Cuidadoras familiares de idosos com demência, por exemplo, apresentaram uma prevalência de 46,55% (SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012). No mesmo sentido, em 2012, um estudo conduzido com cuidadores familiares de indivíduos após acidente vascular cerebral (MORAIS et al, 2012) encontrou prevalência de 44,3%.

Os resultados expostos sugerem que cuidadores em geral estão propensos a manifestação dos Transtornos Psiquiátricos Menores, no entanto, cabe destaque que estudos com altas prevalências desses transtornos entre os cuidadores geralmente fazem referência a indivíduos que cuidam de pessoas cujas patologias são marcadas por prejuízos a capacidade funcional e diversos fatores limitantes que afetarão diretamente suas vidas. A comparação dos estudos de Silva; Passos; Barreto (2012) e Rezende et al (2010) corroboram com essa perspectiva ao indicar

que enquanto entre cuidadores de idosos com demência o rastreio de positividade no SRQ-20 ocorreu em 46,55% dos casos (SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012), entre cuidadores de idosos de modo geral, esse rastreio caiu para 32,26% dos casos (REZENDE et al, 2010).

No mesmo sentido, entre os estudos rastreados, àquele com menor prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores entre os cuidadores faz referência a mães que cuidam de crianças com anemia falciforme (TUNDE-AYINMODE, 2007). Embora se reconheça que o diagnóstico de anemia falciforme traga sérios prejuízos a saúde de seus portadores, em geral não se trata de uma doença debilitante, o que pode contribuir para o melhor enfrentamento por parte do cuidador. No estudo de Tunde-Ayinmode (2007), embora tenha sido adotado como ponto de corte para o rastreamento dos transtornos psiquiátricos 5 respostas positivas, conferindo ao teste uma sensibilidade de 98,8%, a prevalência de transtornos psiquiátricos encontrada foi de 28%.

Por outro lado, o estudo de Jorge; Chaves (2012), mesmo trabalhando com uma amostra de cuidadores de pessoas com transtornos psiquiátricos, encontrou prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores entre os cuidadores de 29%. No entanto, cabe ressaltar que em seu estudo, a escala foi aplicada a cuidadores de primeiro episódio psicótico na fase inicial do tratamento. Esse dado tensiona a perspectiva de que as questões relativas ao tempo de cuidado podem influenciar o desfecho de Transtornos Psiquiátricos Menores. Visto que cuidadores que ingressaram na atividade do cuidado há pouco tempo, talvez ainda não tenham vivenciado situações de esgotamento ou sobrecarga relacionada a atividade do cuidado diário.

Frente ao exposto, fica clara a necessidade de expandir o olhar também ao receptor do cuidado ao trabalhar as questões referentes ao cuidador. Talvez questões quanto ao estado de saúde e o nível de dependência do indivíduo cuidado possam ter relação com o estado emocional e psicológico de quem o cuida. No entanto, para além disso, é necessário aferir também o tempo dispendido ao cuidado, de forma que possa se investigar uma possível relação de dose-resposta.

Através dos resultados dos estudos rastreados, também é possível apontar outros fatores a serem considerados na abordagem de indivíduos cuidadores no que diz respeito à manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores. Além de variáveis sócio-demográficas, variáveis mais específicas têm se destacado em alguns estudos.

No entanto, é difícil prever se essas são tendências consistentes, dadas as divergências metodológicas entre os estudos, bem como as diferentes seleções de variáveis analisadas.

Brunset al (2007) em seu estudo com cuidadores primários de indivíduos jovens com artrite idiopática encontrou associação entre os resultados do SRQ-20 e a escala SF-36 que afere a qualidade de vida dos indivíduos estudados. Número de consultas médicas por ano também esteve associado ao desfecho de Transtornos Psiquiátricos Menores.

Neste sentido, Quadros et al (2012) também encontrou associações entre os Transtornos Psiquiátricos Menores e condições de saúde dos cuidadores. Em seu estudo a presença de problemas crônicos de saúde esteve associada ao desfecho. Uma vez que Silva; Passos; Barreto (2012) também encontraram associação entre o rastreio positivo no SRQ-20 com características relacionadas a saúde física dos cuidadores, tais como dores nas costas e prática de atividade física, levar em conta a saúde física do cuidador torna-se necessário, a fim de avaliar os impactos físicos e psicológicos do cuidado bem como a relação entre ambos.

Quadros et al (2012) encontrou associação ainda entre os Transtornos Psiquiátricos Menores com eventos estressores, aposentadoria, e divisão do cuidado. Somados aos resultados de Rezende (2010) e Silva; Passos; Barreto (2012), que encontraram associação entre o rastreio positivo no SRQ-20 com o tempo frente ao cuidado, a perspectiva de que as características do cuidado prestado devem ser estudadas volta a ser tensionada.

A utilização da escala SRQ-20 em conjunto com outras escalas foi bem evidenciada entre os estudos rastreados, entre elas, chama atenção àquelas que fazem alusão ao sentimento de sobrecarga. Nos estudos de Bandeira et al (2008), Torres et al (2012) e Moraes et al (2012) por exemplo, é possível observar a utilização de escalas que aferiram a sobrecarga dos cuidadores e apresentaram correlações significativas do ponto de vista estatístico com o desfecho de Transtornos Psiquiátricos Menores. Essa perspectiva é tensionada também em estudos que utilizaram outras metodologias para acessar a sobrecarga (GRATAO et al, 2012; FARIAS et al, 2014), indicando sua relevância para o estudo do tema.

Bandeira et al (2008), Torres et al (2012) e Jorge; Chaves (2012) indicaram em seus estudos a associação de Transtornos Psiquiátricos Menores com aspectos limitantes da doença do indivíduo cuidado. Nos três estudos, a perspectiva de

dependência dos receptores do cuidado em relação à seus cuidadores teve influência positiva na presença do Transtorno Psiquiátrico Menor. Bandeira et al (2008) aponta ainda a manifestação de comportamentos problemáticos do receptor do cuidado como um agravante, enquanto Torres et al (2012) e Jorge; Chaves (2012) apontam as questões de estigma e embaraço.

Bandeira et al (2008) documenta ainda em seu estudo a correlação de Transtornos Psiquiátricos Menores com os encargos financeiros que ficam por conta dos cuidadores. Levando em consideração que a renda também é um fator de destaque entre alguns estudos, como o de Quadros et al (2012), analisar os impactos financeiros no contexto dos cuidadores torna-se necessário.

Outro aspecto evidenciado entre os estudos rastreados foi quanto a dinâmica familiar. Jorge & Chaves (2012), Van-Driessche et al (2014) e Panter-Brick; Grimon; Eggerman(2014) encontraram associação de alterações na dinâmica familiar com Transtornos Psiquiátricos Menores. A perspectiva de que áreas do funcionamento familiar são afetadas pela presença da doença mental já havia sido documentada por outros autores (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012). No entanto, o surgimento de resultados semelhantes em outras populações de cuidadores, como é o caso dos estudos de Van-Driessche et al (2014) e Panter-Brick; Grimon; Eggerman(2014), podem sugerir que essa perspectiva permeie as atividades de cuidado de modo geral, merecendo destaque aos olhos de autores que pretendem trabalhar em perspectivas semelhantes com cuidadores nas mais diversas áreas.

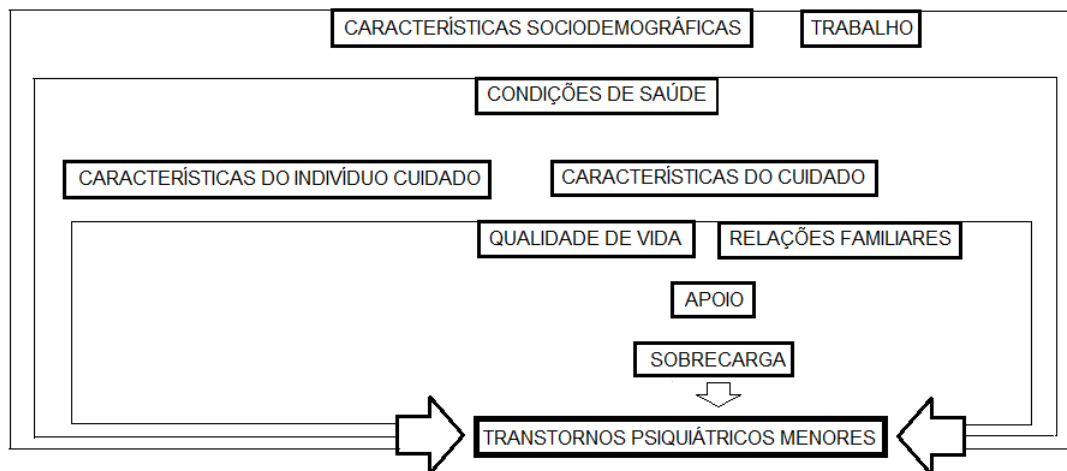
A soma dos resultados apresentados nessa revisão de literatura tensiona a reflexão de que diversos fatores têm se mostrado relevantes para o estudo do tema ao longo dos anos de investigação. Muitos estudos têm indicado diferentes variáveis de destaque na influência do desfecho de Transtornos Psiquiátricos Menores, no entanto, é possível observar que as diferentes variáveis não são colocadas a teste em conjunto.

Esta perspectiva torna-se um problema a medida que essas variáveis possuem grande potencial de influência umas sobre as outras, como é o caso por exemplo das variáveis condição de saúde e número de consultas médicas por ano. Ou ainda prática de atividades físicas e tempo diário dispensado à atividade de cuidado.

Diante dessa realidade, evidencia-se uma lacuna investigativa, ao passo que há necessidade de testar a influência dessas variáveis ajustadas entre si sob o desfecho de Transtornos Psiquiátricos Menores.

Uma alternativa em favor da elucidação do tema seria a realização de uma análise multivariada guiada por um quadro teórico que considerasse todos estes aspectos destacados pela literatura até o momento. Neste sentido, essa revisão de literatura propõe como produto o seguinte quadro teórico:

Figura 2: Quadro teórico hierarquizado de acordo com a revisão de literatura.



6. Metodologia:

6.1: Tipo de estudo e delineamento

Trata-se de uma proposta de estudo transversal, analítico, a ser realizado com familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial nos municípios de abrangência da 21ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul.

6.2: População e amostragem

A 21ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul encontra-se sob supervisão da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e é composta por 22 municípios, sendo eles: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.

Fazem parte da rede de serviços de saúde mental da 21ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul 23 Centros de atenção psicossocial, destes, 4 são destinados à atendimento de usuários de álcool e drogas, 3 são destinados ao atendimento da população infanto-juvenil e 16 atendem indivíduos adultos com necessidades em saúde mental.

Optou-se por trabalhar com cuidadores familiares de indivíduos adultos, portanto os CAPS infanto-juvenil não serão incluídos na amostra, bem como os CAPS destinados à atendimento de usuários de álcool e drogas. Neste último caso, essa opção se dá pelo entendimento de que essa é uma população mais independente e que por muitas vezes não contam com um indivíduo que se caracterize cuidador. Além da existência de pactos entre esses serviços e alguns de seus usuários quanto ao sigilo e não envolvimento da família no tratamento.

Sendo assim, serão incluídos no estudo 1 CAPS do município de Arroio Grande; 1 CAPS do município de Canguçu; 1 CAPS do município de Capão do Leão; 1 CAPS do município de Jaguarão; 6 CAPS do município de Pelotas; 1 CAPS

do município de Pinheiro Machado; 1 CAPS do município de Piratini; 1 CAPS do município de Rio Grande; 1 CAPS do município de Santa Vitória do Palmar; 1 CAPS do município de São José do Norte e 1 CAPS do município de São Lourenço do Sul.

Para definir o número de participantes foi realizado cálculo amostral. Para prevalência, o cálculo de amostra considerou uma frequência estimada de 50% com margem de 5 pontos e alfa (α) de 5%, resultando na necessidade de um N= 384. Já para associação, utilizando um poder de amostra de 80% com nível de significância de 5%, relação de não expostos/expostos de 1, Risco Relativo de 1,3 e considerando prevalência de 40% em não exposto, obteve-se um indicativo de amostra de N= 536. Logo, acresceu-se ao maior N indicado (N=536) 30% de indivíduos a fim de considerar perdas e controle de fator de confusão. Dessa forma, pretende-se aplicar o questionário à 697 familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

Considerando a disparidade no número de habitantes por município, a fim de tornar a amostra representativa da população de familiares cuidadores de usuários da 21ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, pretende-se levar em conta a proporcionalidade de indivíduos assistidos pelos serviços. Nesse sentido, foi realizado um estudo de demanda de cada serviço.

No estudo de demanda dos serviços, seus respectivos coordenadores foram questionados quanto à média de usuários atendidos mensalmente. Os dados coletados foram:

CAPS Mãos Amigas (Arroio Grande): 130
CAPS Casa da Saúde Mental (Canguçu): 170
CAPS Casa Vida (Capão do Leão): 150
CAPS Renascer (Jaguarão): 150
CAPS Escola (Pelotas): 150
CAPS Porto (Pelotas): 130
CAPS Castelo (Pelotas): 150
CAPS Zona Norte (Pelotas): 120
CAPS Fragata (Pelotas): 300
CAPS Baronesa (Pelotas): 130
CAPS Cacimbinhas (Pinheiro Machado): 100
CAPS Farroupilha (Piratini): 220

CAPS Conviver (Rio Grande): 500

CAPS Casa Nova Vida (Santa Vitória do Palmar): 300

CAPS Atalaia (São José do Norte): 100

A partir dos dados quanto ao número de usuários em cada serviço, foram realizados os cálculos de proporcionalidade, estes buscaram identificar a proporção representada por cada serviço no número total de usuários da região de saúde estudada. A mesma proporção que o serviço representou nesse universo foi utilizada para determinar a proporção da amostra a ser coletada ali. Dessa forma, a distribuição de coletas por serviço foi definida da seguinte forma:

CAPS Mãos Amigas (Arroio Grande): 32

CAPS Casa da Saúde Mental (Canguçu): 41

CAPS Casa Vida (Capão do Leão): 36

CAPS Renascer (Jaguarão): 36

CAPS Escola (Pelotas): 36

CAPS Porto (Pelotas): 31

CAPS Castelo (Pelotas): 36

CAPS Zona Norte (Pelotas): 29

CAPS Fragata (Pelotas): 72

CAPS Baronesa (Pelotas): 31

CAPS Cacimbinhas (Pinheiro Machado): 24

CAPS Farroupilha (Piratini): 53

CAPS Conviver (Rio Grande): 120

CAPS Casa Nova Vida (Santa Vitória do Palmar): 72

CAPS Atalaia (São José do Norte): 24

CAPS Nossa Casa (São Lourenço do Sul): 24

Para seleção dos entrevistados, após sorteio dos usuários a partir das listas dos serviços, seus familiares cuidadores serão identificados, contatados e caso atendam aos critérios de inclusão, convidados a participar do estudo. As entrevistas serão realizadas nos serviços. São os critérios de inclusão: Ser maior de idade; Estar envolvido nas atividades de cuidado do usuário do CAPS. Serão critérios de exclusão: Ser cuidador contratado formalmente.

6.3: Desfecho e sua medida

A fim de determinar a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores na amostra estudada, este estudo pretende utilizar a escala Self-Reporting Questionnaire (SRQ20). Este instrumento foi proposto pela Organização Mundial de Saúde para a detecção de Transtornos Psiquiátricos Menores, desenvolvido por Harding et al. (1980) e validada para o Brasil por Mari e Williams (1986).

A escala é composta por vinte questões com respostas do tipo sim ou não e conforme Harding et al. (1980), o ponto de corte, número de questões positivas que determinam a presença de um Transtorno Psiquiátrico Menor, pode apresentar variação considerável, de 5/6 a 10/11, dependendo do contexto cultural em que é aplicado, o que inclui contextos local e temporal. Este estudo pretende assumir os pontos de corte da validação brasileira (MARI; WILLIAMS, 1986), que encontrou sensibilidade e especificidade de 83% e 80% respectivamente quando aplicado o ponto de corte 6 para homens e 8 para mulheres.

6.4: Variáveis independentes

Serão inclusas nesse estudo variáveis acerca de dados sociodemográficos, trabalho, condições de saúde, qualidade de vida, relações familiares, características do indivíduo cuidado, apoio, aspectos relacionados ao cuidado e sobrecarga.

Para alguns dos aspectos supracitados, pretende-se a utilização de escalas previamente testadas e validadas no Brasil que possam providenciar dados mais sólidos e consistentes para as análises a serem desenvolvidas. Entre os aspectos para os quais destinar-se-á o uso de escalas estão: qualidade de vida; características do indivíduo cuidado; apoio e sobrecarga.

Para avaliação da qualidade de vida, propõe-se o uso da escala WHOQOL-bref, composta por 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas da WHOQOL 100 que é o instrumento-padrão da OMS para avaliação de qualidade de vida. Sua validação foi realizada por Fleck et al (2000) com aplicação do instrumentos em 300 indivíduos no município de Porto Alegre-RS. Sua composição se dá por 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A validação brasileira da escala mostrou que o instrumento apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e

fidedignidade teste-reteste. Um ponto positivo em relação a sua utilização é o seu uso bem documentado em diferentes populações, especialmente entre cuidadores, favorecendo as comparações a serem realizadas por este estudo.

No intuito de identificar características do indivíduo cuidado que de acordo com a literatura pudessem influenciar no desfecho de Transtornos Psiquiátricos Menores, propõe-se a utilização das escalas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Social Behaviour Schedule (SBS-BR).

A AIVD consiste em uma escala capaz de identificar os indivíduos estudados de acordo com seu nível de independência para a realização de atividades da vida diária. Seu desenvolvimento data de 1969 e têm como responsáveis Lawton e Brody (1969), que elaboraram essa escala no intuito de avaliar o desempenho dos sujeitos estudados em oito áreas distintas, a saber: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte. O uso da escala tem sido bem documentado no país em estudos que buscaram avaliar o grau de dependência especialmente de indivíduos idosos. Sua confiabilidade para o cenário brasileiro foi testada por Santos & Virtuoso-Junior (2008) e demonstrou índices psicométricos satisfatórios. Nesse sentido, o uso da escala pode auxiliar no rastreamento de dependência dos receptores do cuidado prestado pelos cuidadores estudados, favorecendo uma análise que considere o panorama de maior ou menor demanda de ações por parte do cuidador.

Para sobrecarga, a escala proposta é a Zarit Burden Interview (ZBI). Criada em 1985 e validada para o Brasil por Scazufca (2002), trata-se de um instrumento composto por 22 questões que levam em conta a relação cuidador-indivíduo cuidado, avaliação da condição de saúde, bem-estar psicológico, finanças e vida social. Sua pontuação se dá por uma escala do tipo Likert de 5 pontos e sua utilização no contexto brasileiro mostrou boa consistência interna e boa validade de construção. Levando em conta sua complexidade, uma avaliação mais criteriosa acerca do sentimento de sobrecarga se torna possível, possibilitando inclusive o estabelecimento de graus de severidade. Além de se constituir num dos instrumentos mais utilizados atualmente, tendo sua utilização documentada em uma série de estudos realizados com cuidadores, inclusive aqueles em saúde mental, o que favorece a comparação dos achados na população estudada.

Considerando os aspectos supracitados, a elaboração do instrumento de coleta resultou no questionário proposto a ser observado no apêndice C deste documento.

Considerando o quadro teórico e o instrumento de coleta desenvolvido para realização da pesquisa, as variáveis utilizadas neste estudo serão utilizadas conforme disposto na tabela 1.

Quadro 1: Variáveis Incluídas no Estudo.

Variável Dependente		
Variável	Característica	Tipo
SQR 20 (Transtorno Psiquiátrico Menor)	Ausente Presente	Categórica Dicotômica
Variáveis Independentes		
Vínculo	Outros Irmã/Irmão Filho/filha Cônjuge Pai/Mãe	Categórica Nominal
Sexo	Masculino	Categórica Dicotômica
Idade	Feminino 18-40 anos 41-50 anos 51-60 anos 61 anos ou mais	Ordinal
Estado civil	Sem companheiro Com companheiro	Categórica Dicotômica
Escolaridade	9 anos de estudo ou mais 5 a 8 anos de estudo 0 a 4 anos de estudo	Ordinal
Trabalho Remunerado	Possui Não Possui	Categórica Dicotômica
Renda per capita	1 salário mínimo ou mais 0,5 a 1 salário mínimo Até 0,5 salário mínimo	Ordinal
Principal Cuidador	Não é o principal cuidador É o principal cuidador	Categórica Dicotômica
Divisão do cuidado	Compartilha o cuidado Não compartilha o cuidado	Categórica Dicotômica
Tempo na atividade do cuidado	0 a 1 ano 1 a 5 anos 6 a 10 anos Mais de 10 anos	Ordinal
Tempo diário de cuidado	0 a 8 horas Mais de 8 horas	Ordinal
Problemas de Nervos	Não possui Possui e não usa psicofármacos Possui e usa psicofármacos	Categórica Dicotômica

Problemas de saúde	Não possui Possui	Categórica Dicotômica
Atividades físicas	Realiza Não realiza	Ordinal
Diagnóstico do usuário	Ansiedade Depressão Bipolaridade Esquizofrenia Retardo mental Álcool/Drogas	Ordinal
Grau de dependência do usuário	Independente Parcialmente dependente Dependente	Ordinal
Qualidade de vida (Domínio físico)	Satisfeito Parcialmente satisfeito Insatisfeito	Categórica Nominal
Qualidade de vida (domínio psicológico)	Satisfeito Parcialmente satisfeito Insatisfeito	Categórica Nominal
Qualidade de vida (domínio das relações)	Satisfeito Parcialmente satisfeito Insatisfeito	Categórica Nominal
Qualidade de vida (domínio de meio ambiente)	Satisfeito Parcialmente satisfeito Insatisfeito	Categórica Nominal
Sentimento de Sobrecarga	Ausência de sobrecarga Sobrecarga leve Sobrecarga moderada Sobrecarga intensa	Categórica Nominal
Apoio do CAPS	Recebe Não recebe	Categórica Dicotômica
Apoio familiar	Recebe Não recebe	Categórica Dicotômica
Satisfação com as relações familiares	Satisfeito Insatisfeito	Categórica Dicotômica

6.5: Logística

A aplicação dos questionários será realizada por 20 aplicadores previamente treinados pelo proponente do estudo em uma capacitação de 40 horas que promoverá a aproximação dos sujeitos com a questão de pesquisa, os objetivos do estudo e a metodologia proposta pelas escalas e questões que compõem o instrumento. Os aplicadores serão selecionados por meio de entrevista entre

graduados/graduandos ou pós-graduados/pós-graduandos em cursos da área da saúde ou afins de instituições públicas ou privadas do município de Pelotas-RS.

6.6: Controle de qualidade

Para avaliação e possíveis ajustes do questionário além de refinamento da logística e capacitação dos entrevistadores, pretende-se realizar uma aplicação prévia do questionário a 2 familiares cuidadores para testar a aplicabilidade semântica do mesmo. Os familiares cuidadores incluídos nessa etapa não farão parte da amostra final do estudo.

Além dos aplicadores, serão selecionados ainda dois revisores de acordo com o mesmo perfil supracitado. Esses ficarão responsáveis por contribuir no controle de qualidade, que será realizado no recebimento dos instrumentos de coleta com checagem de cada entrevistador; na revisão realizada pelos supervisores ao receber os questionários; na replicação via telefone de 5% das entrevistas realizadas e na correção da codificação.

A coleta dos dados será realizada em ações concentradas que serão distribuídas ao longo dos meses de fevereiro, março e abril de 2016. Neste período, serão agendadas ações com os familiares cuidadores nos serviços, local onde serão realizadas as entrevistas.

A entrada dos dados no banco ocorrerá no o pacote estatístico Stata 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), Inconsistências nos dados serão avaliadas e corrigidas quando necessário. O mesmo software será utilizado para correções necessárias.

6.7: Análise dos dados

Pretende-se iniciar a análise por meio de estatística descritiva das variáveis selecionadas para o estudo. Por meio desses dados será possível identificar a população estudada de acordo com suas características e de acordo com o desfecho de Transtornos Psiquiátricos Menores. Posteriormente os dados passarão por teste de Chi quadrado quando se tratarem de variáveis categóricas e teste T de Student quando variáveis contínuas, de forma que se possam identificar diferenças estatísticas significantes na amostra. Será considerado significativo P value com valor inferior a 0,05.

Para verificar o impacto de diferentes variáveis na presença de Transtornos Psiquiátricos Menores ou não em toda a amostra, pretende-se aplicar uma Regressão de Poisson com cálculo das Razões de Prevalência. Essa análise será aplicada dada prevalência estimada superior a 10% e o número de variáveis independentes que se pretende analisar em relação a variável dependente que corresponde ao Transtorno Psiquiátrico Menor. Uma vez que sua metodologia possibilita o ajuste das variáveis entre si, considerando o quadro teórico proposto, as variáveis serão incluídas no modelo nível a nível sendo ajustadas para as variáveis do mesmo nível e aquelas de níveis anteriores. Acredita-se que ao adotar esse tipo de análise haverá possibilidade de aferir a influência de cada variável sob influência uma das outras atendendo os tencionamentos da revisão de literatura.

6.8: Aspectos éticos

O estudo foi apresentado aos integrantes do Comitê Técnico da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul e posteriormente a Comissão Intergestora Regional onde os gestores municipais de saúde dos municípios abrangidos pelo estudo foram informados dos propósitos do estudo, bem como a metodologia e logística proposta. Após apreciação do estudo, foi realizado o pedido de consentimento da gestão municipal em saúde para realização do estudo e entrada dos entrevistadores em campo (Apêndice D).

O protocolo do estudo será submetido à plataforma Brasil para indicação do Comitê de Ética pelo qual esse estudo pode ser avaliado. Sua elaboração e desenvolvimento seguirão as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 466/2012 e o Código de Ética da Enfermagem por meio da resolução COFEN 311/2007. Após o esclarecimento quanto ao objetivo da pesquisa, os familiares cuidadores serão convidados a participar no estudo, e será solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice E) em duas cópias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador. Os aspectos éticos serão garantidos ainda por garantia do direito de não participação na pesquisa; direito de desistir da pesquisa a qualquer momento; livre acesso aos dados quando for de seu interesse e anonimato. O estudo envolverá, exclusivamente, a realização de entrevistas. Não estará incluído nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico.

Compreendendo que toda pesquisa que envolve seres humanos abarca riscos. Se reconhece que o dano poderá ser imediato, por envolver perguntas subjetivas que provoquem lembranças emotivas de diferentes vivências, este risco se justifica pela necessidade de aferir a influência dessas vivências no desfecho estudado pela pesquisa. O risco de desconforto por ventura gerado nos questionamentos poderá ser minimizado considerando que a entrevista poderá ser interrompida, sempre que solicitado pelo participante. Caso seja verificado qualquer desconforto emocional ou constrangimento por parte dos entrevistados, a entrevista será interrompida e o entrevistador deverá manejar a situação conforme instrução prevista no treinamento. Se necessário e consentido pelo entrevistado, profissionais do serviço onde a entrevista está ocorrendo poderão ser acionados. O entrevistado terá o direito de retornar ou não para entrevista.

Os benefícios aos sujeitos envolvidos no estudo serão num primeiro momento a oportunidade de expor seus sentimentos acerca de suas vivências diárias na atividade do cuidado e posteriormente a devolução de um consolidado com os principais resultados da pesquisa bem como material informativo acerca dos temas relacionados ao desfecho que mostrarem-se mais relevantes no estudo.

7. Orçamento:

O orçamento previsto para realização deste estudo pode ser observado no quadro 2. Nele é possível distinguir os gastos previstos de acordo com suas características, a saber: Material Permanente; Material de Consumo; Material didático; Passagens e Diárias; Serviços de Terceiros. Todos os gastos oriundos da realização deste estudo serão custeados pelo proponente.

Quadro 2: Gastos previstos para realização do estudo.

Produtos	Valor Unitário	Valor Total
Material Permanente		
Planilhas	5,00	50,00
Material de Consumo		
Folhas A4	7,00	210,00
Cartucho para impressora	60,00	300,00
Material Didático		
Livros	80,00	160,00
Artigos Científicos de Acesso Restrito	40,00	200,00
Passagens e Diárias		
Vale transporte urbano	2,75	550,00
Passagens Intermunicipais	30,00	4.860,00
Diárias	100,00	1.000,00
Serviços de Terceiros		
Impressão de Instrumentos	-	3.500,00
Revisor de Língua Portuguesa	-	500,00
Encadernação	10,00	50,00
Total:		R\$: 11.280,000

[illegible]

9. Referências Bibliográficas:

ABASIUBONG F. et al. Assessing the psychological well-being of caregivers of people living with HIV/AIDS in Niger Delta region, Nigeria. *AIDS Care*. v.23, n.4, p.494-500, 2011.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AZEVEDO M.A.S.S.B; FANTIN C.A; MATHIAZZI, R.C. O comportamento da família diante da internação do paciente psiquiátrico: observação, descrição e algumas considerações. In: NEME C.M.B. e RODRIGUES O.M.P.R (org.). *Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares*. São Carlos, RiMa, 2003.

BANDEIRA M; CALZAVARA M. C. P; CASTRO I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *J. bras. Psiquiatr.* v.57, n.2, p. 98-104, 2008.

BASAGLIA, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de: JAHN, H. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BIELEMANN V. L. M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enferm.* v.18, n.1, p131-139, 2009.

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

CAMATTA, M. W; SCHNEIDER, J. F. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v.43, n.2, p. 393-400, 2009.

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

FARIAS C.A; LIMA P.O.C; FERREIRA L.A; CRUZEIRO A.L.S; QUEVEDO L.A. Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.19, n.12, p:4819-27, 2014.

GRATÃO, C. M. A. et al. Sobrecarga e Desconforto Emocional em Cuidadores de Idosos. *Texto Contexto Enferm.* v.21, n2: 304-12, 2012.

HARDING T. W. et al. Mental disorders in primary health care: A study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* v.10, n.spe,p. 231-241, 1980.

JORGE R; CHAVES A. C. The Experience of Caregiving Inventory for firstepisode psychosis caregivers: validation of the Brazilian version. *Schizophr Res.* v.138, n.2-3, p. 274-279, 2012.

LAWTON MP, BRODY EM. Assesment of older people:self-maintaining and instrumental activities of dailyliving. *Gerontologist.* v.9, p: 179–85, 1969.

LOBOSQUE A.M. Experiências da Loucura: Da questão do sujeito à presença na cultura. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

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

MORAIS H. C. et al. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. *RevLatAm Enfermagem.* v.20, n.5, p.944-953, 2012.

OLIVEIRA R. M. P; LOYOLA C. M. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. *Acta Scientiarum. Health Sciences.* v. 26, no. 1, p. 213-222, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Organização PanAmericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. Genebra, 2001.

PANTER-BRICK, C. P; GRIMON, M. P; EGGERMAN, M. Caregiver-child mentl health: a prospective study in conflict and refugee settings. *J Child PsycholPsychiatr.* V.44, n.4, p. 313-27, 2014.

QUADROS L. C. et al. Minor psychiatric disorders in family caregivers of users of Psychosocial Care Centers in southern Brazil. *Cad. Saúde Pública.* v.28, n.1, p. 95-103, 2012.

RAMMINGER, T; BRITO, J.C. "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia e Sociedade.* v. 23, n. spe, 2011.

REZENDE T.C.B; COIMBRA A.M.V; COSTALLAT L.T.L; COIMBRA I.B. Factors of high impacts on the life of caregivers of disabled elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* v. 51, p:76-80, 2010.

SANTOS RL, VIRTUOSO JÚNIOR JS. Reliability of the Brazilian version of the Scale of InstrumentalActivities of Daily Living. *RBPS* v.21, n.4, p:290-296, 2008.

SHAH S.T; SULTAN, S.M; FAISAL, M; IRFAN, M. Psychological distress among caregivers of patients with schizophrenia. *J AyubMedColl Abbottabad.* v. 25, n.3, p: 27-30, 2013.

SILVA C. F; PASSOS V. M. A; BARRETO S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* v.15, n.4, p. 707-731, 2012.

SYED E. U; SUBERI S. I. Mental distress in mothers of child psychiatric patients. *J Coll Physicians Surg Pak.* v.16, n.6, p. 416-419, 2006.

TAVARES J. P. et al. Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do self report questionnaire. *Revista Enfermagem da UFSM.* v. 1, n. 1, p. 113-123, jan./abr. 2011.

TORRES A.R; HOFF N.T; PADOVANI C.R; RAMOS-CERQUEIRA A.T.A. Dimensional analysis of burden in Family caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* v. 66, p:432-441, 2012.

TREICHEL C.A.S. Transtornos Psiquiátricos Menores e seus fatores associados em familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial no sul do Brasil. 2014. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

TUNDE-AYINMODE M. F. Psychosocial impact of sickle cell disease on mothers of affected children seen at University of Ilorin Teaching Hospital, Ilorin, Nigeria. *East Afr Med J.* v.84, n.9, p.410-419, 2007.

VAN-DRIESSCHE, A. et al. Psychological well-being of parentes and Family caregivers of children with hearing impairment in South India: Influence of behavioural problems in children and social suport. *IntVer Psychiatry.* v. 26, n.4,p:500-7,2014.

ZENDJIDJIAN X.Y; BOYER L. Challenges in measuring outcomes for caregivers of people with mental health problems. *Dialogues ClinNeurosci.* v.16, n.2, p:159–169, 2014.

APÊNDICES

Apêndice A

Autor	Local/Ano	Sujeitos	Metodologia
Syed EU & Zuberi SI	Paquistão/2006	106 mães de crianças pacientes psiquiátricas e 132 mães de crianças atendidas em clínicas pediátricas.	Transversal; SRQ20; Avaliação de risco potencial e fatores de proteção; Cálculo de Odds ratio, desvio padrão e cálculo de P value; Ponto de corte no SRQ: 10.
Bruns A Et al	Brasil/2007	70 cuidadores primários de pacientes com artrite idiopática juvenil.	Transversal; CB Scale; SRQ20; SF-36; CHAQ; (Idade, sexo, grupo étnico, estado civil, ocupação, religião, renda, escolaridade, relação com o paciente, tempo como cuidador, tempo gasto longe de casa para estudar ou trabalhar e ajuda de outras pessoas, histórico médico, uso de medicações e número de consultas por ano); Teste de ANOVA foi utilizado para comparar a média entre os grupos; Correlação de Pearson foi utilizada para calcular correlação entre variáveis numéricas. Ponto de corte no SRQ: 8.
Tunde-Ayinmode MF	Nigéria/2007	75 mães de crianças com alguma doença médica aguda.	Transversal; SRQ20, Questionário sociodemográfico pré-estruturado. Foram realizados testes a fim de obter-se o Chi quadrado das variáveis para determinar as diferenças significativas entre a amostra. As médias das variáveis foram calculadas e comparadas por meio do teste de ANOVA. Ponto de corte no SRQ: 5.
Bandeira M Et al	Brasil/2008	100 familiares de pacientes psiquiátricos.	Transversal; FBIS-BR; BI; SRQ20; (Idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda); Utilizou-se correlação de Pearson entre as escalas; O ponto de corte para no SRQ: 5/6.
Barreto do Carmo MB Et al	Brasil/2009	1.087 Mães de crianças com asma.	Transversal; SRQ20; SPT; (Sexo, idade, escolaridade, animais de estimação); Análise univariada foi realizada para comparar a prevalência de asma; Estimativas generalizadas equações (GEE) foram consideradas na contabilização para o potencial efeito cluster devido ao desenho amostral do estudo, sendo definido como método de obtenção de odds ratio. O coeficiente de correlação intraclasse (ICC) para comparar os grupos foi calculado usando o estimador ANOVA. Ponto de corte no SRQ: 8.
Rezende TCB Et al	Brasil/2010	127 Cuidadores primários de idosos.	Transversal; SRQ20; CBS; (Sexo, idade, escolaridade, parentesco, condições de trabalho); Nível de dependência e Condições de saúde dos receptores do cuidado. Foram realizadas análises correlacionais entre as escalas. Adotou-se como significância p-valor menor que

			0,05. Ponto de corte no SRQ: 6/8.
Abasiubong F Et al	Nigéria/2011	322 cuidadores de pessoas vivendo com HIV / AIDS.	Transversal; SDS; SRQ20; (Idade, sexo, estado civil, escolaridade e ocupação). Médias das amostras e percentuais foram calculados e tiveram análise de frequência simples. Desvio padrão também foi calculado. Comparações dados de categóricas foram feitas usando Teste de Chi quadrado. Ponto de corte no SRT foi definido como 8 ou mais questões respondidas positivamente.
Quadros Lde C Et al	Brasil/2012	936 Familiares de usuários de CAPS.	Transversal; SRQ20; Eventos estressores; Sociodemográficos: Sexo, idade, escolaridade, renda familiar, situação conjugal, trabalho remunerado, vínculo com o usuário. Utilizou-se teste chi quadrado para comparar proporções; Tendência linear para variáveis independentes ordinais; Regressão de Poisson; Ponto de corte no SRQ: 6/8.
Torres AR Et al	Brasil/2012	47 cuidadores de pessoas com transtorno obsessivo compulsivo.	Transversal; SRQ20; ZBI; Y-BOCS; Questionário sociodemográfico pré-estruturado. Utilizou-se análise correlacional entre as escalas, muniu-se da utilização de critério de Varimax associado ao método Kaiser. A associação com variáveis qualitativas foi realizada por meio de análise de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Significância estatística foi considerada como p-valor menor que 0,05. Ponto de corte no SRQ: 6/8.
Morais HC Et al	Brasil/2012	61 familiares que cuidam de pacientes pós-AVC.	Transversal; CBS; MEEM; SRQ20; Sociodemográficas: Sexo, idade, estado civil, anos de estudo e grau de parentesco com o indivíduo cuidado. Para verificar normalidade da amostra foram aplicados os testes Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov. Para calcular o P value entre dois grupos foi utilizado teste T de student ou Mann Whitney testy, para três ou mais grupos foi utilizado teste de Kruskal-Wallis. Correlação entre variáveis numéricas foi calculada por Spearman's correlation. Ponto de corte no SRQ: 6/8.
Jorge Rde C & Chaves AC	Brasil/2012	75 Familiares de pessoas com primeiro episódio de psicose.	Transversal; ECI; SRQ20; SF36. Associações entre as variáveis foram aferidas por meio de correlação de Pearson; Correlação entre grupos e escalas foram realizadas por meio de teste T de student; Ponto de corte no SRQ 8 para mulheres e 7 para homens.
Gratao ACM Et al	Brasil/2012	124 cuidadores de idosos.	Transversal; ZBI; SRQ20. As médias das variáveis categóricas foram analisadas estatisticamente pelo teste t de Student, e ANOVA a um fator foi utilizada para comparação de mais de dois grupos. Além disso, foi calculada correlação de Spearman entre variáveis ordinais e

			quantitativas e correlação de Pearson entre variáveis quantitativas. As correlações foram consideradas como sendo fracas ($r < 0,3$), moderadas ($0,3 \leq r < 0,7$) ou fortes ($r \geq 0,7$). Ponto de corte no SRQ: 6/8.
Silva CF, Passos VMA, Barreto SM	Brasil/2012	58 cuidadoras familiares de pessoas com demência.	Transversal; ZBI; SRQ20; PRMQ-10; Escala Funcional de Pfeffer; (Idade, escolaridade, estado civil, ocupação, fumo, álcool, atividade física, lazer, sono, morbidade referida e uso de medicamentos). Associações entre variáveis foram testadas por meio do teste exato de Fisher, Após ajustes realizou-se uma regressão logística múltipla para determinar a força de associação entre as variáveis. Ponto de corte no SRQ: 7 para mulheres e 6 para homens.
Shah ST Et al	Paquistão/2013	50 cuidadores de pacientes com esquizofrenia.	Transversal; SRQ20; Questionário sociodemográfico-pré-estruturado e características do cuidado. Foram testadas associações entre as variáveis com teste de chi quadrado considerando-se como valor significativo p-valor menor que 0,05. Ponto de corte no SRQ: 9.
Van Driessche A Et al	Índia/2014	201 cuidadores familiares de crianças com deficiência auditiva.	Transversal; SRQ20; ZBI; Questionário sociodemográfico-pré-estruturado. Associações foram testadas por meio de análise ajustada adotando-se como valor significativo p-valor menor que 0,05.
Panter-Brick C; Grimon MP; Eggerman M.	Paquistão/2014	681 cuidadores de crianças em estresse pós-traumático refugiadas de guerra.	Longitudinal; SRQ20; DSRS; SDQ. Utilizou-se análise multivariada ajustada para testar relação entre os resultados do SRQ20 com as demais escalas: sintomas de estresse pós-traumático; depressão; dificuldades psiquiátricas; impacto e força pró-social.
Farias CA Et al	Brasil/2014	101 cuidadores de crianças assistidas por um Centro de Atenção Psicossocial Infância-juvenil.	Transversal; SRQ20; ZBI; SDQ; Questionário sociodemográfico-pré-estruturado. Análise univariada foi realizada para descrever as características da amostra. A sobrecarga (BI) foi analisada através da comparação das médias utilizando-se o Teste t e ANOVA. Ponto de corte no SRQ: 8.

Apêndice B

Autor/Ano	Objetivo	Principais Resultados
Syed EU & Zuberi SI, 2006.	Avaliar se há diferença significativa de estresse mental entre mães de crianças com desordens mentais e mães de crianças com outros problemas de saúde.	A idade média das mães de crianças com transtornos mentais foi de 30,94 anos, sendo a maioria casadas e com 3 filhos ou menos. Entre as mães de crianças com transtorno mental, o SRQ positivo foi de 35,8% tendo uma diferença estatística com P value de 0.002 para mães de crianças com outras necessidades em saúde. Ser casada por mais de 10 anos manteve significância após o ajuste entre variáveis, diferente do número de filhos que não mostrou nenhuma significância.
Bruns A Et al, 2007.	Avaliar a qualidade de vida e a carga da doença em cuidadores primários de pacientes jovens com artrite idiopática.	A maioria dos cuidadores eram mulheres, casadas, mães, de baixa educação e estado socioeconômico. Distúrbios psicoemocionais medidos pelo SRQ-20 foram detectados em 34,3% dos cuidadores. 18,6% dos cuidadores estavam tomando algum tipo de medicamento. Hipertensão e sintomas de dispepsia foram as doenças mais prevalentes. 94,3% havia consultado um médico pelo menos uma vez na no ano passado devido a problemas médicos. Houve uma correlação estatisticamente significativa entre o SRQ-20 e todos os componentes do SF-36. Significativas correlações entre o SRQ-20 e o número de consultas médicas por ano e rendimentos mensais individuais e familiares também foram encontradas. Não se observou qualquer diferença estatisticamente significativa nos escores médios para as dores e os componentes de saúde mental no questionário SF-36 o que sugere que o aspecto físico do paciente não tem impacto importante na qualidade de vida do cuidador.
Tunde-Ayinmode MF, 2007.	Avaliar o impacto psicossocial de mães de crianças com anemia falciforme ou asma ou bronquite.	Entre os grupos do estudo, mães com baixa educação de meninos com anemia falciforme apresentaram maior probabilidade de ser um possível caso de Transtorno Psiquiátrico Menor. Mães de crianças com anemia falciforme apresentaram diferença significativa quanto sobrecarga e qualidade de vida apresentando 28% de prevalência de SRQ positivo. Já mães de crianças com asma e bronquite apresentaram escore positivo no SRQ de 20% e 25% respectivamente. Os casos positivos de SRQ foram submetidos a comparação em termo de médias pelo teste de ANOVA, porém nenhuma variável foi estatisticamente significativa.
Bandeira M Et al,	Avaliar a validade da versão	A maioria dos cuidadores eram mulheres,

2008.	brasileira da escala Family Burden Interview Schedule (FBIS-BR).	mães, com idade média de 51,04 anos, a maioria morava com o indivíduo cuidado e sua renda familiar era de um a três salários-mínimos. Foram obtidas correlações significativas entre a escala BI e os escores obtidos para todas as subescalas da FBIS-BR, com relação à análise correlacional com a escala SRQ-20, os resultados mostraram correlações significativas entre o escore global dessa escala e os escores globais da FBIS-BR e com a maioria das subescalas da FBIS-BR que avaliam: Grau de incômodo sentido pelo familiar ao prestar assistência cotidiana; Incomodo de lidar com comportamentos problemáticos; E encargos financeiros. ³
Barreto do Carmo MB Et al, 2009.	Investigar a associação de casos SRQ positivos em mães com a prevalência de asma em suas crianças.	37,4 % das mães foram identificadas como caso positivo de Transtornos Psiquiátricos Menores. Os resultados da regressão logística foram ajustados para todas as covariáveis no modelo. OR de 1,78 (IC 95%: 1,34-2,35) foi encontrada para a associação de Transtornos Psiquiátricos Menores e asma em crianças.
Rezende TCB Et al, 2010.	Identificar o impacto das atividades de cuidado para com os idosos na vida de seus principais cuidadores.	A maioria dos cuidadores eram mulheres, filhas dos seus dependentes, com idade média de 54 anos. 32,26% dos cuidadores apresentaram SRQ positivo. As análises correlacionais indicaram que sofrimento psíquico, tempo frente ao cuidado, e escolaridade foram importantes preditores de sobrecarga.
Abasiubong F Et al, 2011.	Examinar o bem-estar psicológico dos cuidadores de pessoas vivendo com HIV / AIDS no Delta do Níger região da Nigéria.	A maior parte da amostra era composta por mulheres com idade média de 39 anos, pessoas casadas com pelo menos nível elementar de estudo com emprego remunerado. Porém destaca-se que ao comparar o desemprego entre os sexos 36,5% das mulheres estavam desempregados em comparação com 6,1% do sexo masculino. Um total de 39,2% dos cuidadores foi identificado como um caso SRQ positivo. A fim de identificar o nível de stress ou depressão, os indivíduos que apresentaram SRQ positivo foram dicotomizados em três grupos. Dentre esses grupos, o mais representativo foi de indivíduos com stress ou depressão leve.

Quadros Lde C Et al, 2012.	Descrever a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores e sua associação com variáveis sociodemográficas, sobrecarga autorreferida e eventos estressores em familiares cuidadores de usuários de CAPS no Sul do Brasil.	A prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores foi de 49%; A maioria dos cuidadores eram mulheres, acima dos 50 anos, casadas, rende de até 1,4 salário mínimo, com baixa escolaridade e sem trabalho remunerado. SRQ não teve diferença estatística entre sexos ou situação conjugal; Aumento na prevalência de SRQ deu-se com aumento da idade embora também não fosse estatisticamente significativo; Escolaridade mostrou-se fortemente associada com SRQ mesmo na análise ajustada; Após ajuste, ausência de emprego perde significância na relação com SRQ; Observou-se relação com problemas crônicos de saúde, eventos estressores, aposentadoria e ser o único cuidador.
Torres AR Et al, 2012.	Avaliar as diferentes dimensões de sobrecarga em cuidadores de pessoas com transtorno obsessivo compulsivo e seus fatores associados.	A maior parte da amostra de cuidadores era do sexo feminino, com idade média de 46 anos e tempo médio de escolaridade de 10 anos de estudo. A maior parte da amostra era cônjuge do receptor da atividade do cuidado e possuíam com quem dividir o cuidado. 38,3% referiram algum problema de saúde e a pontuação média no SRQ foi de 6. Entre os fatores que estiveram associados aos sentimentos de sobrecarga estiveram: interferência na vida pessoal do cuidador; percepção de dependência do paciente; sentimentos de irritação ou intolerância; sentimentos de culpa; insegurança e embaraço. Houve correlação entre a escala de sobrecarga e a SRQ-20.
Morais HC Et al, 2012.	Analisar o impacto do cuidar para o cuidador familiar de paciente após acidente vascular cerebral (AVC), correlacionando modificações de vida e sofrimento psíquico com a sobrecarga percebida.	Foi encontrada uma proporção de 44,3% de casos SRQ positivos. A maioria dos cuidadores eram mulheres, casadas, filhas do indivíduo cuidado, com idade média de 48,2 anos e 11 anos de estudo. Sua média de tempo cuidando era de 27 meses com tempo diário dispensado de 18 horas. A doença mais citada entre os cuidadores foi hipertensão (27,9%). Houve correlação significativa entre o SRQ do cuidador e a escala CBS, que avalia os aspectos de: Tensão geral, Isolamento, Decepção, Envolvimento emocional e Ambiente dos cuidadores.
Jorge Rde C & Chaves AC, 2012.	Avaliar morbidade psicológica e qualidade de vida de cuidadores de primeiro episódio psicótico na fase inicial do tratamento e avaliar a validação da versão brasileira do IPI.	29% dos cuidadores foram identificados como SRQ positivo; A maioria dos cuidadores eram mulheres, mães, com idade média de 46 anos, casadas, com trabalho remunerado e que moravam com o indivíduo cuidado. Indivíduos com SRQ positivo apresentavam altos escores também na escala ECI, indicando relação da carga emocional no cuidador com:

		Dependência, estigma, problemas com o serviço, efeitos na família.
Gratao ACM Et al, 2012.	Descrever a sobrecarga e o desconforto emocional dos cuidadores de idosos moradores de Ribeirão Preto-SP.	Os cuidadores foram majoritariamente (85,6%) do sexo feminino, com idade média de 56,5 anos e utilizavam em média 12,4 horas diárias para o cuidado. 57,6% dos cuidadores apresentaram de leve a moderada sobrecarga. Dependência funcional do idoso, sexo do cuidador e tempo em horas para o cuidado, foram preditores da sobrecarga ($p<0,05$). Encontrou-se, também, que a sobrecarga é fator de risco para desconforto emocional aferido pelo SRQ-20 ($p<0,05$). O escore médio no SRQ foi de 6,0.
Silva CF, Passos VMA, Barreto SM, 2012.	Investigar a prevalência e os fatores associados à sobrecarga, transtornos mentais comuns e autopercepção da memória das cuidadoras familiares de idosos com demência.	Das 58 cuidadoras incluídas no estudo, 42 (72,4%) eram filhas e adultas (63,8%) com menos de 60 anos. A idade variou de 30 a 88 anos (média = 58,2 e DP = 10,4). Grande parte das cuidadoras tinha grau de instrução superior completo (46,6%) e trabalhava (53,5%). Em relação à tarefa de cuidar, 32 (55,2%) exerciam a função de cuidadora há menos de 60 meses. Não houve diferença em relação ao tempo de cuidado diário (50% ou durante todo o dia), mas observou-se que a maioria, 35 (60,3%), não era cuidador único, e que os familiares cuidados tiveram o diagnóstico de demência há mais de 60 meses (50%). No modelo final, observou-se associação da sobrecarga com ocupação ($p=0,014$), prática de esporte ($p=0,010$), ter religião ($p=0,032$) e tempo na função de cuidadora ($p=0,046$). Com relação aos transtornos mentais menores, as associações relevantes foram prática de esporte ($p=0,028$), dores nas costas ($p=0,026$) e tempo de cuidado diário ($p=0,037$). Os casos de SRQ20 positivo corresponderam a 46,55% da amostra.
Shah ST Et al, 2013.	Investigar a prevalência e os fatores associados ao estresse emocional vivenciado pelos cuidadores de pacientes com esquizofrenia.	A maioria dos cuidadores eram homens, com idade média de 45,44 anos, a maior parte não havia frequentado a escola e eram majoritariamente casados. Em sua maioria eram desempregados e prestavam cuidados há mais de 2 anos. 72% dos cuidadores foram rastreados como casos positivos no SRQ. A única associação encontrada para estresse emocional foi idade.

Van Driessche A Et al, 2014	Investigar os fatores de risco associados a tensão e morbidades psicológicas do cuidador em pais e cuidadores familiares de crianças com deficiência auditiva.	Após o ajuste, baixo nível de escolaridade e violência doméstica apresentaram associação com sobrecarga no cuidador. Já insatisfação com o suporte social da família, problemas comportamentais das crianças e violência doméstica previu fortemente morbidades psicológicas (Positividade do SRQ20).
Panter-Brick C; Grimon MP; Eggerman M, 2014.	Investigar o estado de saúde mental de cuidadores de crianças refugiadas de guerra em estresse pós-traumático e os preditores de uma pior saúde mental desses indivíduos.	A saúde mental do cuidador foi prospectivamente associada a todas as oito medidas de saúde mental da criança. Para o estresse pós-traumático, a saúde mental do cuidador teve um impacto preditivo comparável à criança experimentar um ou dois eventos de trauma na vida. Para a depressão, ser do sexo feminino foi preditivo para problemas de saúde mental nos cuidadores. SRQ-20 foi associado com uma alteração de 1,04 ponto na CRIES e uma mudança de 0,65 ponto em DSRS. As associações foram moderadas por alfabetização materna e dinâmica da família.
Farias CA Et al, 2014.	Comparar as médias de sobrecarga de cuidadores de usuários do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) da cidade de Pelotas (RS) em relação à saúde mental de crianças e adolescentes e a do próprio cuidador	Os cuidadores eram majoritariamente mulheres, com idade média de 43 anos e sem trabalho remunerado. A pontuação média na escala de sobrecarga dos cuidadores foi de 37,4. Esta foi significativamente maior entre as mulheres ($p = 0,032$). 66,7% participantes apresentaram casos de transtornos mentais comuns, a média de sobrecarga foi significativamente maior entre estes ($p = 0,000$). As médias de sobrecarga foram significativamente mais altas nos cuidadores de usuários com problemas de conduta ($p = 0,000$), hiperatividade ($p = 0,001$) e problemas de relacionamento com colegas ($p = 0,001$). Também foram significativamente maiores entre aqueles classificados como possíveis casos de SRQ positivo ($p = 0,000$); entre as mulheres ($p = 0,032$) e os que já tiveram problemas na Justiça e/ou Conselho Tutelar ($p = 0,039$) envolvendo o usuário.

Apêndice C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS



– Faculdade de Enfermagem –



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PESQUISA: Transtornos Psiquiátricos Menores e seus fatores associados em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

COORDENAÇÃO: Carlos Alberto dos Santos Treichel e Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim.

Número de Identificação: _____ Cidade: _____ CAPS: _____ Data da Entrevista: ____/____/____ Entrevistado: _____ Telefone: _____ Usuário Assistido: _____ Modalidade de Atendimento: (1) Intensivo (2) Semi-Intensivo (3) Não Intensivo	Fni _ _ _ _ _ Fcd _ Fcaps _ _ Fdent _ _ / _ _ / _ _ Fmat _
Bom dia (boa tarde). Meu nome é ____ e estou trabalhando em uma pesquisa da universidade federal sobre cuidar de pessoas que frequentam o CAPS. Se o sr(a) está de acordo em conversar, gostaria de fazer umas perguntas. Eu preciso conversar com o(a) sr(a) sobre <nome> e também sobre o(a) sr(a), sobre a sua casa e sobre a vida de vocês. Este questionário será mantido em segredo. Os resultados desta pesquisa podem ajudar a melhorar os atendimentos que são feitos nos CAPS e ajudar muitas pessoas (apresentar termo de consentimento).	
1) Qual seu grau de parentesco com o <nome>? (1) Pai/Mãe (2) Irmão (3) Cônjuge (4) Filho (5) Avô/Avó (6) Nora/Genro (7) Tio/a (8) Cunhado/a (9) Compadre/comadre	Fvinc _ _

(10) Amigo/a (11) Contratado (pago) pra cuidar.	
2) (Observar) Sexo? (1) Masculino (2) Feminino	Fsexo _
3) Como o senhor(a) define sua cor de pele? (1) Branca (2) Preta (3) Parda ou Mestiça (4) Outro	Fcor _
4) Qual seu peso? _ _ _ kg	Fpes _ _ _
5) Qual sua altura? _ _ _ cm (Calcular o IMC: _ _ _)	Falt _ _ _ Fmc _ _ _
6) Qual sua idade? _ _ _ anos	Fdad _ _ _
7) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (2) Casado/acompanhado (3) Divorciado (4) Viúvo	Feciv _
8) Você sabe ler? (1) Sim (2) Não	Fsler _
9) Até que serie você estudou? (1) Sem escolaridade (2) Primário incompleto (3) Primário completo (4) Fundamental incompleto (5) Fundamental completo (6) Ensino médio incompleto (7) Ensino médio completo (8) Superior incompleto (9) Superior completo	Fest _ _
10) Você possui trabalho remunerado? (1) Sim (2) Não	Ftrab _
11) Você possui alguma outra fonte de renda? (1) Sim (2) Não (pule para questão 12) Se sim, qual? (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) Encosto (4) Auxílio do Governo (5) Trabalho Informal (bicos, faxina, artesanatos) (6) Outros _____	Fofren _ Fqofren _ _

12) Qual foi sua renda individual no último mês? R\$: _____	Freni _____
13) Qual foi a renda da sua família no último mês? R\$: _____	Frenf _____
14) Quantas pessoas moram na sua casa? __ O <nome> mora com você? (1) Sim (2) Não	Fqpc __ Fmorjuc _
15) Você é o principal cuidador do <nome>? (1) Sim (2) Não Você recebe ajuda de alguém para cuidar do <nome>? (1) Sim (2) Não Se sim, por favor, responda em ordem de acordo com quem mais ajuda para quem menos ajuda qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com o <nome> _____ (Seguir codificação da questão 1) _____ _____ 16) Há quanto tempo você cuida do <nome>? _____ meses	Fprc _ Fraj _ Faj1 __ Faj2 __ Faj3 __ Ftcuid _____
17) Você cuida do <nome> todos os dias? (1) Sim (Pule para questão 18) (2) Não Se não, quantos dias por semana você cuida do <nome>? _ dias	Fcud _ Fdqc _
18) Quanto tempo do seu dia você passa cuidando do <nome>? __ horas	Ftdcu __
Está bem, agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde de modo geral	
19) Você já teve ou tem problemas de nervos? (1) Sim (2) Não (Pular para questão 20)	Fproner _

Se sim, já consultou por causa deste problema? (1) Sim (2) Não Já baixou no hospital por causa deste problema? (1) Sim (2) Não Já se tratou no CAPS por causa deste problema? (1) Sim (2) Não Tomou medicamentos nos últimos 30 dias por causa deste problema? (1) Sim (2) Não (Pular para questão 20) Se sim, qual(is)? _____ _____	Fcoprn _ Fbnhpn _ Ftcapn _ Ftmpn _ Fmedpne1 _ _ Fmedpne2 _ _ Fmedpne3 _ _
20) Você tem outros problemas de saúde? (1) Sim (2) Não Hipertensão? (1) Sim (2) Não Diabetes? (1) Sim (2) Não Problema cardíaco? (1) Sim (2) Não Dor nas costas? (1) Sim (2) Não Dores de cabeça? (1) Sim (2) Não Outro? (1) Sim (2) Não Se sim, qual(is)? _____ _____ Você já teve que consultar por causa deste problema? (1) Sim (2) Não	Fprosa _ Fhiper _ Fdiab _ Fprocar _ Fpsout _ _ Fpros1 _ _ Fpros2 _ _ Fpros3 _ _ Fcpros _
21) Você realizou alguma consulta nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não	Fcntd _

Quantas consultas você realizou nos últimos 6 meses? _ _ _	Fcnusm _ _ _
Agora gostaria de conversar sobre alguns de seus hábitos	
22) Você fuma ou já fumou? (1) Sim, fumo (1) Sim sou Ex-fumante (2) Não (pular para questão 23) Quantos cigarros por dia? _ _ _ Há quanto tempo você fuma/ quanto tempo fumou? _ _ _ meses	Ffuma _ Fqcig _ Ftqfu _
23) Você ingere bebidas alcóolicas? (1) Sim (2) Não (pular para questão 24) Se sim, com que frequência? (1) Uma vez por mês ou menos (2) Pelo menos duas vezes por mês (3) Semanalmente (4) Duas vezes por semana (5) Quase todos os dias (6) Diariamente	Fbebal _ Fbefreq _
24) Você pratica alguma atividade física (caminhada, ginástica, academia)? (1) Sim (2) Não (pular) Se sim, com que frequência? (1) Mensalmente (2) Quinzenalmente (3) Semanalmente (4) Duas ou três vezes por semana (5) Diariamente	Fatfis _ Freqatf _
Agora eu gostaria de conversar um pouco sobre o <nome>. Vou perguntar algumas coisas sobre ele, sobre algumas mudanças que ocorreram na sua vida depois do <nome> adoecer e também sobre seu dia a dia com ele.	
25) Qual é o diagnóstico do <nome>? (1) Esquizofrenia (2) Transtorno Bipolar (3) Depressão (4) Distúrbio de Ansiedade (5) Distúrbio do Pânico (6) Transtorno Obsessivo Compulsivo (7) Outro _____	Fudiag _ _

26) Quando o <nome> adoeceu, lá na primeira vez que ele teve uma crise, onde ele foi atendido?		Fplate _
(1) Hospital Psiquiátrico (2) Hospital Geral (3) Pronto-Socorro (4) CAPS (5) outro _____		
27) Com o adoecimento do <nome> você precisou fazer alguma das coisas a seguir:		
Parar de trabalhar	(1) Sim (2) Não	Fpartra _
Parar de estudar	(1) Sim (2) Não	Fparest _
Parar de freqüentar a casa de amigos ou familiares	(1) Sim (2) Não	Fparfrq _
Parar de realizar atividades de lazer	(1) Sim (2) Não	Fparatvl _
Terminar um relacionamento amoroso	(1) Sim (2) Não	Ftermrel _
28) Você precisa fazer as coisas a seguir no cuidado com o <nome>		
Ajudá-lo a se alimentar	(1) Sim (2) Não	Fajali _
Ajudá-lo a tomar banho/ higienizar-se	(1) Sim (2) Não	Fajtob _
Ajudá-lo a controlar e tomar seus medicamentos	(1) Sim (2) Não	Fajtore _
Ajudá-lo a se vestir adequadamente	(1) Sim (2) Não	Fajsev _
Ajudá-lo a chegar aos lugares (ex. ir ao CAPS)	(1) Sim (2) Não	Fajchl _
Nunca deixá-lo desacompanhado	(1) Sim (2) Não	Fndeixd _
Para as próximas perguntas, eu preciso que você pense e me diga se o <nome> faz essas coisas sozinho; com ajuda; ou se ele não consegue fazer . Se ele não precisa fazer essas coisas tente imaginar se ele conseguiria caso precisasse.		
29) Escala AIVD		
O <nome> consegue usar o telefone?	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd1
O <nome> consegue ir a algum lugar mais longe (ex. ir no centro, ou visitar alguém) usando algum transporte como o ônibus por exemplo?	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd2
O <nome> consegue fazer compras no	(1) Sim, sozinho	Aivd3

super?	(2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	
O <nome> consegue preparar suas próprias refeições?	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd4
O <nome> consegue limpar a casa? (ex: limpar o banheiro, arrumar seu próprio quarto)	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd5
O <nome> consegue separar suas roupas sujas, lavar e passar sua própria roupa?	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd6
O <nome> consegue tomar seus remédios na quantia certa e no horário certo?	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd7
O <nome> consegue cuidar do seu próprio dinheiro? (Ex: Guarda ele em segurança, sabe identificar as prioridades na hora de gastar)	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd8
31) O senhor(a) se sente sobrecarregado com os cuidados do <nome>? (1) Sim (2) Não (pular para questão 31) Se sim, quanto? (1) Pouco Sobrecarregado (2) Mais ou menos Sobrecarregado (3) Muito sobrecarregado		Fsobre _ Fqsobre _
Agora eu vou fazer umas perguntas sobre como as pessoas se sentem quando tem que cuidar de outras pessoas. Me diga, por favor, se o(a) sr(a) se sente assim nunca, quase nunca ou às vezes, quase sempre ou sempre. Não existem respostas certas ou erradas.		
31) Escala Zarit (ZBI)		
0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____		

Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre			Sempre
O (A) sr(a) sente que <NOME> pede mais ajuda do que precisa?	0	1	2	3	4	Zbi1 _
O(A) sr(a) sente que por causa do tempo que gasta com <NOME> o(a) sr(a) não tem tempo suficiente para si mesmo?	0	1	2	3	4	Zbi2 _
O(A) sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de <NOME> e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	0	1	2	3	4	Zbi3 _
O(A) sr(a) se sente envergonhado(a) com o comportamento de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi4 _
O(A) sr(a) se sente irritado(a) quando <NOME> está por perto?	0	1	2	3	4	Zbi5 _
O(A) sr(a) sente que <NOME> afeta negativamente seus relacionamentos com outras pessoas da família ou amigos?	0	1	2	3	4	Zbi6 _
O(A) sr(a) sente receio pelo futuro de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi7 _
O(A) sr(a) sente que <NOME> depende do sr(a)?	0	1	2	3	4	Zbi8 _
O(A) sr(a) se sente tenso(a) quando <NOME> está por perto?	0	1	2	3	4	Zbi9 _
O(A) sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com <NOME>	0	1	2	3	4	Zbi10 _
O(A) sr(a) sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi11 _
O(A) sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada porque o sr(a) está cuidando de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi12 _
O(A) sr(a) não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi13 _
O(A) sr(a) sente que <NOME> espera que o sr(a) cuide dele/dela como se o sr(a) fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?	0	1	2	3	4	Zbi14 _

O(A) sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de <NOME>, somando as suas outras despesas?	0	1	2	3	4	Zbi15 _
O(A) sr(a) sente que será incapaz de cuidar de <NOME> por muito mais tempo?	0	1	2	3	4	Zbi16 _
O(A) sr(a) sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi17 _
O(A) sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi18 _
O(A) sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi19 _
O(A) sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi20 _
O(A) sr(a) sente que poderia cuidar melhor de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi21 _
De uma maneira geral, quanto o sr(a) se sente sobrecarregado(a) por cuidar de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi22 _
32) Você poderia me dizer se participou de alguma atividade, como grupo de informação ou de apoio, oferecidos pelo serviço durante o ultimo ano? (1) Sim (2) Não (pular para questão 33) Se sim, participa ativamente desse grupo pelo menos uma vez por mês? (1) Sim (2) Não						Fpgic _ Fppuv _
33) Você recebe apoio/suporte do CAPS para cuidar do <nome>? (1) Sim (2) Não						Frapc _
34) Você recebe apoio/suporte de sua família para cuidar do <nome>? (1) Sim (2) Não						Frafa _
36) Você recebe apoio dessas pessoas ou lugares a seguir pra cuidar do <nome>? Amigos (1) Sim (2) Não Vizinhos (1) Sim (2) Não						Fapami _ Fapviz _

Comadre/Compadre	(1) Sim (2) Não	Fapcom _
Parentes que não morem junto com você	(1) Sim (2) Não	Fappa _
UBS	(1) Sim (2) Não	Fapubs _
CRAS (assistência social)	(1) Sim (2) Não	Fapcras _
NASF	(1) Sim (2) Não	Fapnasf _
Associação de bairro/moradores	(1) Sim (2) Não	Fapamo _
Igreja	(1) Sim (2) Não	Fapigre _
Outros	(1) Sim (2) Não	Fapout _
Quais: _____		Fapqua _
37) O que você acha que precisaria para cuidar melhor do <nome>?		Foqppcm _ _

38) O que o CAPS poderia fazer para ajudar você a cuidar melhor do <nome>?		Fospaj _ _

Agora vou fazer mais algumas perguntas sobre como você tem se sentido ultimamente, vou ler pra você, e então você me diz qual resposta mais se encaixa pra você		
39) Escala WHOQOL		
Como você avaliaria sua qualidade de vida?		Whoq1 _
(1) Muito Ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa		
(5) Muito boa		
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?		Whoq2 _
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito		
(3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito		

(5) Muito satisfeito	
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas .	
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq3 _
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq4 _
O quanto você aproveita a vida? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq5 _
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq6 _
O quanto você consegue se concentrar? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq7 _
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq8 _
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq9 _
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas .	

Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente	Whoq10 _
Você é capaz de aceitar sua aparência física? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente	Whoq11 _
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente	Whoq12 _
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente	Whoq13 _
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente	Whoq14 _
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.	
Quão bem você é capaz de se locomover? (1) Muito Ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa	Whoq15 _
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq16 _
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito	Whoq17 _

(5) Muito satisfeito	
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq18 _
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq19 _
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq20 _
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq21 _
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq22 _
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq23 _
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito	Whoq24 _

(5) Muito satisfeito	
Quão satisfeito(a) você está como seu meio de transporte? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq25 _
A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.	
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? (1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente (5) Sempre	Whoq26 _
40) De modo geral, que nota você dá para sua qualidade de vida nos últimos 30 dias? _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Fnqv __
41) De modo geral, que nota você dá para seu relacionamento com sua família nos últimos 30 dias? _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Quão satisfeito você está com seu relacionamento com sua família? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Fnrf __ Fqsrcf _
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como o(a) sr(a) tem se sentido nos últimos 30 dias. Gostaria que o/a sr./a me respondesse sim ou não.	
42) Escala SRQ-20	

Teve dores de cabeça frequentes?	(1) Sim (2) Não	Srq1 _
Teve falta de apetite?	(1) Sim (2) Não	Srq2 _
Dormiu mal?	(1) Sim (2) Não	Srq3 _
Tem se assustado com facilidade?	(1) Sim (2) Não	Srq4 _
Tem tremores nas mãos?	(1) Sim (2) Não	Srq5 _
Tem se sentido nervosa(o), tensa(o) ou preocupada(o)?	(1) Sim (2) Não	Srq6 _
Teve má digestão?	(1) Sim (2) Não	Srq7 _
Sentiu que as suas ideias ficam embaralhadas de vez em quando?	(1) Sim (2) Não	Srq8 _
Tem se sentido triste ultimamente?	(1) Sim (2) Não	Srq9 _
Chorou mais do que de costume?	(1) Sim (2) Não	Srq10 _
Conseguiu sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	(1) Sim (2) Não	Srq11 _
Teve dificuldade de tomar decisões?	(1) Sim (2) Não	Srq12 _
Achou que seu trabalho diário é penoso e causa sofrimento?	(1) Sim (2) Não	Srq13 _
Achou que tinha um papel útil na vida?	(1) Sim (2) Não	Srq14 _
Perdeu o interesse pelas coisas?	(1) Sim (2) Não	Srq15 _
Se sentiu uma pessoa sem valor?	(1) Sim (2) Não	Srq16 _
Alguma vez pensou em acabar com a sua vida?	(1) Sim (2) Não	Srq17 _
Se sentiu cansada(o) o tempo todo?	(1) Sim (2) Não	Srq18 _
Sentiu alguma coisa desagradável no estômago?	(1) Sim (2) Não	Srq19 _
Se cansou com facilidade?	(1) Sim (2) Não	Srq20 _
AGRADEÇA MUITO A QUEM RESPONDEU O QUESTIONÁRIO		

Apêndice D

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gestor Municipal de Saúde do município de: _____

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL” a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município, pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, _____ de _____ de _____.

Carlos Alberto dos Santos Treichel

Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

☐ () Concordamos com a solicitação ☐ () Não concordamos com a solicitação

Nome: _____

Assinatura: _____

Apêndice E



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 466/12 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e esclarecido caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" autorizando a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo.

Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

Ressaltamos que você tem o direito de não participar na pesquisa; desistir da pesquisa a qualquer momento; livre acesso aos dados quando for de seu interesse e anonimato. Os procedimentos que você será submetido serão exclusivamente entrevistas. Você não precisará passar por nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico. Garantimos a você que todos os resultados obtidos serão usados somente para fins científicos

Embora tenhamos o interesse de manter você o mais confortável possível, sabemos que existe o risco de que por envolver perguntas subjetivas, este estudo pode provocar lembranças emotivas de diferentes vivências. Este risco se justifica pela necessidade de aferir a influência dessas vivências no desfecho estudado pela pesquisa. No entanto ressaltamos que esse risco de desconforto por ventura gerado nos questionamentos poderá ser minimizado considerando que a entrevista poderá ser interrompida, sempre que você quiser. Você terá o direito de retornar ou não para entrevista sem qualquer ônus.

Os benefícios da sua participação no estudo serão num primeiro momento a oportunidade de expor seus sentimentos acerca de suas vivências diárias na atividade do cuidado e posteriormente a devolução de um consolidado com os principais resultados da pesquisa bem como material informativo acerca dos temas relacionados ao desfecho que mostrarem-se mais relevantes no estudo.

Sendo assim, caso concorde com a declaração a seguir, para participar da pesquisa, precisamos que você assine este documento:

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. 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 e do 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 da Universidade Federal de Pelotas

Carlos Alberto dos Santos Treichel - Telefone: 53 8130-2955

Email: carlos-treichel@hotmail.com

Profª Vanda Maria da Rosa Jardim - Telefone: 53 8110-1092 - Email: vandamrjardim@gmail.com

II Relatório de Campo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CARLOS ALBERTO DOS SANTOS TREICHEL

**TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS
EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

RELATÓRIO DE CAMPO

Pelotas, 2016

Neste relatório se buscará explicitar todo trabalho de campo envolvido na elaboração e desenvolvimento da pesquisa “TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”, elaborada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências pelo curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI).

O mestrado teve início no mês de março do ano 2015, com uma duração máxima prevista de 24 meses. O período de março a julho (2015) foi destinado ao refinamento da proposta de pesquisa, momento no qual se definiram o local, delineamento e objetivos do estudo.

Quanto ao delineamento, se optou por um estudo transversal e analítico a ser realizado com familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. O local escolhido foram os municípios de abrangência da 21ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. Como objetivos definiam-se: Estimar a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial da 21ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul; Determinar a influência de variáveis sociodemográficas, trabalho, condições de saúde, qualidade de vida, relações familiares, características do indivíduo cuidado, apoio, aspectos relacionados ao cuidado e sobrecarga no desfecho de Transtornos Psiquiátricos Menores.

Tendo-se definido como local de interesse a 21ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, no mês de agosto (2015) iniciaram-se os contatos junto a 3ª Coordenadoria de saúde do Estado do Rio Grande do Sul (3ª CRS-RS) para rastreamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) alocados na região supracitada. Este período foi marcado pela realização sistemática de reuniões entre o coordenador da pesquisa e as coordenadoras das áreas de Atenção Básica e Política de Saúde Mental da região.

Por meio dessas reuniões, especialmente junto a coordenadora da Política de Saúde Mental, foi possível rastrear os municípios que possuíam Centros de Atenção Psicossocial, ressalta-se que nesse estudo foram considerados serviços de

interesse àqueles voltados à população adulta e que não atendessem exclusivamente transtornos relacionados ao abuso de substâncias. Dessa forma, foram rastreados 16 CAPS, a saber: 1 CAPS do município de Arroio Grande; 1 CAPS do município de Canguçu; 1 CAPS do município de Capão do Leão; 1 CAPS do município de Jaguarão; 6 CAPS do município de Pelotas; 1 CAPS do município de Pinheiro Machado; 1 CAPS do município de Piratini; 1 CAPS do município de Rio Grande; 1 CAPS do município de Santa Vitória do Palmar; 1 CAPS do município de São José do Norte e 1 CAPS do município de São Lourenço do Sul.

Após levantamento dos serviços a serem incluídos no estudo, iniciaram-se os contatos telefônicos com os referidos serviços a fim de localizar seus respectivos coordenadores. Feita a localização, os mesmos foram informados quanto encaminhamento da proposta de estudo para tramitação junto a Comissão Intergestora Regional (CIR) dos municípios da 21ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, tendo sido também questionados quanto a aspectos gerais do serviço.

Em setembro (2015), após realização dos primeiros contatos, por intermédio da 3ª CRS-RS, a proposta do estudo foi encaminhada à Comissão Intergestora Regional, de forma que todos os gestores municipais de saúde pudessem ter acesso à proposta que foi incluída como ponto de pauta para reunião de outubro (2015).

No mês de outubro (2015) o coordenador da pesquisa participou da reunião da Comissão Intergestora Regional (CIR) dos municípios da 21ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, na qual se apresentou a proposta de estudo aos gestores municipais presentes e foram distribuídas entre os mesmos as cartas para assinatura de anuência à pesquisa (APÊNDICE A).

Em novembro (2015) se deu o exame de qualificação, que contou com a participação dos seguintes membros: Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim; Profª Drª Elaine Tomasi; Profª Drª Ana Paula Müller de Andrade; Profª Drª Valéria Cristina Cristhelo Coimbra e Profª Drª Michele Mandagará de Oliveira. Entre as principais sugestões da banca estava a demanda de um estudo de demanda dos serviços estudados para que o número de questionários aplicados fosse distribuído proporcionalmente entre os serviços tornando assim a amostra representativa dos mesmos.

Nesse sentido, foram conduzidas visitas nos serviços a serem estudados tanto para que se pactuasse a logística da coleta entre o coordenador da pesquisa e

os coordenadores dos serviços, como para a coleta de informação quanto a média de usuários ativos/mês. . Os dados coletados foram:

CAPS Mãos Amigas (Arroio Grande): 130
CAPS Casa da Saúde Mental (Canguçu): 170
CAPS Casa Vida (Capão do Leão): 150
CAPS Renascer (Jaguarão): 150
CAPS Escola (Pelotas): 150
CAPS Porto (Pelotas): 130
CAPS Castelo (Pelotas): 150
CAPS Zona Norte (Pelotas): 120
CAPS Fragata (Pelotas): 300
CAPS Baronesa (Pelotas): 130
CAPS Cacimbinhas (Pinheiro Machado): 100
CAPS Farroupilha (Piratini): 220
CAPS Conviver (Rio Grande): 500
CAPS Casa Nova Vida (Santa Vitória do Palmar): 300
CAPS Atalaia (São José do Norte): 100
CAPS Nossa Casa (São Lourenço do Sul): 100

Nesse mesmo período foram realizados os demais ajustes no projeto de pesquisa de acordo com as sugestões da banca e o mesmo foi submetido à Plataforma Brasil para indicação do Comitê de Ética que analisaria o projeto. Após designação para o Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, todas as alterações solicitadas foram realizadas e submetidas à apreciação. Dessa forma, o projeto recebeu parecer favorável a sua realização sob ofício de número 1.381.759 em dezembro de 2015 (ANEXO A).

Após aprovação do comitê de ética, conduziu-se uma análise semântica do instrumento elaborado para pesquisa através da aplicação do mesmo a dois familiares cuidadores escolhidos intencionalmente. Para escolha dos mesmos considerou-se aspectos como idade avançada, baixa escolaridade e renda. Esses aspectos foram levados em conta dado o interesse de que o instrumento pudesse ser de fácil entendimento mesmo a populações em desvantagem social. Durante a aplicação, todos os itens em que houve dificuldade de entendimento por parte dos entrevistados foi marcado para revisão, ao final, os entrevistados foram

questionados ainda quanto suas impressões acerca do instrumento. Todas as colocações foram levadas em conta na revisão do mesmo, que sofreu alterações especialmente em seu tamanho, uma vez que o tempo de aplicação da primeira versão era muito extenso (cerca de 80'). A fim de facilitar a compreensão e reduzir o tempo de aplicação do questionário foi confeccionada uma série de materiais de apoio para respostas padronizadas (APÊNDICE B).

A partir da definição do questionário, foi elaborado ainda um manual de aplicação do mesmo (APÊNDICE C) a fim de padronizar a aplicação. O referido manual foi utilizado no treinamento dos coletadores, que foram selecionados por meio de entrevista após divulgação de chamada online em redes sociais.

Na primeira chamada foram selecionados 14 coletadores, sendo todos graduandos ou pós-graduandos da área das ciências da saúde predominantemente advindos do curso de enfermagem. Todos participaram de encontros de capacitação conduzidos durante o mês de janeiro (2016) pelo coordenador da pesquisa nos quais foram sensibilizados quanto a temática, apresentados a proposta do estudo e seus instrumentos e passaram por simulações de entrevistas.

A entrada em campo dos coletadores foi precedida por visitas nos serviços para que fossem pactuadas as datas, acesso dos entrevistadores aos registros dos usuários, suporte durante o período de coleta e disponibilização de espaço adequado para realização das entrevistas.

A coleta propriamente dita aconteceu em três etapas. Na primeira etapa, conduzida nos meses de fevereiro e março foram realizadas as coletas nos municípios de Arroio Grande; Canguçu; Capão do Leão; Jaguarão; Pinheiro Machado; Piratini; São José do Norte e São Lourenço do Sul. Optou-se por coletar os dados em Pelotas e Rio Grande isoladamente dado o porte dos municípios e em Santa Vitória do Palmar dada a necessidade de logística diferenciada.

Para os municípios incluídos na primeira etapa foram designadas duplas ou trios de coletadores que realizaram de 2 a 5 visitas aos serviços. Todos coletadores estavam devidamente identificados e munidos de carta de apresentação entregue ao coordenador do serviço. O deslocamento dos coletadores foi realizado por meio de transporte público comercial e custeado pelo coordenador da pesquisa.

Nos serviços, as atividades dos coletadores envolveram levantamento dos usuários, identificação de seus respectivos familiares, agendamento telefônico das

entrevistas e aplicação do questionário. O número de questionários válidos aplicados em cada um dos serviços na primeira etapa foi:

CAPS Mãos Amigas (Arroio Grande): 24
CAPS Casa da Saúde Mental (Canguçu): 37
CAPS Casa Vida (Capão do Leão): 34
CAPS Renascer (Jaguarão): 27
CAPS Cacimbinhas (Pinheiro Machado): 22
CAPS Farroupilha (Piratini): 43
CAPS Atalaia (São José do Norte): 18
CAPS Nossa Casa (São Lourenço do Sul): 22

A segunda etapa das coletas foi destinada a aplicação de questionários no município de Pelotas que contava com 6 serviços incluídos na amostra e aconteceu entre os meses de maio e junho. Este período foi marcado pela substituição de coletadores. Foi realizada uma nova chamada, na qual foram treinados 10 novos coletadores, todos graduandos advindos do curso de psicologia.

Para os serviços de Pelotas, optou-se por realizar coletas diariamente nos serviços. Contudo, a fim de não atrapalhar o fluxo dos serviços, especialmente no que diz respeito a ocupação de espaço físico, foi enviado apenas um coletador por turno em cada serviço. Dada a disparidade do número de questionários a serem aplicados em cada serviço, o período de coleta variou de 2 a 4 semanas. Semelhantemente a primeira etapa, O deslocamento dos coletadores foi realizado por meio de transporte público e custeado pelo coordenador da pesquisa.

O número de coletas realizadas em cada um dos serviços na segunda etapa foi:

CAPS Escola (Pelotas): 28
CAPS Porto (Pelotas): 24
CAPS Castelo (Pelotas): 22
CAPS Zona Norte (Pelotas): 23
CAPS Fragata (Pelotas): 50
CAPS Baronesa (Pelotas): 26

Após finalizar as coletas no município de Pelotas, iniciou-se a primeira fase de manipulação dos dados com a revisão dos questionários e agrupamento das questões discursivas. Essa atividade teve início em junho (2016) e contou com a participação de 10 coletadores que revisaram todos os questionários e agruparam as questões abertas de acordo com a semelhança ou proximidade do sentido das respostas. O agrupamento foi revisado pelo coordenador da pesquisa e serviu de base para criação do manual de codificação das questões abertas (APÊNDICE D) que orienta o valor numérico a ser atribuído para cada resposta discursiva.

Munidos do manual de codificação das questões abertas, esses mesmos coletadores, realizaram a codificação dos questionários e transcrição das respostas codificadas para o software Excel. Finalizada essa atividade, o coordenador da pesquisa procedeu a exportação das respostas para base de dados oficial elaborada no pacote estatístico Stata 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Essa mesma base de dados foi utilizada para refinamento do banco e controle de qualidade por meio do cruzamento dos dados, testes de amplitude e avaliação de inconsistências.

Ressalta-se que houve interesse em elaborar o banco de dados mesmo antes do final das coletas para que os dados coletados até então pudessem ser trabalhados, discutidos e divulgados na Semana Integrada de Ensino Pesquisa e Extensão realizada na Universidade Federal de Pelotas, instituição promotora da pesquisa. Os dados coletados até então serviram de base para elaboração de 6 resumos expandidos apresentados na modalidade oral à comunidade científica da instituição supracitada. Os resumos foram:

- TREICHEL, C. A. S.; KANTORSKI, L. P. ; ALDRIGUI, L. B. ; JARDIM, V. M. R. . SOBRECARGA E USO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE CUIDADORES INFORMAIS DE INDIVÍDUOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO. In: XVII Encontro de Pós Graduação da Universidade Federal de Pelotas, 2016, Pelotas. Anais do XVII Encontro de Pós Graduação da Universidade Federal de Pelotas, 2016.
- OLIVEIRA, L. G. ; TREICHEL, C. A. S. ; JARDIM, V. M. R. . AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE FAMILIARES CUIDADORES DE INDIVÍDUOS ESQUIZOFRÊNICOS. In: XXV Congresso de Iniciação Científica da

Universidade Federal de Pelotas, 2016, Pelotas. Anais do XXV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas, 2016.

- SANTOS, L. H. ; SOUZA, T. T. ; TREICHEL, C. A. S. ; JARDIM, V. M. R. ; KANTORSKI, L. P. . AUTONOMIA DOS USUÁRIOS DOS CAPS DA 21ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. In: XXV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas, 2016, Pelotas. Anais do XXV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas, 2016.
- KONZGEN, M. G. G. ; TREICHEL, C. A. S. ; KANTORSKI, L. P. ; ALDRIGUI, L. B. ; WEINBERGER, A. T. ; JARDIM, V. M. R. . AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA AUTORREFERIDA ENTRE FAMILIARES CUIDADORES EM SAÚDE MENTAL. In: XXV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas, 2016, Pelotas. Anais do XXV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas, 2016.
- NALERIO, N. S. ; GUERRA, R. M. ; TREICHEL, C. A. S. ; JARDIM, V. M. R. ; SILVA, M. S. J. . SOBRECARGA EM FAMILIARES DE INDIVÍDUOS ESQUIZOFRÊNICOS QUE FREQUENTAM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. In: XXV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas, 2016, Pelotas. Anais do XXV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas, 2016.
- SCHUSTER, J. G. ; RIET, H. S. ; TREICHEL, C. A. S. ; RODRIGUES, L. S. ; JARDIM, V. M. R. . TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES EM FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA. In: XXV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas, 2016, Pelotas. Anais do XXV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas, 2016.

A terceira etapa das coletas foi destinada a aplicação de questionários nos municípios de Rio Grande e Santa Vitória do Palmar e aconteceu durante o mês de outubro (2016). Em Rio Grande, dadas as limitações de espaço físico e o número de coletas a serem realizadas, optou-se pelo envio de um coletador em turnos alternados da semana durante o período de um mês. Já em Santa Vitória do Palmar, dada as dificuldades logísticas para o acesso, optou-se por enviar um coletador para

passar o período de uma semana alojado no município realizando coletas diariamente no serviço.

O número de coletas realizadas em cada um dos serviços na segunda etapa foi:

CAPS Conviver (Rio Grande): 85

CAPS Casa Nova Vida (Santa Vitória do Palmar): 52

Finalizadas as coletas, se deu início a segunda fase de manipulação dos dados, momento no qual os dados referentes aos municípios de Rio Grande e Santa Vitória do Palmar foram incluídos no banco de dados. Essa atividade teve início em novembro (2016) e contou com a participação de 3 coletadores. Tal como na primeira fase, houve codificação dos questionários e transcrição das respostas codificadas para o software Excel; Exportação das respostas codificadas para o banco de dados oficial elaborado no pacote estatístico Stata 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos); Refinamento do banco e controle de qualidade por meio do cruzamento dos dados, testes de amplitude e avaliação de inconsistências.

Finalizadas as etapas de campo, iniciaram-se as análises relacionadas a pesquisa propriamente dita. As análises foram conduzidas com o pacote estatístico Stata 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Foi verificada a distribuição proporcional e intervalos de 95% de confiança (IC 95%) para as variáveis categóricas. Na análise bruta, a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores foi calculada para cada variável independente e o teste chi-quadrado para heterogeneidade foi utilizado para identificar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p < 0,05$).

A análise ajustada objetivou controlar possíveis fatores de confusão em relação às variáveis do mesmo nível e àquelas de níveis anteriores, para isso utilizou-se a regressão de Poisson, com o cálculo das razões de prevalência ajustadas. Foi usado o teste de Wald para testar heterogeneidade. Os modelos de regressão levaram em consideração um modelo hierárquico que incluiu as variáveis em seis níveis.

Os resultados gerados a partir da pesquisa originaram um artigo relacionado aos resultados da análise conduzida com os dados gerados a partir do trabalho de campo. O referido artigo leva o título “TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS” e será encaminhado à Periódico Indexado com Qualis-CAPES de conceito B1 ou superior na área da Enfermagem ainda no primeiro trimestre de 2017.

No artigo supracitado foram testadas todas as hipóteses propostas no projeto de pesquisa, a retomada das mesmas pode ser conferida a seguir:

- Transtornos Psiquiátricos Menores são mais comuns em mulheres, em pessoas em entre 30 e 60 anos e indivíduos sem trabalho remunerado.

Os estratos de idade utilizados na análise foram ajustados, contudo, a faixa etária citada na hipótese está compreendida nos dois estratos com maiores prevalências de Transtornos Psiquiátricos Menores. Dessa forma, pode-se dizer que toda primeira hipótese foi confirmada.

- Indivíduos com piores condições de saúde são mais propensos a apresentar Transtornos Psiquiátricos Menores.

A hipótese foi confirmada, indivíduos com problemas de saúde apresentaram mais risco de manifestação do desfecho.

- Quanto pior a qualidade de vida, existe maior risco de ocorrência de Transtornos Psiquiátricos Menores.

A hipótese foi confirmada, havendo forte associação entre o desfecho e piores desempenhos na qualidade de vida em especial nos domínios físico e ambiental.

- Insatisfação com as relações familiares está associada a ocorrência de Transtornos Psiquiátricos Menores.

A hipótese foi confirmada, indivíduos insatisfeitos com suas relações familiares apresentaram maior risco para manifestação do desfecho.

- Cuidadores de indivíduos com maiores limitações são mais propensos à Transtornos Psiquiátricos Menores.

A hipótese foi rejeitada, os indivíduos mais propensos ao desfecho foram aqueles que cuidavam de indivíduos mais independentes.

- Apoio é fator de proteção para Transtornos Psiquiátricos Menores.

A hipótese foi confirmada em parte, não receber apoio da família esteve associado ao desfecho, contudo, o não recebimento de apoio do CAPS não esteve associado.

- Divisão do cuidado é fator de proteção para Transtornos Psiquiátricos Menores.

Embora houvesse menor prevalência do desfecho entre pessoas que dividiam o cuidado, não dividir o cuidado não apresentou associação com a manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores.

- Indivíduos com maior sentimento de sobrecarga têm maior risco de apresentar Transtornos Psiquiátricos Menores.

A hipótese foi confirmada, quanto maior o sentimento de sobrecarga, maior foi o risco de apresentar o desfecho.

- Sob análise ajustada as variáveis mais significativamente associadas ao desfecho serão sobrecarga; qualidade de vida e condições de saúde.

A hipótese foi confirmada em parte, houveram ainda outras situações que apresentaram forte associação com o desfecho, como por exemplo satisfação com as relações familiares .

Durante o período do Mestrado o coordenador da pesquisa esteve envolvido ainda na produção e publicação de outros artigos científicos. Foram publicados os artigos:

- TREICHEL, C. A. S.; JARDIM, V. M. R. ; KANTORSKI, L. P. ; VASEM, M. L. ; NEUTZLING, A. S. . Clustering of minor psychiatric disorders and burden among family caregivers of individuals with mental illness. *Ciência & Saúde Coletiva (Online)*, v. 21, p. 585-590, 2016.
- RODRIGUES, C. G. S. S. ; JARDIM, V. M. R. ; KANTORSKI, L. P. ; COIMBRA, V. C. C. ; TREICHEL, C. A. S. ; FRANCHINI, B. ; BRETANHA, A. S. F. ; NEUTZLING, A. S. . Independent Life Skills among psychosocial care network users of Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva (Online)*, v. 21, p. 2565-2570, 2016.
- JARDIM, V. M. R. ; KANTORSKI, L. P. ; OLIVEIRA, M. M. ; TREICHEL, C. A. S. ; RODRIGUES, C. G. S. S. ; DIAS, L. V. . Limitações de comportamento social entre usuários da Rede de Atenção Psicossocial no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva (Online)*, v. 20, p. 1371-1378, 2015.

Além dos artigos já publicados, foram ainda aceitos para publicação os seguintes artigos:

- MEZZOMO, F. C. ; BERNINI, C. R. ; TREICHEL, C. A. S. ; SILVA, M. D. ; SANTOS, F. A. O. . Cisto de úraco em paciente adulto: Relato de caso. Revista AMRIGS, 2017.
- KANTORSKI, L. P. ; JARDIM, V. M. R. ; TREICHEL, C. A. S. ; DEMARCO, D. A. ; NEUTZLING, A. S. ; OLIVEIRA, M. M. ; COIMBRA, V. C. C. . SATISFACTION WITH MENTAL HEALTH COMMUNITY SERVICES AMONG PATIENTS' RELATIVES. Revista Brasileira de Epidemiologia (Online), 2017.
- TREICHEL, C. A. S.; JARDIM, V. M. R. ; KANTORSKI, L. P. ; NEUTZLING, A. S. ; OLIVEIRA, M. M. ; COIMBRA, V. C. C. . MINOR PSYCHIATRIC DISORDERS AND THEIR ASSOCIATIONS IN FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), 2016.
- FRANZMANN, U. T. ; KANTORSKI, L. P. ; JARDIM, V. M. R. ; TREICHEL, C. A. S. ; OLIVEIRA, M. M. ; PAVANI, F. M. . FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DE MELHORA POR USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SUL DO BRASIL. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), 2016.
- RODRIGUES, C. G. S. S. ; JARDIM, V. M. R. ; KANTORSKI, L. P. ; COIMBRA, V. C. C. ; TREICHEL, C. A. S. ; FRANCHINI, B. ; BRETANHA, A. S. F. ; NEUTZLING, A. S. . Estudo de avaliação das habilidades de vida independente entre usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ), 2016.
- TREICHEL, C. A. S.; JARDIM, V. M. R. ; KANTORSKI, L. P. ; VASEM, M. L. ; NEUTZLING, A. S. ; PAVANI, F. M. . Satisfação dos familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial acerca das informações prestadas quanto à doença e tratamento do usuário. Journal of Nursing and Health, 2016.

Após a defesa, pretende-se confeccionar um compilado em forma de relatório com os principais resultados da pesquisa. Esse material será encaminhado a 3ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul para encaminhamento via Comissão Intergestora Regional a cada município incluído no estudo.

APÊNDICES

Apêndice A

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gestor Municipal de Saúde do município de: Canoas Grande

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município, pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, 03 de dezembro de 2015.

Carlos Treichel
Carlos Alberto dos Santos Treichel

Vanda
Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

☒ Concordamos com a solicitação ☐ Não concordamos com a solicitação

Nome: Idelvani Tessmer Muller

Assinatura:

Idelvani Tessmer Muller
Secretaria Municipal de Saúde
e Assistência Social

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gestor Municipal de Saúde do município de:

Canguçu/RS

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, 07 de dezembro de 2015.

Carlos Treichel
Carlos Alberto dos Santos Treichel

[Assinatura]
Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

☒ Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Nome: Luciane Bastos da Silva

Assinatura: [Assinatura]
Luciane Bastos da Silva
Secretária Municipal de Saúde
Canguçu - RS

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gestor Municipal de Saúde do município de: Capão do Leão

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município, pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, 07 de Dezembro de 2015.

Carlos Treichel

Carlos Alberto dos Santos Treichel

Vanda

Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

☒ Concordamos com a solicitação ☐ Não concordamos com a solicitação

Nome: Rosa Beatriz da Silva Pinto

Assinatura: RB

Rosa Beatriz Pinto
Secretaria Municipal de Saúde
Matrícula: 5111
SMS - Capão do Leão/RS

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gestor Municipal de Saúde do município de:

SOLICITADO

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, 04 de Dezembro de 2015.

Carlos Treichel
Carlos Alberto dos Santos Treichel

Vanda Maria da Rosa Jardim
Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

(☒) Concordamos com a solicitação (☐) Não concordamos com a solicitação

Nome: Carlos Alberto dos Santos Treichel

Assinatura: [Assinatura]

Ass. Ger. de Saúde da Juventude-R
Caio Acosta Caetano
Suplente Municipal de S. S.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sra. Arita Bergmann
Gestora Municipal de Saúde
Pelotas/RS

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município, pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel, sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final, bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, 07 de dezembro de 2015.

Carlos Treichel
Carlos Alberto dos Santos Treichel

Vanda Maria da Rosa Jardim
Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

(X) Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Arita Bergmann
Arita Bergmann
Secretária Municipal de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gestor Municipal de Saúde do município de:

Pinheiro Machado

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, 29 de Outubro de 2015.

Carlos Treichel
Carlos Alberto dos Santos Treichel

Vanda Maria da Rosa Jardim
Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

☒ Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Nome: Ronaldo Costa Madruga

Assinatura: _____

Ronaldo Costa Madruga
Vice-Prefeito
Secretário de Saúde
Matrícula nº 830071

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gestor Municipal de Saúde do município de:

Piruatini

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, 28 de OUTUBRO de 2019.

Carlos Treichel
Carlos Alberto dos Santos Treichel

Vanda Maria da Rosa Jardim
Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

☒ Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Nome: Diego Espinola de Azeite

Assinatura: [Assinatura]

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gestor Municipal de Saúde do município de:

Santa Vitória do Palmer

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, 07 de Dezembro de 2015.Carlos Treichel

Carlos Alberto dos Santos Treichel

Vanda Maria da Rosa Jardim
Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim☒ Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitaçãoNome: Fabiana Bittencourt Fernandes

Assinatura: _____

Fabiana Bittencourt Fernandes
Secretaria Municipal de Saúde
Santa Vitória do Palmer - RS

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gestor Municipal de Saúde do município de: Rio grande

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, 30 de março de 2015.

Carlos Treichel
Carlos Alberto dos Santos Treichel

Vanda Maria da Rosa Jardim
Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

☒ Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Nome: Luciano Jacobs Trzeciak

Assinatura: [Assinatura]

LUCIANO JACOBS TRZECIAK
Secretário do Município da Saúde
RIO GRANDE

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gestor Municipal de Saúde do município de:

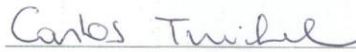
SÃO JOSÉ DO NORTE

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município, pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, 02 de dezembro de 2015.



Carlos Alberto dos Santos Treichel



Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

(X) Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Nome: Claudio Carrasco Silveira

Assinatura: _____


Claudio Carrasco Silveira
Secretário Municipal da Saúde
São José do Norte/RS
Decreto nº 12.205/2015

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gestor Municipal de Saúde do município de:

São Lourenço do Sul

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de seu município pelo aluno de pós-graduação Carlos Alberto dos Santos Treichel sob orientação da Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim, com o seguinte objetivo: Identificar os impactos do ato de cuidar na vida dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial, necessitando portanto, entrevistar familiares de usuários dos CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Pelotas, 29 de 10 de 15.

Carlos Treichel

Carlos Alberto dos Santos Treichel

Vanda Maria da Rosa Jardim

Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

☒ Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Nome:

Assinatura:

Arilson de Silva Mendes
Arilson de Silva Mendes

Apêndice B



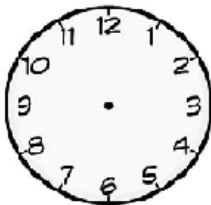
CONSEGUE SOZINHO
(1)



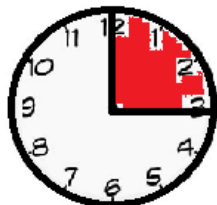
CONSEGUE COM AJUDA
(2)



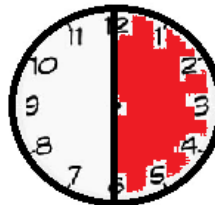
NÃO CONSEGUE
(3)



Nunca
(1)



Quase nunca
(2)



Às vezes
(3)



Quase sempre
(4)



Sempre
(5)



MUITO RUIM
(1)



RUIM
(2)



NEM RUIM NEM BOA
(3)



BOA
(4)



MUITO BOA
(5)



Muito insatisfeito
(1)



Insatisfeito
(2)



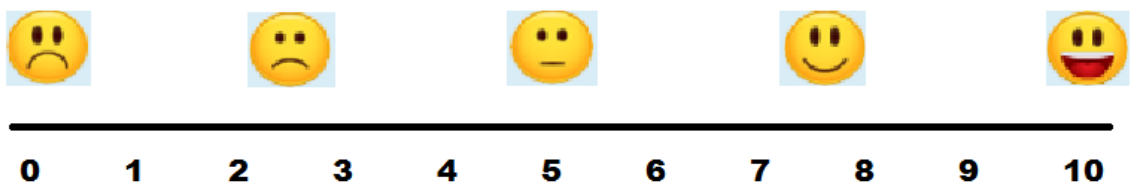
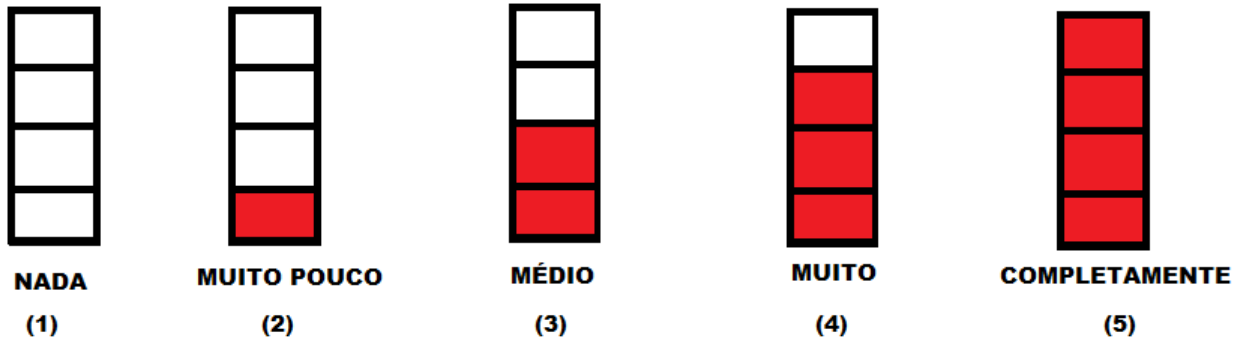
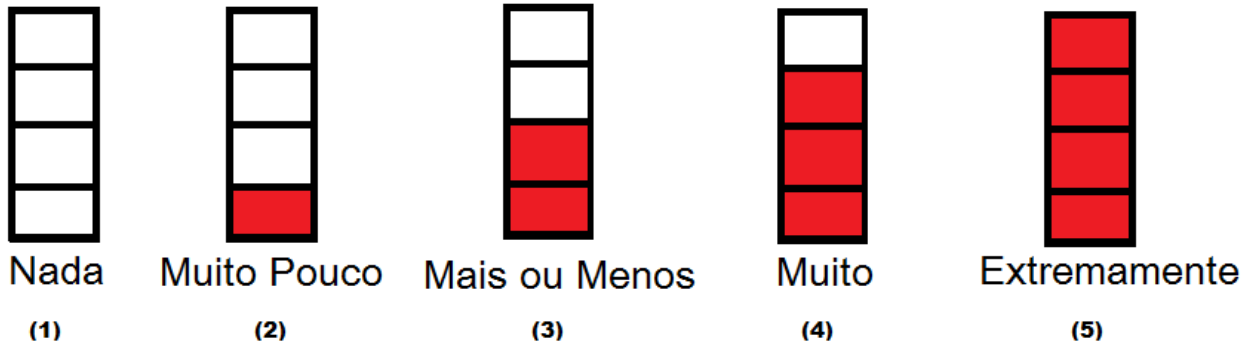
**Nem satisfeito
Nem insatisfeito**
(3)



Satisfeito
(4)



Muito Satisfeito
(5)



Apêndice C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS



– Faculdade de Enfermagem –

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



PESQUISA: Transtornos Psiquiátricos Menores e seus fatores associados em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

COORDENAÇÃO: Carlos Alberto dos Santos Treichel e Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim.

MANUAL DO ENTREVISTADOR

Instrução nº 1: UTILIZE O MANUAL

Caro entrevistador, este manual foi elaborado para lhe auxiliar na aplicação dos questionários. Esperamos que através de sua leitura você possa conhecer o intuito das questões e com isso otimizar a coleta de informações no campo.

Instrução nº 2: RESPEITE O MANUAL

Com vistas a padronizar a coleta, salientamos que **todas as questões devem ser trabalhadas de acordo com o que prevê esse manual**. Sendo assim, o mesmo deve ser consultado sempre que surgir alguma dúvida acerca da aplicação dos questionários.

Instrução nº 3: COMUNIQUE-SE

Caso você não encontre a resposta que precisa, você pode ainda entrar em contato com a coordenação da pesquisa a qualquer momento. **Contatos:** (53) 3921-1521 ou (53) 8130-2955. **Dúvidas no momento da aplicação podem ser registradas no verso da página do questionário.**

Instrução nº 4: ATENTE PARA OS ASPECTOS ÉTICOS

Antes de prosseguir, tenha sempre em mente os aspectos éticos envolvidos nessa pesquisa. Todos os potenciais entrevistados têm direito de não participação na pesquisa; desistir da pesquisa a qualquer momento; livre acesso as anotações realizadas na aplicação do questionário e aos dados quando for de seu interesse (posteriormente), além de anonimato. Lembre-se ainda que por envolver perguntas subjetivas que provocam lembranças emotivas de diferentes vivências, poderá ser observado desconforto no participante, mesmo manifestações de choro ou outras formas afetivas. Caso seja verificado qualquer desconforto emocional ou constrangimento por parte dos entrevistados, a entrevista deverá ser interrompida. Se necessário e consentido pelo entrevistado, profissionais do serviço onde a entrevista está ocorrendo deverão ser acionados. Lembre-se, o entrevistado terá o direito de retornar ou não para entrevista.

Diante de uma negativa de participação na pesquisa preencha a folha de não respondentes de maneira mais completa o possível, você pode consultar trabalhadores do serviço para coletar as informações necessárias.

Instrução nº 5: SEJA CLARO E PENSE EM COMO VOCE GOSTARIA DE SER ABORDADO

Lembre-se sempre de se apresentar e caracterizar-se como participante da pesquisa ao abordar um potencial entrevistado. A seguir você encontra um modelo de abordagem:

Bom dia (boa tarde). Meu nome é ____ e estou trabalhando em uma pesquisa da Universidade Federal de Pelotas sobre cuidar de pessoas que frequentam o CAPS. Se o sr(a) está de acordo em conversar, gostaria de fazer algumas perguntas. Eu preciso conversar com o(a) sr(a) sobre <nome> e também sobre o(a) sr(a), sobre a sua casa e sobre a vida de vocês. Este questionário será mantido em segredo. Os resultados desta pesquisa podem ajudar a melhorar os atendimentos que são feitos nos CAPS e ajudar muitas pessoas (apresentar termo de consentimento).

Instrução nº 6: LEMBRE DO TERMO DE CONSENTIMENTO

Após apresentação e esclarecimentos quanto a pesquisa, caso o familiar aceite responder o questionário, é imprescindível a leitura e assinatura do **termo de consentimento em duas vias**, das quais uma ficará com ele e outra você deverá armazenar identificando de acordo com o número do questionário correspondente.

Instrução nº 7: PREENCHA A FOLHA DE RESPONDENTES

Não se esqueça de preencher a folha de respondentes após cada entrevista. Nela você deve se identificar, identificar a cidade onde está acontecendo a coleta e anotar o número do questionário e o nome do entrevistado correspondente.

Sua participação é valiosa para o sucesso deste estudo, é muito bom contar com você, um ótimo campo!

Número de Identificação: _____ O número de identificação é imprescindível para manipulações futuras do instrumento. Sendo assim é essencial atentar para seu correto preenchimento. O número será composto por 6 dígitos, os dois primeiros correspondem ao número da cidade, o seguinte ao número que o CAPS em questão representa nesse município (quando há mais que um CAPS do município incluso na amostra) e os três últimos correspondem ao número da entrevista. Abaixo você pode conferir a numeração das cidades e um exemplo de numeração. Cidades 01: Arroio Grande	Fni _ _ _ _ _
--	----------------------

02: Canguçu 03: Capão do Leão 04: Jaguarão 05: Pelotas 06: Pinheiro Machado 07: Piratini 08: Rio Grande 09: Santa Vitória do Palmar 10: São José do Norte 11: São Lourenço do Sul Pelotas possui mais de um CAPS inserido na amostra, sendo assim segue a numeração de cada serviço: 1: CAPS Escola 2: CAPS Porto 3: CAPS Castelo 4: CAPS Zona Norte 5: CAPS Fragata 6: CAPS Baronesa Situações hipotéticas: Na quinta entrevista no município de Pelotas no CAPS Castelo a numeração deverá ser: 053005 Na décima entrevista no município de Jaguarão a numeração deverá ser: 041010 Cidade: _____ (Inserir nome da cidade) CAPS: _____ (Inserir nome do CAPS, ex: CAPS Escola) Data da Entrevista: ____/____/____ Entrevistado: _____ Telefone: _____ (O telefone do entrevistado é imprescindível para o controle de qualidade, sempre que possível deverá ser incluído, no entanto, o telefone informado deve ser útil para entrar em contato com o entrevistado, evitar telefone para recados) Usuário Assistido: _____ (Usuário assistido diz respeito ao indivíduo cuidado pelo	Fcd __ _ Fcaps __ _ _ Fdent __ _ / __ _ / __ _
--	---

entrevistado – usuário do CAPS) Modalidade de Atendimento: (1) Intensivo (2) Semi-Intensivo (3) Não Intensivo Atualmente os usuários não são mais formalmente enquadrados nessas modalidades, portanto, será considerado o número de dias que o usuário vai ao CAPS durante a semana. Sendo assim, usuários intensivos serão aqueles que frequentam o CAPS pelo menos 4 dias na semana, semi-intensivos 3 ou 2 dias na semana e não intensivo aqueles que frequentam 1 dia ou menos por semana o CAPS.	Fmat _
1) Qual seu grau de parentesco com o <nome>? (1) Mãe (2) Pai (3) Irmão (4) Cônjuge (5) Filho (6) Avô/Avó (7) Nora/Genro (8) Tio/a (9) Cunhado/a (10) Compadre/comadre (11) Amigo/a (12) Pago pra cuidar (13) Outro _____	Fvinc _ _
2) (Observar) Sexo? Essa informação deve ser colhida com base em sua observação, porém, caso tenha dúvidas quanto a expressão de gênero do entrevistado, questione o mesmo e assinale a alternativa que corresponde a percepção dele. (1) Masculino (2) Feminino	Fsexo _
3) Como o senhor(a) define sua cor de pele? O preenchimento dessa questão deve considerar a percepção de cor do entrevistado. (1) Branca (2) Preta (3) Parda ou Mestiça (4) Outro	Fcor _
4) Qual seu peso? _ _ _ kg Essa informação é essencial para aferir as condições de saúde do entrevistado, tente obtê-la ainda que aproximada. Preocupa-se aqui com os quilos inteiros, arredondamentos devem ser feitos para cima sempre que o valor quebrado for igual ou superior a 500gr e para baixo quando inferior a 499gr.	Fpes _ _ _
5) Qual sua altura? _ _ _ cm Essa informação é essencial para aferir as condições de saúde	Falt _ _ _

do entrevistado, tente obtê-la ainda que aproximada	
6) Qual sua idade? _ _ _ anos Essa informação deve ser baseada sempre no número de anos completos.	Fdad_ _ _
7) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (2) Casado/acompanhado (3) Divorciado (4) Viúvo Deve ser considerado como Casado/acompanhado qualquer um que viva em união estável com outra pessoa. A opção Divorciado inclui indivíduos separados, ou seja, mesmo que casados no civil mas que não morem mais juntos ou mantenham relação conjugal.	Feciv _
8) Você sabe ler? Esta questão deve considerar a capacidade do entrevistado de ler e escrever sentenças completas. A escrita e leitura apenas do nome não deve ser considerada como uma resposta positiva. (1) Sim (2) Não	Fsler _
9) Até que série você estudou? Ainda que o entrevistado não saiba ler é importante questionar se ele já estudou. Primário completo corresponde à antiga 4ª série. Fundamental completo corresponde à antiga 8ª série. Ensino Médio completo corresponde ao 3º ano. (1) Sem escolaridade (2) Primário incompleto (3) Primário completo (4) Fundamental incompleto (5) Fundamental completo (6) Ensino médio incompleto (7) Ensino médio completo (8) Superior incompleto (9) Superior completo	Fest _ _
10) Você possui trabalho remunerado? Nesta questão deve-se considerar trabalho formal (não necessariamente com carteira assinada, mas um local fixo de trabalho com jornada igual ou superior a 20hrs semanais) Para trabalhos ocasionais e outra fonte de renda considere a	Ftrab _

(1) Sim (2) Não	Fmorjuc _
15) Você é o principal cuidador do <nome>? Essa questão se preocupa em identificar se o entrevistado é a pessoa que acompanha o <nome> na maior parte do tempo. (1) Sim (2) Não Você recebe ajuda de alguém para cuidar do <nome>? Para essa questão deve-se considerar a divisão de tarefas ou supervisão. Ajudas financeiras ou de outra ordem que não esteja relacionada diretamente com as ações de cuidado devem ser desconsideradas. (1) Sim (2) Não Se sim, por favor, responda em ordem de acordo com quem mais ajuda para quem menos ajuda qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com o <nome> Nesta questão, atente que o grau de parentesco dos ajudantes deve ser considerado a partir do indivíduo cuidado. A ordem de preenchimento deve priorizar a pessoa que mais ajuda, ou seja, mais assume tarefas ou supervisão após o principal cuidador. Caso o entrevistado não seja o principal cuidador, busque identificar em que ordem ele se encaixa nessa sequência e faça um * ao lado do vínculo que corresponde a ele. _____ (Seguir codificação da questão 1) _____ _____ Há quanto tempo você cuida do <nome>? <u>Essa informação será coletada em anos e meses, posteriormente ela será transformada em meses.</u> __ anos e __ __ meses	Fprc _ Fraj _ Faj1 _ _ Faj2 _ _ Faj3 _ _ Ftcuid _ _ _ _
16) Você cuida do <nome> todos os dias? (1) Sim (Pule para questão 17) (2) Não Se não, quantos dias por semana você cuida do <nome>? _ dias	Fcud _ Fdqc _

(1) Sim (2) Não	
21) Você realizou alguma consulta nos últimos 30 dias? Nessa questão serão consideradas todas as consultas realizadas, independente se relacionadas a problemas de ordem física ou emocional. (1) Sim (2) Não Quantas consultas você realizou nos últimos 6 meses? _ _ _	Fcntd _ Fcnusm _ _ _
Agora gostaria de conversar sobre alguns de seus hábitos	
22) Você fuma ou já fumou? (1) Sim, fumo (2) Sim, sou Ex-fumante (3) Não (pular para questão 23) Se sim, quantos cigarros por dia? _ _ _ Considerar quantos cigarros fumava em média para ex-fumantes Há quanto tempo você fuma? (ou quanto tempo fumou) _ _ anos e _ _ meses	Ffuma _ Fqcig _ _ _ Ftqfu _ _ _
23) Você ingere bebidas alcóolicas? (1) Sim (2) Não (pular para questão 24) Se sim, com que frequência? (1) Uma vez por mês ou menos (2) Ao menos duas vezes por mês (3) Semanalmente (4) Duas vezes por semana (5) Quase todos os dias (6) Diariamente	Fbebal _ Fbefreq _
24) Você pratica alguma atividade física (caminhada, ginástica, academia, futebol)? Serão consideradas atividades físicas aquelas com duração superior a 30 minutos e que ultrapassem exercícios implícitos do cotidiano como, por exemplo, limpar a casa ou caminhar até o trabalho (exceto casos em que a caminhada dure 30 minutos ou mais). (1) Sim (2) Não (pular) Se sim, com que frequência? (1) Mensalmente (2) Quinzenalmente (3) Semanalmente	Fatfis _ Freqatf _

(4) Duas ou três vezes por semana	(5) Diariamente	
Agora eu gostaria de conversar um pouco sobre o <nome>. Vou perguntar algumas coisas sobre ele, sobre algumas mudanças que ocorreram na sua vida depois do <nome> adoecer e também sobre seu dia a dia com ele.		
25) Qual é o diagnóstico do <nome>? Essa informação é muito importante para nós, caso o entrevistado não saiba precisar o diagnóstico, tente ajudá-lo usando seu conhecimento. Pergunte por exemplo as medicações utilizadas pelo indivíduo assistido (ex. Lítio é um medicamento utilizado geralmente por indivíduos com transtorno bipolar, assim como Haldol é utilizado majoritariamente por indivíduos esquizofrênicos). A partir daí veja se consegue estimular o entrevistado a lembrar-se do diagnóstico sugerindo a alternativa mais provável, caso mesmo assim ele não lembre, assuma essa questão como “Não soube, não respondeu – 99”. (1) Esquizofrenia (2) Transtorno Bipolar (3) Depressão (4) Distúrbio de Ansiedade (5) Distúrbio do Pânico (6) Transtorno Obsessivo Compulsivo (7) Outro _____		Fudiag _ _
26) Quando o <nome> adoeceu, na primeira vez que ele teve uma crise, onde ele foi atendido? Lembre-se que essa questão diz respeito ao primeiro episódio de crise, buscamos aqui compreender em que local foi realizado o primeiro manejo da crise. (1) Hospital Psiquiátrico (2) Hospital Geral (3) Pronto-Socorro (4) CAPS (5) UBS (6) Ambulatório (7) Outro _____		Fplate _
27) Com o adoecimento do <nome> você precisou fazer alguma das coisas a seguir: Parar de trabalhar (1) Sim (2) Não Parar de estudar (1) Sim (2) Não Parar de frequentar a casa de amigos ou familiares (1) Sim (2) Não		Fpartra _ Fparest _ Fparfrq _

Parar de realizar atividades de lazer	(1) Sim (2) Não	Fparatvl _
Terminar um relacionamento amoroso	(1) Sim (2) Não	Ftermrel _
28) Você precisa fazer as coisas a seguir no cuidado com o <nome>?		
Ajudá-lo a se alimentar	(1) Sim (2) Não	Fajali _
Ajudá-lo a tomar banho/ higienizar-se	(1) Sim (2) Não	Fajtob _
Ajudá-lo a controlar e tomar seus medicamentos	(1) Sim (2) Não	Fajtore _
Ajudá-lo a se vestir adequadamente	(1) Sim (2) Não	Fajsev _
Ajudá-lo a chegar aos lugares (ex. ir ao CAPS)	(1) Sim (2) Não	Fajchl _
Nunca deixá-lo desacompanhado	(1) Sim (2) Não	Fndeixd _
Para as próximas perguntas, eu preciso que você pense e me diga se o <nome> faz essas coisas sozinho; com ajuda; ou se ele não consegue fazer. Se ele não precisa fazer essas coisas tente imaginar se ele conseguiria caso precisasse. Para as questões referentes a escala AIVD elaboramos um material ilustrativo que irá lhe auxiliar na aplicação, lembre de usá-lo.		
29) Escala AIVD		
O <nome> consegue usar o telefone?	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd1 _
O <nome> consegue ir a algum lugar mais longe (ex. ir no centro, ou visitar alguém) usando algum transporte como o ônibus por exemplo?	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd2 _
O <nome> consegue fazer compras no supermercado, feira...?	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd3 _
O <nome> consegue preparar suas próprias refeições?	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd4 _
O <nome> consegue limpar a casa? (ex: limpar o banheiro, arrumar seu próprio quarto)	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda	Aivd5 _

	(3) Não, não consegue	
O <nome> consegue separar suas roupas sujas, lavar e passar sua própria roupa?	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd6 _
O <nome> consegue tomar seus remédios na quantia certa e no horário certo?	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd7 _
O <nome> consegue cuidar do seu próprio dinheiro? (Ex: Guarda ele em segurança, sabe identificar as prioridades na hora de gastar)	(1) Sim, sozinho (2) Sim, mas com ajuda (3) Não, não consegue	Aivd8 _
31) O senhor(a) se sente sobrecarregado com os cuidados do <nome>? (1) Sim (2) Não (pular para questão 32) Se sim, quanto? (1) Pouco Sobrecarregado (2) Mais ou menos Sobrecarregado (3) Muito sobrecarregado		Fsobre _ Fqsobre _
Agora eu vou fazer umas perguntas sobre como algumas pessoas se sentem quando tem que cuidar de outras pessoas. Me diga, por favor, se o(a) sr(a) se sente assim nunca, quase nunca ou às vezes, quase sempre ou sempre. Não existem respostas certas ou erradas. Para aplicação da Escala ZBI você também poderá contar com um material ilustrativo para lhe auxiliar na aplicação, lembre-se de usá-lo. Atente que esta sessão quer saber a frequência com que o entrevistado tem os sentimentos citados.		
31) Escala Zarit (ZBI)		
0 1 2 3 4 Nunca Quase Nunca Às vezes Quase Sempre Sempre		

	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	
O (A) sr(a) sente que <NOME> pede mais ajuda do que precisa?	0	1	2	3	4	Zbi1 _
O(A) sr(a) sente que por causa do tempo que gasta com <NOME> o(a) sr(a) não tem tempo suficiente para si mesmo?	0	1	2	3	4	Zbi2 _
O(A) sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de <NOME> e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	0	1	2	3	4	Zbi3 _
O(A) sr(a) se sente envergonhado(a) com o comportamento de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi4 _
O(A) sr(a) se sente irritado(a) quando <NOME> está por perto?	0	1	2	3	4	Zbi5 _
O(A) sr(a) sente que <NOME> afeta negativamente seus relacionamentos com outras pessoas da família ou amigos?	0	1	2	3	4	Zbi6 _
O(A) sr(a) sente receio pelo futuro de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi7 _
O(A) sr(a) sente que <NOME> depende do sr(a)?	0	1	2	3	4	Zbi8 _
O(A) sr(a) se sente tenso(a) quando <NOME> está por perto?	0	1	2	3	4	Zbi9 _
O(A) sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi10 _
O(A) sr(a) sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi11 _
O(A) sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada porque o sr(a) está cuidando de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi12 _
O(A) sr(a) não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa de <NOME>?	0	1	2	3	4	Zbi13 _

(1) Sim (2) Não																																					
34) Você recebe apoio/suporte de sua família para cuidar do <nome>? Apoio/suporte aqui deve ser considerado ações de divisão de tarefas, apoio emocional ou apoio financeiro quando de familiares que não vivem na mesma casa que o entrevistado. (1) Sim (2) Não	Frafa _																																				
36) Você recebe apoio dessas pessoas ou lugares a seguir pra cuidar do <nome>? Para instituições apoio/suporte deve ser entendido como ações de esclarecimento, aconselhamento, escuta terapêutica ou atendimentos regulares individuais ou em grupo. Para pessoas físicas apoio/suporte deve ser considerado ações de divisão de tarefas, apoio emocional ou apoio financeiro quando de familiares que não vivem na mesma casa que o entrevistado. <table> <tr> <td>Amigos</td> <td>(1) Sim (2) Não</td> <td>Fapami _</td> </tr> <tr> <td>Vizinhos</td> <td>(1) Sim (2) Não</td> <td>Fapviz _</td> </tr> <tr> <td>Comadre/Compadre</td> <td>(1) Sim (2) Não</td> <td>Fapcom _</td> </tr> <tr> <td>Parentes que não morem junto com você</td> <td>(1) Sim (2) Não</td> <td>Fappa _</td> </tr> <tr> <td>UBS</td> <td>(1) Sim (2) Não</td> <td>Fapubs _</td> </tr> <tr> <td>CRAS (assistência social)</td> <td>(1) Sim (2) Não</td> <td>Fapcras _</td> </tr> <tr> <td>NASF</td> <td>(1) Sim (2) Não</td> <td>Fapnasf _</td> </tr> <tr> <td>Associação de bairro/moradores</td> <td>(1) Sim (2) Não</td> <td>Fapamo _</td> </tr> <tr> <td>Igreja</td> <td>(1) Sim (2) Não</td> <td>Fapigre _</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>(1) Sim (2) Não</td> <td>Fapout _</td> </tr> <tr> <td>Quais: _____</td> <td></td> <td>Fapqua _</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td>Fapqua1 _</td> </tr> </table>	Amigos	(1) Sim (2) Não	Fapami _	Vizinhos	(1) Sim (2) Não	Fapviz _	Comadre/Compadre	(1) Sim (2) Não	Fapcom _	Parentes que não morem junto com você	(1) Sim (2) Não	Fappa _	UBS	(1) Sim (2) Não	Fapubs _	CRAS (assistência social)	(1) Sim (2) Não	Fapcras _	NASF	(1) Sim (2) Não	Fapnasf _	Associação de bairro/moradores	(1) Sim (2) Não	Fapamo _	Igreja	(1) Sim (2) Não	Fapigre _	Outros	(1) Sim (2) Não	Fapout _	Quais: _____		Fapqua _	_____		Fapqua1 _	
Amigos	(1) Sim (2) Não	Fapami _																																			
Vizinhos	(1) Sim (2) Não	Fapviz _																																			
Comadre/Compadre	(1) Sim (2) Não	Fapcom _																																			
Parentes que não morem junto com você	(1) Sim (2) Não	Fappa _																																			
UBS	(1) Sim (2) Não	Fapubs _																																			
CRAS (assistência social)	(1) Sim (2) Não	Fapcras _																																			
NASF	(1) Sim (2) Não	Fapnasf _																																			
Associação de bairro/moradores	(1) Sim (2) Não	Fapamo _																																			
Igreja	(1) Sim (2) Não	Fapigre _																																			
Outros	(1) Sim (2) Não	Fapout _																																			
Quais: _____		Fapqua _																																			
_____		Fapqua1 _																																			
37) O que você acha que precisaria para cuidar melhor do <nome>? Aqui deve se considerar tudo que o entrevistado acha que o ajudaria a cuidar melhor. Incluindo auxílio de outras pessoas, cursos, auxílio financeiro ou similares. _____	Foqppcm1 _ _																																				

	Foqppcm 2 _ _ Foqppcm 3 _ _
38) O que o CAPS poderia fazer para ajudar você a cuidar melhor do <nome>? Nessa questão, deve se considerar o que o entrevistado acha que o CAPS poderia fazer pra ajudá-lo a cuidar melhor (ex. consultas mais regulares, dispor de grupos de atividades físicas...) 	Fospaj1 _ _ Fospaj2 _ _ Fospaj3 _ _
Agora vou fazer mais algumas perguntas sobre como você tem se sentido ultimamente, vou ler pra você, e então você me diz qual resposta mais se encaixa pra você. Para aplicação desta escala, também existem materiais ilustrativos disponíveis, note que as opções variam de uma questão para outra, portanto, lembre de disponibilizar sempre o material auxiliar apropriado.	
39)Escala WHOQOL	
Como você avaliaria sua qualidade de vida? Qualidade de vida assume um sentido amplo aqui, deve se considerar um aspecto geral, não apenas relacionado ao cuidado ou a saúde física. (1) Muito Ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa	Whoq1 _
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq2 _
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.	
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? Caso não haja dor física, assinale a opção “Nada” (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	Whoq3 _

(4) Bastante (5) Extremamente	
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq4 _
O quanto você aproveita a vida? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq5 _
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq6 _
O quanto você consegue se concentrar? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq7 _
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? Esse item diz respeito a segurança no aspecto público, por exemplo, em relação a violência, assaltos. (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq8 _
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? Nesse item se considera a maneira com que o entrevistado considera saudável o local em que vive (bairro) num aspecto amplo. (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	Whoq9 _
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.	
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? Nesse item tem-se interesse em saber se o entrevistado consegue cumprir suas tarefas do dia-a-dia sem se sentir demasiadamente cansado.	Whoq10 _

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente	
Você é capaz de aceitar sua aparência física? Considerar o quanto o entrevistado está contente com sua aparência (ex. estética, peso). (1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente	Whoq11 _
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Considera-se as necessidades básicas, pagar as contas, comprar utensílios necessários para a casa, comprar roupas novas de acordo com a necessidade (Desconsiderar gastos supérfluos, ex. comprar roupas todos os meses, adquirir aparelhos eletrônicos de ponta...). (1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente	Whoq12 _
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? Nessa questão há interesse em saber o quanto fácil o entrevistado consegue as informações que precisa, por exemplo, informações dos órgãos públicos de como solicitar um benefício, emitir um documento ou similares. (1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente	Whoq13 _
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente	Whoq14 _
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.	
Quão bem você é capaz de se locomover? Esse item considera a capacidade física do entrevistado de se locomover. (1) Muito Ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa	Whoq15 _

Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq16 _
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq17 _
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? Considerar como trabalho as atividades domésticas quando for o caso. (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq18 _
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq19 _
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq20 _
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? Após ler o enunciado observe a reação do entrevistado. Se ele responder imediatamente assinale a opção correspondente. Caso ele se mostre constrangido, pergunte se ele gostaria que você realizasse a pergunta novamente ou se ele gostaria de passar para a próxima questão. Caso ele aceite permanecer neste item explique que esse item se preocupa em saber se ele está satisfeito com a frequência, sua capacidade, vontade ou mesmo não vontade de manter uma relação sexual.	Whoq21 _

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de amigos? Esse item considera o apoio emocional, sentimento de escuta e sentimento de amizade. (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq22 _
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? Esse item se refere a casa do entrevistado. (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq23 _
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Nesse item deve ser observado mais do que a existência dos serviços, se o entrevistado consegue acessá-los. (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq24 _
Quão satisfeito(a) você está como seu meio de transporte? Considere o meio de transporte do entrevistado, seja ele próprio ou público (ex. satisfeito com a frequência dos ônibus no bairro). (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	Whoq25 _
A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.	
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como	Whoq26 _

Tem se sentido nervosa(o), tensa(o) ou preocupada(o)?	(1) Sim (2) Não	Srq6 _
Teve má digestão?	(1) Sim (2) Não	Srq7 _
Sentiu que as suas ideias ficam embaralhadas de vez em quando?	(1) Sim (2) Não	Srq8 _
Tem se sentido triste ultimamente?	(1) Sim (2) Não	Srq9 _
Chorou mais do que de costume?	(1) Sim (2) Não	Srq10 _
Conseguiu sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	(1) Sim (2) Não	Srq11 _
Teve dificuldade de tomar decisões?	(1) Sim (2) Não	Srq12 _
Achou que seu trabalho diário é penoso e causa sofrimento?	(1) Sim (2) Não	Srq13 _
Achou que tinha um papel útil na vida?	(1) Sim (2) Não	Srq14 _
Perdeu o interesse pelas coisas?	(1) Sim (2) Não	Srq15 _
Se sentiu uma pessoa sem valor	(1) Sim (2) Não	Srq16 _
Alguma vez pensou em acabar com a sua vida?	(1) Sim (2) Não	Srq17 _
Se sentiu cansada(o) o tempo todo?	(1) Sim (2) Não	Srq18 _
Sentiu alguma coisa desagradável no estômago?	(1) Sim (2) Não	Srq19 _
Se cansou com facilidade?	(1) Sim (2) Não	Srq20 _
Nosso questionário chegou ao fim. Gostaria de salientar novamente que seus dados serão mantidos em segredo e usados apenas para fins científicos. Entretanto, vou avisar que se por acaso você for sorteado em nosso controle de qualidade, uma pessoa vai ligar para o senhor(a) para confirmar a realização da entrevista por meio de algumas perguntas como as que foram perguntadas por mim.		
AGRADEÇA MUITO A QUEM RESPONDEU O QUESTIONÁRIO		

Apêndice D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS



– Faculdade de Enfermagem –

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



PESQUISA: Transtornos Psiquiátricos Menores e seus fatores associados em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

COORDENAÇÃO: Carlos Alberto dos Santos Treichel e Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim.

CODIFICAÇÃO DAS QUESTÕES ABERTAS

Questão1:

- 1) Mãe
- 2) Pai
- 3) Irmão
- 4) Cônjuge
- 5) Filho
- 6) Avô/Avó
- 7) Nora/Genro
- 8) Tio/Tia
- 9) Cunhado/Cunhada
- 10) Compadre/Comadre
- 11) Amigo/Amiga
- 12) Pago para Cuidar
- 13) Sogro/Sogra
- 14) Primo/Prima
- 15) Sobrinho/Sobrinha
- 16) Ex-companheiro

Questão 11:

- 1)Aposentadoria
- 2) Pensão
- 3) Licença saúde
- 4) Auxílio do Governo
- 5) Trabalho Informal
- 6) Produtor Rural
- 7) Autônomo

Questão 19:

- 1) Sertralina

- 2) Paroxetina
- 3) Fluoxetina
- 4) Citalopran
- 5) Alprazolam
- 6) Lorazepam
- 7) Clonazepam
- 8) Diazepam
- 9) Bromazepam
- 10) Flunitrazepam
- 11) Nitrazepam
- 12) Amitriptilina
- 13) Maprotilina
- 14) Imipramina
- 15) Nortriptilina
- 16) Risperidona
- 17) Clorpromazina
- 18) Supirida
- 19) Carbamazepina
- 20) Fenobarbital
- 21) Ácido Valproico
- 22) Venlafaxina
- 23) Haldol
- 24) Donaren
- 25) Prometazina
- 16) Terapias complementares

Questão 20:

- 1) Doenças do Aparelho Músculoesquelético
- 2) Doenças do Sistema Nervoso
- 3) Doenças do Sistema Endócrino
- 4) Doenças do Trato Intestinal
- 5) Doenças do Sistema Renal
- 6) Doenças do Sistema Imunológico
- 7) Doenças do Sistema Circulatório
- 8) Doenças Geniturinárias
- 9) Doenças do Sistema Respiratório
- 10) Doenças Infecciosas

Questão 25:

- 1) Esquizofrenia
- 2) Transtorno Bipolar

- 3) Depressão
- 4) Distúrbio de Ansiedade
- 5) Distúrbio do Pânico
- 6) Transtorno Obsessivo Compulsivo
- 7) Retardo Mental
- 8) Epilepsia
- 9) Álcool/Drogas
- 10) Déficit de Atenção/Hiperatividade
- 11) Síndrome de Down

Questão 26:

- 1) Hospital Psiquiátrico
- 2) Hospital Geral
- 3) Pronto Socorro
- 4) CAPS
- 5) UBS
- 6) Ambulatório
- 7) Médico Particular
- 8) APAE
- 9) Escola
- 10) Judiciário/Poder Público

Questão 36:

- 1) Ambulatório
- 2) Poder Público
- 3) Cuidador Pago

Questão 37:

- 1) Auxílio Financeiro
- 2) Ajuda de Outras Pessoas
- 3) Atendimento Psicológico/Médico
- 4) Apoio Moral/Psicológico
- 5) Transporte para ir ao serviço
- 6) Capacitação para Familiares
- 7) Assistência Domiciliar
- 8) Tempo
- 9) Ajustes na Medicação do Usuário
- 10) Mudança de atitude do Usuário
- 11) Resolução de Conflitos Familiares
- 12) Infraestrutura da Casa

- 13) Paciência
- 14) Mais Atividade no Serviço
- 15) Alimentação
- 16) Internação
- 17) Melhora do Serviço

Questão 38:

- 1) Mais atividades
- 2) Mais disponibilidade de dias e horários
- 3) Mais profissionais
- 4) Atendimento para Familiares
- 5) Apoio Moral e Psicológico
- 6) Visitas Domiciliares
- 7) Oferecer Transporte
- 8) Orientações sobre a patologia
- 9) Mudança de Profissionais
- 10) Ajuda nos auxílios
- 11) Flexibilização e qualificação dos agendamentos
- 12) Oferecer Alimentação
- 13) Medicação (Mudança ou Fornecimento)
- 14) Assistência Social
- 15) Melhorias na estrutura física
- 16) Melhoria no atendimento
- 17) Diminuir a Burocracia

ANEXOS

ANEXO A

**FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisador: Carlos Alberto dos Santos Treichel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51687715.0.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.381.759

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma proposta de estudo transversal, analítico, a ser realizado com familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial nos municípios de abrangência da 21ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Com base no cálculo de amostra, pretende-se aplicar o questionário à 1386 familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Para prevalência, o cálculo de amostra considerou uma frequência estimada de 50% com margem de 3 pontos e alfa (α) de 5%, resultando na necessidade de um $N= 1066$. Já para associação, utilizando um poder de amostra de 90% com confiança de 95%, relação de não expostos/expostos de 2:1, Risco Relativo de 1,3 e considerando prevalência de 40% em não exposto, obteve-se um indicativo de amostra de $N= 1038$. Logo, acresceu-se ao maior N indicado ($N=1066$) 30% de indivíduos a fim de considerar perdas e controle de fator de confusão. A fim de determinar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores na amostra estudada, este estudo pretende utilizar a escala Self-Reporting Questionnaire (SRQ20). Este instrumento foi proposto pela Organização Mundial de Saúde para a detecção de transtornos psiquiátricos menores, desenvolvido por Harding et al. (1980) e validada para o Brasil por Mari e Williams (1988). Além da escala, serão inclusos nesse estudo variáveis acerca de dados sociodemográficos, trabalho, condições de saúde, qualidade de vida, relações familiares, características do indivíduo cuidado, apoio, aspectos relacionados ao

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfe@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.351.752

cuidado e sobrecarga.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar prevalência de transtornos psiquiátricos menores e seus fatores associados em familiares cuidadores de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial alocados na 21ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul.

Objetivos específicos:

Estimar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial da 21ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul.

Determinar a influência de variáveis sociodemográficas, trabalho, condições de saúde, qualidade de vida, relações familiares, características do indivíduo cuidado, apoio, aspectos relacionados ao cuidado e sobrecarga no desfecho de transtornos psiquiátricos menores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Compreendendo que toda pesquisa que envolve seres humanos abarca riscos. Se reconhece que o dano poderá ser imediato, por envolver perguntas subjetivas que provoquem lembranças emotivas de diferentes vivências, este risco se justifica pela necessidade de aferir a influência dessas vivências no desfecho estudado pela pesquisa. O risco de desconforto por ventura gerado nos questionamentos poderá ser minimizado considerando que a aplicação do questionário poderá ser interrompida, sempre que solicitado pelo participante. Caso seja verificado qualquer desconforto emocional ou constrangimento por parte dos participantes, a aplicação do questionário será interrompida e o aplicador deverá manejar a situação conforme instrução prevista no treinamento. Se necessário e consentido pelo participante, profissionais do serviço onde a aplicação está ocorrendo poderão ser acionados. O participante terá o direito de retornar ou não para a aplicação do questionário.

Benefícios:

O benefício aos participantes envolvidos no estudo será a oportunidade de expor seus sentimentos acerca de suas vivências diárias na atividade do cuidado.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfo@ufpel.edu.br

**FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



Continuação do Parecer: 1.351.759

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na área da saúde mental, ao considerar os aspectos que relacionam o cuidar de pacientes em saúde mental e possíveis transtornos psiquiátricos menores atrelados a este cuidado. Após adequações sugeridas pelo CEP, a pesquisa encontra-se em consonância com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto- Adequada

cartas de anuência- adequadas

cronograma- adequado

orçamento- adequado

TCLE- adequado

Recomendações:

Devolução dos resultados para as instituições envolvidas e comunidade científica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_640443.pdf	18/12/2015 15:10:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	18/12/2015 15:08:44	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	18/12/2015 15:08:27	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	18/12/2015 15:08:10	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CONSENTIMENTOTCLE.docx	18/12/2015 15:07:44	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaSaoLourencoDoSul.docx	07/12/2015 17:26:31	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaSaoJoseDoNorte.docx	07/12/2015 17:26:08	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Telefone: (53)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfe@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.351.759

Outros	CartaDeAnuenciaSantaVitoriaDoPalmar.docx	07/12/2015 17:25:07	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaRioGrande.docx	07/12/2015 17:24:47	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaPiratini.docx	07/12/2015 17:22:28	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaPinheiroMachado.docx	07/12/2015 17:21:53	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaPelotas.docx	07/12/2015 17:21:28	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaJaguarao.docx	07/12/2015 17:20:23	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaCapaoDoLeao.docx	07/12/2015 17:19:48	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaCangucu.docx	07/12/2015 17:19:11	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaArroioGrande.docx	07/12/2015 17:18:15	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoPlataforma.docx	07/12/2015 17:04:14	Carlos Alberto dos Santos Treichel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 28 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (51)3221-1522

E-mail: cepfo@ufpel.edu.br

III Artigo Científico

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES EM FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Resumo:

Este estudo buscou identificar a prevalência e os fatores associados à manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores entre 537 cuidadores familiares de pessoas em sofrimento psíquico atendidas em 16 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados na 21^a região de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Para análise, munindo-se de um modelo teórico hierarquizado, utilizou-se regressão de Poisson com o cálculo das razões de prevalência ajustadas. A prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores encontrada na população estudada foi de 42,1%. Os fatores associados à esses transtornos foram: sexo feminino (RP: 1,54); vínculo próximo com o usuário, em especial pais/mães (RP: 2,00); baixa escolaridade, apresentando risco de RP: 1,85 no estrato mais baixo; possuir problemas de saúde (RP: 1,24); referir problemas de nervos (RP: 3,02); baixo desempenho de avaliação da qualidade de vida nos âmbitos físico (RP:1,84) e de meio ambiente (RP:1,95); insatisfação com as relações familiares (RP: 1,56); falta de apoio familiar (RP: 1,25) e sentimento de sobrecarga, para qual foi encontrado um risco de RP: 2,61 entre os indivíduos com maior nível de sobrecarga. Levando em conta que na análise multivariada os aspectos que efetivamente exerceram influência sobre o desfecho na amostra estudada estão relacionados às condições situacionais e de apoio e organização familiar, sugere-se a implementação por parte dos serviços de medidas que favoreçam a melhoria no suporte social e maior envolvimento de todos os membros do grupo familiar de seus usuários.

Palavras chave: Transtornos Psiquiátricos Menores; SRQ20; Familiares; Cuidadores; Serviços comunitários de saúde mental.

Introdução:

A partir da reorganização das práticas de cuidado promovida pelos movimentos de reforma psiquiátrica no país na década de 80, uma série de macro-mudanças legislativas, jurídicas e administrativas, garantiram a operacionalização de novas práticas terapêuticas no Brasil no que diz respeito aos cuidados prestados a indivíduos em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007).

Entre as novas práticas terapêuticas instituídas a partir dessas mudanças, destaca-se o surgimento de uma rede de serviços extra-hospitalares, que se constituíram como estratégias inovadoras no desafio de buscar novas tecnologias de cuidado e a humanização das relações com a pessoa em sofrimento psíquico.

Entre esses serviços extra-hospitalares, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) possui um valor estratégico para a construção do novo modelo de assistência, sendo o ordenador dessa rede de serviços e responsável por acolher os indivíduos em sofrimento psíquico e suas famílias, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2016).

Especialmente no que diz respeito aos familiares dos indivíduos em sofrimento psíquico usuários desses serviços, com uma nova política e a existência desses novos dispositivos para o cuidado, instaura-se um novo olhar sobre esses atores. Durante o decorrer do percurso histórico da psiquiatria, ora a família era vista como causadora do adoecimento psíquico, reforçando a necessidade de isolamento e ora vista como cúmplice, estando de acordo com a internação do indivíduo em sofrimento psíquico em manicômios (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009). No entanto, o entendimento quanto à família na perspectiva da reforma psiquiátrica rompe com esses estigmas e confere-a o papel de protagonista junto às ações de cuidado e socialização do indivíduo em sofrimento psíquico.

Nesse contexto, a família passa a ser considerada mais que nunca como um objeto de estudo deste campo de atuação. Diversos estudos (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008; BIELEMANN et al., 2009) têm enfatizado sua abordagem como necessária e documentado diferentes repercussões desse cenário entre esses sujeitos.

Entre essas repercussões, ganham destaque as de cunho emocional, já que o avanço dos estudos na área tem apontado que muitos desses familiares acabam por experimentar sentimentos de depressão e ansiedade.

Quando não atendem todos os critérios de doença mental de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), esses quadros de ansiedade e

depressão são classificados como Transtornos Psiquiátricos Menores (TPM). Um processo que se refere aos estados de saúde envolvendo sintomas psiquiátricos não psicóticos, e inclui sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, depressão, ansiedade, esquecimento, dificuldade de concentração e problemas somáticos (TAVARES, 2011).

Ressalta-se que uma série de estudos têm documentado altas prevalências de Transtornos Psiquiátricos Menores entre familiares cuidadores de indivíduos em sofrimento psíquico quando comparados a resultados de população geral (TOMASI et al., 2010, QUADROS et al., 2012; TREICHEL, 2016).

Sabendo que a consolidação da proposta de cuidado tensionada pelos movimentos de reforma psiquiátrica só é possível com o engajamento dos familiares, e que estes constituem uma unidade que também precisa ser atendida em suas dificuldades e necessidades por meio de intervenções que lhes proporcionem apoio (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008), torna-se imperativa a necessidade de identificar quais características influem na ocorrência desses transtornos, já que esse pode ser um passo importante para o estabelecimento de práticas que previnam ou interfiram nesse desfecho.

Alguns autores (QUADROS et al 2012; TREICHEL et al 2016) tem realizado estudos nesse sentido e indicam que diversos fatores como problemas de saúde, sobrecarga e falta de apoio têm se mostrado relevantes para o estudo do tema ao longo dos anos. Contudo, esses mesmos autores apontam para incompletude das variáveis analisadas e a necessidade de incluir especialmente informações acerca do cuidado prestado e acerca do indivíduo cuidado pelos familiares estudados.

Nesse sentido, a fim de contribuir para o avanço das pesquisas na área, este estudo visa explorar essas lacunas investigativas a fim de contribuir para o entendimento de qual é a prevalência e quais são os fatores associados a manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores entre familiares cuidadores de indivíduos em sofrimento psíquico usuários de centros de atenção psicossocial.

Metodologia:

Trata-se de um estudo transversal, realizado com familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial nos municípios de abrangência da 21ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul no ano de 2016.

A 21ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul é composta por 22 municípios, dentro os quais 11 deles abrigam 23 CAPS. Destes, 4 são destinados à atendimento específico de usuários de álcool e drogas, 3 são destinados ao atendimento da população infanto-juvenil e 16 CAPS I e II que atendem pacientes adultos com diversas necessidades em saúde mental.

Neste estudo, optou-se por incluir todos os CAPS I e II da região supracitada. Para definir o número de participantes foi realizado cálculo amostral. Para prevalência, o cálculo de amostra considerou uma frequência estimada de 50% com margem de 5 pontos e alfa (α) de 5%, resultando na necessidade de um N= 384. Já para associação, utilizando um poder de amostra de 80% com nível de significância de 5%, relação de não expostos/expostos de 1, Risco Relativo de 1,3 e considerando prevalência de 40% em não exposto, obteve-se um indicativo de amostra de N= 536. Logo, acresceu-se ao maior N indicado (N=536) 30% de indivíduos a fim de considerar perdas e controle de fator de confusão. Dessa forma, pretende-se aplicar o questionário a 697 familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

Considerando a disparidade no número de habitantes por município, a fim de tornar a amostra representativa da população de familiares cuidadores de usuários de CAPS da 21ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, para definir o número de familiares a serem investigados com cada CAPS levou-se em conta a proporcionalidade de indivíduos assistidos pelos serviços.

A seleção dos entrevistados se deu por amostragem aleatória simples. A partir das listas de usuários dos serviços, após sorteio, os familiares foram identificados e contatados e no caso de atenderem aos critérios de inclusão, convidados a participar do estudo. As entrevistas foram realizadas nos serviços. Foram critérios de inclusão: Ser maior de idade; Estar envolvido nas atividades de cuidado do usuário do CAPS. Foi critério de exclusão: Ser cuidador contratado formalmente. O percentual de perdas no universo dos familiares correspondeu a 30%, relacionado a recusas e dificuldades em responder o questionário, sendo assim, a população final acessada por este estudo foi de 537 familiares que foram submetidos à aplicação de um formulário pré-estruturado.

A coleta foi realizada por 24 entrevistadores selecionados e treinados previamente. O controle de qualidade dos dados foi realizado na codificação dos instrumentos de coleta, na revisão realizada pelos supervisores ao receber os

questionários. A entrada dos dados no banco ocorreu no pacote estatístico Stata 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Inconsistências nos dados foram avaliadas e corrigidas quando necessário.

O desfecho deste estudo foi a presença de Transtorno Psiquiátrico Menor. Para obtenção do desfecho foi utilizada a escala Self-Reporting Questionnaire (SRQ20). Este instrumento foi proposto pela Organização Mundial de Saúde para a detecção de Transtornos Psiquiátricos Menores, desenvolvido por Harding et al. (1980) e validada para o Brasil por Mari e Williams (1986).

A escala é composta por vinte questões com respostas do tipo sim ou não e conforme Harding et al. (1980), o ponto de corte, número de questões positivas que determinam a presença de um Transtorno Psiquiátrico Menor, pode apresentar variação considerável, de 5/6 a 10/11, dependendo do contexto cultural em que é aplicado, o que inclui contextos local e temporal. Este estudo assumiu os pontos de corte da validação brasileira (MARI & WILLIAMS, 1986), que encontrou sensibilidade e especificidade de 83% e 80% respectivamente quando aplicado o ponto de corte 6 para homens e 8 para mulheres.

Além da escala, foram incluídos nesse estudo variáveis acerca de dados sociodemográficos, trabalho, condições de saúde, qualidade de vida, relações familiares, características do indivíduo cuidado, apoio, aspectos relacionados ao cuidado e sobrecarga.

Para alguns dos aspectos supracitados, utilizaram-se escalas que pudessem providenciar dados mais sólidos e consistentes para as análises desenvolvidas. Entre os aspectos para os quais se utilizaram escalas estão: Características do Indivíduo Cuidado; Qualidade de Vida e Sobrecarga.

Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se a escala WHOQOL-bref, composta por 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000). Os resultados foram transformado em escores de 0 a 100 e conforme versão adaptada (SAUPE, et al., 2004) foram considerados valores entre 0 (zero) e 40 (quarenta) como 'região de insatisfação'; de 41 (quarenta e um) a 70 (setenta), como 'região de satisfação parcial'; e acima de 71 (setenta e um) como 'região de satisfação'.

Para medir o grau de dependência dos indivíduos assistidos pelos familiares utilizou-se a escala de avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody (1969). A Escala varia de 0 a 16 pontos, a fim de categorizar os

resultados conforme versão adaptada (AZEREDO; MATOS, 2003) foram utilizados os seguintes pontos de corte: 0 a 5 dependência grave ou total; de 6 a 11 dependência moderada e de 12 a 16 ligeira dependência ou independente.

Para avaliar e classificar a sobrecarga entre os familiares foi utilizado a Escala Zarit Burden Interview (ZBI) (SCAZUFCA, 2002). A pontuação da escala varia de 0 a 80 pontos, para classificação do grau de sobrecarga optou-se por utilizar os pontos de cortes propostos por Hebert; Bravo; Preville (2000), a saber: sobrecarga intensa (escore entre 61 e 88), sobrecarga moderada (escores entre 41 e 60), sobrecarga leve (escores entre 21 e 40) e ausência de sobrecarga (escores inferiores a 21).

Dessa forma as variáveis independentes incluídas no estudo foram: sexo (masculino; feminino); idade (18 a 40 anos; 41 a 50 anos; 51 a 60 anos; 61 anos ou mais); estado civil (solteiro; com companheiro); vínculo com o usuário (outros; irmã/irmão; filho/filha; cônjuge; pai/mãe); escolaridade (9 anos de estudo ou mais; 5 a 8 anos de estudo; 0 a 4 anos de estudo); trabalho remunerado (possui; não possui); renda per capita (1 salário mínimo ou mais; 0,5 a 1 salário mínimo; até 0,5 salário mínimo); problemas de saúde (não possui; possui); problemas de nervos (não possui; possui e não usa psicofármacos; possui e usa psicofármacos); realização de atividades físicas (realiza; não realiza); principal cuidador (não é o principal cuidador; é o principal cuidador); divisão do cuidado (compartilha o cuidado; não compartilha o cuidado); tempo na atividade do cuidado (0 a 1 ano; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos; mais de 10 anos); tempo diário no cuidado (0 a 8 horas; mais de 8 horas); diagnóstico do usuário (ansiedade; depressão; bipolaridade; esquizofrenia; retardo mental; álcool/drogas); grau de dependência do usuário (independente; parcialmente dependente; dependente); qualidade de vida – domínio físico (satisfeito; parcialmente satisfeito; insatisfeito); qualidade de vida – domínio psicológico (satisfeito; parcialmente satisfeito; insatisfeito); qualidade de vida – domínio das relações (satisfeito; parcialmente satisfeito; insatisfeito); qualidade de vida – domínio de meio ambiente (satisfeito; parcialmente satisfeito; insatisfeito); satisfação com as relações familiares (satisfeito; insatisfeito); apoio do CAPS (recebe; não recebe); apoio familiar (recebe; não recebe); sentimento de sobrecarga (sem sobrecarga; sobrecarga leve a moderada; sobrecarga moderada a intensa; sobrecarga intensa).

As análises foram conduzidas com o pacote estatístico Stata 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Foi verificada a distribuição proporcional e

intervalos de 95% de confiança (IC 95%) para as variáveis categóricas. Na análise bruta, a prevalência de Transtornos Psiquiátricos menores foi calculada para cada variável independente e o teste chi-quadrado para heterogeneidade foi utilizado para identificar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p < 0,05$).

A análise ajustada objetivou controlar possíveis fatores de confusão e foi feita por meio de regressão de Poisson, com o cálculo das razões de prevalência ajustadas. Foi usado o teste de Wald para testar heterogeneidade.

Os modelos de regressão levaram em consideração um modelo hierárquico que incluiu as variáveis em seis níveis. No primeiro, como determinante distal, foram incluídas as variáveis: sexo; idade; estado civil; vínculo com o usuário; escolaridade; trabalho remunerado e renda per capita. No segundo nível as variáveis: problemas de saúde; problemas de nervos e realização de atividades físicas. No terceiro nível: principal cuidador; divisão do cuidado; tempo na atividade do cuidado; tempo diário no cuidado; diagnóstico do usuário e grau de dependência do usuário. No quarto nível: qualidade de vida – domínio físico; qualidade de vida – domínio psicológico; qualidade de vida – domínio das relações; qualidade de vida – domínio de meio ambiente e satisfação com as relações familiares. No quinto nível: apoio do CAPS e apoio familiar. No sexto nível: sentimento de sobrecarga.

A entrada das variáveis na análise ajustada se deram nível a nível, todas as variáveis foram mantidas no modelo e ajustadas para aquelas do mesmo nível e de níveis anteriores.

O estudo foi submetido e aprovado, sob ofício de nº 1.381.759, pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas seguindo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 466/2012. Os princípios éticos foram assegurados através de: consentimento livre e esclarecido; garantia do direito de não participação na pesquisa e anonimato. Nos casos em que durante as entrevistas foram identificadas situações em que havia necessidade imediata de atendimento, como, por exemplo, risco de suicídio ou presença de sintomas psicóticos, os sujeitos foram encaminhados para atendimento com profissionais do serviço onde estava ocorrendo a entrevista.

Resultados:

Foram entrevistados 537 familiares, sendo 63,3% do sexo feminino. A média de idade foi de 51,1 anos (DP = 13,3), com variação de 18 a 92 anos. Entre os entrevistados, 38,5% referiu possuir até 4 anos de estudo, enquanto 35,2% referiram ter estudado entre 5 e 8 anos e 26,2% 9 anos de estudo ou mais. Quanto à renda, 37,7% referiu renda per capita de até 0,5 salário mínimo, 41,2% referiu renda per capita de até 1 salário mínimo e 21% renda superior a um salário mínimo. 59,7% dos entrevistados possuíam companheiro e 31% possuíam trabalho remunerado.

De acordo com a categorização proposta neste estudo, o rastreio de Transtornos Psiquiátricos Menores entre os entrevistados foi de 42,1%. A tabela 1 apresenta a proporção encontrada para o desfecho de acordo com as características estudadas, nela ainda é possível observar a razão de prevalência bruta e ajustada para cada estrato, bem como seus respectivos p-valores.

Tabela 1: Prevalência e razão de prevalência para Transtornos Psiquiátricos Menores de acordo com variáveis independentes em familiares de usuários de CAPS.

	N	Prevalência	RP Bruta / IC (95%)	P-valor	RP Ajustada / IC (95%)	P-valor
PRIMEIRO NÍVEL	Sexo					
	Masculino	197	31,98%	1	1	0,001
	Feminino	340	47,94%	1,49 (1,18-1,89)	1,54 (1,18-2,01)	
	Idade					
	18 a 40 anos	136	39,71%	1	1	0,167
	41 a 50 anos	107	51,40%	1,29 (0,98-1,70)	1,05 (0,77-1,44)	
	51 a 60 anos	123	44,72%	1,12 (0,84-1,49)	0,93 (0,67-1,30)	
	61 anos ou mais	171	36,26%	0,91 (0,68-1,21)	0,75 (0,53-1,07)	
	Estado Civil					
	Solteiro	216	40,74%	1	1	0,893
	Com companheiro	321	42,99%	1,05 (0,86-1,29)	0,98 (0,78-1,23)	
	Vínculo com o usuário					
	Outros	79	24,05%	1	1	0,019
	Irmã/irmão	74	41,89%	1,74 (1,08-2,80)	1,68 (1,04-2,71)	
	Filho/filha	72	43,06%	1,79 (1,11-2,87)	2,04 (1,26-3,30)	
	Cônjuge	131	43,51%	1,80 (1,16-2,80)	1,96 (1,26-3,13)	
	Pai/Mãe	181	48,62%	2,02 (1,32-3,07)	2,00 (1,29-3,10)	
	Escolaridade					
	9 anos de estudo ou mais	141	29,08%	1	1	0,001
5 a 8 anos de estudo	189	46,56%	1,60 (1,18-2,16)	1,59 (1,15-2,18)		
0 a 4 anos de estudo	207	46,86%	1,61 (1,19-2,16)	1,85 (1,33-2,59)		
Trabalho Remunerado						
Possui	169	39,64%	1	1	0,414	
Não possui	368	43,21%	1,08 (0,87-1,35)	0,90 (0,72-1,14)		
Renda Per capita						
1 salário mínimo ou mais	108	27,78%	1	1	0,163	
0,5 a 1 salário mínimo	212	42,45%	1,52 (1,08-2,15)	1,18 (0,83-1,66)		
Até 0,5 salário mínimo	194	48,97%	1,76 (1,25-2,46)	1,36 (0,96-1,94)		
SEGUNDO NÍVEL	Problemas de Saúde					
	Não possui	180	33,33%	1	1	0,049
	Possui	357	46,50%	1,39 (1,10-1,76)	1,24 (1,00-1,54)	
	Problemas de Nervos					
	Não possui	261	20,69%	1	1	0,000
	Possui e não usa psicofármacos	115	50,43%	2,43 (1,80-3,28)	2,28 (1,67-3,10)	
	Possui e usa psicofármacos	161	70,81%	3,42 (2,64-4,42)	3,02 (2,25-4,06)	
	Realização de atividades Físicas					
	Realiza			1	1	0,368

	Não realiza			1,28 (1,03-1,61)		1,10 (0,89-1,36)	
	Principal cuidador						
	Não é o principal cuidador	79	35,44%	1	0,001	1	0,997
	É o principal cuidador	458	43,23%	1,21 (0,88-1,67)		0,99 (0,68-1,45)	
	Divisão do cuidado						
	Compartilha o cuidado	292	39,73%	1	0,226	1	0,634
	Não compartilha o cuidado	245	44,90%	1,13 (0,92-1,37)		0,94 (0,74-1,29)	
	Tempo na atividade do cuidado						
	0 a 1 ano	63	50,79%	1	0,289	1	0,172
	1 a 5 anos	173	39,31%	0,77 (0,56-1,05)		0,74 (0,53-1,02)	
	6 a 10 anos	122	38,52%	0,75 (0,54-1,05)		0,74 (0,52-1,04)	
	Mais de 10 anos	171	44,44%	0,87 (0,65-1,17)		0,80 (0,51-1,97)	
	Tempo diário no cuidado						
	0 a 8 horas	186	33,87%	1	0,010	1	0,638
	Mais de 8 horas	290	46,21%	1,36 (1,07-1,72)		1,06 (0,82-1,36)	
	Diagnóstico do usuário						
	Ansiedade	35	34,29%	1	0,391	1	0,056
	Depressão	176	38,64%	1,12 (0,68-1,84)		1,83 (1,15-2,90)	
	Bipolaridade	69	46,38%	1,35 (0,80-2,28)		1,53 (0,90-2,60)	
	Esquizofrenia	169	44,38%	1,29 (0,70-2,11)		1,59 (1,00-2,54)	
	Retardo mental	38	52,63%	1,53 (0,88-2,65)		2,13 (1,23-3,68)	
	Álcool/Drogas	21	52,38%	1,52 (0,82-2,82)		2,29 (1,13-4,63)	
	Grau de dependência do usuário						
	Independente	90	54,44%	1	0,008	1	0,420
	Parcialmente dependente	187	43,32%	0,79 (0,61-1,02)		1,00 (0,76-1,32)	
	Dependente	260	36,92%	0,67 (0,52-0,86)		0,85 (0,63-1,16)	
	Qualidade de vida (domínio físico)						
	Satisfeito	276	22,83%	1	0,000	1	0,001
	Parcialmente satisfeito	227	58,59%	2,56 (2,01-3,27)		1,68 (1,25-2,24)	
	Insatisfeito	34	88,24%	3,86 (3,01-4,96)		1,84 (1,28-2,65)	
	Qualidade de vida (domínio psicológico)						
	Satisfeito	297	24,24%	1	0,000	1	0,097
	Parcialmente satisfeito	210	59,05%	2,43 (1,93-3,06)		1,23 (0,96-1,58)	
	Insatisfeito	30	100%	4,12 (3,37-5,04)		1,39 (1,02-1,91)	
	Qualidade de vida (domínio das relações)						
	Satisfeito	291	29,55%	1	0,000	1	0,699
	Parcialmente satisfeito	210	52,38%	1,77 (1,42-2,20)		0,91 (0,72-1,13)	
	Insatisfeito	36	83,33%	2,81 (2,24-3,54)		0,91 (0,68-1,22)	
	Qualidade de vida (domínio de meio ambiente)						
	Satisfeito	150	14,67%	1	0,000	1	0,005
	Parcialmente satisfeito	355	50,14%	3,41 (2,29-5,10)		2,02 (1,32-3,09)	
	Insatisfeito	32	81,25%	5,53 (3,63-8,43)		1,95 (1,14-3,34)	
	Satisfação com as relações familiares						
	Satisfeito	418	32,54%	1	0,000	1	0,000
	Insatisfeito	119	75,63%	2,32 (1,95-2,76)		1,56 (1,27-1,93)	
	Apoio do CAPS						
	Recebe	346	41,62%	1	0,767	1	0,187
	Não recebe	191	42,93%	1,03 (0,83-1,23)		0,86 (0,69-1,07)	
	Apoio familiar						
	Recebe	295	37,29%	1	0,004	1	0,043
	Não recebe	242	47,93%	1,28 (1,05-1,56)		1,25 (1,00-1,55)	
	Sentimento de sobrecarga						
	Sem sobrecarga	247	17,81%	1	0,000	1	0,000
	Sobrecarga leve	185	52,43%	2,94 (2,17-3,97)		2,08 (1,50-2,89)	
	Sobrecarga Moderada	77	75,31%	4,22 (3,14-5,69)		2,97 (2,09-4,21)	
	Sobrecarga Intensa	28	96,43%	5,41 (4,10-7,14)		2,61 (1,72-3,98)	
	TOTAL:	537	42,1%				

Na análise bruta, 17 das 24 variáveis incluídas no modelo apresentaram associação com o desfecho ($p < 0,05$), sendo elas: sexo ($p = 0,0006$); vínculo com o usuário ($p = 0,0270$); escolaridade ($p = 0,0038$); renda per capita ($p = 0,0040$);

problemas de saúde ($p= 0,0055$); problemas de nervos ($p= <0,0001$); realização de atividades físicas ($p= 0,0265$); principal cuidador ($p= 0,0012$); tempo diário no cuidado ($p= 0,0100$); grau de dependência do usuário ($p= 0,0087$); qualidade de vida – domínio físico ($p= <0,0001$); qualidade de vida – domínio psicológico ($p= <0,0001$); qualidade de vida – domínio das relações ($p= <0,0001$); qualidade de vida – domínio de meio ambiente ($p= <0,0001$); satisfação com as relações familiares ($p= <0,0001$); apoio familiar ($p= 0,0042$); sentimento de sobrecarga ($p= <0,0001$).

Já na análise ajustada, perderam força de associação as variáveis renda per capita ($p= 0,1632$); realização de atividades físicas ($p= 0,368$); principal cuidador ($p= 0,997$); tempo diário no cuidado ($p= 0,638$); grau de dependência do usuário ($p= 0,336$); qualidade de vida – domínio psicológico ($p= 0,0970$) e qualidade de vida – domínio das relações ($p= 0,6996$).

Dessa forma, estiveram associadas com o desfecho as variáveis: sexo ($p= 0,001$); vínculo com o usuário ($p= 0,0197$); escolaridade ($p= 0,0013$); problemas de saúde ($p= 0,049$); problemas de nervos ($p= <0,0001$); qualidade de vida – domínio físico ($p= 0,0013$); qualidade de vida – domínio de meio ambiente ($p= 0,0051$); satisfação com as relações familiares ($p= <0,0001$); apoio familiar ($p= 0,043$) e sentimento de sobrecarga ($p= <0,0001$).

Indivíduos do sexo feminino apresentaram razão de prevalência 54% mais maior de rastreio para Transtornos Psiquiátricos Menores.

Maiores razões de prevalência de apresentar o desfecho foram encontradas entre os estratos que indicavam vínculos familiares mais próximos, sendo pai/mãe e irmã/irmão aqueles que apresentaram maior razão de prevalência para rastreio do desfecho (2 vezes e 2,04 vezes respectivamente).

Indivíduos com menor escolaridade apresentaram maior razão de prevalência no rastreio para Transtornos Psiquiátricos Menores. Comparados aos sujeitos com 9 anos de estudo ou mais, aqueles com escolaridade entre 5 e 8 anos de estudo apresentaram razão de prevalência 59% maior de manifestação do desfecho. No mesmo sentido, indivíduos sem escolaridade ou com até 4 anos de estudo apresentaram razão de prevalência 85% maior.

Possuir algum problema de saúde foi marcador de uma razão de prevalência 24% maior para manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores. Da mesma forma, indivíduos que relataram possuir problemas de nervos apresentaram razão de prevalência 2,28 vezes maior de apresentar o desfecho quando não faziam uso

de psicofármacos e 3,02 vezes maior no caso de além do relato estarem tomando algum psicofármaco.

Insatisfação com domínio físico da medida de qualidade de vida esteve associado com maior risco de manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores. Comparados a indivíduos satisfeitos com o domínio supracitado, sujeitos insatisfeitos apresentaram razão de prevalência 84% maior para rastreio do desfecho.

Da mesma forma, indivíduos insatisfeitos com o domínio de meio ambiente da medida de qualidade de vida apresentaram maior razão de prevalência para rastreio de Transtornos Psiquiátricos Menores. Comparados aos indivíduos satisfeitos, aqueles que estavam parcialmente satisfeitos apresentaram razão de prevalência 95% maior de desfecho e entre os insatisfeitos a razão de prevalência foi 2,02 vezes maior.

Quanto às relações familiares, indivíduos que se mostraram insatisfeitos com sua relação familiar apresentaram razão de prevalência 56% maior para rastreio positivo para Transtornos Psiquiátricos Menores. Ainda no âmbito familiar, indivíduos que referiram não receber apoio de sua família para cuidar do usuário apresentaram razão de prevalência 25% maior para manifestação do desfecho.

Maior razão de prevalência para o rastreio positivo para Transtornos Psiquiátricos Menores foram encontradas quanto maior o grau de sobrecarga apresentado pelos sujeitos investigados. Comparados aos indivíduos não sobrecarregados, aqueles que apresentavam sobrecarga leve apresentaram uma razão de prevalência 2,08 vezes maior para apresentação do desfecho. No mesmo sentido, indivíduos com sobrecarga moderada apresentaram razão de prevalência 2,61 vezes maior e indivíduos com sobrecarga intensa apresentaram razão de prevalência 2,97 vezes maior.

Discussão:

A prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores na população estudada foi de 42,1%. Esta prevalência é próxima aquelas encontradas em outros estudos conduzidos com populações semelhantes. Em populações de familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial estudos como os de Tomasi et al (2010), Quadros et al (2012) e Treichel et al (2016) encontraram prevalências de

41%, 49% e 46,9% respectivamente. Nesse sentido, considerando estudos de base populacional conduzidos anteriormente no país (MARAGNO et al, 2006; GONÇALVES, KAPCZINSKI, 2008), este estudo corrobora com a perspectiva de que os familiares cuidadores constituem uma população de risco para manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores.

Na análise ajustada, ser do sexo feminino esteve associado ao desfecho. Este resultado corrobora com achados prévios de Treichel et al (2016), que também encontrou maior risco de manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores em mulheres cuidadoras em saúde mental do que em homens na mesma situação.

Além da variável sexo, as variáveis sócio-demográficas que estiveram associadas ao desfecho foram vínculo com o usuário e escolaridade. Estes achados corroboram com achados prévios de Treichel et al (2016) no sentido de que vínculos mais próximos e menor escolaridade são fatores que contribuem para maiores chances de manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores. Menor escolaridade esteve associada com o desfecho ainda no estudo de Quadros et al (2012).

Assim como nos estudos de Quadros et al (2012) e Treichel et al (2016), embora renda estivesse associada com o desfecho na análise bruta, ao ser inserida no modelo, essa variável perdeu força de associação.

Possuir problemas de saúde tem sido documentado como um dos fatores associados à positividade no SRQ-20 (QUADROS et al 2012; TREICHEL et al 2016). Dessa forma, pode-se apontar que os resultados corroboram com a literatura nesse sentido. Ressalta-se ainda que insatisfação com o domínio físico da escala de medida para qualidade de vida esteve fortemente associada a manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores entre a população estudada. Contudo é importante ressaltar que embora a relação entre problemas de saúde e Transtornos Psiquiátricos Menores venha sendo sistematicamente documentada, especialmente em familiares cuidadores, a direção dessa relação não é clara.

Enquanto no estudo de Tomasi et al (2010) uma parcela de 26% dos familiares referiram possuir problemas de nervos, neste estudo 51% dos entrevistados referiram esses problemas. Na análise ajustada estas situações estiveram fortemente associadas à manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores, especialmente nos casos em que além de relatar possuir um problema de nervos, os entrevistados realizavam uso de algum psicofármaco. Ressalta-se que

30% dos familiares acessados pelo estudo faziam uso de algum desses medicamentos.

Dessa forma, é necessário atentar para dois aspectos importantes: a existência de uma parcela importante de familiares que já está adoecida e em tratamento, e a possibilidade de interferência da ação dos psicofármacos em sintomas utilizados para rastreio dos Transtornos Psiquiátricos Menores na escala utilizada neste estudo.

Uma das principais demandas de estudos realizados anteriormente quanto ao tema era a necessidade de informações acerca do cuidado prestado e principalmente acerca do indivíduo cuidado pelos familiares estudados (QUADROS et al 2012; TREICHEL et al 2016). Nesse sentido, este estudo conta como ponto forte o agrupamento de uma série de variáveis que contribuem para expansão das investigações quanto a esses aspectos.

Contudo, embora variáveis como principal cuidador, tempo diário no cuidado e grau de dependência do usuário tivesse apresentado força de associação com o desfecho na análise bruta, nenhuma variável acerca das características do cuidado ou acerca das características do indivíduo cuidado estiveram associadas à manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores nos familiares estudados.

Na análise bruta, indivíduos que eram os principais cuidadores apresentaram razão de prevalência 21% maior para rastreio para Transtornos Psiquiátricos Menores, no entanto, na análise ajustada essa razão de prevalência se tornou praticamente igual. Da mesma forma, indivíduos que prestavam mais de 8 horas diárias de cuidado apresentavam razão de prevalência 36% maior na apresentação do desfecho, contudo, na análise ajustada essa variável perdeu força de associação.

Quanto ao grau de dependência do usuário cuidado, cabe ressaltar que embora na análise bruta essa variável tivesse demonstrado associação com o desfecho, essa associação ocorreu num sentido inverso ao esperado. Embora com base em estudos prévios (TOMASI et al, 2010) que apontaram maior sobrecarga e risco de adoecimento emocional de acordo com maior grau de dependência do indivíduo cuidado, neste estudo, na análise bruta, quanto maior o grau de dependência do usuário, menor foi o risco de manifestação de transtornos psiquiátricos nos familiares.

Em seu estudo Treichel et al (2016) indica uma forte associação da insatisfação com a qualidade de vida e a manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores. Nesse sentido, por tomar a qualidade de vida como um entendimento complexo que leva em conta uma série de valores relacionados a diferentes aspectos, este estudo buscou dividir a satisfação com a qualidade de vida entre os quatro domínios propostos pela organização mundial da saúde para estudo da qualidade de vida por meio do instrumento whoqol-bref (WHOQOL, 1995).

Na análise bruta todos os domínios da escala whoqol-bref apresentaram força de associação com o desfecho, no sentido de quanto menor a satisfação com o domínio, maior o risco de manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores. Contudo, na análise ajustada, apenas os domínios relacionados à saúde física e meio ambiente estiveram associados ao desfecho.

Insatisfação com as relações familiares foi um importante marcador da presença de Transtornos Psiquiátricos Menores neste estudo. Ressalta-se que estudos prévios (Rodríguez-Sánchez et al, 2011) já vêm documentando piores desfechos na qualidade de vida entre cuidadores oriundos de família com pior funcionamento familiar. Dessa forma, pode-se destacar que este achado chama atenção para uma interface importante do cuidado dentro do contexto familiar, a funcionalidade da família pode ser afetada pelas relações de cuidado.

Nesse sentido, os resultados deste estudo tencionam a necessidade de que as perspectivas de funcionamento familiar sejam levadas em conta na abordagem dos serviços tanto para o acompanhamento dos indivíduos assistidos, quanto para o monitoramento das repercussões do cuidado na vida dessas pessoas e do estabelecimento do plano de cuidados do indivíduo em sofrimento psíquico e dos familiares envolvidos no plano terapêutico.

Ainda quanto às relações familiares, falta de apoio familiar esteve associada à manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores. Resultado que corrobora com a perspectiva tensionada por Quadros et al (2012) de que apoio social é fator de proteção quanto ao desfecho. Em seu estudo, os autores citam que o sentimento de apoio por parte de entes queridos pode melhorar a adaptação para as circunstâncias particulares de estresse e diminuir o efeito dos eventos produtores desse estresse, de forma de que mesmo que não sejam evitados, os mesmos podem passar a ter menores consequências.

Sentimento de sobrecarga esteve fortemente associada ao rastreio positivo para Transtornos Psiquiátricos Menores, tanto na análise bruta quanto ajustada, o p valor encontrado para essa associação foi $p = <0,0001$. Ressalta-se que quanto maior o grau de sobrecarga observado, maior foi o risco da manifestação desses transtornos.

É possível apontar que a variável sobrecarga vem sendo repetidamente citada por trabalhos dentro do campo da saúde mental como um disparador das repercussões negativas na vida dos cuidadores familiares (TREICHEL et al 2016b), contudo, embora recorrente nesse contexto, não se trata de aspecto fácil de ser abordado. Alguns autores citam, por exemplo, que para alguns cuidadores, a sobrecarga é algo inerente às atividades do cuidado e está atrelada a sua responsabilidade de cuidar de “parentes doentes” (WONG et al, 2012). Dessa forma, evidencia-se que, em geral, entre as expectativas desses cuidadores, não está a ausência de sobrecarga, mas necessidade de apoio e suporte.

A expansão desse entendimento pode ajudar na interpretação dos resultados deste estudo. Embora se deva considerar a importância de cada variável individualmente, a análise multivariada parece sugerir que os aspectos que efetivamente têm exercido influência sobre o desfecho na amostra estudada estão relacionados às condições situacionais e de apoio e organização familiar.

Do ponto de vista das condições situacionais, aspectos como a presença de uma injúria física e pior desempenho na qualidade de vida nos domínios físico e de meio ambiente indicam um ambiente menos favorável para as adaptações necessárias a partir do adoecimento seja mental ou físico de um membro da família.

Já quanto ao apoio e organização familiar, ressalta-se que a necessidade de reorganização da estrutura e da rotina familiar é um dos pontos frequentemente citados na literatura como um dos grandes desafios a serem enfrentados pelos grupos familiares a partir do convívio com o sofrimento psíquico de um de seus membros (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004; SANTIN; KLAFKE, 2011). Autores como Santin, Klafke (2011) citam que a depender da posição que o membro adoecido ocupa na família, o momento de definição dos cuidadores pode tanto unir como agravar tensões entre os familiares.

Dessa forma, cabe reflexão quanto ao papel dos serviços de saúde mental frente a essas situações. Ressalta-se que dentro do processo de cuidado, em geral, apenas um dos familiares é inserido no projeto terapêutico do paciente e constitui-se

como referência para as ações de cuidado que ultrapassam o espaço assistido pelo serviço (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004). Esse fator pode contribuir para perpetuação de práticas pouco saudáveis para as relações intrafamiliares, como a transferência de responsabilidades para um único indivíduo, favorecendo o sentimento de sobrecarga (CENTENO et al 2013).

Uma alternativa em favor da mudança desse paradigma talvez seja o estabelecimento de práticas que envolvam e valorizem todos os membros da família do indivíduo em sofrimento psíquico. Iniciativas nesse sentido vêm ocorrendo desde os anos 80 em outras partes do mundo, como por exemplo, na Finlândia, através do “Diálogo Aberto” e convergem em melhores prognósticos entre os indivíduos em sofrimento psíquico e suas famílias (SEIKKULA, et al., 2011; CENTENO, et AL., 2013; KŁAPCIŃSKI; RYMASZEWSKA, 2015).

Na perspectiva da abordagem do “Diálogo aberto” toda rede social do indivíduo em sofrimento psíquico, ou seja, sua família, seus amigos e vínculos significativos, é incluída no tratamento. Esses sujeitos estão presentes em todas as reuniões, sem que nenhuma decisão seja tomada fora delas. Estudos acerca dos prognósticos desse modelo tem apontado uma relação direta entre os resultados exitosos do método com a perspectiva de que essa prática assegura a continuidade psicológica em todas as etapas do tratamento com foco no diálogo entre as pessoas implicadas na situação, valorizando a construção conjunta de entendimentos e saídas (SEIKKULA, et al., 2011; CENTENO, et AL., 2013; KŁAPCIŃSKI; RYMASZEWSKA, 2015).

Cabe destacar que este estudo possui um delineamento de corte transversal, tendo exposição e desfecho avaliados no mesmo momento. Dessa forma, sua leitura deve ser realizada considerando a causalidade reversa como uma limitação. Contudo, os resultados da análise ajustada sugerem que as associações encontradas entre as variáveis e o desfecho não se devem ao acaso, mesmo que não seja possível conhecer o sentido das mesmas.

Conclusão:

A prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores encontrada na população estudada foi próxima aquelas encontradas anteriormente em cuidadores familiares de pessoas em sofrimento psíquico no país. Esse achado reforça a ideia

de que esta é uma população de risco para o adoecimento emocional e psíquico e tensiona a necessidade de acompanhamento da mesma através de ações de rastreamento, prevenção e intervenção dessas situações.

Os fatores associados aos Transtornos Psiquiátricos Menores na população estudada foram: sexo feminino; vínculo próximo com o usuário, em especial pais/mães; baixa escolaridade; possuir problemas de saúde; referir problemas de nervos; baixo desempenho de avaliação da qualidade de vida nos âmbitos físico e de meio ambiente; insatisfação com as relações familiares; falta de apoio familiar e sentimento de sobrecarga.

Os resultados deste estudo apontam que aspectos relacionados a organização familiar estão fortemente associados ao desfecho. Dessa forma, sugere-se a necessidade de acompanhamento coletivo do grupo familiar por parte dos serviços.

Sugere-se que para os avanços da pesquisa na área, uma alternativa possa ser a realização de acompanhamentos longitudinais que investiguem o impacto da implementação de ações terapêuticas que incluam todo grupo familiar e afetivo dos indivíduos em sofrimento psíquico na manifestação de Transtornos Psiquiátricos Menores.

Referências:

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AZEREDO Z; MATOS E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. V.3, n. 4, p: 199-204, 2003.

BANDEIRA M; CALZAVARA M. C. P; CASTRO I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. J. bras. Psiquiatr. v.57, n.2, p. 98-104, 2008.

BIELEMANN V. L. M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. Texto Contexto Enferm. v.18, n.1, p131-139, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

CAMATTA, M. W; SCHNEIDER, J. F. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v.43, n.2, p. 393-400, 2009.

CENTENO R. M. et al. Complexidade e esquizofrenia . *Rev. bras. psicoter.* V.15, n.1, p. 59-71, 2013.

FLECK M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública*. v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

GONÇALVES D. M, KAPCZINSKI F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. V. 24, p.1641-50, 2008.

HARDING T. W. et al. Mental disorders in primary health care: A study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. v.10, n.spe,p. 231-241, 1980.

HÉRBERT R; BRAVO G; PRÉVILLE M. Reliability, validity, and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging*. v. 19, p. 494-507, 2000.

KŁAPCIŃSKI M. M; RYMASZEWSKA J. Open Dialogue Approach - about the phenomenon of Scandinavian Psychiatry. *Psychiatr Pol*. V. 49, n.6, p.1179-90, 2013.

LAWTON MP, BRODY EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. v.9, p: 179–85, 1969.

MARAGNO L. et al. Prevalência de Transtorno mental comum em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. V. 22, p.:1639-48, 2006.

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

OLIVEIRA R. M. P; LOYOLA C. M. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. v. 26, no. 1, p. 213-222, 2004.

QUADROS L. C. et al. Minor psychiatric disorders in family caregivers of users of Psychosocial Care Centers in southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*. v.28, n.1, p. 95-103, 2012.

RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ E. et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Family Practice*. p: 12-9, 2011.

SANTIN G; KLAFKE T. E. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi*. V. 34, p: 146-60, 2011.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in careers of people with mental illness. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2002.

SEIKKULA J. et al. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. V.3, n.3, p. 192-204, 2011.

TAVARES J. P. et al. Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do self report questionnaire. *Revista Enfermagem da UFSM*. v. 1, n. 1, p. 113-123, jan./abr. 2011.

TOMASI E. et al. Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que frequentam Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde Debate*. V. 34, p:159-67, 2010.

TREICHEL C. A. S. et al. Clustering of minor psychiatric disorders and burden among family caregivers of individuals with mental illness. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 21, n. 2, p. 585-590, 2016 .

TREICHEL C. A. S. et al. Minor psychiatric disorders and their associations in family caregivers of people with mental disorders. *Ciênc. saúde coletiva*. No prelo. (2016).

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *SocSci Med* v. 41, p: 1403-10, 1995.

WONG D. F. K. et al. Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health and Quality of Life Outcomes*. P: 10-5, 2012.