

DANIELA CRISTINA SOUZA SANTOS

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DOS FAMILIARES
CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS E SUA RELAÇÃO
COM A SOBRECARGA**

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2014

DANIELA CRISTINA SOUZA SANTOS

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DOS FAMILIARES
CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS E SUA RELAÇÃO
COM A SOBRECARGA**

Trabalho de Qualificação apresentado ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, um dos requisitos para a futura obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Linha de Pesquisa: Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Marina Bandeira

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2014

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	6
Conceituação e modelo teórico da sobrecarga.....	6
Fatores associados à sobrecarga	9
Estratégias de enfrentamento e sobrecarga.....	10
Estudos relacionados à sobrecarga e às estratégias de enfrentamento	11
OBJETIVOS	15
Objetivo Geral	15
Objetivo Específico	15
HIPÓTESE	16
MÉTODO	17
Delineamento.....	17
Descrição do local da pesquisa.....	18
População-alvo	18
Amostra.....	18
Instrumentos de medida.....	19
Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares (FBIS-BR).....	20
Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	22
Questionário sociodemográfico e clínico	23
Procedimentos de coleta de dados	23
Análise de dados	25
Considerações éticas.....	26
Cronograma	27
LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	28
RESULTADOS ESPERADOS	29
REFERÊNCIAS	30

INTRODUÇÃO

A prevalência de transtornos psiquiátricos, avaliada no período de 2001 a 2003, variou de 9,1% a 16,1%, com base em uma população alvo de 60 mil adultos, de 40 países (Thornicroft & Tansella, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial de Saúde de 2001, pesquisas realizadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento estimaram que mais de 25% das pessoas, durante toda a vida, apresentarão um ou mais transtorno psiquiátrico e comportamental. No Brasil, um estudo desenvolvido, entre maio de 2005 e maio de 2007, encontrou que 29,6% dos moradores da região metropolitana de São Paulo apresentaram algum transtorno psiquiátrico, nos 12 meses anteriores à coleta de dados (Andrade et. al, 2012).

No que se refere ao ônus gerado pelos transtornos psiquiátricos, pesquisas realizadas em 2002, em diversos países, indicaram que estes transtornos foram responsáveis por 13% da Carga Global de Doenças (CGD) (OMS, 2008). Esta medida considera a soma dos anos de vida perdidos pela morte prematura somados aos anos vividos com incapacidade, ajustados de acordo com a severidade do transtorno. Considerando apenas os anos de vida perdidos, os transtornos psiquiátricos representaram 8,1% do ônus no mundo, índice mais elevado do que o de todas as formas de câncer (5,8%) e das doenças cardiovasculares (4,4%) (Thornicroft & Tansella, 2010). Com relação aos anos vividos com incapacidade, em todo o mundo, os transtornos psiquiátricos representaram 31% do ônus gerado, no ano de 2002 (OMS, 2008). No Brasil, estima-se que este índice esteja entre 40 a 48% (Kohn, Mello & Mello, 2007).

Os transtornos psiquiátricos envolvem custos monetários e não-monetários. Com relação aos custos monetários, Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) apontaram que mais da metade (61,5%) dos países europeus gastaram mais de 5% do orçamento destinado à saúde com a saúde mental. Na Inglaterra, foi disponibilizado cerca de 10% do orçamento da saúde. No Brasil, segundo Andreoli, Almeida-Filho, Martin, Mateus e Mari (2007), o gasto com a saúde mental, em 2005, foi de 2,3% do orçamento da saúde.

O ônus dos transtornos psiquiátricos envolve também seus familiares. As estimativas indicam que, em cada quatro famílias, uma possui, pelo menos, um membro que apresenta um transtorno psiquiátrico e comportamental (OMS, 2001). Os familiares sofrem com o impacto negativo de terem um paciente psiquiátrico em casa e com as dificuldades

encontradas no papel de cuidador (Thornicroft & Tansella, 2010). Eles sofrem alterações da rotina doméstica, restrições das atividades sociais e profissionais, sobrecarga financeira, assim como reações emocionais, tais como sentimento de incômodo na realização de tarefas de assistência cotidiana e preocupações com o paciente (Tessler & Gamache, 2000).

Com o processo da desinstitucionalização psiquiátrica, ocorrido nas últimas décadas, o papel da família no tratamento foi modificado. O tratamento, que era realizado em hospitais psiquiátricos, passou a ser oferecido, principalmente, nos serviços de saúde mental na comunidade. As famílias passaram, então, a desempenhar um papel mais importante na reinserção social e nos cuidados da vida cotidiana dos pacientes psiquiátricos (Tessler & Gamache, 2000; Bandeira & Barroso, 2005).

Devido à precariedade e insuficiência dos serviços de saúde mental, que possuem dificuldade em atender às necessidades múltiplas dos pacientes, as famílias tiveram que assumir mais responsabilidades nos cuidados aos pacientes psiquiátricos. Os familiares cuidadores se sentem sobrecarregados ao desempenhar este papel e têm necessidade de receber mais informações a respeito dos transtornos psiquiátricos e do seu tratamento e orientações dos profissionais de saúde mental para lidar com os pacientes no dia-a-dia (Bandeira & Barroso, 2005).

O conceito de sobrecarga se refere às consequências negativas resultantes do papel de cuidador de um paciente psiquiátrico na família. Diversos estudos têm sido feitos para investigar as variáveis que contribuem para a sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. Um dos fatores associados à sobrecarga mais destacado na literatura é a presença de comportamentos problemáticos dos pacientes, tais como reações de agressividade, falta de atividade e apatia, comportamentos que envolvem perigo para o próprio paciente e para terceiros e comportamentos embaraçosos (Rose, 1996; Maurin & Boyd, 1990; Bandeira & Barroso, 2005).

Segundo o modelo teórico elaborado por Maurin e Boyd (1990), alguns fatores são moduladores da sobrecarga. A capacidade de construir uma rede de suporte social, o tipo de estratégia de enfrentamento utilizado e a qualidade do relacionamento do familiar com o paciente podem reduzir a sobrecarga. Dentre estas variáveis, destaca-se a utilização de estratégias de enfrentamento, tais como: colocar limites aos comportamentos problemáticos do paciente, procurar obter informações sobre o transtorno psiquiátrico e seu tratamento e buscar apoio social. Portanto, o modelo teórico prediz que a utilização de

estratégias de enfrentamento mais adequadas pode reduzir o grau de sobrecarga (Maurin e Boyd, 1990; Bandeira & Barroso, 2005).

Para identificar estudos que tenham avaliado a relação entre estratégias de enfrentamento de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos adultos e seu grau de sobrecarga, foi realizada uma busca nos indexadores *SciElo*, *Lilacs* e *Medline*, com as palavras chaves integradas “familiares de pacientes psiquiátricos”, “family burden”, “psychiatric”, “coping”, “mental illness”. Foram encontrados 28 estudos relacionados a esta temática. Destes, 19 foram descartados, tendo em vista que dois eram revisões de literatura, nove mediram mas não verificaram a relação entre o grau de sobrecarga e as estratégias utilizadas pelos familiares cuidadores, um estudo avaliou a sobrecarga de pais de crianças e sete investigaram a sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes com diagnóstico de demência, *Parkinson* ou transtorno obsessivo compulsivo. Restaram, desta forma, somente nove pesquisas internacionais que investigaram a relação entre sobrecarga e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares cuidadores de pacientes adultos com transtornos psiquiátricos (Moller-Leimkuhler & Wiesheu, 2012; Goossens, Wijngaarden, Knoppert-Klein & Achterberg, 2008; Chadda, Singh & Ganguly, 2007; Nehra, Chakrabarti, Kulhara & Sharma, 2005; Rammohan, Rao & Subbakrishna, 2002; Magliano et al., 2000; Hinrichsen & Lieberman, 1999; Scazufca & Kuipers, 1999; Magliano et al., 1998). Exceto o estudo de Moller-Leimkuhler e Wiesheu (2012), todos os outros encontraram relação entre estratégias de enfrentamento e o grau de sobrecarga do familiar. Entretanto, houve uma contradição de resultados referente ao tipo de estratégia de enfrentamento mais relacionado com o menor grau de sobrecarga, o que requer um esclarecimento a partir da realização de novas pesquisas sobre esta temática.

Não foi encontrado nenhum estudo brasileiro que tenha avaliado a relação entre estratégias de enfrentamento e o grau de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. Há, portanto, uma carência de estudos, no contexto brasileiro, sendo necessário realizar novas pesquisas que investiguem esta relação.

Os problemas de pesquisa, identificados na literatura consultada, foram: a contradição de resultados sobre a relação entre os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares cuidadores e o seu grau de sobrecarga e a inexistência de estudos nacionais sobre esta temática. As questões de pesquisa que se colocam, neste trabalho, são: se as estratégias de enfrentamento dos familiares constituem um fator

modulador do seu grau de sobrecarga e qual tipo de estratégia de enfrentamento estará mais relacionada com o menor grau de sobrecarga.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nas últimas décadas, o foco do tratamento psiquiátrico passou dos hospitais para os serviços comunitários de saúde mental, em função do processo de desinstitucionalização psiquiátrica. O objetivo de tal processo foi de diminuir o número de leitos hospitalares e promover internações de curta duração, quando necessárias, contrariamente às aquelas de tempo prolongado que ocorriam antes (Lougou, 2006). Como o foco do tratamento passou a ser oferecido em ambientes menos restritivos e mais próximos do cotidiano dos pacientes e de seus familiares, estes assumiram um papel importante neste processo de reinserção social dos pacientes. Este novo modelo de assistência psiquiátrica passou para a família grande parte da responsabilidade pelo cuidar, o que pode ocasionar um elevado peso para os cuidadores. O cuidado era, anteriormente, realizado por três equipes de funcionários, 24 horas por dia, que se revezavam em turnos de 8 horas (Tessler & Gamache, 2000).

No entanto, de acordo com Tessler e Gamache (2000), a família raramente está preparada para cuidar do paciente psiquiátrico em longo prazo. Estes autores indicaram que a mudança na política de saúde mental ocorreu ao mesmo tempo em que a estrutura familiar foi modificada. Há uma maior participação das mulheres no mercado de trabalho e um aumento das taxas de divórcio e de famílias monoparentais, o que é conflitante com a prestação de cuidados cotidianos aos pacientes. Estas alterações podem ter como consequência a curto e/ou longo prazo um aumento da sobrecarga dos familiares.

Conceituação e modelo teórico da sobrecarga

A presença do transtorno psiquiátrico na família pode gerar diversas consequências negativas para os familiares. Uma delas é relativa à mudança no relacionamento entre o paciente e o familiar. A falta de reciprocidade entre eles prejudica a relação, tornando difícil a manutenção dos sentimentos positivos no dia-a-dia. Isto aumenta o sentimento de incômodo por exercer o papel de cuidador. No caso de cônjuges, pode ocorrer um desgaste

na relação, ocasionando separações e divórcios (Tessler & Gamache, 2000). Além disso, a sobrecarga pode afetar a saúde mental dos cuidadores, gerando ansiedade e depressão (Maurin & Boyd, 1990).

O papel de cuidador costuma ocorrer em um momento inesperado, fora do ciclo da vida familiar. Em sociedades industrializadas modernas, espera-se que o indivíduo, ao atingir a vida adulta, obtenha independência e não necessite mais de receber cuidados cotidianos dos seus pais. O transtorno psiquiátrico pode impedir que o paciente obtenha a autonomia esperada, o que reverte o ciclo natural familiar (Tessler & Gamache, 2000).

Ao cuidar de um paciente psiquiátrico, o familiar tem acrescido, à função tradicional desempenhada na família, o papel adicional de cuidador, tendo que desempenhar tarefas suplementares na sua rotina diária. Tessler e Gamache (2000) listaram oito áreas que compõem a dimensão do cuidado, sendo elas: administração do dinheiro do paciente, auxílio com transporte, administração do tempo, ajuda com medicação, realização de tarefas domésticas, ajuda nas compras, na higiene pessoal e no preparo das refeições do paciente. Além disso, os familiares são responsáveis por supervisionar os comportamentos problemáticos do paciente, tais como agressividade, tentativas de suicídio, uso abusivo de bebidas alcoólicas, perturbações noturnas e comportamentos embaraçosos.

O conceito de sobrecarga se refere ao impacto negativo que o papel de cuidador ocasiona na vida do familiar. Ocorrem alterações em diversas áreas da sua vida, tais como no trabalho, no lazer, na rotina diária, na saúde, na vida social e no aspecto financeiro. Por envolver consequências concretas e emocionais, o conceito de sobrecarga possui duas dimensões: objetiva e subjetiva (Maurin & Boyd, 1990; Tessler & Gamache, 2000).

A dimensão objetiva consiste nas consequências negativas concretas e observáveis resultantes do papel de cuidador, tais como a quebra da rotina diária, aumento da frequência de tarefas cotidianas realizadas pelos familiares para cuidar dos pacientes, supervisão de seus comportamentos problemáticos, interrupções na vida social e profissional dos cuidadores, e as perdas financeiras. A dimensão subjetiva refere-se à avaliação pessoal do familiar acerca do seu papel de cuidador e como ele percebe e reage emocionalmente às obrigações advindas dessa função, à mudança da rotina diária, às mudanças em sua vida social e profissional e ao peso financeiro advindo dos gastos com o paciente. A sobrecarga subjetiva inclui o grau de incômodo sentido pelo familiar na

realização das tarefas cotidianas e na supervisão aos comportamentos problemáticos do paciente, assim como as preocupações com relação à saúde, segurança, tratamento e ao futuro do paciente (Maurin & Boyd, 1990; Tessler & Gamache, 2000).

Maurin e Boyd (1990) propuseram, com base nas pesquisas sobre sobrecarga, um modelo teórico explicativo da sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. Conforme pode ser observado na figura 1, este modelo integra os fatores associados à sobrecarga subjetiva, considerando três níveis de variáveis: as variáveis antecedentes, a sobrecarga objetiva e os fatores mediadores.

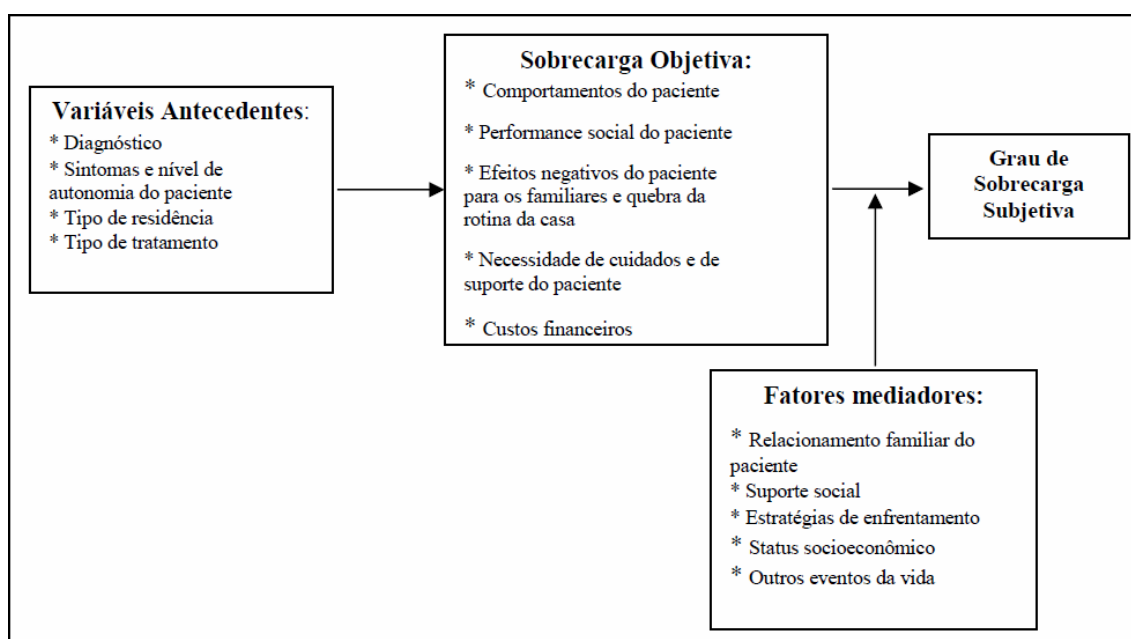


Figura 1 – Modelo teórico da sobrecarga de Maurin e Boyd (1990) que relaciona o transtorno psiquiátrico e a experiência de sobrecarga do familiar cuidador

As variáveis antecedentes são aquelas que caracterizam o transtorno psiquiátrico, sendo elas: o diagnóstico, o nível de autonomia do paciente, sua sintomatologia e comportamentos problemáticos, o tipo de tratamento que recebe, e o tipo de residência. Estas variáveis influenciam o grau da sobrecarga objetiva do cuidador, uma vez que determinam o grau de cuidado que o paciente necessita. As variáveis antecedentes juntamente com o grau da sobrecarga objetiva determinam o grau de sobrecarga subjetiva.

Quanto às variáveis mediadoras, estas modulam o grau da sobrecarga subjetiva. O familiar pode ter sua sobrecarga aumentada ou diminuída, dependendo da qualidade do seu

relacionamento com o paciente, do suporte social recebido, das estratégias de enfrentamento utilizadas, do status socioeconômico e de outros eventos da vida.

Fatores associados à sobrecarga

Diversos estudos foram realizados, principalmente no contexto internacional, com o objetivo de investigar a sobrecarga sentida pelos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. Abaixo, estão descritos quatro revisões de literatura que descrevem os principais estudos e fatores associados à sobrecarga.

A revisão realizada por Maurin e Boyd (1990) ressaltou que os comportamentos problemáticos do paciente, sua baixa autonomia e os efeitos adversos do transtorno psiquiátrico foram as variáveis mais estudadas pelas pesquisas. Os principais fatores associados à sobrecarga, encontrados nas pesquisas analisadas, foram os comportamentos problemáticos dos pacientes e a gravidade dos seus sintomas, principalmente os negativos, como a apatia. Variáveis de condições de vida também estavam relacionadas à sobrecarga, sendo elas: o grau de parentesco do cuidador com o paciente, morar na mesma casa que o paciente e a presença de crianças na casa.

Em sua revisão de literatura, Loukissa (1995) apontou que os comportamentos problemáticos do paciente, seu baixo nível de funcionamento e a severidade dos sintomas foram os principais fatores associados à sobrecarga encontrados pelas primeiras pesquisas sobre esta temática. Outros fatores foram encontrados posteriormente, sendo eles: restrição de atividades sociais, o medo do estigma social, as dificuldades financeiras, os sentimentos de culpa, a ansiedade e a raiva. As famílias que viviam em área rural relataram sentir maior grau de sobrecarga do que aquelas que viviam em área urbana. A sobrecarga foi relacionada, também, com os problemas encontrados pelo familiar no contato com os serviços de saúde mental e na busca por serviços adequados para o paciente.

Na revisão realizada por Rose (1996), foi destacado que muitos familiares se sentiam responsáveis em supervisionar o paciente, embaraçados em ter um paciente com transtorno psiquiátrico, além de terem custos financeiros e estarem sobrecarregados com o papel de cuidador. Outras variáveis encontradas relacionadas à sobrecarga foram: número de hospitalizações do paciente, a gravidade dos seus sintomas, morar com o paciente, falta de apoio profissional e de informações sobre a doença e limitação das atividades e da

liberdade da família em função de suas responsabilidades com o paciente. Outro fator associado à sobrecarga se refere aos comportamentos aversivos do paciente, tais como alterações de humor, isolamento social e falta de motivação.

Bandeira e Barroso (2005) encontraram, em sua revisão de literatura, que as principais dificuldades relatadas pelos familiares eram as restrições sociais e pessoais decorrentes da situação de cuidar, os custos financeiros e a falta de ajuda profissional. Os fatores encontrados relacionados ao maior grau de sobrecarga foram: os comportamentos problemáticos do paciente, as tarefas diárias que os familiares precisavam executar para atender às suas necessidades, o estigma social em ter um paciente psiquiátrico na família, o sentimento de perda, a gravidade dos sintomas e a percepção do familiar sobre o nível de controle que o paciente poderia exercer sobre sua sintomatologia. Além disso, foram destacados, ainda, os fatores relacionados à não adesão ao medicamento, as dificuldades com os profissionais de saúde mental, a falta de suporte social, o baixo nível de funcionamento do paciente, a pouca escolaridade tanto do paciente quanto do familiar, a idade do familiar e do paciente, as estratégias ineficientes de enfrentamento e a quantidade de horas passadas com os pacientes.

Estratégias de enfrentamento e sobrecarga

Conforme o modelo teórico e os resultados das revisões de literatura expostos acima, um fator destacado como modulador da sobrecarga do familiar é a capacidade de enfrentamento da situação. As estratégias de enfrentamento são definidas como respostas a estressores específicos (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Referem-se a ações, pensamentos ou comportamentos utilizados para lidar com uma situação estressora específica (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998). Em geral, as estratégias podem ser classificadas, de acordo com a sua função, em dois tipos: focalizadas na emoção ou no problema. A primeira é definida como o esforço para regular o estado emocional associado ao estresse, enquanto que o segundo é o esforço para agir sobre a situação estressora. Os dois tipos de estratégias podem ser utilizados para enfrentar a mesma situação estressora (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001; Antoniazzi et al., 1998). Outros dois tipos de estratégias de enfrentamento foram acrescentados na literatura: estratégia focalizada nas relações interpessoais, na qual o indivíduo busca construir uma rede de suporte social, ou seja,

busca apoio das pessoas de seu círculo social para enfrentar a situação estressora (Antoniazzi et al., 1998); estratégia de prática religiosa (Seidl et al., 2001).

As estratégias de enfrentamento são importantes para lidar com os comportamentos problemáticos dos pacientes, que são um dos principais fatores determinantes da sobrecarga. Loukissa (1995) descreveu, em sua revisão, estudos que constataram a eficácia de programas de suporte familiar, em que houve treino de habilidades interpessoais e de estratégias de enfrentamento para lidar com estes comportamentos. Rose (1996) enfatizou a importância das estratégias de enfrentamento como um modulador da sobrecarga dos familiares.

Estudos relacionados à sobrecarga e às estratégias de enfrentamento

Conforme citado na introdução, ao fazer uma busca nos indexadores *Scielo*, *Lilacs* e *Medline*, foram encontradas nove pesquisas que estudaram a relação entre as estratégias de enfrentamento e a sobrecarga dos familiares. Segue uma descrição destes estudos.

Chadda et al. (2007) realizaram, na Índia, um estudo longitudinal para verificar a relação existente entre estratégias de enfrentamento e a sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. Foram entrevistados 200 cuidadores de pacientes com esquizofrenia ou transtorno bipolar, em três momentos distintos: no pré-teste e três e seis meses após a primeira entrevista. Foram utilizadas a escala *Burden Assessment Schedule* (BAS), para medir o grau de sobrecarga dos familiares, e a escala *Ways of Coping Checklist - Hindi Adaptation* (WCC - HA), para avaliar as estratégias utilizadas por eles. Os dados foram analisados por meio do teste de correlação de Pearson. Os resultados mostraram que a estratégia de esquiva correlacionou com o escore global de sobrecarga para os grupos de esquizofrenia e de transtorno bipolar no pré-teste e no acompanhamento (três e seis meses após a primeira entrevista). Não foram observadas correlações significativas entre o escore global de sobrecarga e as estratégias com foco em problema e de procura por suporte social, em ambos os grupos na linha de base. No 3º mês de acompanhamento, houve correlação inversa significativa entre sobrecarga e as estratégias focadas no problema para os cuidadores de pacientes com esquizofrenia. No 6º mês, houve correlação significativa entre sobrecarga e as estratégias de procura de suporte social.

Com o objetivo de investigar a relação entre a sobrecarga e as estratégias de enfrentamento, Goossens et al. (2008) avaliaram 115 cuidadores de pacientes com transtorno bipolar, na Holanda. Foram utilizados os instrumentos *Involvement Evaluation Questionnaire* (IEQ) para avaliar sobrecarga e o *Utrecht Coping List* (UCL) para medir as estratégias de coping. Os dados foram analisados utilizando o teste de correlação de Pearson. Os autores encontraram que as estratégias de reações paliativa e passiva correlacionaram significativamente com o escore global de sobrecarga. As outras estratégias (abordagem ativa, esquiva, procura de suporte social, expressão de emoções e pensamentos tranquilizadores) não estavam correlacionados significativamente com a sobrecarga.

Hinrichsen e Lieberman (1999) realizaram um estudo, nos EUA, para examinar como os familiares cuidadores de pacientes com esquizofrenia se adaptavam emocionalmente após o primeiro episódio do transtorno psiquiátrico. Foram entrevistados 63 familiares, utilizando-se as escalas *Burden Interview* (BI) e *Health and Daily Living Form indices of Coping* para avaliar, respectivamente, a sobrecarga e as estratégias de enfrentamento. Por meio da análise de regressão linear múltipla, foi encontrado que a estratégia de enfrentamento de esquiva era uma das principais variáveis preditoras da sobrecarga.

Magliano et al. (1998) realizaram um estudo multicêntrico em cinco países da Europa (Itália, Inglaterra, Alemanha, Grécia e Portugal), com 236 familiares de pacientes com esquizofrenia, para avaliar a sobrecarga, as estratégias de enfrentamento e a rede de apoio social dos cuidadores. A sobrecarga foi mensurada por meio da escala *Family Problems Questionnaire* (FPQ) e as estratégias de enfrentamento por meio da escala *Family Coping Questionnaire* (FCQ). Os testes de correlação de Spearman e a regressão múltipla hierárquica foram utilizados para analisar os dados. Os autores encontraram que as estratégias de enfrentamento de resignação e a redução dos interesses sociais pelos familiares estavam correlacionadas significativamente com o grau de sobrecarga, nos cinco países. Encontraram, ainda, por meio da análise de regressão, que as estratégias de redução de interesses sociais, conversar com amigos, resignação e esquiva eram preditoras do grau de sobrecarga.

Para avaliar as mudanças no grau de sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes com esquizofrenia, e as influências das estratégias de enfrentamento e da rede de

apoio social dos familiares, em um período de um ano, Magliano et al. (2000) realizaram um estudo longitudinal multicêntrico na Itália, Inglaterra, Alemanha, Grécia e Portugal. Foram entrevistados 159 familiares, por meio das escalas FPQ e FCQ, que avaliam, respectivamente, o grau de sobrecarga e as estratégias de enfrentamento. Os autores encontraram que as maiores reduções de sobrecarga estavam correlacionadas com: a redução do uso de esquiva e de resignação pelo familiar, aumento das atitudes positivas em relação ao paciente e aumento do apoio social recebido pelo familiar. Na análise de regressão linear múltipla, o aumento da incapacidade dos pacientes, a redução da busca por suporte social pelo familiar e o aumento no uso de resignação foram preditores da sobrecarga.

Com o objetivo de identificar a relação entre características do paciente e do familiar e o grau de sobrecarga de cuidadores de 102 pacientes com esquizofrenia e depressão, Moller-Leimkuhler e Wiesheu (2012) realizaram um estudo, na Alemanha, após cinco anos da primeira admissão do paciente pelo serviço. Para avaliar a sobrecarga e as estratégias de enfrentamento, foram utilizadas, respectivamente, a *Family Burden Questionnaire* (FBQ) e a escala *Ways of Coping Checklist* (WCC). Para analisar os dados, foram utilizados os testes de correlação de Pearson ou Spearman e a análise de regressão linear múltipla. Os autores encontraram que a sobrecarga dos familiares não estava correlacionada significativamente com nenhum tipo de estratégia de enfrentamento.

Nehra et al. (2005) realizaram um estudo, na Índia, com 100 familiares de pacientes psiquiátricos, para verificar a influência do diagnóstico nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares. Foram comparados dois grupos: cuidadores de pacientes com transtorno bipolar e familiares de pacientes com esquizofrenia. Foram utilizadas as escalas *Family Burden Interview Schedule* (FBIS) e WCC para avaliar, respectivamente, a sobrecarga e as estratégias de enfrentamento. Os autores encontraram, por meio do teste de correlação de Spearman, que quanto maior era o uso de estratégias focadas no problema, de busca por suporte social, de esquiva e de coerção, maior era o grau de sobrecarga.

Para verificar a relação entre o uso de estratégias de enfrentamento religiosas e o bem-estar de cuidadores de pacientes com esquizofrenia, Rammohan et al. (2002) realizaram, na Índia, um estudo com 60 familiares de pacientes com esquizofrenia. A escala FBIS foi utilizada para avaliar o grau de sobrecarga e a escala *Coping Checklist* (CCL) para medir as estratégias de enfrentamento. Os dados foram analisados por meio do

teste de correlação de Pearson. Os autores encontraram que quanto maior era a utilização das estratégias de enfrentamento de resolução de problema, de distração positiva e de busca por suporte social, menor era a sobrecarga. Além disso, quanto maior o uso da estratégia de enfrentamento de negação, maior era o grau de sobrecarga. Com relação às estratégias religiosas, estas não se correlacionaram significativamente com a sobrecarga.

Scazufca e Kuipers (1999) realizaram uma pesquisa longitudinal, na Inglaterra, para estudar as estratégias de enfrentamento de familiares de pacientes com esquizofrenia. Neste estudo, 50 familiares foram entrevistados após a primeira hospitalização do paciente e 36 cuidadores foram entrevistados 9 meses após o pré-teste. Foram utilizados para avaliar o grau de sobrecarga e as estratégias de enfrentamento, respectivamente, os instrumentos *The Social Behaviour Assessment Schedule* (SBAS) e o CCL. Os dados foram analisados por meio do teste de correlação de Pearson. No pré-teste, os autores encontraram que o grau de sobrecarga era maior nos familiares que utilizavam estratégias de enfrentamento de esquiva e de busca por suporte social. A estratégia com foco no problema não estava correlacionada significativamente com a sobrecarga. Nove meses após a alta do paciente, foram encontrados os seguintes resultados: correlação positiva e significativa entre o grau de sobrecarga e o uso das estratégias de esquiva, de procura por apoio social e com foco no problema.

Todos os nove estudos correlacionais descritos foram realizados em contexto internacional, sendo um realizado nos EUA, três na Índia e o restante em países europeus. Além disso, os estudos realizados por Chadda et al. (2007), Magliano et al. (2000) e Scazufca e Kuipers (1999) consistiram em pesquisas longitudinais, enquanto que o restante eram pesquisas de corte transversal. No que se refere ao tamanho da amostra, esta variou de 36 (Scazufca & Kuipers, 1999) à 236 familiares de pacientes psiquiátricos (Magliano et al., 1998). Os instrumentos de medida utilizados para avaliar as estratégias de enfrentamento e a sobrecarga variaram bastante entre os nove estudos. Para medir a sobrecarga, os mais utilizados foram a *Family Burden Interview Schedule* (FBIS) e a *Family Problems Questionnaire* (FPQ). Quanto às estratégias de enfrentamento, o mais utilizado foi a escala *Ways of Coping Checklist* (WCC).

Com relação aos resultados destes estudos, um estudo não encontrou relação entre sobrecarga e as estratégias de enfrentamento (Moller-Leimkuhler & Wiesheu, 2012). Os resultados referentes ao uso de estratégias com foco no problema foram bastante

contraditórios. O estudo de Chadda et al. (2007) não encontrou relação significativa entre essas variáveis no pré-teste e no sexto mês de acompanhamento. Scazufca e Kuipers (1999) também não encontraram relação significativa entre estas variáveis no pré-teste. Dois estudos encontraram que os familiares que utilizavam mais esse tipo de estratégia eram mais sobrecarregados e um estudo encontrou que eles eram os menos sobrecarregados. Também foi encontrada contradição com relação às estratégias de busca de suporte social: Chadda et al. (2007) não encontraram uma relação entre essa estratégia e a sobrecarga no pré-teste e no terceiro mês de acompanhamento, três estudos encontraram que uma frequência maior de utilização desse tipo de estratégia estava relacionada com o maior grau de sobrecarga e dois encontraram que os familiares que buscavam mais por apoio social eram os menos sobrecarregados. As estratégias de enfrentamento religiosas ou espirituais foram avaliadas por apenas um estudo, o qual não encontrou relação com o grau de sobrecarga. Por fim, a estratégia de esquiva do familiar em relação ao paciente foi avaliada por sete estudos, sendo que seis estudos encontraram que o maior uso de esquiva estava relacionado com o maior grau de sobrecarga e um não encontrou relação entre essas variáveis. Portanto, esses resultados mostram que, em geral, há uma contradição entre os estudos sobre a relação entre sobrecarga e o tipo de estratégia de enfrentamento utilizada pelos familiares. Somente a estratégia de enfrentamento de esquiva mostra ter resultados consistentes, pois seis dos sete estudos que avaliaram esta estratégia encontraram que quanto maior o uso deste tipo de estratégia, maior o grau de sobrecarga.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho será investigar se as estratégias de enfrentamento constituem um fator modulador do grau de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos, conforme hipótese presente no modelo teórico de sobrecarga. Pretende-se, ainda, investigar qual tipo de estratégia de enfrentamento estará mais relacionada com o grau de sobrecarga dos familiares.

Objetivos Específicos

1. Avaliar a frequência de utilização de quatro tipos de estratégias de enfrentamento pelos familiares.
2. Avaliar o grau de sobrecarga global e por domínio, objetiva e subjetiva, dos familiares.
3. Identificar os fatores associados à sobrecarga e a importância relativa das estratégias de enfrentamento comparativamente às outras variáveis.
4. Investigar qual o tipo de estratégia de enfrentamento utilizada estará mais relacionado com o grau de sobrecarga.

HIPÓTESE

A hipótese do presente trabalho, conforme o modelo teórico da sobrecarga, é que as estratégias de enfrentamento consistem em um fator modulador do grau de sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. O grupo de familiares que utilizar estratégias de enfrentamento focadas no problema terá um grau de sobrecarga menor do que o grupo de familiares que utilizar outros tipos de estratégias de enfrentamento. A Variável Dependente (VD) é o grau de sobrecarga dos familiares cuidadores e a Variável Independente (VI) consiste nas estratégias de enfrentamento utilizadas por eles.

A categoria de estratégias de enfrentamento com foco no problema envolve os comportamentos de aproximação do estressor para lidar com ele, e se possível, solucioná-lo (Seidl et al., 2001). Ao contrário, a estratégia de esquiva envolve distanciamento do estressor. A maioria dos estudos que avaliou a relação entre o uso da esquiva e a sobrecarga encontrou que os familiares que utilizavam mais esta estratégia eram os mais sobrecarregados. Pode-se inferir, assim, que aqueles que não se esquivam, ou seja, se aproximam do estímulo estressor, serão menos sobrecarregados. Uma outra justificativa para a hipótese do presente estudo, é que a estratégia de foco no problema inclui esforços ativos por parte do familiar para mudar a sua percepção do papel de cuidador, levando em conta os aspectos positivos do cuidado (Seidl et al., 2001). A teoria de Maurin e Boyd (1990) prevê igualmente que esta característica da estratégia com foco no problema (percepção positiva) seria um fator modulador da sobrecarga.

MÉTODO

Delineamento

Este estudo consiste em uma pesquisa do tipo correlacional, na qual se investiga a relação entre variáveis que ocorrem naturalmente, sem a manipulação de variáveis independentes, como ocorre em uma pesquisa experimental (Selltiz, Wrightsman & Cook, 1987; Contandriopoulos, Champagne, Pontvin, Denis & Boyle, 1994). Será averiguada, nesta pesquisa, a relação entre as variáveis sobrecarga dos familiares cuidadores e as suas estratégias de enfrentamento.

O delineamento utilizado será do tipo Comparação Com Grupo Estático (Selltiz et al., 1987). Neste delineamento, são comparados grupos naturais, onde os sujeitos não são distribuídos aleatoriamente. Os sub-grupos analisados serão determinados pelas pelo tipo de estratégias de enfrentamento utilizadas.

Este estudo consiste, também, em uma Pesquisa Avaliativa, do tipo Somativa, em que são avaliados os efeitos, resultados ou impactos de um serviço ou programa, segundo a definição de Selltiz et al. (1987) e Smith (2004). O grau de sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos consiste em uma medida de resultado de um serviço de saúde mental. Um menor grau de sobrecarga dos familiares tem sido considerado um dos indicadores da qualidade dos serviços, uma vez que essa sobrecarga pode diminuir em função das intervenções terapêuticas desenvolvidas para os pacientes e familiares. Estratégias de enfrentamento adquiridas pelos familiares por meio dos serviços podem reduzir a sobrecarga.

Trata-se, também, de uma pesquisa de corte transversal, uma vez que os dados serão coletados em um único intervalo de tempo (Campbell & Stanley, 1979; Selltiz et al., 1987). O grau de sobrecarga e as estratégias de enfrentamento serão avaliados em uma única entrevista com os familiares cuidadores.

Descrição do local da pesquisa

Este estudo será realizado no Centro de Atenção Psicossocial de São João Del-Rei (CAPS Del-Rei). É um CAPS do tipo I, em funcionamento desde 2004, e atende pacientes

da cidade de São João del-Rei e de outros 13 municípios vizinhos. A equipe de profissionais é constituída por um médico psiquiatra, um médico clínico, que atende semanalmente, duas enfermeiras, um farmacêutico, um dentista semanalmente, duas psicólogas, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, duas técnicas e duas auxiliares de enfermagem, uma auxiliar administrativa, duas profissionais responsáveis pela cozinha e limpeza, dois motoristas e dois vigias. Conta, ainda, com profissionais de Educação Física e Psicologia da UFSJ, voluntários da comunidade e profissionais do Conservatório de Música da cidade que desenvolvem oficinas, tais como as de educação física, música, dança e artes e teatro.

População-alvo

A população-alvo deste estudo será constituída pelos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos atendidos pelo CAPS Del-Rei. Os pacientes devem apresentar os seguintes diagnósticos de transtornos severos e persistentes, indicados nos prontuários: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 a F29) e transtornos do humor ou afetivos (F30 a F39), segundo os critérios da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (OMS, 1998).

Para obter maior homogeneidade da população-alvo, serão adotados os seguintes critérios de inclusão dos familiares: ambos os gêneros, idade igual ou superior a 18 anos, residir com o paciente, ser seu principal cuidador, indicado pelos profissionais do serviço, e cuidar do paciente há, pelo menos, um ano. Serão excluídos os familiares que apresentarem dificuldades em compreender as questões dos instrumentos de medida, apresentarem algum transtorno psiquiátrico e aqueles familiares cujos pacientes estiverem internados no momento da entrevista ou no período de 30 dias anteriores a coleta de dados, conforme informação do serviço.

Amostra

O CAPS del-Rei possui, atualmente, 91 pacientes com os diagnósticos citados acima, realizando, regularmente, tratamento psiquiátrico no serviço. Será utilizado método de amostragem do tipo aleatória simples. Neste método, cada indivíduo da população-alvo tem a mesma probabilidade de ser selecionado. Trata-se essencialmente de um sorteio de

sujeito a partir de uma lista nomeada de todos os nomes que compõem a população-alvo, com reposição. Nesta seleção, os números dos sujeitos podem ser escolhidos varias vezes, de modo que o tamanho da população permaneça constante durante o processo de seleção. Amostras probabilísticas podem, por definição, originar uma generalização estatística apoiada no principio do calculo das probabilidades e permitir inferências estatísticas, pois são estatisticamente representativas da população. Neste tipo de amostra a média encontrada é semelhante à da população-alvo (Contandriopoulos et al., 1994)

O tamanho da amostra será determinado a partir da formula apresentada por Soares e Siqueira (2002), descrita abaixo.

$$n = \frac{N\sigma^2}{(N-1) \frac{(d)^2}{(z \alpha/2)^2} + \sigma^2}$$

Sendo:

d = erro de estimação amostral;

z = grau de confiança;

n = tamanho da amostra;

N = tamanho da população;

α = nível de significação;

σ = desvio padrão.

Instrumentos de medida

Serão utilizados três instrumentos, sendo duas escalas de medida e um questionário sociodemográfico e clínico. As duas escalas consistem de instrumentos de medida validados: um para avaliar o grau de sobrecarga dos familiares e outro para mensurar estratégias de enfrentamento para estressores específicos. O questionário visa avaliar as variáveis características dos familiares e dos pacientes. Esses instrumentos serão descritos a seguir.

Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares (FBIS-BR): Esta escala avalia o grau das sobrecargas objetiva e subjetiva e foi desenvolvida por Tessler e Gamache (1994), tendo sido adaptada para o contexto brasileiro por Bandeira, Calzavara e Varella (2005). A sua fidedignidade foi avaliada por Bandeira, Calzavara, Freitas e Barroso (2007) e a sua validade por Bandeira, Calzavara e Castro (2008), no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da UFSJ.

A FBIS-BR possui 87 questões que avaliam o grau de sobrecargas objetiva e subjetiva (Anexo 1). A sobrecarga objetiva é avaliada por meio das frequências de assistência ao paciente na vida cotidiana, de supervisão aos comportamentos problemáticos do paciente e de modificações da rotina diária do familiar devido ao papel de cuidador. As alternativas de respostas aos itens referentes à sobrecarga objetiva são: 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 se refere ao grau de incômodo sentido pelo familiar ao realizar as atividades do papel de cuidador. As opções de respostas dos itens referentes ao grau de incômodo ao realizar as tarefas e ao supervisionar os comportamentos problemáticos são: 1 = nem um pouco, 2 = muito pouco, 3 = um pouco e 4 = muito. Para avaliar o peso financeiro e as preocupações com o paciente, as opções de respostas são: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre ou quase sempre. Para avaliar o grau de alterações permanentes que o familiar sofreu em sua vida social e profissional, é feita uma pergunta cujas opções de respostas estão distribuídas em uma escala *Likert* de quatro pontos, sendo: 1 = nem um pouco, 2 = muito pouco, 3 = um pouco e 4 = muito.

A escala é dividida em 5 subescalas: 1) assistência na vida cotidiana do paciente, 2) supervisão aos comportamentos problemáticos do paciente, 3) gastos financeiros do familiar com o paciente, 4) impacto nas rotinas diárias da família e 5) preocupações do familiar com o paciente. A primeira e a segunda subescalas possuem questões que avaliam tanto a sobrecarga objetiva quanto a subjetiva. A primeira subescala é composta por 18 questões relacionadas à assistência prestada pelo familiar na realização das tarefas cotidianas do paciente. A segunda possui 16 questões concernentes à supervisão aos comportamentos problemáticos do paciente.

A terceira subescala é formada por cinco questões, que avaliam se o familiar precisou cobrir alguma despesa do paciente com seu próprio dinheiro e se o paciente teve gastos com os seguintes 14 itens, nos últimos 30 dias: transporte, alimentação, medicamentos, vestuários, pequenos gastos, moradia, tratamento de saúde mental, cigarros, objetos pessoais, telefone, profissionais para cuidar do paciente, plano de saúde e tratamentos médicos, tais como dentista e fisioterapeuta, e outras despesas. As questões avaliam, ainda, a contribuição do paciente com as suas despesas, a quantia gasta pela família com o paciente nos últimos 30 dias e o sentimento de peso referente aos gastos com o paciente para a família, no último ano.

A quarta subescala é composta por cinco questões. Destas, quatro avaliam as alterações ocorridas na vida do familiar, nos últimos 30 dias, em função do seu papel de cuidador. A quinta questão avalia, de forma global, em que grau o cuidador teve mudanças permanentes na sua rotina diária, na sua vida social e ocupacional. A quinta subescala possui sete questões que avaliam a frequência com que o familiar se preocupa com o paciente, em relação à segurança, saúde física, tratamento, vida social, condições de moradia e futuro.

As qualidades psicométricas são adequadas, em termos de fidedignidade e validade. Em relação à fidedignidade, a consistência interna dos itens apresentou valores de *alfa de Cronbach* de 0,82 e 0,92 para os escores globais de sobrecarga objetiva e subjetiva, respectivamente. Os valores de *alfa de Cronbach* das subescalas variaram de 0,58 a 0,90, o que indica uma adequada consistência interna. Possui, ainda, uma boa estabilidade temporal uma vez que todas as dimensões apresentaram correlações positivas e significativas entre os dados do teste e do reteste ($p < 0,01$), tendo o coeficiente de correlação variado entre 0,54 e 0,90 (Bandeira et al., 2007).

A escala possui validades de critério e convergente. A validade de critério foi analisada por meio da correlação entre os escores da FBIS-BR e da escala *Burden Interview* (BI), considerada aqui como o critério para avaliação da sobrecarga, tendo em vista que é a única escala validada para o Brasil que avalia o mesmo construto. A escala BI foi elaborada por Zarit (1980) e validada para o Brasil por Taub, Andreoli e Bertolucci (2004). Foram obtidas correlações significativas variando entre 0,23 e 0,69 ($p < 0,01$), para os escores globais e todas as subescalas da FBIS-BR e o escore global da escala BI (Bandeira et al., 2008).

A validade convergente do instrumento foi avaliada pelo método da Análise por Hipótese (Pasquali, 2003), por meio da análise correlacional entre os escores da FBIS-BR e da escala *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Este instrumento foi desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado para o Brasil por Mari e Williams (1986). A escala SRQ-20 avalia o construto denominado *distress*, “desconforto emocional” ou transtornos mentais comuns, que constitui um construto distinto porém teoricamente relacionado à sobrecarga. Testou-se, portanto, a hipótese de que o construto de sobrecarga está relacionado ao construto de transtornos mentais comuns, tendo em vista que a sobrecarga dos familiares pode resultar em *distress*. Foram obtidas correlações positivas significativas ($p < 0,01$) entre o escore global da SRQ-20 e os escores globais de sobrecarga objetiva (0,38) e subjetiva (0,52) (Bandeira et al., 2008).

Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP): Esta escala foi elaborada por Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro e Becker (1985), a partir do modelo interativo do estresse, adaptada para o contexto brasileiro por Gimenes e Queiroz (1997) e validada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) (Anexo 2). Este instrumento identifica as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pessoas em relação a estressores específicos, embora a escala se aplique a diferentes tipos de estressores (Seidl et al., 2001). No presente estudo, será solicitado aos familiares que respondam a EMEP com base nas estratégias de enfrentamento que utilizam para lidar com a situação de cuidadores de pacientes psiquiátricos.

A EMEP contém 45 itens, distribuídos em quatro fatores. O primeiro fator (Enfrentamento focalizado no problema) possui 18 itens e refere-se a estratégias comportamentais que representam conduta de aproximação em relação ao estressor para solucionar o problema e aos esforços cognitivos voltados para a reavaliação do problema, percebendo-o como positivo. O segundo fator (Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção) possui 15 itens concernentes as estratégias cognitivas ou comportamentais com função paliativa ou de afastamento do problema. O terceiro fator (Práticas religiosas/pensamento fantasioso) possui sete itens acerca dos pensamentos e comportamentos religiosos utilizados no enfrentamento do problema. O quarto fator (Busca por suporte social) possui 5 itens que avaliam a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação para enfrentar o problema. As alternativas de respostas estão

dispostas em escala do tipo *Likert* de cinco pontos, sendo 1 = Eu nunca faço isso; 2 = Eu faço isso um pouco; 3 = Eu faço isso às vezes; 4 = Eu faço isso muito; 5 = Eu faço isso sempre. No final do instrumento, há uma questão aberta que avalia se o sujeito utiliza alguma outra estratégia de enfrentamento, que não esteja incluída na escala.

Este instrumento possui boas qualidades psicométricas, em termos de fidedignidade e de validade. A validade de construto foi estudada por meio da análise da estrutura fatorial, pelo Método dos Fatores Principais, rotação ortogonal Varimax. Foi estabelecido o valor mínimo de 0,35 para a carga fatorial. A análise fatorial dos quatro fatores explicou 25,7% da variância total, sendo que o fator um explicou 9,2%, o fator dois 7,5%, o fator três 5% e o fator quatro 3,9%. Com relação à consistência interna dos fatores, foram encontrados os seguintes valores de *alpha de Cronbach*: 0,84 no fator 1; 0,81 no fator 2; 0,74 no fator 3; e 0,70 no ultimo fator. As subescalas são avaliadas separadamente, não havendo um escore global (Seidl et al., 2001).

Questionário sociodemográfico e clínico: Este instrumento avalia as características sociodemográficas e as condições de vida dos familiares e dos pacientes, tais como idade, data de nascimento, gênero, estado civil, escolaridade, presença de crianças na casa, dentre outros. Avalia, também, as características clínicas dos pacientes, tais como diagnóstico, comorbidade, duração da doença, duração e número de internações, número de crises no último ano, dentre outras. O questionário possui, ainda, questões abertas que avaliam a satisfação do familiar em cuidar do paciente, o tipo de apoio que o familiar considera necessário para melhorar a vida do paciente e da família e se há dificuldades do papel de cuidador que não foram incluídas nas questões fechadas do questionário. Este questionário foi elaborado no LAPSAM da UFSJ, testado em um estudo piloto para verificar a adequação e a facilidade de compreensão pela população-alvo estudada e utilizado em pesquisas anteriores realizadas neste laboratório (Bandeira et al., 2005; Bandeira et al., 2008).

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora e pelos estagiários de pesquisa do curso de graduação em Psicologia da UFSJ, previamente treinados. O treinamento

incluindo três etapas. Na primeira etapa, os estagiários receberão informações referentes ao tema da pesquisa e aos instrumentos utilizados para a coleta de dados, por meio de discussão de grupo sobre textos da temática do presente estudo. Na segunda etapa, os estagiários serão treinados a aplicar os instrumentos de medida, entrevistando pessoas que não serão sujeitos da pesquisa. Na terceira etapa, a mestranda pesquisadora irá a campo, com os estagiários, para observar e orientar a aplicação dos instrumentos junto a dois familiares, com o objetivo de garantir a qualidade e padronização do procedimento de coleta de dados.

Os instrumentos serão aplicados individualmente, por meio de entrevistas estruturadas com os familiares. As entrevistas serão realizadas na residência do familiar ou, quando necessário, no CAPS, de acordo com a disponibilidade dos familiares, sendo agendadas previamente. Para o agendamento da aplicação dos instrumentos, os familiares cuidadores serão contatados por telefone ou em suas residências.

Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos e a realização das entrevistas, os entrevistadores se identificarão e explicarão o objetivo e o procedimento da pesquisa. Os entrevistadores explicarão aos familiares que será mantido o sigilo das informações e o anonimato. Logo após, os sujeitos assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atestando que estão cientes dos objetivos e procedimentos do estudo e que aceitam participar. Antes da aplicação dos instrumentos e da realização da entrevista, o entrevistador explicará que não há respostas certas ou erradas. Será solicitado que os participantes respondam os instrumentos de maneira honesta.

Para avaliar a compreensão do familiar cuidador em relação aos diversos itens dos instrumentos de medida, será utilizada a Técnica de Sondagem (*Probe Technique*), desenvolvida por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). Essa técnica consiste em solicitar que os sujeitos justifiquem as suas respostas a cada item das escalas. Com isso, pretende-se avaliar se cada item foi compreendido de forma adequada.

A escala FBIS-BR será aplicada primeiramente, seguida da escala EMEP e, por fim, do questionário sociodemográfico e clínico. Este questionário será aplicado por último, pois o familiar estará mais familiarizado com o entrevistador. Segundo Günther (1999), as informações mais pessoais, contidas no questionário sociodemográfico e clínico, devem ser coletadas no final da entrevista, quando o entrevistador já estabeleceu um *rapport* com o sujeito. Esse procedimento evita um possível desconforto por parte dos respondentes, com

relação a questões mais sensíveis, presentes no questionário sociodemográfico, o que favorece respostas mais autênticas por parte deles.

Análise de dados

As análises estatísticas dos dados serão realizadas utilizando-se o *Software Statistical Program for Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Serão feitas as seguintes análises estatísticas:

1. Análise da distribuição normal dos dados obtidos a partir das escalas de medida, pelo teste Kolmogorov-Sminorv, para identificar se as análises posteriores serão feitas a partir da estatística paramétrica ou não paramétrica. Caso seja constatada a normalidade dos dados, serão realizadas as análises descritas abaixo.
2. Análises de estatística descritiva, com cálculo de médias, desvios-padrão e porcentagens, para a descrição da amostra e para analisar os escores globais de sobrecarga objetiva e subjetiva e os escores das subescalas da FBIS-BR e da EMEP.
3. Análise de teste t de *Student* para amostras pareadas para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das subescalas da FBIS-BR, visando identificar em quais dimensões haverá maior grau de sobrecarga. As comparações serão feitas para pares de subescalas que apresentam as mesmas alternativas de respostas.
4. Análise de variância (ANOVA) e teste *post hoc de Tukey*, para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das quatro subescalas da EMEP, visando qual tipo de estratégia de enfrentamento é mais utilizada pelos familiares.
5. Análise de teste t de *Student* para amostras independentes para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de cada subescala da EMEP nos grupos de maior e menor sobrecarga. Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as porcentagens de utilização de cada estratégia de enfrentamento (subescalas da EMEP) nos grupos de menor e maior sobrecarga, será utilizado o qui-quadrado.
6. Análises estatísticas de teste t de *Student* para amostras independentes para comparar o grau de sobrecarga do grupo de familiares que utilizam estratégias focadas no

problema comparativamente ao grupo dos familiares que utilizam outros tipos de estratégias.

7. Para verificar a equivalência dos grupos com relação às variáveis interferentes (por exemplo, faixa etária, grau de escolaridade) será utilizado o teste *t* de *Student* para amostras independentes. Para as variáveis categóricas (exemplo, gênero), será utilizado o qui-quadrado.

8. Análises estatísticas univariadas das variáveis sociodemográficas e condições de vida dos familiares e dos pacientes, das variáveis clínicas dos pacientes e dos escores das subescalas da EMEP, com o cálculo do teste *t* de *Student* para amostras independentes, correlação de *Pearson* e cálculo de ANOVA, visando identificar as variáveis que serão utilizadas nas análises multivariadas posteriores.

9. Análise multivariada de regressão linear múltipla, visando identificar os principais fatores preditores da sobrecarga subjetiva dos familiares. A variável dependente será o escore global de sobrecarga subjetiva dos familiares, medido pela escala FBIS-BR, e as variáveis independentes serão aquelas identificadas como significativas nas análises univariadas ($p < 0,05$) e as não significativas que apresentarem $p \leq 0,25$, segundo recomendações de Hosmer e Lemeshow (2000). Estes autores recomendam que sejam utilizadas as variáveis que apresentarem $p \leq 0,25$, pois elas podem se tornar significativas nesta análise de regressão.

10. Análise das respostas dos sujeitos da questão aberta da EMEP, que avalia se o familiar utiliza alguma outra estratégia de enfrentamento, que não esteja incluída na escala. Para isso, será utilizado o método de dedução frequencial, em que as estratégias serão contabilizadas em termos de sua frequência. Posteriormente, será feita a análise categorial do tipo temática, na qual as estratégias citadas serão classificadas em categorias, de acordo com o conteúdo temático comum, calculando-se as porcentagens de respostas para cada categoria (Bardin, 1979; Caregnato & Mutti, 2006).

Considerações éticas

Este estudo será submetido à Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPES) da UFSJ para aprovação. O estudo será apresentado, também, à direção

do CAPS, em uma reunião a ser realizada com a coordenadora do serviço, para aprovação da pesquisa. A coleta de dados, que será realizada por meio de entrevistas com aplicação dos instrumentos, ocorrerá de acordo com os parâmetros éticos. A participação dos sujeitos será voluntária e a coleta de dados será realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os objetivos, procedimentos e a duração da entrevista de coleta de dados serão informados a todos os participantes da pesquisa. Os sujeitos serão informados de que poderão desistir de participar a qualquer momento, sem sofrerem algum prejuízo. O sigilo das informações fornecidas será assegurado e os sujeitos serão informados de que sua participação na pesquisa não ocasionará riscos ou desconfortos. A cada participante, será oferecido um número de telefone da equipe de pesquisa para que eles possam entrar em contato visando tirar possíveis dúvidas e tomar conhecimento do desenvolvimento da pesquisa.

Cronograma

Este estudo terá duração total de 22 meses, sendo realizado entre março de 2014 e dezembro de 2015. A revisão de literatura ocorrerá durante todo o estudo, exceto em dezembro de 2015, que é reservado para preparação de resumos e artigos. Entre março e novembro de 2014 será elaborado o projeto de qualificação, sendo esta prevista para ocorrer em dezembro de 2014. A pesquisa será submetida para aprovação à CEPES da UFSJ e à direção do CAPS em setembro de 2014. O treinamento dos estagiários, que auxiliarão na coleta de dados, terá duração de 6 meses e ocorrerá entre agosto de 2014 e janeiro de 2015. Terminado o treino, será iniciará a coleta de dados, prevista para encerrar em junho. Terminada a coleta de dados, será iniciada a análise dos dados e descrição dos resultados, com duração prevista de dois meses. Em setembro e outubro de 2015, será elaborada a discussão e conclusão dos resultados. A defesa da dissertação esta prevista para novembro de 2015.

Estratégias de enfrentamento dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos e sua relação com a sobrecarga																						
Etapas	2014											2015										
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N

Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
Qualificação do projeto									X													
Submissão ao comitê de ética							X															
Treinamento dos estagiários						X	X	X	X	X	X											
Preparação da dissertação de mestrado										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados										X	X	X	X	X	X	X	X					
Análise dos dados																	X	X				
Discussão dos resultados e conclusão																			X	X		
Defesa da dissertação																					X	
Preparação de artigos com os resultados																						X

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo consiste em uma pesquisa do tipo correlacional, a qual permitirá identificar os fatores preditores da sobrecarga. No entanto, este tipo de pesquisa não permitirá verificar a relação causal entre estratégias de enfrentamento e grau de sobrecarga, tendo em vista que será utilizado o delineamento de Comparação Com Grupo Estático, composto por grupos naturais que são diferentes entre eles com relação às variáveis sociodemográficas constituindo, assim, o viés seleção. Essa limitação limita a validade interna da pesquisa. Entretanto, será avaliado se os grupos são equivalente com relação às variáveis apontadas pela literatura da área, afim de minimizar essa limitação.

Uma outra limitação se refere à dificuldade de generalização dos resultados, tendo em vista que este estudo será realizado em apenas um serviço de saúde mental. Esta dificuldade diminui a validade externa da pesquisa. Os dados, portanto, serão generalizáveis apenas para a população-alvo do serviço avaliado.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se identificar, na presente pesquisa, o tipo de estratégias de enfrentamento que é mais utilizado pelos familiares. Espera-se identificar os níveis de sobrecarga objetiva e subjetiva dos familiares, global e por domínios, indicando em qual dimensão a sobrecarga destes familiares é mais elevada. Espera-se, também, encontrar os principais fatores preditores da sobrecarga dos familiares.

Espera-se confirmar a hipótese do modelo teórico de sobrecarga, segundo o qual, há uma relação entre o tipo de estratégia utilizada pelos familiares e o seu grau de sobrecarga. Os familiares que utilizam estratégias focadas no problema deverão apresentar menor grau de sobrecarga comparativamente aos familiares que utilizarem outros tipos de estratégias.

Outro resultado esperado é que as informações obtidas, neste estudo, contribuam para o aumento de conhecimento na área, tendo em vista que não há estudos nacionais que tenham investigado a relação entre estratégias de enfrentamento e sobrecarga. Espera-se, ainda, que as informações encontradas sejam relevantes para o serviço. Por meio do conhecimento do grau de sobrecarga e das estratégias de enfrentamento que são utilizadas pelos familiares, bem como da relação entre essas variáveis, será possível desenvolver e implementar intervenções nos serviços, visando diminuir as dificuldades dos familiares ao desempenhar o papel de cuidador.

REFERÊNCIAS

- Andrade L.H., Wang Y-P., Andreoni S., Silveira C.M., Alexandrino-Silva C., Siu, E.R. et al. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE*, 7(2). Recuperado em 10 de abril de 2012, de <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0031879>.
- Andreoli, S.B, Almeida-Filho, N., Martin, D., Mateus, M.D.M.L., & Mari, J. de J. (2007). Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1):43-6
- Antoniazzi, A. S., Dell'aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Bandeira, M., & Barroso, S.M. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 34-46.
- Bandeira, M., Calzavara, M.G.P., & Castro, I. (2008). Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 98-104.
- Bandeira, M., Calzavara, M.G.P., Freitas, L., & Barroso S.M. (2007). Family Burden Interview Scale for relatives of psychiatric patients (FBIS-BR): reliability study of the Brazilian version. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 47-50
- Bandeira, M., Calzavara, M.G.P., & Varella, A.A.B. (2005). Escala de Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos – FBIS-BR: adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (3), 206-214.
- Campbell, D.T., & Stanley, J.C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase experimentais de pesquisa*. São Paulo: E.P.U.
- Chadda, R.K., Singh T. B. & Ganguly, K.K. (2007). Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 923–930.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. O., & Boyle, P. (1994). *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: Hucitec Abrasco.
- Gimenes, M.G.G. & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em M.G.G. Gimenes & M.H. Fávero (Orgs). *A mulher e o câncer (pp. 171-195)*. Campinas: Editorial Psy.
- Gonçalves, R.W., Vieira, F.S., & Delgado, P.G.G. (2012). Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Revista de Saúde Pública*, 46(1):51-8

- Goossens, P.J.J., Van Wijngaarden, B., Knoppert-Van Der Klein, E.A.M. & Van Achterberg, T. (2008). Family Caregiving in Bipolar Disorder: Caregiver Consequences, Caregiver Coping. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), 303-16.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-Cultural adaptation of healthrelated quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- Günther, H. (1999). Como elaborar um questionário. In: L. Pasquali (Org.) *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração* (pp. 231-258). Brasília: LabPAM/IBAPP.
- Harding TW; de Arango MV; Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. (1980). Mental disorders in primary health care: A study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.*, 10:231-41.
- Hinrichsen G.A, Lieberman J.A. (1999). Family attributions and coping in the prediction of emotional adjustment in family members of patients with first episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 359-366.
- Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. New York: John Wiley and Sons.
- Kohn, R., Mello, M.F. & Mello, A.A.F. (2007). O ônus e a carência de atendimento da doença mental no Brasil. Em: Mello, M.F. Mello, A.A.F. Kohn, R. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- Lougon, M. (2006). *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Loukissa, A.D. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursin*, 21, 248-255.
- Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M, Guarneri M, Malangone C, Marasco C, Maj M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 109-115.
- Magliano L, Fadden G, Madianos M, Caldas de Almeida JM, Held T, Guarneri M, Marasco C, Tosini P, Maj M. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 405-12, 1998.
- Mari JJ, Williams P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*, 148: 23-6.
- Maurin, J.T. & Boyd, C.B. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99-107.

- Moller-Leimkuhler, A.M., & Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 262, 157-166.
- Nehra,R., Chakrabarti,S., Kulhara, P. & Sharma, R (2005). Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia: A re-examination. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 , 329–336.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). *CID-10: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima Revisão. São Paulo: Edusp.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). Relatório Mundial da Saúde. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Divisão de Saúde Mental da OMS. Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Divisão de Saúde Mental da OMS. Lisboa.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological well-being in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 356
- Rose, L.E. (1996). Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(2), 67-76.
- Scazufca, M., & Kuipers, E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 174, 154-151.
- Selltiz, C., Wrightsman, L. S., & Cook, S. W. (1976). *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*. (Vol. 1). São Paulo: EPU.
- Seidl, E. M. F.; Troccoli, b. T. & Zannon, C. M. L. Da C. (2001). Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. [online]. 17 (3), 225-234.
- Smith, M.J. (2004). Process and Outcome evaluations. In: A.R. Roberts & K.R. Yeager. *Evidence-based Practice Manua: Research an Outcome Measures in Health and Human Services*. Oxford: University Press.
- Soares J.F. & Siqueira A. L. (2002). *Introdução À Estatística Médica*. Belo Horizonte, MG: Editora Coopmed.
- Taub, A., Andreoli, S.B., & Bertolucci, B.H. (2004). Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 372-376.

- Tessler, R.C., & Gamache, G.M. (1994). *The Family Burden Interview Schedule – Short Form (FBIS/SF)*. Amherst, MA: Department of Sociology social and Demographic Research Institute. Machmer Hall – University of Massachusetts.
- Tessler, R.C., & Gamache, G.M. (2000). *Family Experiences with Mental Illness*. Westport: Auburn House.
- Thornicrof G., & Tansella M. (2010). *Boas práticas em saúde mental comunitária*. São Paulo: Manole
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20:649-55.

ANEXOS

ANEXO 1

Bandeira et al., (2006). Escala de Sobrecarga Familiar 1

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES FBIS-BR

Escala adaptada e validada pelo
Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM)
www.lapsam.ufsj.edu.br

Departamento de Psicologia da UFSJ

São João del Rei

2006

Versão original em inglês: Richard Tessler, Ph.D e Gail Gamache, Ph.D. (1996). Departamento de Sociologia. Instituto Social e Demográfico Machmer Hall. Universidade de Massachusetts. Amherst, Ma 01003-4830. Bandeira et al., (2006). Escala de Sobrecarga Familiar 2

ANEXO 2

ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)

Instruções

As pessoas reagem de diferentes maneiras nas situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está fazendo para enfrentar a sua situação familiar de cuidador de _____ (nome do paciente). Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta situação, no momento atual. Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação de cuidador.

1	2	3	4	5
Você nunca faz isso	Você faz isso um pouco	E Você faz isso às vezes	Você faz isso muito	Você faz isso sempre

Item	Alternativas de resposta				
	1	2	3	4	5
1. Você leva em conta o lado positivo das coisas?	1	2	3	4	5
2. Você se culpa?	1	2	3	4	5
3. Você se concentra em alguma coisa boa que pode vir desta situação?	1	2	3	4	5
4. Você tenta guardar seus sentimentos para si mesmo?	1	2	3	4	5
5. Procura um culpado para a situação?	1	2	3	4	5
6. Espera que um milagre aconteça?	1	2	3	4	5
7. Pede conselho a um parente ou a um amigo que você respeite?	1	2	3	4	5
8. Você reza / ora?	1	2	3	4	5
9. Conversa com alguém sobre como está se sentindo?	1	2	3	4	5
10. Você insiste e luta pelo que quer?	1	2	3	4	5
11. Você se recusa a acreditar que isto esteja acontecendo?	1	2	3	4	5
12. Você briga consigo mesmo; Você fica falando consigo mesmo o que deve fazer?	1	2	3	4	5
13. Desconta em outras pessoas?	1	2	3	4	5
14. Encontra diferentes soluções para o seu problema?	1	2	3	4	5
15. Tenta ser uma pessoa mais forte e otimista?	1	2	3	4	5
16. Você tenta evitar que os seus sentimentos atrapalhem outras coisas na sua vida?	1	2	3	4	5
17. Você se concentra nas coisas boas da sua vida?	1	2	3	4	5
18. Você desejaria mudar o modo como você se sente?	1	2	3	4	5
19. Aceita a simpatia e a compreensão de alguém?	1	2	3	4	5
20. Demonstra raiva para as pessoas que causaram o problema?	1	2	3	4	5
21. Pratica mais a religião desde que tem esse problema?	1	2	3	4	5

22. Você percebe que você mesmo trouxe o problema para si?	1	2	3	4	5
23. Você se sente mal por não ter podido evitar o problema?	1	2	3	4	5
24. Você sabe o que deve ser feito e está aumentando seus esforços para ser bem sucedido?	1	2	3	4	5
25. Você acha que as pessoas foram injustas com você?	1	2	3	4	5
26. Você sonha ou imagina um tempo melhor do que aquele em que você está?	1	2	3	4	5
27. Tenta esquecer o problema todo?	1	2	3	4	5
28. Está mudando e se tornando uma pessoa mais experiente?	1	2	3	4	5
29. Você culpa os outros?	1	2	3	4	5
30. Você fica se lembrando de que as coisas poderiam ser piores?	1	2	3	4	5
31. Conversa com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o seu problema?	1	2	3	4	5
32. Você tenta não agir tão precipitadamente ou seguir sua própria idéia?	1	2	3	4	5
33. Muda alguma coisa para que as coisas acabem dando certo?	1	2	3	4	5
34. Procura se afastar das pessoas em geral?	1	2	3	4	5
35. Você imagina e tem desejos sobre como as coisas poderiam acontecer?	1	2	3	4	5
36. Encara a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez?	1	2	3	4	5
37. Descobre quem mais é ou foi o responsável?	1	2	3	4	5
38. Pensa em coisas fantásticas ou irrealis (como vingança ou achar muito dinheiro) que te fazem sentir melhor?	1	2	3	4	5
39. Você pensa que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela?	1	2	3	4	5
40. Você diz a si mesmo o quanto já conseguiu?	1	2	3	4	5
41. Você desejaria poder mudar o que aconteceu com você?	1	2	3	4	5
42. Você fez um plano de ação para resolver o seu problema e o está cumprindo?	1	2	3	4	5
43. Conversa com alguém para obter informações sobre a situação?	1	2	3	4	5
44. Você se apega à sua fé para superar esta situação?	1	2	3	4	5
45. Você tenta não fechar portas atrás de si? Tenta deixar em aberto várias saídas para o problema?	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar essa situação de cuidador?

Muito obrigada pela sua participação!

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo sobre a vivência dos familiares que cuidam de pacientes que estão recebendo um tratamento psiquiátrico no CAPS. A responsável por este estudo é Daniela Cristina Souza Santos, mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei.

As melhorias nos serviços de saúde, como o CAPS, podem ocorrer a partir de estudos como este, por isso a sua participação é importante.

Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração, durante aproximadamente 1 hora, para participar de uma entrevista sobre as vivências das famílias e sobre as dificuldades que vocês podem estar enfrentando para cuidar do paciente em casa. A partir desse estudo, será possível compreender as necessidades dos familiares que cuidam de diferentes tipos de pacientes.

Essa entrevista não vai interferir com o tratamento do paciente e não oferece nenhum risco ou desconforto para você. Você poderá ter todas as informações que quiser sobre este estudo e poderá interromper sua participação a qualquer momento, se você desejar, sem que haja nenhum prejuízo no atendimento do pacientes.

Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Todas as informações prestadas por você são sigilosas, portanto, ficarão apenas entre nós. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou

(nome do voluntário)

ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e como ele será realizado. A explicação que recebi esclarece que minha participação não implicará em nenhum risco para mim. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento do paciente. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e que não receberei dinheiro para participar do estudo. Eu concordo em participar deste estudo.

.....,/...../.....

Assinatura do voluntário

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador: _____

Caso você queira conversar com uma das pessoas que participam deste estudo, você pode telefonar para Daniela, no numero 3379-2469.

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei – cepes@ufsj.edu.br / (32) 3379-2413.