



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO
A SAÚDE MENTAL**

CATEGORIA PROFISSIONAL: SERVIÇO SOCIAL

Deisiane Amorim da Silva

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES IDOSOS
CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.**

**Belém – Pará
2017**

Deisiane Amorim da Silva

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES IDOSOS
CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.**

Monografia apresentada como requisito para à conclusão do curso de Especialização, sob a forma de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Mental, Universidade do Estado do Pará.

Categoria profissional: Serviço Social

Orientador: Prof. Msc. João Sérgio de Sousa Oliveira.

**Belém-Pará
2017**

Deisiane Amorim da Silva

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES IDOSOS
CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do Curso de Especialização, sob a forma de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Mental, Universidade do Estado do Pará.

Categoria profissional: Serviço Social

Orientador: Prof. Msc. João Sérgio de Sousa Oliveira.

Data: ____/____/____

Banca avaliadora:

Prof. Msc. João Sérgio de Sousa Oliveira

Orientador

Prof. Msc. Andreia de Souza Bezerra
Preceptora da Residência na FHCGV

Avaliador (a)

Prof. Msc. Francisco Jadson Silva Bandeira
Centro Universitário do Estado do Pará-CESUPA

Avaliador (a)

**Belém-Pará
2017**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sua infinita bondade na minha vida. Ao Senhor, dou meu coração e tudo que há em mim, meus sonhos são os seus. Gratidão é o sentimento.

Aos meus pais, que incentivaram e apoiaram minhas decisões, principalmente, ao carinho que dedicam a mim. Vocês são os maiores responsáveis por todas as conquistas.

Ao meu esposo, que acompanhou de perto toda alegria, frustração, minhas incoerência e desabafos de todos os sentimentos que permearam esses dois anos de residência. Por me fazer acreditar que mesmo diante de todo o cansaço mental e físico eu conseguiria conquistar outros sonhos. Obrigada, por todo carinho, dedicação, paciência e amor.

Agradeço ao meu irmão mais velho Johnattan por ter contribuído em minha jornada acadêmica e por ter sido guia de inspiração.

Ao orientador Msc. João Sergio, por todo ensinamento compartilhado e as horas dedicadas a pesquisa. Agradeço por cada orientação e sua contribuição para minha aprovação no mestrado em saúde coletiva da UFPA.

À minha preceptora e tutora Elizabeth Silva, eu agradeço profundamente todo o carinho, compreensão e afeto oferecido nesse período, principalmente por compreender a necessidade de cada afastamento. Obrigada, pois foste humana se colocando em vários momentos em nosso lugar. Peço a Deus que ilumine sua vida em cada decisão e te faça muito feliz.

Agradeço, as demais preceptoras por cada ensinamento e oportunidade vivenciada. Agradeço, a secretária da residência Fernanda Amorim, por toda dedicação e paciência. Muito obrigada!!!

Aos amigos de residência, que estiveram presentes, compartilhando sonhos e decepções, pois cada momento foi muito importante. Aos companheiros de aventura e desventura (Bruno, Angélica e Mayra), nossos momentos permaneceram registrados entre os melhores. Um agradecimento especial a minha companheira de faculdade e residência, Regiane por tudo que vivemos juntas e seu apoio em cada situação.

Resumo

Introdução: A presente pesquisa retrata o processo de desinstitucionalização psiquiátrica e as mudanças ocorridas no núcleo familiar que passaram a ser corresponsáveis pelo tratamento dos pacientes. Essa mudança alterou a forma como a família vinha participando dos cuidados ao familiar com transtorno mental, mas essas modificações também acarretaram dificuldades em lidar e desempenhar o papel de cuidador principal o que tem contribuído para um sentimento de sobrecarga nesses familiares. Além disso, familiares com idades mais avançada vem exercendo cada vez mais o papel de cuidadores principais de filhos ou de outros membros familiares. Embora, haja alguns estudos relacionados à idosos cuidadores, eles ainda são insuficientes em comparação ao aumento da participação ativa dos idosos, principalmente no que se refere à cuidadores de paciente psiquiátricos onde o tema é pouco explorado. **Objetivo** avaliar a sobrecarga imposta aos familiares idosos cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Metodologia:** O método utilizado foi de caráter transversal, observacional e descritivo, participaram da pesquisa 15 familiares idosos que acompanhavam o paciente no período de internação psiquiátrica entre agosto e dezembro de 2016. Sendo aplicado o questionário sociodemográfico e a escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos (FBIS-BR). **Resultados:** Os dados indicaram a predominância do sexo feminino e com maior prevalência na faixa etária de 65 a 75 anos. Foi observado maior grau de sobrecarga objetiva na assistência na vida cotidiana no que se refere a encorajar, lembrar o paciente sobre o uso da medicação ou garantir o uso mesmo que seja às escondidas. A maior sobrecarga subjetiva foi a preocupação dos familiares idosos com o futuro do paciente. A identificação da sobrecarga objetiva e subjetiva em familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos confirmam os investigados em outros estudos com familiares de outras faixas etárias. Portanto, o cuidado com a pessoa idosa é uma questão que deve estar presente nos debates dos profissionais que atendem essa demanda, afim de proporcionar uma visão crítica da realidade imposta ao familiar idoso.

Palavras-chave: Família; Sobrecarga; idosos; desinstitucionalização;

ABSTRACT

Introduction: The present study portrays the process of psychiatric deinstitutionalization and changes in the family that have become Responsible for the treatment of patients. This change has altered the way in which the family has been taking care of the family member with mental disorder, but these modifications have also had difficulties in handling and playing the role of primary caregiver, which has contributed to a feeling of overload in these relatives. In addition, more advanced family members are increasingly exercising the role of primary caregivers of children or other family members. Although there are some studies related to elderly caregivers, they are still insufficient compared to the increased active participation of the elderly, especially regarding psychiatric caregivers where the subject is little explored. **Objective:** To evaluate the overload imposed on elderly family caregivers of psychiatric patients. **METHODS:** The method used was transversal, observational and descriptive, 15 elderly relatives who followed the patient during the period of psychiatric hospitalization between August and December 2016 participated in the study. The sociodemographic questionnaire and the Family Overload Assessment scale were applied Of Psychiatric Patients (FBIS-BR). **Results:** They indicated the predominance of females and with a higher prevalence in the age range of 65 to 75 years. A higher degree of objective overload was observed in daily life assistance in encouraging, reminding the patient about medication use or ensuring use even if it is hidden. The greatest subjective overload was the concern of elderly relatives with the future of the patient. The identification of objective and subjective overload in family caregivers of psychiatric patients confirms those investigated in other studies with relatives of other age groups. Therefore, care with the elderly is an issue that must be present in the debates of the professionals who meet this demand, in order to provide a critical view of the reality imposed on the elderly relative.

Keywords: Family, elderly, deinstitutionalization, family overload.

LISTA DE ABRIATURA E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
FBIS-BR	Escala de avaliação da sobrecarga familiar
FHCGV	Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Viana
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SIB	Setor de Internação Breve
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1-	INTRODUÇÃO	08
2-	JUSTIFICATIVA	11
2.1-	SITUAÇÃO PROBLEMA	12
3-	HIPÓTESES	14
4-	OBJETIVOS	15
4.1-	OBJETIVO GERAL	15
4.2-	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
5-	REVISÃO DA LITERATURA	16
5.1-	REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	16
5.2-	DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	19
5.3-	FAMÍLIA COMO CUIDADORA	21
5.3.1-	Relação dos Serviços de Assistência Psiquiátrica com o Familiar do Paciente	24
6-	MATERIAL E MÉTODO	29
6.1-	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	29
6.2-	TIPO DO ESTUDO	29
6.3-	LOCAL DO ESTUDO	29
6.4-	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	31
6.5-	DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA	32
6.5.1-	Ficha de Identificação	32
6.5.2-	Escala de Avaliação da Sobrecarga Familiar (FBIS-BR)	32
6.6-	ANÁLISE DE DADOS	35
7-	RISCOS E BENEFÍCIOS	36
8-	RESULTADOS	38
8.1-	CARACTERIZAÇÃO DOS FAMILIARES E PACIENTES	38
8.2-	ANÁLISE DA SOBRECARGA	41
8.2.1	Sobrecarga Objetiva	41
8.2.2-	Sobrecarga Subjetiva	43
9-	DISCUSSÃO	45
10	CONCLUSÃO	52
11-	REFERÊNCIAS	54
12-	APÊNDICES	59
13-	ANEXOS	67

1. INTRODUÇÃO

O movimento da desinstitucionalização ocorreu na Europa e Estados Unidos (EUA) a partir da década de 1950, através de um novo enfoque em relação à política de saúde mental, onde se percebeu que o indivíduo já não alcançava melhoras ao isolar-se da sociedade, mas fazendo parte da mesma. Iniciou-se assim, um processo que tinha como finalidade reduzir o número de internações e desenvolver novos serviços que atendessem aos cuidados psiquiátricos, possibilitando assim uma reinserção social e familiar aos pacientes psiquiátricos internados em instituição hospitalar (BANDEIRA, 1991; BARROSO, 2006; VASCONCELOS, 2010).

No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica surgiu no contexto da redemocratização do país, nesse período deu-se início a vários movimentos sociais que almejavam grandes reformas no âmbito político e social do país. Esses fatores tornaram o cenário propício para a reforma psiquiátrica inspirado nos movimentos reformistas internacionais (BRASIL, 2005).

Na literatura alguns achados referem que até o início da década de 90, o tratamento aos portadores de transtorno mental era predominantemente em instituições psiquiátricas, entretanto, grandes mudanças ocorreram advindas das transformações da reforma psiquiátrica. Nesse novo contexto ampliou-se a participação dos familiares no tratamento dos pacientes, aumentando as responsabilidades dos cuidadores e a sobrecarga associada à rotina de assistência ao paciente como: administrar medicações, acompanhar a serviços de saúde, lidar com comportamentos problemáticos e episódios de crise (BARROSO et al, 2009). Além disso, a “substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade”. (GONÇALVES; SENA, 2001)

Nesse novo contexto, a família é representada como a principal aliada ao movimento de reforma psiquiátrica, no entanto, vale apenas refletir as mudanças que ocorreram não somente ao portador de transtorno mental, porém a todo o núcleo familiar que teve diversos domínios da vida afetados pela sobrecarga imposta pela rotina do cuidado, necessitando de acompanhamento e apoio dos profissionais de

saúde. Alguns autores referem que o grau de sobrecarga é agravado pela falta de informação a respeito da doença, do tratamento e principalmente sobre como lidar com comportamentos problemáticos do paciente e os manejos em momentos de crise (BANDEIRA et al, 2008; NAVARIN; HIRDES, 2008).

No Brasil, alguns estudos relacionados ao familiar do paciente, retratam a sobrecarga e as mudanças advindas da assistência diária ao portador de transtorno mental (BARROSO et al., 2009; SOUZA et al., 2010; BAPTISTA et al., 2012). Além disso, pesquisas relacionadas aos familiares idosos¹ cuidadores, são pouco investigadas, principalmente na população brasileira, foram encontrados alguns achados na literatura internacional de idosos como cuidados dos cônjuges dependentes de cuidados diário. Considerando que a população de idosos é crescente e assumem novos papéis na sociedade, aguça o interesse de pesquisar e conhecer as demandas no contexto da saúde mental, considerando os idosos como os principais responsáveis pelo cuidado do familiar com transtorno mental.

Alguns estudos, apontam que mulheres com idade avançada, vêm-se transformando em cuidadoras de seus companheiros, filhos e netos e de si mesma, configurando a pessoa idosa como a responsável pelo cuidado. A figura da mulher em diversas pesquisa é associada historicamente ao papel de cuidar dos membros família como atributo “natural”, submetendo a mulher às exigências de rotinas domésticas, refletindo nas desigualdades e a questão de gênero (ROSA, 2010; GOMES, 2010).

Embora, haja alguns estudos relacionados à idosos cuidadores, eles ainda são insuficientes em comparação ao aumento da participação ativa dos idosos, principalmente no que se refere à cuidadores de paciente psiquiátricos onde o tema é pouco explorado. Pois no atual contexto, é crescente a possibilidade de encontrarmos familiares idosos como cuidadores principais de familiares dependentes de assistência (TOMOMITSU et al, 2013).

Assim, alguns estudos salientam que os cuidadores idosos possuem mais problemas de saúde, ocasionado pela falta de tempo de cuidar de si mesmo devido o sentimento de culpa ou preocupação em deixar o familiar que necessita de constante supervisão sozinho (OSTWALD, 2009; TOMOMITSU et al, 2013 apud PINQUART E SÖRENSEN, 2013).

Considerando o processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais e cognitivas que dificultam atividades diárias, os cuidadores idosos podem ser mais afetados pelo ônus físico e psicológico do cuidado do que cuidadores de meia-idade, portanto a atuação do idoso como cuidador pode tornar-se ainda mais árdua (ROCHA et al, 2015).

Desta forma, este estudo teve como objetivo identificar e conhecer a sobrecarga familiar, especificamente no contexto da pessoa idosa que exerce assistência ao familiar portador de transtorno mental, pois é compreendido que a família é integrante e elo principal ao cuidado prestado ao familiar doente, necessitando e carecendo de cuidados pelos profissionais de saúde. (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Vale ressaltar, que é explorado frequentemente na literatura, a relação de cuidadores de idosos com demência, entretanto, é crescente a relação de idosos como responsáveis pelo cuidado de outro membro familiar, logo, é desmistificado a percepção que todos os idosos são frágeis e incapacitados (ROCHA, 2015). Portanto, é possível identificar no contexto da saúde mental, familiares com idades avançadas, sendo os únicos ou principais responsáveis pelo cuidado ao familiar portador de transtorno mental.

Nessa perspectiva, a temática família, idoso e saúde mental no cuidado com o portador de transtorno mental torna-se relevante na atualidade, onde o envelhecimento populacional é crescente. A proposta de pesquisa buscou avaliar a sobrecarga de familiares idosos que realizam assistência ao paciente psiquiátrico e se encontram internados ou aguardando leito no hospital de referência.

2. JUSTIFICATIVAS

O processo de desinstitucionalização ocasionou novas demandas, responsabilidades e papéis em torno dos familiares dos pacientes psiquiátricos (BANDEIRA et al, 2008; NAVARIN; HIRDES, 2008; VASCONCELOS, 2010; BAPTISTA et al, 2012). Nesse novo contexto o cuidador tornar-se sobrecarregado com as funções do dia a dia, principalmente quando assume sozinho responsabilidades delegadas, em alguns casos destinada apenas para um membro familiar, colocando suas atividades pessoais em segundo plano. Deste modo, alguns estudos apontam que as mudanças ocorridas na vida do cuidador geram sobrecargas, pois em certos casos as necessidades do paciente são colocadas em primeiro lugar em detrimento dos desejos e necessidades do familiar cuidador (SOUZA FILHO et al, 2010; ALMEIDA et al, 2010; CARDOSO et al, 2012; Gomes e Melo, 2012). Dessa forma, o movimento da reforma psiquiátrica acentuou novos papéis ao cuidador familiar, tornando-se aliado ao processo de reinserção social.

Após o processo de desinstitucionalização, se intensificaram as pesquisas no campo internacional, investigando as transformações e experiências das famílias que cuidam de pacientes psiquiátricos, verificando as dificuldades encontradas pelos familiares cuidadores em desenvolverem suas funções de cuidar, tais dificuldades contribuem para sobrecargas (BARROSO et al, 2007; VASCONCELOS, 2010; CARDOSO et al, 2012; GOMES E MELO, 2012).

No Brasil, ainda é recente as pesquisas que retratam o grau de sobrecarga nos diferentes domínios da vida dos familiares de pacientes. Logo, estudos que abordam o contexto familiar de idosos com o portador de transtorno mental são escassos, tornando-se relevante estudos para fomentar discussões nos serviços de saúde que colabore com as necessidades do paciente e do núcleo familiar.

A abordagem do tema parte do pressuposto que o envelhecimento populacional é crescente, ou seja, o aumento relativo de pessoas com mais de 60 anos, e em consequência desta mudança é possível verificar um grande número de familiares idosos sendo responsáveis pela assistência ao portador de transtorno mental (ROCHA et al, 2015).

No entanto, há necessidades de estudos sobre a temática que colabore com as discussões e contextualizem sobre os familiares com idade avançada que realizam assistência diária ao familiar portador de transtorno mental. Assim, torna-se necessário aprofundar o conhecimento para todos os grupos familiares que oferecem assistência ao paciente, sobretudo, identificar o grau de sobrecarga e as dimensões mais afetadas em decorrência do papel de cuidar.

Portanto, há necessidade de avaliar a sobrecarga dos familiares idosos cuidadores dos pacientes psiquiátricos, afim que identifiquemos os domínios que podem estar sendo afetados pelo grau de sobrecarga imposta pelas atividades do cuidado prestado aos pacientes no contexto domiciliar. As informações coletadas poderão contribuir e auxiliar os profissionais de saúde nas intervenções oferecidas aos familiares, compreendendo melhor as dificuldades encontradas no decorrer da internação, por conseguinte, amenizar a sobrecarga atribuída aos cuidadores idosos que se sentem vulneráveis diante de tal situação e conseqüentemente, podendo influenciar na qualidade de vida.

2.1 SITUAÇÃO PROBLEMA

Na Urgência e Emergência Psiquiátrica e no Setor de Internação Breve (SIB) da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Viana (FHCGV) analisou-se que, uma parcela de pacientes tem como acompanhantes pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sendo essa uma das principais dificuldades encontradas no momento da internação do paciente, principalmente se o mesmo necessitar de cuidados especiais ou tiver histórico de tentativa de suicídio, pois, nesses dois casos, a presença de acompanhante torna-se essencial segundo as normas e protocolo da instituição, haja vista o tamanho da equipe em relação à grande demanda imposta a emergência psiquiátrica que atende ao Estado do Pará.

Sendo que a espera por leito e o período de internação demandam dias, com um ambiente desfavorável e com grandes sobrecargas psicológicas e físicas, haja vista que, o lugar torna-se estressante em decorrência do elevado número de pacientes e das condições insalubres aos olhares dos familiares. Pois, nesse momento, o acompanhante dispõe apenas de uma cadeira para a espera, sendo permitida a troca de acompanhantes, no entanto, nem sempre é possível ao

cuidador dispor de outras pessoas da família que possa desenvolver tal função sem afetar sua rotina profissional ou pessoal.

A partir desta experiência surgiu o interesse em realizar um trabalho, visando conhecer a sobrecarga imposta ao familiar idoso que exercem o papel de cuidador principal, que estão expostos a diversas situações decorrentes da demanda de cuidar das necessidades do paciente psiquiátrico. Tais achados podem contribuir e direcionar ações nos serviços que atendam às necessidades do cuidador. Assim, questiona-se: quais as principais sobrecargas (objetivas e subjetivas) que acometem os cuidadores idosos que prestam assistência às necessidades dos pacientes psiquiátricos?

3. HIPÓTESES

NULA

- Não há sobrecarga decorrente da assistência realizada diariamente por Familiares idosos que exercem o papel de cuidador principal de portador de transtorno mental.

ALTERNATIVA

- Há sobrecarga decorrente da assistência realizada diariamente por Familiares idosos que exercem o papel de cuidador principal de portador de transtorno mental.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a sobrecarga imposta aos familiares idosos cuidadores de pacientes psiquiátricos.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os cuidadores idosos familiares de pacientes psiquiátricos;
- Avaliar a sobrecarga dos cuidadores idosos familiares de pacientes psiquiátricos por meio da *Escala de Avaliação de Sobrecarga Familiar (FBIS-BR)*;
- Identificar quais os domínios da vida desses familiares idosos cuidadores que estão sendo mais afetados.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou na década de 70, período em que o país passava por grandes mudanças políticas, sobretudo, em questões de ordem trabalhista e denúncias das políticas de saúde mental que acompanharam o movimento sanitário. Vasconcelos (2010) e Maciel (2012), ressaltam que a reforma psiquiátrica surgiu para questionar a instituição asilar, a prática médica e principalmente para humanizar a assistência prestada aos pacientes. Haja vista que, a trajetória de assistência aos pacientes psiquiátricos era marcada por inúmeras denúncias de desrespeito a dignidade humana.

Nessa conjuntura política, surgem o Núcleo de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) e Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), compostos por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, associações familiares de paciente de longa internação e profissionais da área. O MTSM surgiu dentro de um contexto político favorável para reivindicações sociais, o movimento traçou a luta antimanicomial, através das inúmeras denúncias de violência, falta de recursos nas unidades, precariedades nas condições de trabalho e na assistência prestada ao paciente. Desta forma, o movimento se constituiu através da luta em prol da dignidade humana, marcado por denunciar as práticas e principalmente o modelo hospitalocêntrico onde predominava apenas a existência de patologia na assistência prestada às pessoas com transtorno mental (AMARANTE, 1992; BRASIL, 2005).

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que contou com a participação de diversos segmentos da sociedade civil, e marcou a grande conquista do movimento sanitário que culminou posteriormente na criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que estabeleceu direitos universais e integrais a todos os cidadãos que dele necessitam, a partir deste momento ocorreram grandes transformações acerca da concepção de saúde no país. Contribuindo para o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos.

Em 1987 ocorre a I Conferência Nacional em Saúde Mental (Rio de Janeiro-RJ) e o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru-SP) que assumiu o lema “Por uma sociedade sem manicômio” e instituiu o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial. O movimento passou a buscar o rompimento com o histórico de segregação, exclusão, desvalorização e, sobretudo alcançar a inclusão dos portadores de transtorno mental (AMARANTE, 1995; BRASIL, 2005).

Nesse mesmo período foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, que demonstrou a possibilidade de substituição da assistência prestada de forma centralizada na doença por uma rede de cuidado integral percebendo o paciente de forma holística (BRASIL, 2005).

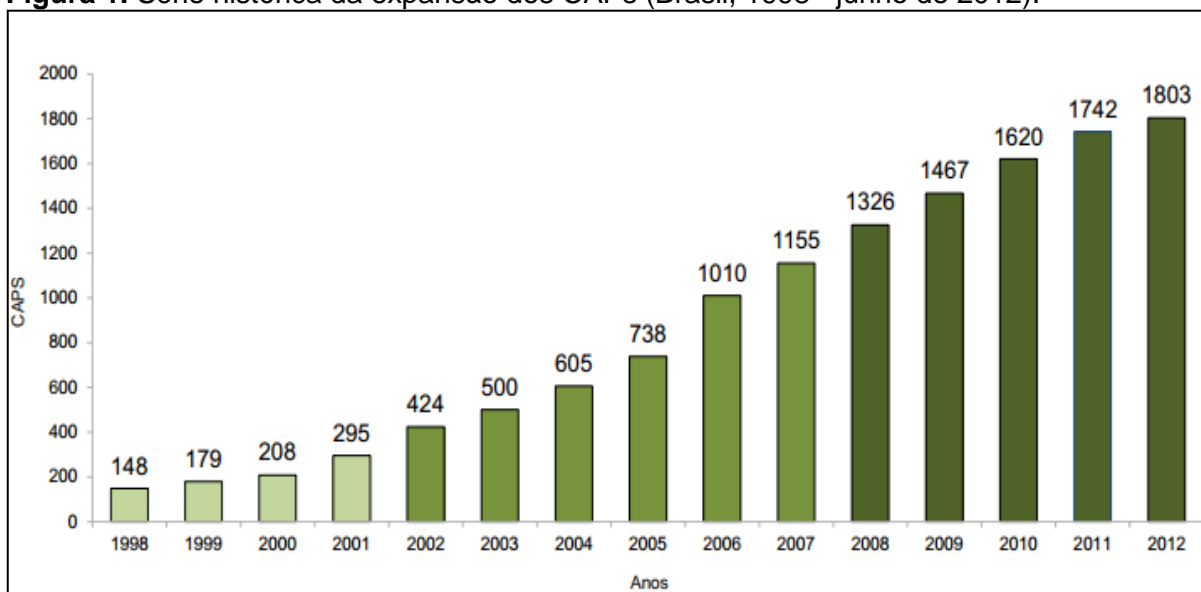
No ano de 1989 o deputado Paulo Delgado dá entrada no Congresso Nacional ao Projeto de lei nº 3.657/89 que prescreve a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais. Esse projeto fortaleceu a ampliação dos debates sobre a luta antimanicomial não apenas entre os técnicos e usuários, mas também em vários segmentos da sociedade civil (ROTELLI E AMARANTE, 1992; BRASIL, 2005).

Diante disso, em novembro de 1990 foi realizada em Caracas a conferência regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica com o patrocínio das Organizações Pan-americanas e Mundial da Saúde (OPS/OMS). Com a participação do Ministério da Saúde, Seguridade Social e Justiça e os parlamentos e outras forças políticas de vários países (ROTELLI E AMARANTE, 1992; BRASIL, 2005). Nessa conferência foi aprovada a Declaração de Caracas que proclamou a reestruturação da assistência psiquiátrica, assegurando o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais que promoveram a organização de serviços em saúde mental. A partir desta conquista foram criadas as primeiras normas federais que regulamentariam a implantação de serviços substitutivos no país (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, após 12 anos de tramite no Congresso Nacional, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado foi sancionado no país. No entanto, aprovação teve algumas modificações normativas no projeto da Lei original, entretanto, não interferiu no teor da ideia central da luta pelos direitos das pessoas com transtorno mental.

Por conseguinte, a Lei Federal 10.216 dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental preferencialmente, em serviços comunitários e em ambientes terapêuticos menos invasivos possíveis, respeitando e incentivando a autonomia do usuário. Nessa perspectiva, as mudanças ocorridas com o novo cenário evidenciaram uma ruptura de forma gradativa do antigo modelo e a substituição por uma rede integrada e não mais direcionada ao modelo de internação por tempo indeterminado.

Figura 1. Série histórica da expansão dos CAPs (Brasil, 1998 - junho de 2012).



Fonte: Brasil, Saúde Mental em Dados - 11 Ano VII, nº 11

Conforme ilustra a Figura, até junho de 2012 havia 1803 CAPs habilitados em todo o país entre eles 12 CAPSad 24h. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ainda conta com 625 Residências Terapêuticas, 4.085 beneficiários do Programa De Volta Para Casa, que tem como objetivo contribuir com o processo de reinserção social das pessoas com período de longa hospitalização fornecendo

um auxílio no valor de 240,00(duzentos e quarenta reais) a seus beneficiários. De acordo com os dados atualizados atualmente estão funcionando 2.241 CAPs em todo o país, um crescimento de 24% comparado a 2012 quando existia apenas 1803 (BRASIL, 2015).

Esse crescimento e investimento nos modelos extra-hospitalar continuam se expandindo, pois no dia 05 de outubro 2015 foi publicada a portaria nº 1.647 no Diário Oficial da União (DOU) que contempla 20 estados que receberam recursos para melhoria dos serviços da RAPS.

Percebe-se que, de forma gradativa, os hospitais psiquiátricos estão sendo substituídos pela RAPS que vem ampliando possibilidades de tratamento que estejam voltados para reabilitação, reinserção social, na promoção e proteção dos direitos humanos.

5.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A reforma psiquiátrica não somente alterou o tratamento dos pacientes nos hospitais de longa internação, mas envolveu mudanças sociais e culturais em relação às práticas dos cuidados, realizadas pelos serviços comunitários e mais especificamente na família, que passou a ter um papel determinante no novo modo de tratamento ao paciente, fazendo parte desse novo contexto.

Segundo Bandeira (1991), em vários países o processo de desinstitucionalização, encontrou algumas dificuldades tais como: a falta de recursos suficientes para criação de novos serviços comunitários, falta de preparação, formação e engajamento da comunidade no acolhimento do doente mental e a contradição do governo que promovia a desinstitucionalização, porém ainda proporcionava verbas para os serviços de hospitalização. Sendo que, nesse contexto, a desinstitucionalização envolvia a concepção de diminuir leitos hospitalares e resgatar a autonomia dos pacientes que foram afetados pelo processo de institucionalização, proporcionando a reinserção do paciente psiquiátrico na comunidade, através dos novos serviços especializados com equipes

multidisciplinares e combinados com a ressignificação do papel familiar no tratamento.

No processo de desinstitucionalização o paciente deixa de ser sujeito da experiência e excluído dos seus direitos como pessoa para tornar-se participante do mundo da cidadania, e principalmente, é desmistificado o uso do paciente como objeto de saber (AMARANTES, 2009). Neste novo enfoque a desinstitucionalização não se restringia apenas ao espaço físico e aos serviços oferecidos pela assistência prestada aos portadores de transtorno mentais, mas há uma nova reestruturação das técnicas, práticas e principalmente novos saberes que reproduziram novos direitos e refletiu positivamente na qualidade dos serviços prestados ao paciente psiquiátrico, dando-lhes dignidade e respeito ao seu tratamento.

Entretanto, ainda há desafios a serem superados, pois os serviços comunitários que foram criados para atender os pacientes psiquiátricos ainda contam com grandes dificuldades, pois além de não serem numerosos em comparação a grande demanda, ainda não foram capazes de suprir necessidades clínicas, sociais, ocupacionais e principalmente assegurar a reintegração social dos pacientes com distúrbios mentais mais graves e persistentes. Porém, essas dificuldades estão associadas a vários fatores, entre eles: as condições precárias de pobreza, infraestrutura inadequada nos serviços comunitários, fragilidade da articulação com a atenção básica, baixa densidade de articulação das ações Inter setoriais e ausência de estratégia clara para enfrentar a vulnerabilidade social (BANDEIRA et al, 1998; DELGADO, 2015).

Contudo, é necessário destacar dois modelos básicos de assistência ao paciente psiquiátrico, sendo um o modelo asilar e o outro psicossocial (MACIEL, 2012). O modelo asilar pode ser observado através dos Hospitais psiquiátricos que são compostos por uma equipe multidisciplinar, porém, ainda permanece o modelo centrado na figura do médico e das medicações, restringindo os demais profissionais a uma figura secundária e auxiliar. Já o modelo psicossocial baseia-se nos serviços extra-hospitalares, compostos por serviços da comunidade que leva em consideração os fatores políticos e biopsicossocioculturais, respeitando a

subjetividade do usuário e a importância da sua participação no tratamento e inserido a família na assistência ao paciente psiquiátrico.

5.3 FAMÍLIA COMO CUIDADORA

A família é historicamente entendida por uma unidade social complexa e fundamentada nas relações e experiências de todo ser humano e interligadas por relações. Deste modo, a “família é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e socialização dos indivíduos”, ou seja, é a primeira que se relaciona através do elo de cuidar e proteger. Por conseguinte, toda mudança que ocorre dentro das relações do ser humano, afeta as relações pessoais já existentes, sendo assim, as mudanças ocorridas com o portador de transtorno mental acabam interferindo nas relações familiares (BORDAS et al, 2008).

Alguns achados (GONÇALVES E SENA, 2001; PIMENTA E ROMAGNOLI, 2008) enfatizam que antes do movimento da reforma psiquiátrica o portador de transtorno mental, o “louco” como era visto pela sociedade era excluído do convívio social sendo trancado nos manicômios e distanciado de qualquer vínculo familiar com a argumentação que o “isolamento era terapêutico”. Nesse contexto, o isolamento do paciente era tido como proteção ao próprio núcleo familiar devido principalmente ao “comportamento inadequado”. Portanto, “evidenciamos que se a família, em algum momento, retirou-se da cena do cuidado de seu familiar doente mental, em outros, ela foi excluída por ser considerada como “nociva ao tratamento”, isto é, como causadora da doença” (COLVERO et al, 2005).

O papel da família nesse contexto era identificar “anormalidade” no comportamento do familiar e comunicar as instituições hospitalocêntricas, repassando a responsabilidade do cuidado, por conseguinte centralizando o tratamento nos hospitais psiquiátricos com ênfase na doença através de medicalização dos sintomas apresentados pelo paciente. (COLVERO et al, 2005; BORBA et al, 2008). Além disso, é importante salientar que neste período não havia políticas em saúde mental que contribuísse para os cuidados do paciente em domicílio.

Com o movimento da reforma psiquiátrica o papel da família sofreu alterações, aliando-se ao tratamento através da reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico, por meio dos novos serviços comunitários que surgiram para substituir o modelo asilar, proporcionando um novo enfoque na atenção à saúde mental com novos dispositivos, desta forma a família é incluída no tratamento como corresponsável, assim sendo, passou a ser incluída no cuidado reabilitador (SOARES E MUNARI, 2007; BORBA et al, 2008; COLVERO et al, 2004).

Destarte, o papel da família é essencial para o tratamento do portador de transtorno mental sendo destacado em portarias (Portaria/SNA, nº 224, 29/01/1992 e Portaria/ SAS nº 147, 25/01/1994) a abordagem junto à família, que incluem orientações sobre o diagnóstico, programa de tratamento, alta hospitalar e a continuidade do tratamento pela equipe multiprofissional.

A presença do familiar cuidador é essencial para continuidade do tratamento sem interrupção. Entretanto, Maciel (2012) refere-se à dificuldade do tratamento extra-hospitalar com a inclusão do paciente novamente nas rotinas familiares, pois a mesma, ainda não estava preparada para assumir esse papel, que historicamente foi retirado pelo “saber de cura” dos médicos, colaborando para o enfraquecimento da relação familiar. No entanto, é necessário compreender e reconhecer, a importância da família para o tratamento e as limitações no processo de cuidar e as tensões advindas da presença do familiar com transtorno mental.

Nessa perspectiva, o núcleo familiar passa a fazer parte da assistência prestada ao paciente, no entanto, essas demandas ocasionaram novas responsabilidades sobre o tratamento, bem como a quantidade de cuidados dispensados diariamente em torno do familiar com transtorno mental. Em decorrência do impacto na rotina familiar, surgem os encargos financeiros, sociais e subjetivos em consequência da doença, que nem sempre são percebidos pelo familiar de forma clara e, por isso tendem a "minimizar as experiências de sobrecargas" (PEREIRA, 2010).

Logo, os familiares dos pacientes necessitam de acolhimento e escuta qualificada, que possa contribuir para seus medos, incertezas e dificuldades em lidar com o paciente, colaborando para o melhor convívio e refletindo positivamente na relação intrafamiliar.

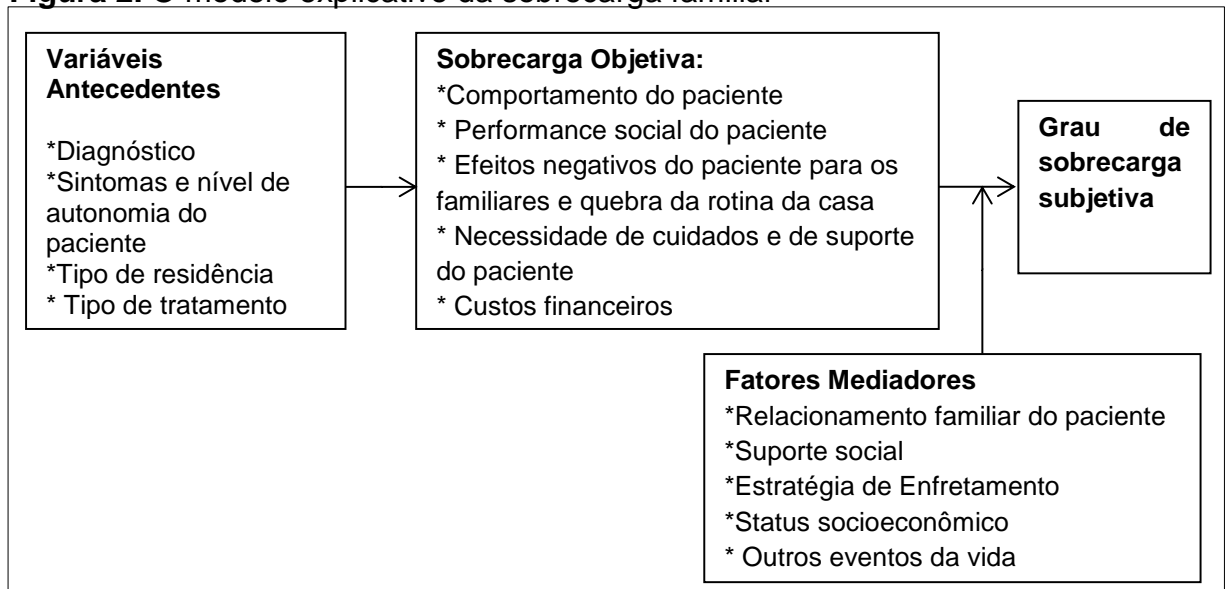
Assim, a família torna-se aliada ao processo de cuidados à pessoa com transtorno mental, porém, necessita de suporte profissional que contribua para o enfrentamento das dificuldades diante da tarefa de cuidar e pelas grandes mudanças ocasionadas pela falta de preparo para lidar com situações desconhecidas que podem acarretar ao familiar um grau de sobrecarga e sofrimento psíquico que afetará a qualidade de vida de ambos (BESSA E WAIDMAN, 2013).

O conceito de sobrecarga empregado nesta pesquisa refere-se às consequências negativas que atingem várias dimensões da vida familiar. Essa sobrecarga vivenciada pelos familiares vem sendo diferenciada por duas dimensões; a primeira é a sobrecarga objetiva, relacionada às tarefas, às alterações na rotina de vida e aos custos que atingem a vida social e profissional do familiar; a segunda a sobrecarga subjetiva, relacionada com as percepções e impressões que remete os sentimentos em relação à preocupação, sentimentos e incômodo gerado pela sobrecarga objetiva (BANDEIRA et al, 2005; BARROSO et al, 2009; ALBUQUERQUE et al, 2010). Segundo alguns estudos as sobrecargas subjetivas estão associadas a vários fatores, explicativas em três níveis de variáveis: 1) variáveis antecedentes; 2) sobrecarga objetiva e 3) fatores mediadores (BARROSO, 2006).

As variáveis antecedentes caracterizam a situação da doença mental, sendo elas: o diagnóstico, os sintomas e nível de autonomia do paciente, o tipo de residência e do tratamento. Assim, essas variáveis podem contribuir para o surgimento da sobrecarga objetiva através dos comportamentos problemáticos do paciente, a quebra da rotina familiar derivada pela assistência oferecida ao paciente e influenciar sobre o custo financeiro interligado a doença. A união dessas duas variáveis pode gerar nos familiares o sentimento de sobrecarga subjetiva que poderá sofrer forte influência dos fatores mediadores caracterizados pela qualidade da relação do familiar com o paciente, o suporte social recebido pelo familiar, às

estratégias de enfrentamento para lidar com situações problemáticas do paciente e o nível socioeconômico da família como mostra a figura abaixo do modelo explicativo da sobrecarga (BARROSO, apud MAURIN E BOYD 1990).

Figura 2. O modelo explicativo da sobrecarga familiar



Fonte: Barroso (2006, p.43) apud Modelo de Maurin e Boyd (1990).

5.3.1 Relação dos Serviços de Assistência Psiquiátrica com o Familiar do Paciente

O processo da reforma psiquiátrica refletiu não apenas no tratamento do portador de transtorno mental ou nas práticas profissionais, mas, na principal instituição sendo ela “balizadora das relações sociais e construtora da identidade pessoal” sendo representada pela família, principalmente sobre o responsável principal pelo cuidado (ROSA, 2010). Contudo, as mudanças ocasionadas com a reforma psiquiátrica ainda passam por processo de “reajuste” necessitando ainda estabelecer ações que viabilizem a ressocialização/reabilitação do paciente no seu contexto social.

De acordo com Gonçalves e Sena (2008):

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

Para tal fim, deve-se compreender que o cuidado com o portador de transtorno não é incumbido somente ao contexto familiar, uma vez que é a família que sofre o embate com a realidade cotidiana do cuidado ao doente mental atribuído principalmente as mulheres. Esse papel carece de ser compartilhado e atribuído aos serviços de saúde, a fim de garantir a saúde como um direito, negando qualquer molde sugerido pelo ideário neoliberal, que retirava o Estado da assistência ao portador de transtorno mental (ROSA, 2010).

Deste modo, não devemos separar o paciente do contexto familiar, por ser um elemento imprescindível a família deve ser compreendida como o elo principal no tratamento do paciente, atuando e contribuindo para a ressocialização/reabilitação, assim, impulsionando a autonomia do familiar com transtorno mental, para tanto é necessário o suporte assistencial que forneçam subsídios necessários para a ressocialização/reabilitação em prol da melhoria de qualidade de vida do grupo familiar.

Segundo Rosa (2010), à família representa “aparentemente” o melhor espaço para o convívio do paciente para relações afetivas e pessoais, entretanto esta pode se encontrar em crise em relação às condições para cuidar. Pois, é importante salientar que o transtorno mental acarreta no familiar uma sobrecarga emocional e física por exigir maior atenção por parte dos familiares, principalmente no contexto de uma crise, essa sobrecarga é sentida não somente nos aspectos emocionais e físicos, mas também nos encargos econômicos (NAVARINI & HIRDES, 2008).

Nessa conjuntura, configuram-se situações conflituosas e estressoras, além disso a família ainda vivencia sentimento ambivalente em relação ao familiar com transtorno, apresentando sentimentos de proteção simultâneos com sentimento de rejeição (ROSA, 2010).

No contexto do sofrimento psíquico, as demandas impostas ao familiar cuidador tornam-se complexas, seja pela falta de apoio de outros membros da família em não compreender e aceitar os diversos comportamentos problemáticos do paciente ou pelas condições econômicas desfavoráveis em que o familiar não tem como prover de outra renda, muitas vezes sendo apenas o Benefício de Prestação Continuada (BPC) recebido pelo paciente para manter as necessidades familiares.

Borba & Kantorsk (2008) enfatizam que:

O quão complexo e difícil é conviver com o sofrimento psíquico, quando a família não consegue se rearticular. Muito além de prover cuidado, o cuidador deixa de lado seus compromissos, anulando suas vontades e necessidades em prol de sanar a dependência do familiar doente, deixando claro que o processo de desinstitucionalização é válido quando se presta assistência também a família, esta precisa aprender a coexistir em um mesmo espaço com uma pessoa carente de cuidado. No entanto, tem a sua vida para organizar, seus compromissos, suas aspirações e desejos.

Nessa perspectiva, à família precisa ser vista, não como um objeto para suprir as demandas imposta ao processo de desinstitucionalização, mas como instituição familiar que carece também de atendimento em suas características psicológicas, relações interpessoais e econômica, levando em consideração a subjetividade e a individualidade intrínseca de cada usuário, analisando, dentre outras as expressões dos processos produtores de desigualdades sociais. Ou seja, a família precisa também ser atendida em suas necessidades para poder investir e participar do tratamento do familiar.

Segundo alguns estudos na literatura, o momento de crise representa um impacto na dinâmica do grupo familiar e, em alguns casos é necessário a internação em hospitais psiquiátricos, sendo este visto como um modelo manicomial por uma parcela de profissionais da área da saúde mental, no entanto é notório que os novos serviços substitutos ofertados à saúde mental ainda padecem de recursos necessários para suprir as demandas impostas nesse novo cenário pós desinstitucionalização. Sendo imprescindível, a internação no momento de agudização do quadro do paciente, principalmente para pacientes psicóticos, incluindo também os aspectos do contexto familiar e social (ROSA, 2010). Ressaltando que o hospital psiquiátrico, atua diante da urgência e emergência de uma internação como proposta terapêutica para momentos de crises, fora deste contexto é orientado a continuidade do tratamento nos Caps ou outros serviços da rede de saúde mental.

De acordo com os achados de Ferigato et al (2007), a relação com o paciente em crise exige uma urgência de ação, sendo que este momento ultrapassa o limiar de contenção, exigindo intervenções imediatas, e nem sempre os familiares do paciente e equipe entram em acordo. De acordo com Rosa (2010) alguns familiares de segmentos mais pobres da população pressionados pela crise econômica, precariedade e instabilidade de vida, de trabalho e ainda diante da inexistência de atendimento as necessidades do paciente nos municípios de origem, voltam-se para o hospital psiquiátrico como o principal ou o primeiro dispositivo acionado para aliviar a sobrecarga sentida. Contudo, a autora sinaliza para o embate de alguns profissionais de saúde que desconsideram as condições reais da família sendo julgada, explícita ou implicitamente de abandonar o paciente no hospital.

Esses discursos são geralmente alimentados diante de situações em que o familiar omite informações como endereço, contato e raras ou a inexistência de visitas durante as internações ou quando solicita a prolongação do tempo de internação. O que pode refletir uma visão distorcida sobre o cuidado do familiar, insinuando que o único objetivo da internação é, apenas como uma forma de se livrar do problema em si, e não como um tratamento necessário por conta da atual crise. Não obstante, é necessário destacar que a relação familiar e portador de

transtorno mental está distante de ser unilateral é muito mais complexa, necessitando que outros fatores sejam levados em consideração entre eles: o diagnóstico; número de reinternações; sexo; idade; condições materiais e psíquicas para o seu cuidado (ROSA,2010).

Diante de tal realidade, os familiares precisam ser ouvidos e ter suas necessidades compreendidas e acolhidas, pois vale lembrar, que o cuidado em saúde mental envolve não somente o paciente com transtorno mental, mas o grupo familiar que também se encontra adoecido com diversas situações desgastantes e difíceis, o que ressalta a importância de serem orientados e apoiados em seu contexto sociocultural (BORBA et al,2008; ROSA, 2010; FERIGATO et al, 2007).

6. MATERIAL E MÉTODO

6.1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Este trabalho segue os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde, a coleta de dados só ocorreu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV com o número do Parecer: 1.686.519.

Foram solicitados um termo de aceite do orientador (APÊNDICE A), autorização da FHCGV para desenvolvimento da pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) onde o entrevistado autorizou a sua participação na pesquisa. A pesquisadora assumiu o cumprimento das normas e condutas das instituições durante o tempo de realização do estudo e todas as informações pertinentes os participantes

6.2 TIPO DO ESTUDO

O método utilizado foi de caráter transversal, observacional e descritivo com abordagem quantitativa.

6.3 LOCAL DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada no setor de psiquiatria compreendendo a Urgência e Emergência Psiquiátrica e o SIB da FHCGV, localizada na TV Alferes Costa, s/nº, bairro da Pedreira Belém-PA, sendo referência Estadual em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia (FHCGV, 2015).

O FHCGV está funcionando desde 1989, tendo no primeiro momento como referência a Clínica Psiquiátrica. Em 1990 ocorreu a transferência dos pacientes psiquiátricos internados no Hospital Aluísio da Fonseca para a Clínica Psiquiátrica do HCGV, um ano após houve a inauguração do ambulatório que foi voltado ao atendimento às clínicas básicas e a clínica especializada em psiquiatria (FHCGV, 2015).

O Hospital tem como finalidade a assistência aos usuários do SUS e apoio ao ensino na área da saúde, sendo ele subordinado à Secretaria de Estado de Saúde Pública, atuando no atendimento ambulatorial de média e alta complexidade,

bem como no ensino e pesquisa na área da saúde e no desenvolvimento de programas de educação continuada (FHCGV, 2015).

A Clínica Psiquiátrica é constituída por dois setores de Urgência e Emergência Psiquiátrica e o SIB, cada setor possui 30 leitos em um total de 60 leitos, sendo que no SIB 02 leitos são destinados a crianças e adolescente, e o restante é dividido igualmente entre homens e mulheres. Já a Urgência e Emergência Psiquiátrica possuem ainda 20 poltronas disponíveis para aguardar o leito, no entanto, a demanda pode ultrapassar esse número. (FHCGV, 2015).

A equipe é composta por assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educador físico, médicos assistentes e plantonistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A Clínica possui uma chefia geral e dois coordenadores de grupos de trabalho em Enfermagem e Psicossocial. Nos finais de semanas e feriados a equipe cumpre plantões de 12 horas (FHCGV, 2015).

A estrutura física da Urgência e Emergência é composta por uma recepção, um salão para aguardar leito, três postos de enfermagem, uma sala de enfermagem, duas salas do Serviço Social, uma sala da psicologia, uma sala para as atividades ofertadas pela terapia ocupacional, três consultórios médico, dois banheiros para pacientes, um para acompanhantes e dois para funcionários, uma copa e uma sala de repouso para equipe técnica. O SIB é composto por dois postos de enfermagem, uma sala do Serviço Social, uma sala da psicologia, uma sala conjunta de enfermagem e consultório médico, uma sala para atividades terapêuticas, três banheiros e dois refeitórios. Diariamente são verificadas as vagas disponíveis nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) e na clínica particular com convenio da Secretaria de Saúde do Estado para transferência dos pacientes com indicação médica para dar continuidade ao tratamento (FHCGV, 2015).

6.4 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por 15 familiares idosos cuidadores de pacientes psiquiátricos atendidos na EP e SIB no período do aguardo ao leito ou internação. Vale ressaltar que esse número amostral foi composto pelos critérios da própria pesquisa, onde foi verificada algumas perdas : três (3) familiares idosos ficaram acompanhando o paciente no decorrer da internação, porém negaram ser os cuidadores principais; dois (2) familiares idosos se recusaram a participar da pesquisa, pois relataram não ter interesse; dois (2) por apresentarem discurso incoerente durante a entrevista previa e um (1) familiar idoso não foi possível realizar a pesquisa devido as dificuldades do mesmo acompanhar o paciente na internação, sendo que no momento da alta hospitalar o paciente é deixado em sua residência devido à dificuldade físicas e sociais dos pais idosos. Portanto, no período da pesquisa foram contabilizados 26 familiares idosos, mas apenas 15 participaram da pesquisa.

Foram adotados como critérios de inclusão: Acompanhantes com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos que exercia o papel do cuidador principal do paciente psiquiátrico e aceitou a participar da pesquisa. Foram adotados como critérios de exclusão: Acompanhantes idosos com saúde mental comprometida (discurso incoerente, tratamento em saúde mental entre outros aspectos a serem analisados), diagnosticado de doenças crônicas e/ou dependentes químicos. Para os pacientes, os critérios de elegibilidade serão: apresentar diagnóstico de esquizofrenia (F20), transtorno esquizo-afetivo (F25), ou transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico (F23) independentemente da idade ou tempo da doença.

Portanto, a pesquisa visou analisar uma amostra intencional de 100% dos familiares idosos cuidadores de pacientes psiquiátricos que deram entrada no serviço Urgência e Emergência Psiquiátrica do FHCGV, no período de agosto a dezembro de 2016. A pesquisa foi realizada de segunda a sexta no período da manhã das 08h até 12h e à tarde de 14h até 18h.

6.5 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

No início de cada entrevista foram expostos os objetivos da pesquisa e apresentação do termo de consentimento de participação na pesquisa. Iniciou com a ficha de identificação do paciente e familiar (APÊNDICE D & E) e posteriormente a aplicação dos questionários da Escala de avaliação da sobrecarga familiar (FBIS-BR). As coletas dos dados foram realizadas na sala do Serviço Social da EP ou SIB. A ficha de identificação e aplicação da FBIS-BR foi realizada mediante a leitura das perguntas para o familiar cuidador, devido as dificuldades por conta da idade avançada, o qual respondeu de acordo a experiência do convívio com o paciente.

6.5.1. Ficha de Identificação

Teve como objetivo conhecer informações sociodemográficas e caracterizar a mostra, onde foi aplicada somente uma única vez. A ficha de identificação do paciente (APÊNDICE D) que foi respondida pelo familiar teve as seguintes informações: diagnóstico, idade que o paciente ficou doente, tempo de tratamento, condições de moradia, número de crises no último ano, número de internações, tipo de tratamento, renda entre outras.

A ficha de identificação do familiar (APÊNDICE E) conteve informações sobre: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, renda, composição familiar, relação de parentesco com o paciente, situação profissional e social entre outras.

6.5.2 Escala de Avaliação da Sobrecarga Familiar (FBIS-BR)

Para avaliar o grau de sobrecarga dos cuidadores dos pacientes psiquiátricos, foi utilizada a versão brasileira da escala denominada a “Family Burden Interview Schedule” (ANEXO B), que nos possibilita uma observação multidimensional, portanto, adequada para avaliação do conceito multifacetado de sobrecarga imposta nesse novo quadro, ocasionado pelo processo de desinstitucionalização. Essa escala foi elaborada por Tessler e Gamache (1994), e já foi submetida ao processo de adaptação transcultural no Brasil, realizado por Bandeira et al (2005) com a sigla FBIS-BR, sendo sua adaptação feita com base em procedimentos internacionais de validação.

Sendo assim, levando em consideração a FBIS-BR, podemos elencar cinco aspectos da sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos que são alcançados pela escala, como: a) assistência na vida cotidiana do paciente; b) supervisão aos comportamentos problemáticos do paciente; c) gastos financeiros do familiar com o paciente; d) impacto nas rotinas diárias da família; e) preocupações do familiar com o paciente. Tais aspectos da escala levam em consideração os últimos 30 dias da interação do cuidador com o paciente (BANDEIRA et al, 2005).

A escala avalia as sobrecargas objetiva e subjetiva, sendo que a sobrecarga objetiva é avaliada por meio da frequência de assistências e supervisões do familiar no cuidado cotidiano com o paciente e a frequência de alterações na rotina de sua vida, com as seguintes alternativas de resposta: 1 - nenhuma vez, 2 - menos que uma vez por semana, 3 - uma ou duas vezes por semana, 4 - de três a seis vezes por semana e 5 - todos os dias. A sobrecarga subjetiva é avaliada por meio do grau de incômodo sentido pelo familiar ao exercer o papel de cuidador e das suas preocupações com o paciente. Para a avaliação do grau de incômodo, as opções de resposta são: 1 - nem um pouco; 2 - muito pouco; 3 - um pouco; e 4 - muito. Para a avaliação das preocupações, as alternativas de resposta são: 1 - nunca; 2 - raramente; 3 - às vezes; 4 - frequentemente; e 5 - sempre ou quase sempre (BANDEIRA et al, 2005).

A primeira dimensão da escala (Subescala A) avalia as sobrecargas objetivas e subjetivas por meio, de questões que avaliam a frequência da assistência prestada pelo familiar ao paciente (9 questões) e questões que avaliam o grau de incômodo sentido ao prestar essa assistência.

A segunda dimensão (Subescala B) também avalia as sobrecargas objetivas e subjetivas por meio, questões que avaliam a frequência com que o familiar teve que supervisionar os comportamentos problemáticos do paciente (8 questões) e questões que avaliam grau de incômodo sentido pelo familiar ao lidar com esses comportamentos. A terceira dimensão (Subescala C) avalia a sobrecarga financeira e é composta por 5 questões, que não entram no cálculo dos escores de sobrecarga, embora forneçam informações adicionais.

Essas 5 questões, a saber, são as seguintes: A primeira questão dicotômica avalia se o familiar cobriu alguma despesa do paciente sem receber o dinheiro gasto de volta, a segunda questão avalia os gastos que o paciente teve com 14 itens de despesas, tais como transporte, alimentação, medicamentos, moradia, plano de saúde, entre outras. A terceira e a quarta questões são abertas e avaliam a contribuição do paciente para cobrir suas próprias despesas e a quantia gasta pela família com as despesas do paciente. A última questão avalia a frequência com que o familiar sentiu pesados os gastos com o paciente para o orçamento familiar.

Voltando ao contexto das dimensões, a quarta dimensão (Subescala D) avalia a sobrecarga objetiva através de questões que avaliam o impacto do papel do cuidador na vida do familiar (4 questões), em termos da frequência das alterações ocorridas na rotina familiar, nos últimos 30 dias. Os itens que avaliam as mudanças permanente da subescala D, não entram no cálculo dos escores desta subescala, uma vez que todos os escores que são incluídos nos cálculos de sobrecarga envolvem questões que se referem apenas aos últimos 30 dias. A quinta dimensão da escala (Subescala E) é constituída por sete questões que avaliam a sobrecarga subjetiva do cuidador, em termos da frequência das suas preocupações com o paciente. O item do peso dos gastos com o paciente, não entra no cálculo dos escores, mas fornece uma informação adicional sobre a sobrecarga do familiar (BANDEIRA et al, 2005).

Sendo assim temos que a aplicação da FBIS-BR em nossa amostra é um importante método de análise da sobrecarga imposta aos cuidadores de pacientes psiquiátrico, e que a mesma abrange de forma clara as esferas objetivas e subjetivas que permeiam a vida desses indivíduos.

A partir dos resultados da amostra através da ficha de identificação, e aplicação FBIS- analisaremos os domínios e o grau da sobrecarga imposta ao familiar idoso cuidador do paciente psiquiátrico.

6.6 ANÁLISE DE DADOS

Em relação à natureza das variáveis, foi aplicada análise estatística descritiva do tipo quantitativa, que informará os valores percentuais dos dados. Foram utilizados os softwares Microsoft Office Excel, versão 2010 para confecção de tabelas e organização dos dados, também foi utilizado o *software BioEstat* versão 5.3 para a aplicação dos testes. Para verificação de hipótese de nulidade foi utilizado o teste ANOVA (Friedman) e fixado o valor 5% ($p \leq 0,05$), assinalando-se por um (*) o que for significativo.

7. RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos possíveis aos participantes da pesquisa realizada poderiam ter envolvido danos pessoais, levando ao constrangimento ao revelar informações de suas atividades diárias e aspectos familiares e por uso inapropriado de informações, podendo levar a estigmas ou perda de autoestima, e danos referentes à identificação dos participantes, se porventura, informações que de algum modo os identifiquem sejam divulgadas, devido à deficiência na garantia do sigilo de seus dados pessoais.

Portanto, para solucionar tais riscos, os dados identificadores dos sujeitos dessa pesquisa foram omitidos. Sendo assim, não serão revelados e nem mencionados em momento algum da pesquisa os nomes dos pacientes, familiares ou suas iniciais ou números dos prontuários. Os protocolos de pesquisa serão identificados apenas por números, seguindo a ordem em que os dados forem coletados, de modo a preservar as informações dos pacientes e familiares envolvidos nesta pesquisa. Além disso, destaca-se que a pesquisa foi realizada dentro dos aspectos éticos e legais.

Os riscos possíveis aos pesquisadores consistiram na perda dos dados coletados nos protocolos. Tal risco foi ser evitado pela transcrição dos dados pesquisados para os protocolos próprios. Os pesquisadores não sofreram danos físico e psicológico em virtude de os pacientes estarem em surto psicótico no momento da pesquisa, para amenizar esses danos, foi solicitado ao familiar que durante a entrevista o paciente não estivesse presente, resguardando tanto o familiar de constrangimento e/ou conflitos com o paciente e o pesquisador de agressões, caso o paciente não estivesse com escuta para se retirar da sala seria solicitado dos técnicos de enfermagem o apoio.

O risco para a comunidade científica e para a sociedade em geral consiste na falsa análise dos dados, pois as fichas de identificação e os questionários são passíveis de preenchimento incorreto. Para isso ser evitado, recomenda-se a realização de novas pesquisas, a fim de constatar, comparar e aprimorar os resultados desta pesquisa.

A pesquisa poderá beneficiar seus participantes, pois seus resultados podem contribuir com um maior conhecimento acerca do grau da sobrecarga de familiares idosos cuidadores e principalmente “reconhecendo” os idosos no papel de cuidador, para que se possa viabilizar novas políticas ou se aperfeiçoem as existentes destinadas atenção integral, ao bem-estar físico e mental dos idosos, beneficiando também a sociedade em geral, que ganha com a criação de estratégias de saúde, contribuindo da mesma forma para ações de promoção e prevenções em saúde, tanto para o idoso quanto o familiar internado.

O benefício para os pesquisadores foi à amplificação do conhecimento, que certamente favorecerá suas futuras atuações profissionais. Além da satisfação pessoal proporcionada aos pesquisadores por disponibilizar informações a respeito do tema que possam contribuir na discussão e atuação dos profissionais, a comunidade científica e a sociedade em geral, a fim de um atendimento mais especializado.

Em relação à comunidade científica, o ganho será o conhecimento sobre o assunto pesquisado que ainda é pouco analisado e a exposição de dados que poderão ser utilizados para futuras pesquisas, contribuindo ainda mais para o estudo sobre o envelhecimento populacional e as novas demandas imposta no contexto familiar, sendo que nesta pesquisa o idoso é analisado como o cuidador principal.

8. RESULTADOS

Os dados coletados por meio do questionário sociodemográfico e FBIS-BR que foi submetida a análises estatísticas, com o objetivo de caracterizar a amostra e avaliar a sobrecarga dos familiares idosos como cuidadores. Os resultados obtidos estão descritos a seguir.

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS FAMILIARES E PACIENTES.

A tabela 1 demonstra as características sociodemográficos dos familiares idosos que cuidam de pacientes psiquiátricos. A amostra foi caracterizada com a maioria do sexo feminino (93.3%); com idades entre 65 e 69 anos (60%); sendo os pais os responsáveis principais pelo cuidado (93.3%); união estável (40.0%); e baixa escolaridade (60.0%).

Os cuidadores idosos expuseram ter outras preocupações (60.0%) além das necessidades do paciente e ainda exercem o papel de cuidar de outras pessoas doentes na família (40.0%). Quanto a situação habitacional a maioria dos idosos possuem casa própria (80.0%); no que se refere a renda, a maioria recebe de 1 a 2 salários mínimos; e a maior parte dos familiares idosos negaram apresentar problemas de saúde (60.0%).

A tabela 2 representa os dados dos pacientes, onde a maioria de pacientes é do sexo masculino (93.3%); solteiros (93.3%); com baixo grau de escolaridade (40.0%); com relação ao diagnóstico médico de acordo com CID-10 observou-se que a maioria dos pacientes são diagnosticados com: esquizofrenia (33.3%), transtorno delirante persistente (20.0%), transtorno psicótico agudos e transitórios (13.4%) e psicose não orgânica não especificada (33.3%). Em relação as internações, constatou-se que (40.0%) dos pacientes já estavam na sua terceira internação psiquiátrica no último ano; e predominou o tratamento realizado no CAPS (60.0%), contudo grande parte dos familiares não estão satisfeitos com o serviço ofertado (40.0%).

Tabela 1 - Perfil Sociodemográficos dos Familiares idosos Cuidadores de Psiquiátricos atendidos no Hospital de Referência do estado do Pará.

Variáveis	Total	
	n	%
Sexo		
Feminino	14	93.3
Masculino	01	6.7
Idade		
60-64	03	20.0
65-69	09	60.0
70-74	02	13.3
75-80	01	6.7
Parentesco		
Pais	14	93.3
Outros	01	6.7
Estado Civil		
Solteiro	03	20.0
Casado	03	20.0
Separado	01	6.7
União Estável	06	40.0
Viúvo	01	13.3
Escolaridade/ anos de estudo		
0 - 3	04	26.7
4 - 7	10	66.6
8 - 12	01	6.7
+ 12	0	0
Outras Preocupações		
Sim	09	60.0
Não	06	40.0
Cuida de outro doente		
Sim	06	40.0
Não	09	60.0
Residência		
Própria	12	80.0
Outros	03	20.0
Renda familiar (salários mínimos) *		
1 - 2	12	80.0
2 - 3	03	20.0
Problema de Saúde		
Sim	06	40.0
Não	09	60.0

Fonte: Dados coletados em campo no período de agosto e dezembro 2016 no Hospital de Referência Psiquiátrica.

*considerando a valor do salário mínimo de R\$ 880,00 reais.

Tabela 2- Perfil sociodemográfico dos Pacientes Psiquiátricos atendidos no Hospital de Referência do estado do Pará.

Variáveis	Total	
	n	%
Sexo		
Feminino	01	6.7
Masculino	14	93.3
Estado Civil		
Solteiro	14	93.3
Casado	01	6.7
Idade		
25 – 35	05	33.3
36 – 46	06	40.0
47 – 57	03	20.0
58 – 68	01	6.7
Escolaridade		
0 – 3	05	33.3
4 – 7	06	40.0
8 – 12	03	20.0
+ 12	01	6.7
Internação Psiquiátrica		
Primeira	02	13.3
Segunda	04	26.7
Terceira	06	40.0
≥ Quarta	03	20.0
Principais Diagnósticos		
F20 (Esquizofrenia)	05	33.3
F22 (Transtornos delirantes persistentes)	03	20.1
F23 (Transtornos psicóticos agudos e transitórios)	02	13.3
F29 (Psicose não-orgânica não especificada)	05	33.3
Tipo de tratamento		
Ambulatorial	05	33.3
Posto de Saúde	01	6.7
CAPS	09	60.0
Satisfação com o tratamento		
Sim	06	40.0
Não	09	60.0

Fonte: Dados coletados em campo no período de agosto e dezembro 2016 no Hospital de Referência Psiquiátrica.

8.2 ANÁLISE DA SOBRECARGA FAMILIAR

8.2.1 Sobrecarga Objetiva

A Tabela 3 evidencia a sobrecarga objetiva dos familiares idosos e refere-se à assistência prestada ao paciente executada mais de três vezes por semana, sendo representadas pela baixa sobrecarga (respostas 1 a 2) e elevada sobrecarga (respostas 4 e 5). Analisou-se que os familiares idosos ajudam na higiene pessoal (40.0%); são os responsáveis pela administração da medicação (73.3%); lembram ou incentivam o paciente a executar alguma tarefa de casa (26.6%); a maioria dos cuidadores idosos são os responsáveis pela preparação dos alimentos (80.0%); preocupação com o dinheiro (53.3%) e ocupação do tempo (46.6%).

As atividades que menos contribuiu para uma sobrecarga objetiva, **subescala A**, foram relacionadas às compras (6.6%) e acompanhá-los nas consultas médicas (13.3%).

A sobrecarga objetiva em relação aos comportamentos problemáticos, **subescala B**, foi maior para o comportamento adverso (46.6%), seguido da exigência de mais atenção, comportamento agressivo e o fumo ou uso de bebidas não alcoólicas, todos representaram 40.0%, sendo o que menos contribuiu com sobrecarga objetiva foi o comportamento suicida com (6.6%).

A **subescala D**, referente os impactos na rotina diária, foi analisado que os familiares já atrasaram ou cancelaram algum compromisso pessoal (46.6%); e a menor sobrecarga objetiva deste item foi relacionado à dedicação a outros membros da família (20.0%).

Tabela 3- Sobrecarga Objetiva dos Familiares Idosos Cuidadores de Pacientes Atendidos Hospital de Referência do estado do Pará.

	Respostas 1 a 2		Resposta 4 a 5 ^b		Média (postos)	
	n	%	n	%	\bar{x}	
A: Assistência na vida cotidiana						
Higiene pessoal	09	60.0	06	40.0**	4.46	X ² = 27.1* p<0.05
Medicação	03	20.0	11	73.3**	6.86	
Tarefas de casa	11	73.3	04	26.6	3.90	
Compras	14	93.3	01	6.6	3.46	
Preparo o alimento	03	20.0	12	80.0**	6.90	
Transporte	11	73.3	04	26.6	4.83	
Cuidados com o dinheiro	07	46.6	08	53.3**	5.36	
Ocupação do tempo	08	53.3	07	46.6**	5.63	
Consultas médicas	12	80.0	02	13.3	3.56	
B: Supervisão aos comportamentos problemáticos						
Comportamento adverso	07	46.6	07	46.6	5.16	X ² =8.61* p>0.05
Exigir atenção	06	40.0	06	40.0	5.16	
Incomodar as pessoas à noite	08	53.3	05	33.3	5.23	
Comportamento agressivo	08	53.3	06	40.0	4.40	
Comportamento suicida	09	60.0	01	6.6	3.80	
Etilismo	10	66.6	05	33.3	4.10	
Fumar ou beber (bebidas não alcoólicas)	08	53.3	06	40.0	4.76	
Uso de Drogas	12	80.0	03	13.3	3.36	
D: Impacto nas Rotinas Diárias						
Atraso ou cancelamento do compromisso	08	53.3	07	46.6	2.63	X ² =1.66* p>0.05
Alterações nas atividades sociais e de lazer	09	60.0	05	33.3	2.56	
Alterações no serviço e rotina	06	40.0	05	33.3	2.66	
Impedimento à dedicação de outros membros da família	11	73.3	03	20.0	2.13	

Fonte: Dados coletados em campo no período de agosto e dezembro 2016 no Hospital de Referência Psiquiátrica.

Legenda: a 1=nenhuma vez e 2=menos que uma vez por semana; b 4=três a seis vezes por semana e 5= todos os dias.

*Teste ANOVA (Friedman)

** valor de alfa ($p < 0.05$) como parâmetro de rejeição da hipótese de nulidade.

8.2.2 Sobrecarga Subjetiva

A tabela 4 apresenta a sobrecarga subjetiva dos familiares idosos ao realizar assistência diária ao paciente. Observou que grande parte dos familiares referem não se sentir sobrecarregados ao realizar a assistência na higiene pessoal do paciente (80.0%); relataram uma sobrecarga na assistência relacionada à medicação (40.0%). Sendo a menor sobrecarga subjetiva na **subescala A**, a responsabilidade em administrar o dinheiro (6.6%), seguido do transporte e as consultas médicas ambos com (13.3%).

A **subescala B**, referente à supervisão dos comportamentos problemáticos dos pacientes, os itens que apresentaram a maior sobrecarga subjetiva foram o comportamento adverso (53.3%), incomodar as pessoas à noite (46.6%), comportamento agressivo (60.0%) e comportamento suicida (46.6%). Na **subescala C**, relacionada à percepção dos familiares sobre o peso financeiro do papel de cuidador, referiram que quase sempre ou sempre, esses gastos são pesados (66.6%).

Em relação ao impacto permanente na vida do cuidador, demonstraram que sofreram grandes mudanças no decorrer dos anos da doença do paciente (73.0%). Já a **subescala E**, que retrata a preocupação com o paciente, os itens que referem a segurança física, qualidade do tratamento e saúde do paciente expressaram (80.0%), sendo que a maior preocupação dos familiares foi com o futuro do paciente (93.0%).

Tabela 4- Sobrecarga Subjetiva dos Familiares idosos Cuidadores de Pacientes Atendidos Hospital de Referência do estado do Pará.

	Respostas 1 a 2		Respostas 3 a 4		Resposta 4 a 5		Média (postos)	
	n	%	n	%	n	%	\bar{x}	
A: Assistência na vida cotidiana								
Higiene pessoal	12	80.0	03	20.0	0	0	4.96	$\chi^2=2.79^*$ $p>0.05$
Medicação	09	60.0	06	40.0	0	0	5.76	
Tarefas de casa	13	86.6	02	13.3	0	0	4.76	
Compras	13	86.6	02	13.3	0	0	4.63	
Preparo o alimento	11	73.3	04	26.6	0	0	5.30	
Transporte	13	86.6	02	13.3	0	0	4.73	
Cuidados com o dinheiro	14	93.3	01	6.60	0	0	4.43	
Ocupação do tempo	12	80.0	03	20.0	0	0	5.03	
Consultas médicas	13	86.6	02	13.3	0	0	5.36	
B: Supervisão aos comportamentos problemáticos								
Comportamento adverso	07	46.6	08	53.3	0	0	4.96	$\chi^2=4.92^*$ $p>0.05$
Exigir atenção	11	73.3	04	26.6	0	0	3.86	
Incomodar as pessoas à noite	08	53.3	04	46.6	0	0	4.93	
Comportamento agressivo	06	40.0	09	60.0	0	0	5.03	
Comportamento suicida	08	53.3	07	46.6	0	0	4.76	
Etilismo	10	66.6	05	33.3	0	0	4.26	
Fumar ou beber (bebidas não alcoólicas)	09	60.0	06	40.0	0	0	4.53	
Uso de Drogas	12	80.0	03	20.0	0	0	3.63	
C: Peso dos gastos com o paciente								
	05	33.3	0	0	10	66.6		
D: Impacto nas Rotinas Diárias								
D2: Impacto permanente na vida do cuidador	04	26.6	11	73.3	0	0		
E: Preocupações com os pacientes								
Segurança física	03	20.0	0	0	12	80.0**	4.36	$\chi^2=15.02^*$ $p<0.05$
Qualidade do tratamento	03	20.0	04	26.6	12	80.0**	4.36	
Vida social	03	20.0	04	26.6	08	53.3	3.53	
Saúde	02	13.3	01	6.6	12	80.0**	4.66	
Moradia	07	46.6	04	26.6	04	26.6	2.50	
Finanças	05	33.3	02	13.3	08	53.3	3.46	
Futuro	0	0	01	6.6	14	93.3**	5.01	

Fonte: Dados coletados em campo no período de agosto e dezembro 2016 no Hospital de Referência Psiquiátrica.

Legenda: a 1=nenhuma vez e 2=menos que uma vez por semana; ^b 4=três a seis vezes por semana e 5= todos os dias.

*Teste ANOVA (Friedman)

** valor de alfa ($p < 0.05$) como parâmetro de rejeição da hipótese de nulidade.

9. DISCUSSÃO

Entre os 15 participantes da pesquisa predominou o sexo feminino. O grau de parentesco dos familiares idosos prevaleceu às genitoras como cuidadoras principais, apenas uma cuidadora era a cônjuge. Fato que remete a questão de gênero para a escolha do responsável pelos cuidados do familiar, portanto, os achados corroboram com outros trabalhos que preponderam à figura feminina como a cuidadora tradicional, além disso, a figura materna pressupõe a responsabilidade natural uma vez que está inserido socialmente no papel da mulher (BARROSO et al, 2006; OSTWALD, 2009; SILVA E SANTOS, 2009; BAPTISTA et al, 2012; CARDOSO et al, 2012; GOMES E MELO, 2012; BATISTA et al, 2013). Outro ponto que confirma os resultados é o número absoluto de mulheres idosas que tem sido superior quando confrontado com os homens no Brasil, em um processo denominado de feminização da velhice (IBGE, 2015).

Os estudos da literatura realizado por Baptista et al (2012), analisaram que os familiares que assumem o papel de cuidador principal, ocorre devido a uma influência do núcleo familiar de quem é mais apto ou disponível para exercer essa função. Entretanto, quando o familiar é um idoso, as perdas funcionais e cognitivas podem gerar elevado desgaste físico e emocional, devido a diversos papéis realizados na rotina diária dos cuidados dedicados ao paciente psiquiátrico. Além disso, as perdas sejam físicas, cognitivas e sociais observadas no processo de envelhecimento constituem fatores de vulnerabilidade, assim Ostwald (2009) menciona em seus achados que o cuidador idoso pode afetar negativamente a sua própria saúde, devido às tensões mentais e emocionais a que estão expostos com frequência, aumentando as chances do risco de mortalidade.

Segundo os estudos de Machado et al (2011), as perdas ou declínios das funções cognitivas estão diretamente associados ao baixo nível de escolaridade. Diante do atual contexto dos familiares idosos como cuidadores, os profissionais de saúde devem atentar para dificuldades que podem interferir no acesso às informações necessárias para o tratamento do paciente em domicílio, portanto, o esclarecimento e as informações sobre o processo da doença, devem ser realizados

com o apoio dos serviços de saúde, levando em consideração os aspectos biopsicossociais desta população.

Além dos cuidados prestados ao familiar portador de transtorno mental, o cuidador idoso ainda exerce outros papéis no seu núcleo familiar, apresentando outras preocupações diárias. A maioria dos idosos não relataram problemas de saúde, no entanto, a equipe deve atentar para os anseios e insegurança por parte do familiar em ser impedido de continuar acompanhando o paciente em decorrência das condições físicas ou mentais, principalmente no período de uma internação psiquiátrica. Segundo Ostwald (2009) os cuidadores mais velhos podem negligenciar a própria saúde para realizar a assistência necessária ao familiar doente, não deixando tempo necessário para cuidar de sua própria saúde.

Em relação ao perfil dos pacientes estudados confirmaram-se os resultados de estudos anteriores, sendo predominantemente do sexo masculino, adultos, solteiros e com baixo grau de escolaridade. O tempo da doença foi em média de 20 anos (± 14), contribuindo para o desgaste maior do familiar, exposto por mais tempo ao cuidado diário de acordo com os resultados de Barroso et al (2007) e Souza Filho et al (2010).

A maioria dos pacientes realiza o acompanhamento no CAPS que segundo a portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde “deve estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial”. No entanto, grande parte dos familiares relataram insatisfação com o tipo de tratamento oferecido na RAPS, outro resultando que diverge com a Lei 10.216/2001 que prevê a internação em hospitais psiquiátricos quando todos os tratamentos extra-hospitalares forem esgotados, porém é frequente as internações em hospitais psiquiátricos. O estudo de Cardoso et al (2012) enfatiza as fragilidades dos serviços substitutos como a falta de qualificação profissional, falta de recursos e insuficiência de serviços de saúde mental de base comunitária. Além disso, devemos atentar para dificuldade no acesso aos serviços em municípios de pequeno porte, pois os serviços ainda não estão preparados e qualificados para atender as demandas de saúde mental.

A identificação da sobrecarga objetiva e subjetiva em familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos, confirmam as investigações de outros estudos com familiares de outras faixas etárias (BAPTISTA, 2012; CARDOSO et al, 2012; GOMES E MELO, 2012). Alguns estudos na literatura retratam a sobrecarga do cuidador e à quantidade significativa de tensão e dificuldades enfrentadas em questões psicológicas, emocionais, sociais, físicas e financeiras que ocorrem devido ao papel de cuidar (IDSTAD et al, 2010; LAUTENSCHLAGER et al, 2013).

Na análise dos resultados da sobrecarga objetiva na assistência na vida cotidiana, observou-se uma sobrecarga elevada na assistência a higiene pessoal, relacionada a dependência do paciente em atividades diárias como pentear o cabelo, tomar banho e vestir-se, ou seja, executar atividades consideradas básicas ao autocuidado, onde algumas situações são associadas ao déficit cognitivo do paciente e que pode gerar maior sobrecarga ao familiar. Além disso, cada pessoa tem suas particularidades, então, o ato de cuidar deve ser singular, deste modo, cada pessoa tem sua própria realidade e especificidade que pode interferir na sobrecarga (BRONDANI et al, 2010).

No entanto, essas atividades exercidas frequentemente por uma pessoa idosa podem se tornar mais cansativas, devido as dificuldades funcionais, demonstrando a importância do desenvolvimento de intervenções de empoderamento para os pacientes e seus cuidadores, para auxiliar a redução dessa atividade e conseqüentemente a sobrecarga do cuidador (CARDOSO et al, 2012).

Em relação a dimensão sobre a medicação, os familiares referem encorajar, lembrar o paciente ou garantir o uso mesmo que seja às escondidas. De acordo Souza Filho et al (2010) esse evento pode ser explicado pela não aceitação em aderir ao tratamento, que pode causar desgaste maior no cuidador devido as inúmeras supervisões diárias. Por conseguinte, a não aceitação ao tratamento é um dos principais determinantes do prognóstico, aumentando significativamente a chance de recaída e de sucessivas internações. Contudo, devemos levar em consideração as variáveis socioeconômicas que interferem significativamente na continuidade do tratamento do paciente que pode ocasionar interrupção ao tratamento farmacológico.

Ainda sobre a assistência a vida diária, verificou-se que a tarefa realizada com maior frequência pelos familiares idosos consistiu na preparação das refeições todos os dias, o que pode representar uma maior sobrecarga em virtude da diminuição do desempenho motor na realização das atividades da vida diária (AVD), ressaltando que o declínio da capacidade funcional aumentam com a idade, ou seja, algumas tarefas do cotidiano podem ser tidas como de fácil execução, no entanto, paulatinamente e muitas vezes de forma imperceptível, tornando-se cada vez mais difíceis de serem realizadas (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

Outra dimensão de elevada sobrecarga refere-se à administração do dinheiro do paciente, fato que pode ser analisado pelas situações conflituosas que são geradas em decorrência da não aceitação do próprio paciente ou outros membros familiares de como é administrado ou ainda quando o paciente apresenta vícios.

Ressaltou-se ainda a preocupação com a ocupação do paciente, seja pela falta de interesse por atividades ocupacionais e recreativas ou pela oportunidade em tê-las, que acabam acarretando ao cuidador um desgaste maior, apesar dos serviços de saúde mental proporcionarem o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os pacientes matriculados. No entanto, à diversos fatores que dificultam o desenvolvimento do PTS, seja pela própria resistência do paciente em realizar atividades que estejam relacionadas à participação social ou pela indisponibilidade do serviço.

Na dimensão que retrata os comportamentos problemáticos, verificou-se nos resultados que o comportamento adverso, exigência de atenção, agressividade e uso de cigarros e bebidas não alcoólicas representaram uma maior sobrecarga objetiva. Pois, o cuidado com o paciente psiquiátrico impõe ao núcleo familiar situações conflituosas, constrangedoras e estressoras, principalmente em relação aos comportamentos problemáticos o que justificaria a elevada sobrecarga. De tal modo, nem sempre os familiares estão preparados para lidar com dificuldades, se tornando mais grave quando o cuidador não dispõe de outro membro da família para compartilhar as responsabilidades. (BAPTISTA, 2012; CARDOSO et al, 2012).

De acordo com os estudos de Sant'Ana et al (2011), o familiar em determinadas situações não possui condições necessárias, seja elas estruturais ou emocionais para enfrentar as diversas situações que podem ocorrer devido a algum comportamento problemático do paciente. Além disso, Hastrup et al (2011), ressaltam os diferentes aspectos que envolvem a relação paciente e cuidador, dentre eles o estigma presente na sociedade em torno da doença mental, que acaba ocasionando maior sobrecarga subjetiva no cuidador.

O impacto na rotina do familiar causou sobrecarga objetiva no que se refere ao atraso ou cancelamento dos compromissos em virtude dos cuidados prestados ao paciente. Os familiares que exercem assistência diária ao paciente psiquiátrico, acabam não dispondo de tempo ou nem de espaço para manter alguns compromissos pessoais, o que pode originar isolamento social contribuindo ainda mais para o sentimento de sobrecarrega (SANT'ANA et al, 2011).

No que se refere a sobrecarga subjetiva, os resultados mostram que o maior incomodo sentido na assistência cotidiana pelo familiar estava relacionado as atitudes necessárias para que o paciente tomasse a medicação, o que remete as dificuldades de garantir o uso da mesma pelo paciente, enfatizando que em certas situações o paciente não adere a medicação por não achar que haja necessidade, ou pelos efeitos colaterais que incomodam e às vezes pelo preconceito por ser uma medicação psiquiátrica, ocasionando um possível embate com o cuidador, levado ao sofrimento e incomodo ao realizar essa assistência (BARROSO et al, 2007; SOUZA FILHO et al, 2010).

Apesar de a assistência diária ocorrer com frequência nos cuidados de higiene pessoal, preparo dos alimentos e o incentivo para ocupar o tempo do paciente, esses itens não representaram uma elevada sobrecarga subjetiva nos familiares idosos, igualmente com outras atividades que são realizadas esporadicamente não apresentaram uma sobrecarga objetiva e subjetiva elevada como consultas médicas ou saída para compras. Observando, que com o advento da reforma psiquiátrica essa assistência diária passou a fazer parte das rotinas familiares, dessa forma podemos analisar a baixa sobrecarga subjetiva nesses itens entre os familiares idosos, por se representar como um dever, o que se pode

remeter ao sentimento de proteção e cuidados, oriundos da condição que pressupõem a figura materna, a qual foi a maioria no estudo.

Em relação a supervisão ao comportamento problemático, notou-se que os comportamentos adversos, o incomodo noturno e a tentativa ou ideação suicida, representaram uma elevada sobrecarga subjetiva nos familiares. Em contrapartida o comportamento suicida não ocorre com maior frequência, no entanto, alguns estudos sinalizam que em situações específicas o familiar sente-se mais sobrecarregado por não saber como agir diante de circunstâncias que podem ocasionar dano físico ou a própria morte do paciente (BANDEIRA et al, 2007).

Um importante aspecto a ser considerado no presente estudo, refere-se a dimensão dos gastos com o paciente que são considerados frequentes, o que corrobora para uma preocupação maior, haja vista, que a maioria dos familiares idosos tem uma baixa renda. Portanto, devemos atentar para os impactos relacionados às despesas com o paciente, pois, muitas vezes o aumento dos custos e a falta de recursos necessários para manter o paciente, podem causar prejuízos no bem-estar físico e mental dos familiares, principalmente se o paciente faz o uso de medicação que não é disponibilizada no serviço de saúde mental, seja pela falta ou pelos cortes realizados para contenção de gastos dos setores públicos (FALLER et al, 2012).

Os familiares idosos relatam profundas alterações na vida em virtude do papel de cuidador. Como cuidador o familiar convive diariamente com o paciente, sendo assim o impacto de cuidar não é causado por um único evento, mas por uma série de acontecimentos que alteram a vida do cuidador a longo prazo (ZEGWAARD et al, 2013).

No item sobre preocupação com o paciente os resultados mostram a elevada preocupação com a segurança física, sendo destacado a percepção de fragilidade do paciente no contexto social que pode ocasionar algum dano físico como acidente ou envolvimento em brigas na concepção dos familiares. Outros itens que tiveram uma elevada sobrecarga subjetiva, retratam a qualidade do tratamento e a saúde do paciente, o que salienta o resultado já analisado sobre a insatisfação dos familiares quanto ao tratamento.

Os cuidadores identificaram, a questão financeira como preocupação para a sobrevivência do paciente, caso não estiverem mais presentes, pois a maioria dos cuidadores são os responsáveis financeiros ou administram o dinheiro recebido pelo paciente (BARROSO et al, 2006). O conjunto destas sobrecargas subjetivas encontram-se diretamente relacionados com a preocupação do futuro do paciente que representou a maior sobrecarga dos familiares idosos em comparação com os outros itens da escala.

Alguns estudos analisaram a frequente preocupação dos familiares com o futuro do paciente, tornando mais grave essa inquietação de como seria a vida do familiar com transtorno mental, após a morte do cuidador principal (BARROSO et al, 2007; SOUZA FILHO et al, 2010). O que reflete diretamente nos familiares idosos que já se encontram fragilizados por diversas situações, seja do próprio processo do envelhecimento ou da sobrecarga de ser cuidador. Analisa-se que os cuidados ofertados ao familiar com transtorno mental, acabam gerando sobrecargas no familiar idoso, principalmente relacionado a preocupação com o futuro do paciente, devido à ausência de outros familiares que possam exercer a função de cuidador, o que pode interferir diretamente na qualidade de vida do idoso.

Este estudo aponta a importância do acompanhamento profissional ao familiar idoso, que tem diversas perdas e mudanças constantes advindas do próprio processo do envelhecimento ou pela função de cuidador. Logo, o cuidado diário com o familiar com transtorno mental, pode alterar o ambiente social e a relação interpessoal do cuidador, necessitando de ações públicas que contemplem as perdas e o adoecimento ocasionado ao familiar responsável pela assistência ao paciente, direcionando propostas que possam reduzir ou amenizar as sobrecargas, sejam físicas, psíquicas e sociais (ALMEIDA et al, 2010; ZEGWAARD et al, 2013).

10. CONCLUSÃO

Diante desses achados, ressalta-se a necessidade de reorganização dos serviços de saúde, para atender as demandas impostas, não somente aos pacientes diagnosticados com transtorno mental, mas direcionando as atenções aos familiares, visando recuperar, manter, promover a autonomia e independência, direcionando medidas coletivas e individuais para essa população. Além disso, essas demandas necessitam de uma atenção de qualidade que atenda de forma holística os anseios do grupo familiar. Destarte, o processo de envelhecimento saudável e o cuidado com a pessoa idosa é uma questão que deve estar presente nos debates dos profissionais que atendem essa demanda, a fim de proporcionar uma visão crítica da realidade imposta ao familiar idoso como cuidador, garantindo e proporcionando um envelhecimento ativo e saudável.

Portanto, o presente estudo conclui que os familiares idosos que exercem o papel de cuidadores dos pacientes psíquicos, em sua maioria foram do sexo feminino, com idades de 65 a 69 anos, genitores, com união estável, baixa escolaridade, residência própria, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e negam problemas de saúde. Em relação aos pacientes, foram caracterizados em sua maioria do sexo masculino, solteiros, com baixa escolaridade, várias internações e realizam tratamento no CAPS; com relação os diagnósticos prevaleceu as seguintes CID-10: esquizofrenia, transtorno delirante persistente, transtorno psicótico agudos e transitórios e psicose não orgânica não especificada.

A análise da sobrecarga, mostrou que os maiores escores de sobrecarga objetiva se concentram na **subescala A**, referente à assistência ao paciente na vida cotidiana. Ressaltando, que a sobrecarga subjetiva desta subescala não apresentou incomodo aos familiares, sendo que a maioria respondeu *pouco ou muito pouco*, inferindo uma baixa sobrecarga subjetiva. Foi observado, que as **subescala B** teve em alguns itens com grau de sobrecarga objetiva e subjetiva, entretanto, não foram significativos estatisticamente.

A maior sobrecarga subjetiva encontrada neste estudo foi observada na **subescala E**, que se refere a preocupação com o futuro do paciente. Essa subescala apresentou os maiores escores com itens estatisticamente significativos para a sobrecarga familiar. De todos os itens, apenas a preocupação da situação habitacional não apresentou uma média dos postos significativa, em contrapartida a preocupação com o futuro do paciente representou a maior média dos postos, inferindo uma maior sobrecarga familiar. Assim, os resultados da pesquisa apontam que os domínios físicos, psicológicos e as relações sociais são afetados pelo papel de cuidador principal exercido por familiares idosos.

11. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E; CINTRA, A.; BANDEIRA, M. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 59(4): 308-316, 2010.

ALMEIDA, M.M; Schal, T.V; Martins, A.M; Modena, C.M. **A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia.** *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul,* abril/2010.

AMARANTE, P. **A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparto manicomial.** In: KALIL, M. (organizadora). *Saúde Mental e Cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde.* São Paulo/Salvador: Editora Hucitec, 1992.

_____. (coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

_____, P.Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental.* 1(1): 2009 (CD-ROM).

ARAÚJO, O. P; CEOLIM, M.F **Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência.** *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3):378-85.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 40(7): 355-360, 1991.

_____.; GELINAS, D.; LESAGE, A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 47(12): 627-640, 1998.

_____.; CALZAVARA, M.; VARELLA, A.Escala de Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos – FBIS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 54(3): 206-214, 2005.

_____.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 57(2), 98-104, 2008.

BARROSO, S. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: avaliação defatores associados.**Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2006.

_____.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica.* 34(6):270-277, 2007.

_____. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública.* 25(9):1957-1968, 2009.

BATISTA, C.V. BANDEIRA, M.B. QUAGLIA, M.C. et al. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador.** Cad. Saúde Colet., 2013, Rio de Janeiro, 21 (4): 359-69.

BAPTISTA BO, BEUTER M, GIRARDON-PERLINI NMO, BRONDANI CM, BUDÓ MLD, SANTOS NO. **A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):147-56

BESSA, J.; WAIDMAN, M. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm.** 22(1): 61-70, 2013.

BORBA, L.O; Schwartz, E; Kantorski, L.P; **A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental.** Acta Paul Enferm 2008; 21(4): 588-94.

BORBA, L.O; PAES, M.R; GUIMARÃES, A. N; LABRONICI, L. M; MAFTUM, M.A. **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar.** Rev. Esc Enferm USP 2011; 45(2):442-9

BRONDANI, C.M; BEUTER, M; ALVIM,T; SZARESKI, T; **Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 19(3): 504-10

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: **estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental.** Diário Oficial da União 1994; 30 jan.

_____. Portaria/SAS nº 147 - De 25 de agosto de 1994 - Decr.nº 99244 art.141 e 143 Correção da redação do item 4.2, SNAS 224 / **Dispositivos terapêuticos para projeto terapêutico.**

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.** Diário Oficial da União 2002; 20 fev

_____. Lei nº 10.216. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União de 6 de abril de 2001

_____. Lei Federal nº 10.216 – De 06 de abril de 2001 Direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental.

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

_____. **Saúde Mental em Dados** - 11 ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012. Disponível em:<www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em 28/09/2015.

_____. **Investe milhões na saúde mental de 20 estados**. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em:<www.portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em 15/10/2015

COLVERO, L. Ide, C. Rolim, M. **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença**. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(2):197-205.

CARDOSO, L; Galera, SA; Vieira, MV. **O Cuidador e a Sobrecarga do Cuidado à Saúde de Pacientes Egressos de Internação Psiquiátrica**. Acta Paul Enferm. 2012;25(4):517-23.

DELGADO, P. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Revista de Saúde coletiva**. 25, Mar. 2015. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100002>>. Acesso em 28/10/15.

FALLER JW, BARRETO MS, GANASSIN GS, MARCON SS. **Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica**. Cienc Cuid Saude 2012 Jan/Mar; 11(1):181-189

FERIGATO, S.H; CAMPOS, R.T; BALLARIN, M.L. **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos**. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.

FHCGV. **História da Instituição**. Disponível em:<www.gasparvianna.pa.gov.br>. Acesso em 30/07/2015

GOMES, S. Desconstruindo o discurso sobre a velhice: Revelando o idoso como cuidador. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Viçosa - Minas Gerais, Brasil, 2010.

GOMES, M.S; Mello, R. **Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) vol.8 nº.1 Ribeirão Preto abr. 2012

GONÇALVES AM; SENA RR. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos sobre o Cuidado com o Doente Mental na Família**. Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2): 48-55

IBGE. Censo demográfico. **Síntese de Indicadores sociais uma análise das condições de vida da população Brasileira 2012**. Estudos e Pesquisa informação demográfica e socioeconômica n^o 29.

IDSTAD, M; ASK. H; TAMBS, K. **Mental Disorder and caregiver burdn in spouses: the Nrongdelang health study**. BMC Public Health, 2010.

HASTRUP, LENE H.; BERNARD, VAN DEN BERG; DORTE GYRD-HANSEN. **Do informal caregivers in mental illness feel more burdened? A comparative study of mental versus somatic illnesses.** [Scand J Saúde Pública.](#) 2011 Aug; 39 (6): 598-607.

LAUTENSCHLAGER NT, KURZ AF, LOI S, CRAMER B. **Personality of mental health caregivers.** *Curr Opin Psychiatry.* 2013 Jan; 26(1):97-101.

MACIEL, S. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental.** 4(8): 73-82, 2012.

MACHADO, C.J; RIBEIRO, R.C; COTTA, R.M; LEA, P.F. **Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais.** *REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.,* RIO DE JANEIRO, 2011; 14(1):109

NAVARINI V, HIRDES A. **A Família do Portador de Transtorno Mental: Identificando Recursos Adaptativos.** *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2008 Out-Dez; 17(4): 680-8.

OSTWALD SK. **Who Is caring for the caregiver? Promoting spousal caregiver's health.** *Fam Community Health.* 2009 Jan-Mar; 32(1 Suppl): S5-14. doi: 10.1097/01.FCH.0000342835.13230.

PEREIRA, IVANA GARCIA. **Do Ajustamento da Cidadania: Serviço Social, Saúde Mental e Intervenção na Família no Brasil.** In: Vasconcelos, Eduardo Mourão (Org.) *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.* -5ed.-São Paulo: Cortez, 2010.b

ROSA, LÚCIA CRISTINA. **As condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de Cuidados com o Portador de Transtorno Mental.** In: Vasconcelos, Eduardo Mourão (Org.) *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.* -5ed.-São Paulo: Cortez, 2010.b

ROTELLI F, AMARANTE P. **Reforma psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspecto histórico e metodológico.** In: Bezerra Jr. B, Amarante P, organizadores *Psiquiatria sem hospício: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.

ROCHA A, C; MOTA F,N; SILVA M,J DA ET AL. **Qualidade de vida de idosos que cuidam de idosos no domicílio.** *Rev. enferm. UFPE online.* Recife, 9(2):548-57, fev., 2015

SANT'ANA, M.M; PEREIRA, V.P; BORENSTEIN, M.S; SILVA, A.L. **O significado de ser familiar Cuidador do Portador de Transtorno Mental.** *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2011 Jan-Mar; 20(1): 50-8.

SILVA, G. SANTOS, M.A. **Álbum de família e esquizofrenia: convivência em retrato.** *Psicologia em Estudo, Maringá,* v. 14, n. 1, p. 83-91, jan./mar. 2009

SOARES C.B; MUNARI, D, B. **Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtorno mentais.** *Ciência Cuidando Saúde* 2007 Jul/Set; 6(3):357-362.

SOUZA FILHO, M.D; SOUSA, A. O; PARENTE, A.C; MARTINS, M.C. **Avaliação da Sobrecarga em Familiares Cuidadores de Pacientes Esquizofrênicos Adultos.** *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 15, n. 3, p. 639-647, jul. / set. 2010.

TOMOMITSU, M.; PERRACINI, M.; NERI, A Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 16(4):663-680, 2013

VASCONCELOS, E.M; Breve **Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente.** In *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.* -5ed.-São Paulo: Cortez, 2010.b

ZEGWAARD, M. AARTSEN, MJ. GRYPDONCK, M. **Differences in impact of long term caregiving for mentally ill older adults on the daily life of informal caregivers: a qualitative study.** *BMC Psychiatry.* 2013; 13: 103. Published online 2013 Mar 27. doi: 10.1186/1471-244X-13-1

12. APÊNDICES

APÊNDICE: A – Termo de Aceite do Orientador.

DECLARAÇÃO

Eu, João Sérgio de Sousa Oliveira, aceito orientar o projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação da sobrecarga dos familiares idosos cuidadores de pacientes psiquiátricos**”, autoria de Deisiane Amorim da Silva, aluna regularmente matriculada no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde Mental. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da final do trabalho.

Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do projeto ora entregue para o qual dou meu aceite.

Prof. Msc. João Sérgio de Sousa Oliveira

APÊNDICE: B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pré-Projeto: Avaliação da sobrecarga dos familiares idosos cuidadores de pacientes psiquiátricos.

Finalidade da pesquisa: O estudo em questão visa avaliar a sobrecarga dos familiares idosos que cuidam de pacientes com transtorno mental. Com objetivo conhecer as dificuldades que os familiares enfrentam no dia-a-dia ao cuidar dos pacientes, para isso a pesquisadora fará algumas perguntas. Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante.

Destino das informações

As informações concedidas serão mantidas em total sigilo, usadas exclusivamente para esta pesquisa científica e serão analisadas em conjunto com as dos outros participantes. Os registros da entrevista serão arquivados com os pesquisadores e incinerados após cinco anos do término da pesquisa.

Riscos, prevenção e benefícios.

O participante, possivelmente correrá o risco de sofrer constrangimento ao revelar informações de suas atividades diárias e de aspectos familiares. No entanto, para evitar tal situação a pesquisadora garante que a identificação pessoal do sujeito da pesquisa será mantida em sigilo e possíveis danos morais comprovados serão amparados e/ou reparados pelos pesquisadores.

Em relação aos riscos, entendo como mínimos para a comunidade científica. Os resultados deste estudo poderão trazer benefícios para os familiares idosos cuidadores, pois fornecerão maior conhecimento sobre o assunto aos profissionais da saúde, que poderão auxiliar nos atendimentos.

Para tanto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante aproximadamente 60 minutos para responder as perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida, mas não há respostas certas ou erradas, o importante é a sua opinião. Essa entrevista não vai interferir com o tratamento do paciente e não oferece nenhum risco ou desconforto para você.

Garantias e indenizações

É garantido ao participante do estudo total sigilo de seus dados e também a liberdade para deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, retirando sua autorização, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu atendimento.

O idoso e/ou seus familiares poderão ter acesso aos resultados parciais da pesquisa, assim como poderão procurar os pesquisadores envolvidos para esclarecer qualquer dúvida sobre o trabalho.

Esclarecimentos de dúvidas

A investigadora responsável pela pesquisa é a Assistente Social CRESS 6917 residente Deisiane Amorim da Silva. O orientador desta pesquisa professor Msc. João Sérgio de Sousa Oliveira,

Financiamentos

A pesquisa foi realizada com recursos próprios da autora, sem financiamento de nenhuma instituição. O participante não terá qualquer despesa relacionada ao trabalho, e não haverá nenhum pagamento por sua participação.

Declaração

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, seu propósito, procedimentos a serem realizados, assim como seus riscos, benefícios, e garantias de confidencialidade.

Compreendi também que minha participação não será paga, nem terei gastos e que posso ser indenizado, se houver algum dano pessoal devidamente comprovado.

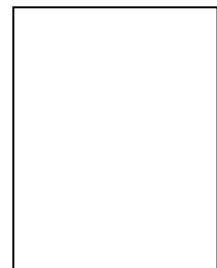
Concordo voluntariamente em participar deste estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem obrigação de justificar o motivo da desistência, assim como sem qualquer prejuízo à continuidade do meu tratamento na instituição.

Belém, ___ de _____ de 2016.

Assinatura do acompanhante familiar

Assinatura de testemunha

Pesquisadora responsável



Digital do Pesquisado

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa: FHCGV -Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Viana, localizada na TV Alferes Costa, s/nº, bairro da Pedreira Belém-PA. Telefone: (91) 4005-2676.

APÊNDICE : C - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO - DADOS DO PACIENTE

A) DADOS DO PACIENTE (O acompanhante que irá responder as perguntas a seguir)

Nome do paciente (Iniciais): _____

Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminina Idade: __anos Data de Nascimento:...../...../.....

Diagnóstico (nome e número do CID 10): _____

B) DADOS FORNECIDOS PELO RESPONDENTE (Acompanhante do paciente):

1. Qual é o seu parentesco com (Nome)?

() 1. Mãe /pai () 2. Irmão (ã) () 3. Cônjuge () 4. Filho (a) () 5. outra _____

2. Com quem (Nome) mora?

() 1. Família de origem (pai, mãe, irmãos) () 2. Família secundária (cônjuge, filhos)

() 3. Lar protegido () 4. Sozinho () 5. Outros: _____

3. Marcar se o paciente mora com o entrevistando: () 1. Sim () 2. Não

4. Quantas pessoas moram na casa de (Nome)? Número: _____

Quem? _____

5. Há crianças morando na mesma casa? () 1. Sim () 2. Não

Se sim: N. de crianças: _____ Idade das crianças: _____

6. Com que idade (Nome) ficou doente? _____ anos

7. Há quantos anos ele está doente? _____ anos.

8. Há quanto tempo (Nome) faz tratamento psiquiátrico? _____ anos.

8a. Quantas crises (Nome) teve no último ano? _____

8b. (Nome) já esteve internado em hospital psiquiátrico outras vezes?

1. Sim 2. Não

Se não, passar para a questão 12

Se sim:

9. Quantas vezes (Nome) foi internado? _____

10. Quando foi a última vez que ele ficou internado? _____

11. Duração da última internação: _____

12. Qual tratamento psiquiátrico (Nome) estava fazendo?

acompanhamento ambulatorial

atendimento em posto de saúde CAPS : _____

sem visitar o médico, mas com uso de medicamentos NAPS

consultas periódicas, mas sem uso de medicamentos outro: _____

13. Você está satisfeito com este tratamento? 1. Sim 2. Não

14. Quais são os comportamentos de (Nome) que lhe incomodam mais?

Nota ao entrevistador: Espere o familiar falar espontaneamente. Depois, verifique as opções abaixo.

agressividade física problema de sexualidade quebra objetos
 ameaças, agressão verbal pede atenção demais foge p/ rua
 agitação recusar o remédio tira a roupa
 crises de nervo drogas pede comida na rua

falta de higiene falar sozinho fumar demais

bebidas

outros: _____ ; _____

14b. Tem antecedente na família de doença mental: 1. Sim 2. Não

15. Até que série (Nome) estudou? Última série cursada: _____

16. Qual é o estado civil de (Nome)?

1. Solteiro(a) 3. Vivendo como casado(a) 5. Viúvo(a)

2. Casado(a) 4. Separado(a) / Divorciado

17. (Nome) tem alguma renda própria (ele(a) recebe algum dinheiro)?

1. Sim 2. Não

Se sim: Quanto ele ganha?

R\$ _____

18. De onde (Nome) obtém essa renda (de onde ele (a) recebe o dinheiro)? _____

19. (Nome) estava trabalhando? 1. Sim 2. Não

20. Tipo e residência em que mora: 1. Própria 2. Alugada 3. Cedida por familiar 4. Outro tipo: _____

APÊNDICE: D- FICHA DE IDENTIFICAÇÃO - DADOS DO FAMILIAR

1. Nome do familiar (INICIAL): _____

2. Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino Idade: _____ anos

Data de Nascimento:...../...../.....

3. Estado civil: () 1. Solteiro (a) () 3. Vivendo como casado (a) () 5. Viúvo(a)
() 2. Casado (a) () 4. Separado(a) / Divorciado

4. Atualmente você tem outras preocupações na sua vida além da necessidade de cuidar de (Nome)? () 1. Sim () 2. Não

Se sim: Quais são estes problemas? _____

5. Existem outras pessoas na casa ou na sua família que possuem outras doenças que necessitam de sua ajuda? () 1. Sim () 2. Não

Quem são?: _____ Número de pessoas: _____

6. Você tem filhos? () 1. Sim () 2. Não Se sim: quantos? _____

7. Com quantas pessoas você mora? Número: _____

Quem?: _____

8. De quem é a casa onde você mora? (ou quem paga o aluguel?)

() 1. Respondente () 2. Outra pessoa

(Quem? _____)

9. Você frequentou ou frequenta a Escola? () 1. Sim () 2. Não

Se sim: Até que série? _____

10. Você trabalha atualmente? () 1. Sim () 2. Não

Se sim: qual é seu trabalho
atual? _____

Se não trabalha: () 1. Aposentado () 2. Estudando () 3. Dona de casa (do lar)

() 4. Desempregado () 5. BPC () 6. Outros: _____

11. Você tem algum problema de saúde?

Qual? _____

Se sim, você faz tratamento? _____

Onde? _____

Se não, por que? _____

12. Você tem alguma atividade de lazer? (Ex. ver TV, ouvir rádio, sair para passear ou descansar, ou fazer alguma outra coisa)?

Dentro de casa: () 1. Sim () 2. Não Quais? _____

Frequência: _____

Fora de casa: () 1. Sim () 2. Não Quais? _____

Frequência: _____

13. Há quanto tempo você cuida do paciente psiquiátrico? _____

14. Você divide com outro membro da família o papel de cuidador?

Quem? _____

15. Você participar de algum grupo de apoio, orientação à família de pacientes psiquiátricos? Se sim onde? _____

16. Você é curador legal do paciente?

() 1. Sim () 2. Não

Há quanto tempo? _____

17. Você sente prejudicado por cuidar do paciente? _____

18. O que mais afetou a vida nesses anos em decorrência da assistência prestada ao paciente? _____

19. Como está sua vida profissional, social e emocional?

13. ANEXOS**Anexo A- Autorização do FHCGV****CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO PARA O SEGRAP/FHCGV**

Ao

Serviço de Graduação, Pós- Graduação e Pesquisa da FHCGV

Sr.^a Cléa Nazaré Carneiro Bichara

Senhora Gerente,

Encaminho em anexo uma via do projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação da Sobrecarga dos Familiares Idosos Cuidadores de Pacientes Psiquiátricos**” autoria do aluno (a) Deisiane Amorim da Silva, do Programa de Residência de Multiprofissional em Atenção à Saúde Mental, sob a orientação do Prof. Msc. João Sergio de Sousa Oliveira e, e com via dos currículos lattes/**CNPQ** dos pesquisadores envolvidos (anexos), para autorização do desenvolvimento de pesquisa no Hospital das Clinicas Gaspar Vianna.

Belém, ____ de _____ de 20____

Atenciosamente,

Pesquisador Responsável

ANEXO B- ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DA FAMÍLIA

PARTE A: ASSISTÊNCIA NA VIDA COTIDIANA

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Nenhuma vez (PASSE P/ A5a) menos que uma vez p/ semana 1 ou 2 vezes p/ semana de 3 a 6 vezes p/semana Todos os dias?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Nenhuma vez (PASSE P/ A6a) menos que uma vez p/ semana 1 ou 2 vezes p/ semana de 3 a 6 vezes p/semana Todos os dias?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Nenhuma vez (PASSE P/ A7a) menos que uma vez p/ semana 1 ou 2 vezes p/ semana de 3 a 6 vezes p/semana Todos os dias?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Nenhuma vez (PASSE P/ A8a) menos que uma vez p/ semana 1 ou 2 vezes p/ semana de 3 a 6 vezes p/semana Todos os dias?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

A8a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou, lembrou ou insistiu com (Nome) para ele(a) se ocupar com alguma coisa, não ficar à toa, usar o seu tempo para fazer alguma coisa, como ler revista, se divertir com alguma coisa, trabalhar, estudar ou visitar as pessoas, etc. ? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Nenhuma vez (PASSE P/ A9a) menos que uma vez p/ semana 1 ou 2 vezes p/ semana de 3 a 6 vezes p/semana Todos os dias?

A8b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar ou lembrar (Nome) a se ocupar com alguma coisa?

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

A9a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você lembrou, encorajou ou insistiu com (Nome) ou teve que levá-lo(a) para as suas consultas médicas ou atividades nos serviços de saúde mental ? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Nenhuma vez (PASSE P/ B1a) menos que uma vez p/ semana 1 ou 2 vezes p/ semana de 3 a 6 vezes p/semana Todos os dias?

A9b. Quanto lhe incomodou ter que lembrar, encorajar ou levar (Nome) para as suas consultas médicas ou atividades nos serviços de saúde mental?

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

PARTE B: SUPERVISÃO AOS COMPORTAMENTOS PROBLEMÁTICOS

Algumas vezes, as pessoas com doenças mentais podem precisar de ajuda quando ocorrem alguns comportamentos problemáticos. As perguntas que vou fazer agora talvez não se apliquem a (Nome), mas tente respondê-las, por favor, com o conhecimento que você tem sobre ele (a).

B1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de apresentar algum comportamento que te deixasse envergonhado (a) ou incomodado (a) ou teve que lidar com estes comportamentos ou com suas consequências? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Nenhuma vez (PASSE P/ B2a) menos que uma vez p/ semana 1 ou 2 vezes p/ semana de 3 a 6 vezes p/semana Todos os dias?

B1b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento desconcertante de (Nome)?

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

B4b. Quanto lhe incomodou ter que fazer isso?

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

PARTE C : GASTOS FINANCEIROS

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

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

A- Transporte (carro, combustível, ônibus, táxi, etc.?)	1	2	\$-----
b- Roupas e calçados?	1	2	\$-----
c- Trocados para pequenos gastos?.....	1	2	\$-----

d- Alimentação ?..... 1 2 \$-----

(se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a parcela destas despesas correspondente ao paciente).

e- Moradia (aluguel , prestação da casa) ?..... 1 2 \$-----

(se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a parcela desta despesa correspondente ao paciente)

f- Medicamentos ?..... 1 2 \$-----

g- Tratamento de saúde mental ? 1 2 \$-----

h- Outros gastos médicos 1 2 \$-----

- Cigarros? 1 2 \$-----

- Objetos pessoais? _____ 1 2 \$-----

k- Telefone?..... 1 2 \$-----

- Pagamento de profissionais p/cuidar do paciente..... 1 2 \$-----

m- Plano de saúde _____ 1 2 \$-----

n- Outras despesas ? (Especifique) :-----1 2 \$-----

C2-Total: \$_____

C3. Quantia com a qual o paciente contribuiu para as despesas mensais:

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

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

Sempre ou quase sempre _____ 5

Frequentemente _____ 4

Às vezes _____ 3

Raramente _____ 2

Nunca _____ 1

PARTE D. IMPACTO NAS ROTINAS DIÁRIAS

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito?

D3. Por causa da doença de (Nome):

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

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

PARTE E: PREOCUPAÇÃO COM O PACIENTE

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

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Nunca raramente às vezes frequentemente sempre ou quase sempre?

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

nunca raramente às vezes frequentemente sempre ou quase sempre?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

nunca raramente às vezes frequentemente sempre ou quase sempre?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

nunca raramente às vezes frequentemente sempre ou quase sempre?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

nunca raramente às vezes frequentemente sempre ou quase sempre?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

nunca raramente às vezes frequentemente sempre ou quase sempre?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

nunca raramente às vezes frequentemente sempre ou quase sempre?

Fonte: BANDEIRA, M.; CALZAVARA, .M.; VARELLA, A. Escala de Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos – FBIS-Br: Adaptação Transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 54(3):206-214, 2005.