UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

JACIQUELY JOSÉ DA COSTA ANDRADE

FUNCIONALIDADE FAMILIAR E SOBRECARGA DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Recife
2019

JACIQUELY JOSÉ DA COSTA ANDRADE

FUNCIONALIDADE FAMILIAR E SOBRECARGA DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

Orientadora: Profª. Dra. Ana Marcia Tenório de Souza Cavalcanti

Coorientadora: Profª. Iracema da Silva Frazão

Recife
2019

Catalogação na fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A553f Andrade, Jaciquely José da Costa.
Funcionalidade familiar e sobrecarga de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental / Jaciquely José da Costa Andrade. – 2019.
85 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2019.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde da família. 2. Saúde mental. 3. Transtornos mentais. 4. Cuidador familiar. I. Cavalcanti, Ana Márcia Tenório de Souza (Orientadora). II. Título.

610.736 CDD (20.ed.) UFPE (CCS2020-048)

JACIQUELY JOSÉ DA COSTA ANDRADE

FUNCIONALIDADE FAMILIAR E SOBRECARGA DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Aprovada em 30/07/2019

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Iracema da Silva Frazão (Coorientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profª. Drª. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profª. Drª. Vânia Pinheiro Ramos (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profª. Drª. Juliana Lourenço de Araújo Veras (Examinadora Externa)
Instituto Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me guiou em todos os momentos.

À minha mãe Marinete e ao meu pai Manoel, que sempre acreditaram em meus sonhos e nunca me deixaram desistir, por todo amor, dedicação e apoio durante toda a minha caminhada. Sem eles, nada disso seria possível.

Ao meu esposo Cássio Felipe, por todo amor e por sempre estar ao meu lado me apoiando para continuar essa jornada. Obrigada pelas palavras de conforto e companhia durante esse período.

Ao meu amado filho Lucas Felipe, uma criança incrível, que sempre me inspirou e deu muita força para continuar a caminhada.

A todos os meus familiares pelo carinho, apoio e compreensão.

À professora Ana Márcia Cavalcanti, pelo apoio, carinho e ensinamentos recebidos.

À professora Iracema da Silva Frazão, pela confiança, paciência e ensinamentos.

À professora Jaqueline Perreli, pela confiança, ensinamentos e por todo apoio ao longo da minha jornada.

Aos meus amigos, pela compreensão, apoio e paciência nos momentos mais difíceis e quando precisei me ausentar.

À minha querida Turma 9 do Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (Gabriele, Thamyres, Cinthia e Adélia), pela companhia, cumplicidade e apoio ao longo dos dois anos.

Aos familiares cuidadores, pela participação e contribuição para execução da pesquisa.

Aos profissionais e funcionários do serviço de saúde mental, pela contribuição e ajuda para execução da pesquisa.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, pelos ensinamentos ao longo dos dois anos.

A todos que compõem a secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, pelo apoio durante esses dois anos.

Às professoras da banca de qualificação e defesa, pela participação e pelas valiosas contribuições para melhoria dessa dissertação.

A todos que colaboraram de alguma forma, direta ou indiretamente.

A enfermagem têm o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de envolver as famílias em seus cuidados de saúde. A teoria, a prática e a pesquisa de enfermagem apresentaram evidências de que a família tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada um de seus membros, podendo exercer considerável influência sobre suas enfermidades (WRIGHT, LEAHEY, 2012, p.1).

RESUMO

A presença de um indivíduo doente na família, seja de ordem física ou mental, pode gerar implicações negativas, como por exemplo, o desgaste no relacionamento familiar que pode comprometer a sua funcionalidade. No cuidado ao indivíduo com transtorno mental, a família precisa lidar frequentemente com os comportamentos problemáticos, desadaptados e, até mesmo agressivos. Tais situações exigem reorganização constante das famílias, sobretudo dos cuidadores, uma vez que podem tornar-se sobrecarregados. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a relação entre funcionalidade familiar e sobrecarga de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial, localizado no município Vitória de Santo Antão - Pernambuco. A amostra foi composta por 61 familiares auto denominadoscuidadores principais. Os dados foram coletados a partir de entrevistas, no período de abril a maio de 2019, por meio das escalas de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares e APGAR de família. Ademais, foram elaborados genogramas para avaliação das relações familiares de seis famílias com acentuada disfunção familiar. Os dados obtidos foram organizados em planilha do *Microsoft® Office Excel* versão 2016.0 *for Windows* e foram exportados para o programa IBM SPSS versão 18.0, para análise estatística. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva para a caracterização dos usuários com transtorno mental, dos familiares cuidadores, das orientações em saúde e das estratégias educativas. Para investigar a relação entre funcionalidade familiar e sobrecarga, foi aplicada análise de correspondência. Além disso, utilizou-se o modelo WOE, de classificação binária, para avaliar a influência dos fatores na sobrecarga do cuidador. Para analisar a disfunção das famílias com sobrecarga, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, com nível de significância de 5%. Na etapa de avaliação dos genogramas, foi utilizado o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF). Em relação à sobrecarga subjetiva do cuidador, as tarefas que geraram maior incômodo foram: o comportamento suicida (100%), a preocupação com o futuro do paciente (93,6%), o peso dos gastos financeiros (55,7%) e lembrar o paciente sobre sua higiene pessoal (47,3%). Quanto à sobrecarga objetiva, lembrar o paciente para tomar as medicações foi a atividade que acarretou maior sobrecarga aos cuidadores (65,6%). Evidenciou-se que a maioria das famílias é altamente funcional (65,6%) e 24,6% apresentou acentuada disfunção familiar. A análise de correspondência demonstrou que as famílias com acentuada disfunção familiar estão mais próximas da Média Global de sobrecarga. Logo, essas famílias apresentam sobrecarga elevada. A partir do Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e da estrutura do

genograma, foi possível analisar os aspectos estruturais, de desenvolvimento e funcionais das famílias com acentuada disfunção familiar. Foram observados os principais fatores que acarretam maior nível de sobrecarga no familiar cuidador. Ademais, o MCAF permitiu avaliar as famílias de forma integral e conhecer as relações entre os membros, bem como o apoio que o cuidador recebe.

Palavras-chave: Saúde da Família. Saúde Mental. Transtornos Mentais. Cuidador Familiar.

ABSTRACT

The presence of a sick individual, whether physical or mental, can have negative implications, such as stress on family relationships. Often the family has to deal with problematic, maladaptive, and even aggressive behaviors. Such situations require constant new reorganization in families, especially caregivers, and may cause overload in these subjects. Given the above, the objective of this study was to analyze the relationship between family functionality and burden of family caregivers of people with mental disorder. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, conducted in a Psychosocial Care Center, located in Vitória de Santo Antão - PE. The sample consisted of 61 main family caregivers. Data were collected from interviews, from April to May 2019, through the Family Overload Assessment and family APGAR scales. In addition, a genogram was developed to assess family relationships of six families with marked family dysfunction. The sample consisted of 61 main family caregivers. The obtained data organized in a Microsoft® Office Excel version 2016.0 for Windows spreadsheet and exported to the IBM SPSS version 18.0 program for statistical analysis. Initially, a descriptive analysis was performed for socioeconomic characterization, data from users with mental disorders, data concerning family caregivers, health guidance and educational strategies. To investigate the relationship between family functionality and overload, correspondence analysis was applied. In addition, the binary classification WOE model was used to evaluate the influence of factors on caregiver burden. To analyze the dysfunction of families with overload, we used the Mann-Whitney test, with a significance level of 5.0%. For the genogram evaluation step, the Calgary Family Assessment Model (MCAF) was used. Reminding the patient to take the medications (65.6%) and dealing with the patient's behaviors (27.9%) were largely responsible for the high objective burden of the caregiver. Regarding the subjective burden of the caregiver, the task that caused the most discomfort was to remind the patient about their personal hygiene (47.3%), suicidal behavior (100%), the weight of financial expenses (55.7%) and concern. with the patient's future (93.6%) were the items that led to the highest level of subjective burden on the caregiver. The behaviors presented by the patient had a higher degree of impact on the care-related burden of the family member. Most families were highly functional (65.6%) and 24.6% had marked family dysfunction. Correspondence analysis showed that families with marked family dysfunction are closer to the global average of overload, so these families have high overload. From the Calgary Family Assessment Model (MCAF) and genogram structure it was possible

to analyze the structural, developmental and functional aspects of families with marked family dysfunction. It was observed the main factors that cause higher level of overload in the family caregiver. In addition, the MCAF made it possible to evaluate families in full, to know the relationships between members and the support that the caregiver receives.

Keywords: Family Health. Mental Health. Mental Disorders. Family Caregiver.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Critérios para determinar o grau de sobrecarga objetiva e subjetiva de acordo com as respostas da escala FBIS-BR 29

Figura 1 - Símbolos utilizados para construção dos genogramas 32

Figura 2 - Fatores relacionados à sobrecarga de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019 42

Figura 3 - Relação entre o escore total da escala de funcionalidade familiar, APGAR de família, e o escore total da escala de sobrecarga FBIS-BR. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019 44

Figura 4 - Estrutura familiar da cuidadora “SIL” (família 1) 47

Figura 5 - Estrutura familiar da cuidadora “JUL” (família 2) 49

Figura 6 - Estrutura familiar da cuidadora “IAR” (família 3) 51

Figura 7 - Estrutura familiar da cuidadora “JUL” (família 4) 53

Figura 8 - Estrutura familiar da cuidadora “MAR 1” (família 5) 55

Figura 9 - Estrutura familiar da cuidadora “MAR 2” (família 6) 57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019 37

Tabela 2 - Dados do familiar relacionados ao cuidado à pessoa com transtorno mental. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019 39

Tabela 3 - Grau de sobrecarga objetiva dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental de acordo com a Escala FBIS-BR. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019 40

Tabela 4 - Grau de sobrecarga subjetiva dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental de acordo com a Escala FBIS-BR. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019 41

Tabela 5 - Frequência dos comportamentos incômodos apresentados pela pessoa com transtorno mental que incomodam o familiar cuidador. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019 43

Tabela 6 - Funcionalidade familiar a partir da percepção do cuidador de pessoas com transtorno mental, de acordo com a Escala de APGAR de família. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019 43

Tabela 7 - Associação entre a disfunção familiar e a sobrecarga do cuidador. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019..... 44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APGAR	Escala para avaliação de funcionalidade familiar
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FBIS-BR	Escala de avaliação da sobrecarga dos familiares
MCAF	Modelo Calgary de Avaliação da Família
PI	Pessoa Índice
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
Geres	Gerência Regional de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO ……..... 15
2 OBJETIVOS …… 18
2.1 Objetivo Geral 18
2.2 Objetivos Específicos 18
3 REVISÃO DA LITERATURA …..... 19
3.1 A família do usuário com transtorno mental e a Rede de Atenção Psicossocial 19
3.2 Importância e métodos de avaliação familiar 21
4 MATERIAIS E MÉTODO 25
4.1 Tipo de Estudo..... 25
4.2 Local e período do Estudo 25
4.3 População e Amostra..... 25
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão 26
4.5 Instrumento de Coleta de Dados …..... 26
4.5.1 Dados sociodemográficos e rientações relacionadas a saúde fornecidas aos familiars 26
4.5.2 Avaliação da funcionalidade das famílias de pessoas com transtorno mental ……..... 27
4.5.3 Avaliação da sobrecarga do cuidador principal …..... 27
4.5.4 Avaliação das relações familiares de pessoas com transtorno mental 29
4.6 Procedimento para Coleta dos Dados 32
4.7 Definição de Variáveis e Análise dos Dados 33
4.8 Aspectos Éticos..... 35
5 RESULTADOS..... 37
5.1 Resultado da avaliação da sobrecarga e funcionalidade familiar 37
5.2 Resultado da avaliação das relações familiares pelo genograma …… 45
6 DISCUSSÃO..... 58
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS...……..... 62
REFERÊNCIAS..... 63

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICO - DADOS DO FAMILIAR CUIDADOR PRINCIPAL..... 67
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 69
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA …….. 72
ANEXO B - APGAR FAMILIAR..... 73
ANEXO C - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES - FBIS-BR ……..... 74
ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP …….... 82

1 INTRODUÇÃO

Com a reforma psiquiátrica e a implementação do processo de desinstitucionalização, as atribuições dos serviços responsáveis pelo cuidado em saúde mental passaram a enfatizar a reinserção social da pessoa com sofrimento mental. Esses serviços aproximam o usuário da sua família e da comunidade. Com isso, o contexto familiar se torna o ambiente principal de intervenção e reabilitação, de modo que a família deve ser assistida e inserida nos projetos de atenção à saúde mental, inclusive no projeto terapêutico (CONSTANTINIDIS, ANDRADE, 2015).

Para garantir a assistência à sáude e o atendimento adequado às pessoas com transtorno mental e seus familiares, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). De acordo com a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a RAPS, os profissionais devem garantir o acesso ampliado aos pontos de atenção dessa rede. A RAPS é composta pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde; II - atenção psicossocial especializada; III - atenção de urgência e emergência; IV - atenção residencial de caráter transitório; V - atenção hospitalar; VI - estratégias de desinstitucionalização; e VII - reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Dentre os componentes citados, a atenção básica (Unidade Básica de Saúde – UBS e Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF) e a atenção psicossocial especializada (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) são ordenadoras do cuidado, devendo garantir permanentemente o processo de cogestão e o acompanhamento longitudinal dos casos (BRASIL, 2011).

Os CAPS são serviços constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e interprofissional, com atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial. Funciona em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. As atividades são realizadas prioritariamente de forma coletiva e compartilhada, articuladas com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio do Projeto Terapêutico Individual (PTI) e deve envolver, em sua construção, a equipe interdisciplinar, o usuário e sua família (BRASIL, 2011).

Com as mudanças no modelo de assistência à saúde mental, o cuidado passa a ser de caráter comunitário, e exige maior envolvimento familiar, de modo que a família precisa ser

considerada como parte indispensável no planejamento do PTS, a fim de promover cuidado efetivo às pessoas com transtorno mental. São as famílias que proporcionam, por vezes, o apoio ao seu ente que adoeceu e, por isso, seu envolvimento no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico é importante para melhorar a qualidade da intervenção planejada (FERNANDES et al., 2018).

O ambiente familiar pode contribuir no processo de ressocialização, garantindo ao portador de transtorno mental o direito à cidadania, além das vantagens terapêuticas. Assim, os familiares podem ser o suporte da pessoa em sofrimento mental. Ademais, é no ambiente familiar que deve acontecer a elaboração de soluções para os problemas existentes (CAMPANA; SOARES, 2015).

No entanto, a família de pessoas com transtornos mentais frequentemente poderá lidar com comportamentos problemáticos e, por vezes, agressivos (CAMPANA; SOARES, 2015), o que pode acarretar a sobrecarga ao cuidador (MIELKE et al., 2010). O termo sobrecarga familiar é definido como o impacto causado no ambiente familiar por meio do convívio com a pessoa com transtorno mental, envolvendo os aspectos emocionais, econômicos e práticos dos cuidadores (ELOIA et al., 2014).

Nessa perspectiva, por vezes, os familiares não se sentem preparados para cuidar de seu parente com adoecimento mental. Além disso, a presença da pessoa com transtorno mental pode ocasionar alterações e reações no ambiente familiar. Esse processo pode levar aos sentimentos de culpa, pessimismo, isolamento social e à sobrecarga do cuidador. Por isso, algumas famílias acabam transmitindo a responsabilidade do cuidado a uma instituição, por não compreender e não saber lidar com alguns comportamentos apresentados pelo sujeito, bem como por desconhecer o problema de saúde de seu familiar e até mesmo por sentir-se sobrecarregada física e emocionalmente (MAFTUM et al, 2017).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de intervenções dos serviços de saúde, no ambiente familiar, para promover momentos de escuta e acolhimento das famílias acerca das suas necessidades no processo de cuidar da pessoa com transtorno mental. É importante permitir o cuidado integral a esses indivíduos, com respeito à singularidade do sistema familiar, inclusive dos seus valores religiosos e culturais, buscando detectar o sofrimento familiar para que sejam ofertados momentos onde eles consigam partilhar suas angústias e dúvidas, aliviando dessa forma a sobrecarga proveniente do cuidar (CAMPANA; SOARES, 2015).

O apoio do profissional de saúde a esse cuidador e sua família pode ser uma estratégia importante na redução da sobrecarga familiar e na manutenção da boa funcionalidade familiar.

Na UBS e no CAPS, encontra-se o enfermeiro, membro de equipe multiprofissional, que desenvolve papel importante na educação em saúde, promoção da saúde, no acolhimento e escuta qualificada criando o vínculo que será importante para a atenção à saúde da pessoa e família (BRASIL, 2017).

Levantamento da literatura realizado em julho de 2019 com os descritores controlados “Transtornos Mentais”, “Cuidadores” e “Família”, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), evidenciou 17 estudos, realizados no Brasil, com famílias e cuidadores de pessoas com transtornos mentais. No entanto, não foram encontrados estudos que verificassem a relação entre a sobrecarga do cuidador familiar e o funcionamento familiar.

Evidências acerca da sobrecarga do cuidador familiar e do funcionamento das famílias de pessoas com transtorno mental podem subsidiar práticas educativas eficazes voltadas para as famílias de pessoas com transtornos mentais, sobretudo para os cuidadores desses pacientes, e para a educação permanente dos profissionais que prestam cuidados diariamente para esses usuários.

Diante do exposto, observa-se a necessidade de desenvolver estudos que busquem investigar a ocorrência da sobrecarga do cuidador familiar e seus fatores associados. Nesse contexto, levantou-se o seguinte questionamento: Qual a relação entre funcionalidade familiar e sobrecarga de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre funcionalidade familiar e sobrecarga de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar o nível de sobrecarga familiar do cuidador de pessoas com transtorno mental;
- Identificar os fatores relacionados à sobrecarga familiar do cuidador de pessoas com transtorno mental;
- Identificar a funcionalidade familiar a partir da visão do cuidador de pessoas com transtorno mental;
- Avaliar as relações familiares das famílias com acentuada disfunção familiar.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A família do usuário com transtorno mental e a RAPS

No final da década de 70, deu-se início ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Diversas reinvindicações sobre a forma de tratamento e as condições em que as pessoas com transtorno mental eram mantidas nos hospitais psiquiátricos foram denunciadas pelos profissionais de saúde (OLIVEIRA, DIAS, 2018). Em 2001, foi promulgada a Lei 10.2016/2001, importante marco da RPB, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e que redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

O processo da RPB tem acarretado importantes mudanças na assistência ao sujeito em sofrimento psíquico. Buscou-se a criação de novas alternativas que substituíssem o tratamento psiquiátrico tradicional, que se baseava em uma abordagem, principalmente medicamentosa e excludente, por um cuidado amparado por novos dispositivos e tecnologias assistenciais, de base comunitária, com vistas à reabilitação psicossocial e reinserção social (SILVA et al., 2017; OLIVEIRA, DIAS, 2018).

Esse modelo de atenção à saúde mental visa a reinserção social da pessoa que apresenta transtorno mental. Assim, a família passa a assumir um importante papel na socialização de seu familiar com transtorno mental, tornando-se corresponsável e participante do tratamento dessa pessoa. Além disso, é na família que serão elaboradas soluções para os problemas, pois esta é o suporte da pessoa doente diante das dificuldades. Essa reaproximação, tanto da família quanto da comunidade, também resgata a autonomia da pessoa com transtorno mental, preservando sua individualidade e subjetividade como parte integrante desse ambiente (CAMPANA, SOARES, 2015).

Por isso, para que os familiares sejam os responsáveis pelo cuidado à pessoa com transtorno mental, em conjunto com os serviços de saúde, é preciso que lhes seja ofertado apoio, cuidado e atenção. Desse modo, com a confiança e a credibilidade da família, é possível melhorar a condição de saúde de seu ente que está sofrendo em virtude do estigma e de suas limitações relacionadas com o adoecimento. Assim, torna-se mais rápida e viável a inserção social da pessoa com adoecimento mental e o retorno às atividades de vida diária (SINIAK, PINHO, 2015).

A família pode colaborar e proporcionar ambiente de convívio indispensável para o sucesso do tratamento, da recuperação e do processo de socialização de seu ente que apresenta

transtorno mental. Mas, é necessário levar em consideração que os familiares que estão inseridos nesse contexto são singulares e apresentam suas particularidades, e podem apresentar algum comprometimento de suas potencialidades. Por isso, salienta-se que a família também precisa ser cuidada para conseguir fornecer a assistência a seu ente doente (MAFTUM et al, 2017).

Os serviços e os profissionais de saúde que atuam dentro do contexto da reforma psiquiátrica têm como foco a atuação em territórios. Por isso, além de trabalharem de forma integrada, também ampliam suas intervenções para outros equipamentos de saúde, tendo em vista a complexidade que as demandas de saúde mental possuem (SINIAK, PINHO, 2015). É importante identificar a rede social de apoio como um recurso para o cuidado que pode facilitar a interação da pessoa com transtorno mental e de seus familiares com a equipe de saúde na discussão do cuidado psicossocial (SIQUEIRA et al, 2018).

A rede social de apoio pode ser caracerizada pelas relações das pessoas com diversas situações de seu cotidiano, com sua família e com a sociedade. Essas relações podem ser de duas formas: formais, representadas pelo contato com os profissionais e serviços de saúde e/ou de outras áreas; e informais, mantidas com familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho e comunidade, sendo caracterizada pelo envolvimento afetivo. As duas formas de relação social e a participação dos profissionais, da família e dos cuidadores são importantes no apoio ao cuidado à pessoa com transtorno mental, o que favorece assistência integral e humanizada (SIQUEIRA et al., 2018).

Nesse contexto, representando a rede de apoio formal, em 2011 foi instituída a RAPS de acordo com a Portaria Nº 3.088/11, para o cuidado às pessoas que estão em sofrimento mental e para os usuários de álcool, crack e outras drogas. Sua finalidade foi criar, ampliar e garantir a articulação entre os serviços de saúde com intuito de promover atendimento qualificado e acolhimento a essas pessoas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A RAPS é constituída por diversos pontos de atenção distribuídos nos serviços de saúde que abrange a atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Dentro da atenção psicossocial especializada encontra-se o CAPS, em suas diferentes modalidades. Esse serviço é responsável pela articulação com os demais serviços da rede de saúde mental. Ademais, é visto como dispositivo mais importante para a superação do modelo

manicomial, por estar inserido dentro da comunidade (QUINDERÉ, JORGE, FRANCO, 2014).

Os CAPS, de acordo com a Portaria Nº 3.088/11, atuam sob a ótica interdisciplinar, cujas atividades são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido por meio do Projeto Terapêutico Individual envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2011).

Esses serviços atuam em todos os níveis da rede de saúde, pois além de oferecerem atendimento especializado às pessoas com transtorno mental, têm a responsabilidade de acompanhar os pacientes atendidos em hospitais gerais, bem como podem atuar na atenção primária por meio do acompanhamento e da realização do apoio matricial dos casos do território, em conjunto com a equipe de saúde das UBS para construção do projeto terapêutico singular dos usuários (QUINDERÉ, JORGE, FRANCO, 2014).

Outrossim, são os CAPS que articulam os demais serviços da rede às demandas e necessidades dos usuários de saúde mental do território, para garantir um plano integrado de ações em saúde potencializando o cuidado de forma ampliada as pessoas que necessitam da assistência (MOREIRA, ONOCKO-CAMPOS, 2017).

3.2 Importância e métodos de avaliação da família

A família configura-se como a unidade básica do processo de organização da sociedade, trazendo consigo um significado de relações harmônicas, afetivas e de proteção entre os membros que a compõem. Além disso, possui papel importante por sua dinamicidade, na qual os indivíduos que nela estão inseridos são singulares e perpassam frequentemente por processos de ressignificação de seus papéis, funções e valores. Tal fato está diretamente ligado à maneira como estes componentes são atribuídos a cada membro da família influenciando em seu comportamento (SÁ et al., 2012).

No ambiente familiar, os primeiros vínculos são desenvolvidos e com o passar do tempo expandem-se para outros meios da sociedade. Esses vínculos podem ser influenciados por meio de eventos individuais ou coletivos de acordo com situações vivenciadas e pelo ambiente com o qual se relaciona. A presença de um indivíduo doente, seja de ordem física ou mental, pode gerar conflitos e levar a um possível desgaste no relacionamento familiar (BOTTI et al., 2012).

O prestador de cuidados pode ser um cuidador informal, quando desempenha as atividades do cuidar sem pagamento, sem contrato formal ou informal e ainda sem capacitação para tal. Ou pode ser um cuidador formal, que envolve o desenvolvimento do cuidar com remuneração, algum treinamento profissional, podendo ou não ter relação com algum tipo de serviço de saúde (WEISS, HADAS-LIDOR, SACHS, 2014). Na maioria dos casos, o cuidador é a pessoa responsável pela maior parte das ações de cuidado e que passa a maior parte do dia na presença da pessoa cuidada (DIOGO, DUARTE, 2003).

Para compreender a família, é importante que a equipe multidisciplinar conheça e avalie a estrutura familiar, levando em consideração alguns aspectos, tais como: composição, orientação sexual, gênero, subsistemas, atividades da vida diária, vínculos, comunicação, papeis de cada indivíduo no contexto familiar, solução de problemas, uniões e alianças, influência e poder, e suas crenças. Uma importante ferramenta utilizada para avaliação familiar é o Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF). Trata-se de referencial metodológico desenvolvido por duas enfermeiras norte-americanas para a abordagem familiar em diferentes contextos de saúde e conformações familiares, utilizando dois componentes específicos: avaliação e intervenção na família (MONTEIRO et al., 2016; SOUZA et al., 2017).

Nos locais responsáveis pela atenção psicossocial, valoriza-se o saber e as opiniões dos usuários com transtorno mental e de seus familiares para a construção do projeto terapêutico. Para isso, o tratamento não se restringe apenas aos fármacos, buscam-se outros recursos, tais como: escuta qualificada, educação em saúde e apoio psicossocial como estratégias terapêuticas. O PTI deve ser construído com visão interdisciplinar de diversos profissionais de diferentes especialidades. Após avaliação compartilhada do usuário, elabora-se plano de cuidados, cuja execução ficará a cargo dos membros da equipe multiprofissional, que passa a ser sua equipe de referência (ARAÚJO et al., 2015).

Na saúde mental, o cuidado vai além da prescrição de práticas e de técnicas, pois cada pessoa necessita de um cuidar individualizado, valorizando as singularidades do sujeito. Para garantir essa assistência, o profissional de enfermagem, em conjunto com a equipe multiprofissional, precisa buscar estratégias de transformação da sua prática clínica. A educação permanente em saúde auxilia a equipe de saúde na estruturação do cuidado ofertado aos sujeitos em sofrimento psíquico (COSTA et al., 2017).

O conhecimento acerca dos vínculos e das redes sociais de apoio dos familiares amplia e facilita as ações em saúde mental, compreendendo que elas são parceiras para vivenciar e enfrentar o transtorno mental (FERNANDES et al., 2018). Estando os familiares inseridos

nesse ambiente de sofrimento, é necessário criar um plano de cuidados que envolva tanto a pessoa com transtorno mental quanto sua família, considerando que ela pode estar sujeita ao adoecimento (COSTA et al., 2018).

O ambiente familiar é um cenário de maior convivência entre as pessoas, cuja estrutura pode ser definida por seus traços consanguíneos, por descendentes e por afinidades. Assim, favorecer uma assistência focada na família, tendo com ponto de partida as ações de promoção e de prevenção que podem ser organizadas e ampliadas para um grupo, proporciona atendimento integral à saúde (CAVALCANTE et al., 2016).

Para dar início ao trabalho com as famílias e para auxiliar na compreensão do cuidado, em seus diversos contextos, é necessário que os profissionais compreendam como a família está organizada, seus valores e crenças (CAVALCANTE et al., 2016).

O primeiro contato do paciente com os serviços de saúde mental é através de um profissional da área, sendo visto como um importante instrumento de trabalho (ABRAMENKO et al., 2017). Nesse contexto, a utilização do MCAF permite que os profissionais da enfermagem conheçam a dinâmica das famílias e identifiquem quais as suas necessidades vivenciadas (CAVALCANTE et al., 2016). Com isso, o enfermeiro (a) terá ferramentas para prestar uma assistência de acordo com as políticas públicas atuais, levando em consideração os determinantes econômicos, sociais, culturais e políticos dos indivíduos envolvidos no cuidado (GARCIA et al., 2017).

Nesse sentido, além do MCAF, outros instrumentos foram desenvolvidos para avaliar sobrecarga e funcionalidade familiar. No âmbito da avaliação da sobrecarga de famílias de pessoas com transtorno mental, foi desenvolvida por Tessler e Gamache em 1994, a Escala de Sobrecarga Familiar FIBS-BR, adaptada e validada para o Brasil (TESSLER; GAMACHE, 1994; BANDEIRA et al., 2005).

A sobrecarga familiar refere-se ao impacto que a presença de uma pessoa com transtorno mental pode causar no ambiente familiar, representada por aspectos financeiros, práticos e emocionais, ligada principalmente aos familiares cuidadores principais. A Escala de Sobrecarga Familiar FIBS-BR avalia esse fenômeno por meio de dimensões, que se complementam, sobrecarga objetiva e a subjetiva. A avaliação do grau de sobrecarga relacionada às alterações que podem ocorrer na vida diária do familiar e as mudanças nos aspectos emocionais pode sinalizar a presença de pensamentos negativos e incômodos que a atividade de cuidar pode acarretar (REIS et al., 2016).

A funcionalidade familiar é representada pelas relações harmônicas e pela forma como os integrantes de uma família se relacionam entre si e com os outros, na busca de um

relacionamento equilibrado entre seus componentes. No que diz respeito à funcionalidade das famílias, essas podem ser consideradas funcionais ou disfuncionais (SOUZA et al., 2014).

A família funcional ou madura é aquela que consegue vivenciar os conflitos e os momentos críticos com estabilidade emocional, convivendo de forma harmônica e independente, mantendo o compromisso entre seus membros. Nesse tipo de família, o relacionamento entre os familiares é baseado em compreensão, respeito, conhecimento, responsabilidade, carinho, flexibilidade e firmeza (SOUZA et al., 2014). Estas qualidades, ditas como essenciais para a funcionalidade de uma família, podem desempenhar um papel importante no cuidado à pessoa com transtorno mental.

Já nas relações familiares disfuncionais ou imaturas, são priorizados os interesses de âmbito individual em relação aos do grupo familiar. Em momentos de crise, há a culpabilização dos familiares que não conseguem assumir suas funções dentro do ambiente familiar. Assim, possuem um vínculo superficial, podendo inclusive apresentar comportamentos agressivos e hostis. Essas famílias podem se comportar de diferentes maneiras, tais como: abandonadoras (priorizam seus interesses próprios), do tipo clã (sua organização gira em torno de uma única pessoa), superprotetoras (extremamente protetoras, prejudicando a privacidade e liberdade de seus membros) ou distantes (seus membros sempre justificam sua ausência diante das obrigações com seus familiares) (SOUZA et al., 2014). Os ambientes familiares disfuncionais podem não prover cuidado e atenção adequados aos seus integrantes, levando a quadros de adoecimento ou agravamento de alguma doença já existente.

Logo, é importante avaliação periódica das relações familiares das pessoas que cuidam de usuários com transtorno mental e como elas influenciam na funcionalidade familiar.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. Os estudos transversais são caracterizados por avaliar como ocorre a distribuição das variáveis dentro da amostra do estudo em um determinando período do tempo (HULLEY et al., 2015).

Nesta pesquisa, foram investigados os fatores relacionados à sobrecarga familiar do cuidador principal de pessoas com transtorno mental e funcionalidade familiar. Além disso, foram elaborados genogramas para verificar as relações de famílias com acentuada disfunção familiar por meio do MCAF.

4.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado em um CAPS - tipo II, localizado no município da Vitória de Santo Antão – PE, no período de abril a maior de 2019. O referido serviço atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e acolhe os usuários que fazem uso de drogas, a depender da situação.

4.3 População e Amostra

A população foi composta por familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental atendidas no referido CAPS. Para seleção da amostra, inicialmente averiguou-se os prontuários a fim de identificar a quantidade de usuários maiores de 18 anos e em acompanhamento regular no referido serviço (n=221), cuja prestação de cuidados fosse realizada por um familiar auto declarado responsável.

Além disso, verificou-se a quantidade de usuários com diagnóstico de transtornos relacionados com o uso de drogas ou sem diagnóstico, mas com relato de uso. Esses foram excluídos desta pesquisa, pois a sobrecarga familiar dos cuidadores desses pacientes tende a ser maior (CLARO et al., 2015). Portanto, para evitar vieses, optou-se por não abordar essa problemática no estudo.

Após a análise dos prontuários, foram excluídos 12 usuários que não possuíam familiares como cuidadores responsáveis e 26 pacientes que faziam uso de drogas. Dessa forma, para fins de delimitação da amostra de familiares, foram considerados 183 pacientes.

A estimativa amostral foi calculada a partir de uma fórmula para estudos com população finita, a saber:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha}.P.Q.N}{Z^2_{\alpha}.P.Q + (N-1).e^2}$$

Onde:

- $Z^2_{\alpha} = 1,96$ (intervalo de confiança de 95%);

- Proporção de ocorrência do fenômeno de interesse = 41,1% (0,411) (BANDEIRA et al., 2014);

- Erro amostral = 10,0% (0,1);

Assim, a amostra foi estimada em 61 familiares cuidadores.

Para a verificação das relações familiares por meio do genograma, foram selecionadas seis famílias com acentuada disfunção familiar de acordo com a escala APGAR de família, descrita posteriormente.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para a seleção dos familiares, foi adotada a estratégia de amostragem intencional, na qual a captação foi realizada por conveniência. Os participantes foram selecionados à medida que preencheram os critérios de inclusão: a) familiar com idade igual ou superior a 18 anos; e b) autodeclaração de cuidador principal do usuário acompanhado no CAPS, com diagnóstico médico de transtorno mental, exceto transtorno relacionado ao uso de drogas.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: a) familiares cuidadores que apresentavam alguma condição clínica que o impossibilitasse responder aos questionamentos; e b) familiares que recebiam qualquer tipo de remuneração financeira pelo cuidado prestado, pois isso caracterizaria a formalidade da função de cuidador.

4.5 Instrumentos para coleta de dados

4.5.1 Dados sociodemográficos e orientações relacionadas à saúde fornecidas aos familiares

Para obtenção desses dados, foi aplicado um instrumento (APÊNDICE A) estruturado e construído pelo próprio pesquisador com perguntas referentes aos dados do principal familiar cuidador coletados por meio de entrevista, composto pelas seguintes variáveis: sexo; idade; estado civil; renda familiar; ajuda para cuidar do paciente; presença de outras pessoas na casa ou na sua

família que possuem outras doenças; crianças morando na mesma casa; grau de parentesco com o paciente; renda próprio do paciente; tipo de residência; tempo que cuida do paciente; quantas pessoas moram na casa; frequentou ou frequenta a escola; anos de estudo; trabalha atualmente; atividade de lazer; satisfação em cuidar; problema de saúde; tratamento de saúde; relação com o paciente; comportamentos do paciente que o incomodam; cuidador recebeu alguma orientação sobre a doença da pessoa com transtorno mental de um profissional de saúde; estratégias educativas e ferramenta educativa utilizada na orientação.

4.5.2 Avaliação da funcionalidade das famílias de pessoas com transtorno mental

Para a avaliação da funcionalidade familiar, um dos instrumentos utilizados é o APGAR de família (ANEXO B), desenvolvido em 1978 por Smilkstein. Trata-se de importante ferramenta que auxilia no conhecimento da funcionalidade ou o modo como a família cumpre suas funções de acordo com as necessidades de cada um de seus membros.

A escala de APGAR possibilita avaliar a funcionalidade da família independente de qual ciclo de vida ela se encontre. Sua aplicação permite detectar a presença de uma disfunção familiar, o que viabiliza o planejamento de intervenções que favoreçam o reestabelecimento do equilíbrio nas relações que existem entre os membros de uma família (SILVA et al., 2014).

Esse instrumento mensura a satisfação dos membros da família por meio de cinco domínios: *adaptation* (adaptação), *partnership* (companheirismo), *growth* (desenvolvimento), *affection* (afetividade) e *resolve* (capacidade resolutiva) (SILVA et al., 2014). Os resultados adquiridos com a aplicação da escala foram convertidos em escores a partir da soma dos valores obtidos em cada um dos cinco domínios. As alternativas de respostas foram: sempre (2), algumas vezes (1) e nunca (0). A pontuação total varia de 0 a 10. O somatório dos itens concebe o nível de satisfação familiar sendo: de 0 a 4 (acentuada disfunção familiar), de 5 a 6 (moderada disfunção) e de 7 a 10 (boa funcionalidade) (VERA et al., 2014; SILVA et al., 2014).

O uso dessa escala na atenção básica tem sido recomendado devido à capacidade de avaliação das unidades familiares e da detecção de mau funcionamento do sistema familiar (SILVA et al, 2014). A versão traduzida e validada para a população de idosos do nordeste brasileiro mostrou-se confiável (α=0,80) e válida para rastreamento de problemas relacionados com funcionalidade familiar (SILVA et al., 2014).

4.5.3 Avaliação da sobrecarga do cuidador principal

Para a verificação da sobrecarga do familiar cuidador principal do paciente portador de transtorno mental, foi utilizada a escala de avaliação da sobrecarga dos familiares/ FBIS-BR (ANEXO C), adaptada para a população brasileira pelo processo transcultural. O referido instrumento apresentou boas propriedades psicométricas de estabilidade temporal (correlação de Pearson e de correlação intraclasse para o teste-reteste variaram de 0,54 a 0,90) e consistência interna (coeficientes alfa de Cronbach para os escores globais e domínios variaram de 0,58 a 0,90) (BANDEIRA; CALZAVARA; BARROSO; FREITAS, 2007; BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008).

Trata-se de escala do tipo Likert que avalia a sobrecarga em duas dimensões: objetiva e a subjetiva. Para a avaliação da sobrecarga objetiva, utilizaram-se os seguintes parâmetros: frequência de assistências e supervisões do familiar no cuidado cotidiano com o paciente e frequência de alterações na rotina de sua vida. Para cada item, existem as alternativas de respostas referentes à quantidade de vezes que o paciente demandou seu cuidado: 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.

Para a sobrecarga subjetiva, foram analisados os seguintes parâmetros: preocupações que o familiar apresenta em relação ao paciente e nível de incômodo acarretado pela função de cuidador desempenhada pelo familiar. As respostas utilizadas para avaliação em relação às preocupações desse familiar foram: 1= nunca, 2= raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre ou quase sempre. Para verificação do nível de incômodo pela função de cuidador, utilizaram-se as seguintes respostas: 1 = nem um pouco, 2 = muito pouco, 3 = um pouco e 4= muito (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008).

Além disso, a escala é composta por cinco dimensões que avaliam a sobrecarga apresentada pelos familiares de pacientes psiquiátricos referente aos últimos 30 dias de convívio, a saber (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008):

1) Assistência na vida cotidiana (subescala A): composta por 18 questões, sendo nove para avaliar a sobrecarga objetiva e nove para avaliar a sobrecarga subjetiva.
2) Supervisão aos comportamentos problemáticos (subescala B): composta por 16 questões que avaliam as sobrecargas objetivas (oito alternativas) e subjetivas (oito alternativas).
3) Gastos financeiros (Subescala C): composta por cinco questões que avaliam a sobrecarga financeira. Essas questões não são utilizadas no momento do cálculo dos escores de

sobrecarga, mas fornecem informações adicionais a respeito das despesas que o familiar teve com o paciente e qual o peso disso para o orçamento da família.
4) Impacto nas rotinas diárias (Subescala D): composta por seis questões que avaliam a sobrecarga objetiva.
5) Preocupações com o paciente pelo familiar (Subescala E), composta por sete questões que avaliam a sobrecarga subjetiva do cuidador.

A FBIS-BR é composta por 70 itens, dos quais 45 se referem ao grau de sobrecarga, 21 questões avaliam a sobrecarga objetiva e 24 questões a sobrecarga subjetiva. Desses, 41 questões são incluídas no cálculo dos escores de sobrecarga (19 itens de sobrecarga objetiva e 22 de sobrecarga subjetiva). O estudo de validação recomenda que os itens 6 e 8 da subescala B objetiva e subjetiva não sejam incluídos no cálculo dos escores, pois apresentaram baixa fidedignidade ($r < 0,20$) (BANDEIRA; CALZAVARA; BARROSO; FREITAS, 2007; BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008). Dessa forma, tais itens foram retirados da pesquisa. Detalhes estão contidos no quadro 1.

Quadro 1 - Critérios para determinar o grau de sobrecarga objetiva e subjetiva de acordo com as respostas da escala FBIS-BR

Sobrecarga	Subescala	Respostas
Objetiva	A, B e D	4 e 5
Subjetiva	A e B	3 e 4
Subjetiva	C e E	4 e 5

Fonte: adaptado de BANDEIRA, CALZAVARA, VARELLA, 2005.

4.5.4 Avaliação das relações familiares de pessoas com transtorno mental

A sobrecarga está ligada a complexidade das implicações do processo de modificação do cotidiano dos familiares, como a mudança em sua estrutura social, familiar e profissional. Além disso, a nova rotina de cuidados quanto à alimentação, mobilidade, higiene, administração das medicações, lazer, acompanhamento do tratamento, gastos financeiros e lidar com os comportamentos da pessoa com transtorno mental, acarretam desgaste emocional, físico e mental aos membros da família, exigindo dos mesmos um reajustamento constante (MIELKE et al., 2010).

Para traçar as relações familiares, foi utilizada a representação gráfica dos genogramas. Trata-se de diagrama utilizado para descrever a estrutura de uma família e

oferecer dados sobre seu relacionamento ao longo do tempo. Sua estrutura segue padrões gráficos genéticos e genealógicos de um determinado grupo familiar. As pessoas que compõem o grupo familiar são colocadas em séries horizontais, representando as linhagens e as gerações. Por meio do genograma, é possível avaliar vínculos afetivos, classificados como vínculos afetivos fortes, moderados, superficiais, muito superficiais e negativos, bem como funcionamento da família (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Conforme já citado, para sua construção e avaliação, seguiu-se o MCAF (MONTEIRO et al, 2016). Esse modelo possui uma estrutura multidimensional, integrada e baseia-se nos fundamentos teóricos de sistemas para avaliar uma família, ajudando-a na resolução de seus problemas. Ademais, está organizado em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada uma dessas categorias está dividida em subcategorias que podem ser selecionadas de acordo com a sua relevância para avaliação e exploração da família em cada momento (CAVALCANTE et al., 2016).

- **Categorias do MCAF (WRIGHT, LORRAINE, 2012)**

I. **Avaliação estrutural:** consiste na avaliação da família quanto à sua estrutura, vínculo afetivo entre seus os membros e qual o seu contexto. É possível examinar a estrutura familiar em três aspectos, sendo cada uma dessas dimensões avaliadas separadamente:

- A estrutura interna, que abrange seis subcategorias:

- ✓ Composição da família;
- ✓ Gênero;
- ✓ Orientação sexual;
- ✓ Ordem de nascimento;
- ✓ Subsistemas;
- ✓ Limites.

- A estrutura externa, que inclui duas subcategorias:

- ✓ Família extensa (família de origem, de procriação, atual geração e membros adotivos);
- ✓ Sistemas mais amplos.

- O contexto, que inclui cinco subcategorias:

- ✓ Etnia;
- ✓ Raça;
- ✓ Classe social;
- ✓ Espiritualidade e/ou religião;
- ✓ Ambiente.

II. **Avaliação do desenvolvimento:** avaliado por meio de seus estágios, tarefas e vínculos afetivos.

III. **Avaliação funcional:** avaliação sobre como os membros de uma família se relacionam entre si. Esse funcionamento apresenta-se de duas formas:

- ✓ Funcionamento instrumental: refere-se aos aspectos do funcionamento familiar em relação às atividades de seu cotidiano;
- ✓ Funcionamento expressivo: refere-se ao funcionamento de acordo com nove subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões.

Para avaliar as relações familiares, foi construído o genograma das famílias utilizando, no mínimo, três gerações. Foram identificados quais os padrões relacionais entre os membros da família, a partir do olhar do cuidador principal. Participaram dessa etapa, famílias que apresentaram menor pontuação na escala que avalia a funcionalidade familiar (APGAR familiar), ou seja, famílias que obtiverem pontuação 0 a 4, caracterizando-se com acentuada disfunção familiar.

A partir da aplicação da escala de APGAR de família, verificou-se que 15 famílias apresentaram disfunção familiar acentuada. No entanto, dois familiares relataram não ter disponibilidade para participar da construção do genograma, um familiar desistiu de participar da construção do genogramas. Não foi possível agendar entrevista com seis familiares, de modo que estes, assim como os demais, não foram incluídos nessa etapa. Portanto, seis cuidadores foram selecionados para construção do genograma familiar e para a avaliação das relações entre seus membros.

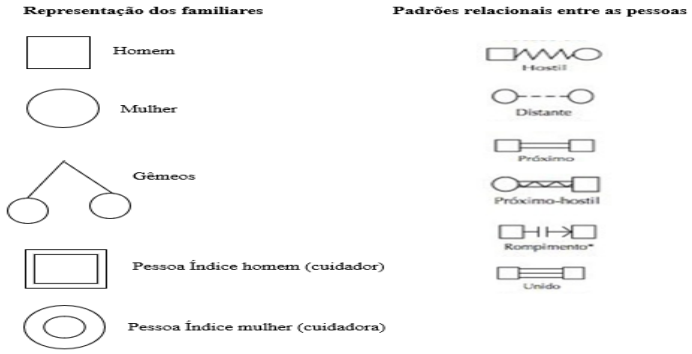
Os genogramas foram construídos por meio de entrevista com a Pessoa Índice (PI) que estava no papel de familiar e cuidador responsável. O desenho gráfico dos genogramas foi elaborado a partir do software GenoPro® versão 2016.

Para garantir o anonimato dos participantes, foram descritos nos genogramas as três primeiras letras de um nome fictício. Foram realizadas entrevistas domiciliares individuais, previamente agendadas por contato telefônico. As entrevistas seguiram roteiro previamente elaborado pelo pesquisador.

Para confecção do genogramas, foi utilizado folha de papel em branco, iniciando a construção pela representação do familiar cuidador. As gerações foram incluídas seguindo a ordem de nascimento, ou seja, da esquerda para a direita, começando pela pessoa mais velha de cada uma das gerações (WRIGHT, LORRAINE, 2012). Foram representadas as estruturas básicas de cada família, de acordo com o relato do familiar, indentificando o que era significativo para cada família.

Os símbolos utilizados para construção dos genogramas estão apresentados na Figura 1.

Figura 1 - Símbolos utilizados para construção dos genogramas



Fonte: Mcgoldrick, Gerson, Petry (2012)

4.6 Procedimento para Coleta dos Dados

Os dados foram coletados no CAPS, no período de abril a maio de 2019, por meio de entrevista com o familiar. As entrevistas iniciais para aplicação das escalas de APGAR e FBIS-BR foram realizadas com auxílio de estudantes de graduação em Enfermagem previamente treinados. As famílias com acentuada disfunção familiar que aceitaram participar da etapa de construção dos genogramas foram contatadas via telefone para agendamento de outra entrevista realizada pela pesquisadora responsável. Salienta-se que a coleta ocorreu em espaço reservado do CAPS e do domicílio, a fim de garantir privacidade do participante e evitar possíveis constrangimentos.

4.7 Definição de Variáveis e Análise dos dados

- **Variável Dependente:**

- **Sobrecarga familiar**

- Avaliada por meio do cálculo dos escores de sobrecarga objetiva e subjetiva. Calculou-se a média dos escores obtidos de forma individual em cada subescala A, B, D e A, B, E, respectivamente. Para obtenção do escore global de sobrecarga objetiva, estima-se a média dos escores de todas as subescala citadas, da mesma forma para o escore global de sobrecarga subjetiva da escala de avaliação da sobrecarga dos familiares/ FBIS-BR.

- Como não existe um ponto de corte para a escala FBIS-BR, avalia-se o grau de sobrecarga de acordo com as respostas obtidas no instrumento. Considerando-se a sobrecarga elevada quando a frequência (porcentagem) das respostas está relacionada aos dois últimos pontos da escala Likert para cada uma das subescalas (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELLA, 2005).

- **Variáveis independentes:**

- **Funcionalidade familiar**

- Avaliada por meio dos escores a partir da soma dos valores obtidos em cada um dos cinco itens da escala de APGAR de família. As alternativas de respostas são: sempre (2), algumas vezes (1) e nunca (0). A pontuação total varia de 0 a 10. Além disso, o somatório dos itens concebe o nível de satisfação familiar sendo de 0 a 4 (acentuada disfunção familiar), de 5 a 6 (moderada disfunção) e de 7 a 10 (boa funcionalidade).

- **Fatores Socioeconômicos**

- Sexo (feminino/masculino);
- Idade (em anos);
- Estado civil (solteiro (a), união estável, viúvo (a), casado (a), separado (a)/divorciado (a));
- Renda familiar (n° salários mínimos);

- A pessoa com transtorno mental tem alguma renda própria (sim/não);
- Frequentou ou frequenta a Escola (sim/não);
- Anos de estudo;
- Trabalha atualmente (sim/não);
- Se não trabalha (aposentado, está estudando, dona de casa (do lar), desempregado);

- **Habitação**

- Tipo de residência em que mora (própria, alugada, cedida por familiar, outro tipo);
- Há crianças morando na mesma casa (sim/não);
- Com quantas pessoas você mora (número de pessoas na casa);

- **Dados sobre o familiar cuidador**

– Você tem alguma atividade de lazer (Dentro de casa: sim/não; Fora de casa: sim/não)
– Você tem algum problema de saúde física ou mental? (sim/não)
– Você faz algum tratamento de saúde para este problema (sim/não);
– Grau de parentesco com a pessoa com transtorno mental (mãe/pai, irmão (ã) /cônjuge/filho (a) /outra);
– Há quanto tempo você é o principal responsável por cuidar dessa pessoa (em anos);
– Necessita de ajuda para cuidar da pessoa com transtorno mental (sim/não/às vezes);
– A pessoa com transtorno mental auxilia nas atividades de rotina da casa (sim/não)
– Quais são os comportamentos de seu familiar que lhe incomodam mais (agressividade física; problema de sexualidade; quebra objetos; ameaças; agressão verbal; pede atenção demais; recusar o remédio; crises nervosas; falta de higiene; falar sozinho; fumar demais; outros);
– Você acredita que seu familiar conseguiria controlar os comportamentos mencionados acima se ele quisesse (sim/não);
– Você sente alguma satisfação em cuidar de seu parente com transtorno mental (nenhuma satisfação/um pouco de satisfação/muita satisfação);
– O que você acha da sua relação com seu familiar (muito ruim/ruim/boa/muito boa);

- **Orientação em Saúde e estratégias educativas**

- Recebeu alguma orientação sobre a doença de seu familiar de um profissional de saúde (sim/não);
- Estratégias Educativas (orientações individualizadas/palestras/grupos de familiares/grupo terapêutico/outros);
- Ferramenta educativa utilizada na orientação (cartilha/folheto/vídeo/orientação verbal/outros);

➢ **Análise dos dados**

Os dados foram digitados e armazenados em uma planilha do *Microsoft*® Office Excel, versão 2016.0 for Windows e exportados para o programa SPSS, versão 18.0, para análise estatística. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva para caracterização das variáveis independentes socioeconômicas. A normalidade das variáveis foi testada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov.

Para investigar a relação entre a funcionalidade familiar e a sobrecarga do cuidador, foi aplicada a análise de correspondência simples que trata de variações categóricas. Essa análise foi utilizada para apresentar o gráfico das distâncias entre as categorias da disfunção familiar e da sobrecarga do cuidador. As categorias que estão mais próximas umas das outras são as que possuem maior relação entre elas e o distanciamento das categorias demonstra repulsão.

Além disso, foi utilizado modelo WOE (*Weight Of Evidence*), de classificação binária, para avaliar a influência dos fatores na sobrecarga, apresentado por uma escala de 0 a 1, por meio do valor informativo conectado com a *ODDS RATIO*, medida que quantifica a influência de um fator em relação a variável dependente.

Para analisar a disfunção familiar das famílias com a sobrecarga do cuidador, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Quanto à análise da diferença entre os grupos da funcionalidade familiar, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Foi adotado o p-valor de 5% para significância estatística.

4.8 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, com o número do parecer: 3.215.365 e CAAE: 05751219.0.0000.5208.

A pesquisa foi realizada dentro das normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, sobre os possíveis questionamentos sobre sua vida pessoal e familiar, bem como do direito de desistir a qualquer momento sem que isso trouxesse qualquer prejuízo para o atendimento do usuário.

Para diminuir o risco de constrangimento, inerente à natureza das variáveis investigadas, a coleta ocorreu em um espaço privado, para que o participante pudesse se sentir mais confortável para responder aos questionamentos da pesquisa e de forma individual.

Após o convite feito pela pesquisadora, os participantes que aceitaram participar voluntariamente do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Os dados coletados nesta pesquisa, bem como os instrumentos de coleta de dados, ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora, armazenados em pastas de arquivo e em computador pessoal, por no mínimo cinco anos, sendo destruídos após esse período.

5 RESULTADOS

5.1 Resultado da avaliação da sobrecarga e funcionalidade familiar

Observou-se que a maioria dos familiares cuidadores é composta por mulheres (73,8%), casadas (44,3%), com renda familiar de um salário mínimo (50,8%) e residente em imóvel próprio (70,5%). Quanto à faixa etária, 34,4% tinham idade entre 49 a 64 anos, com média de 45,9. Sobre o nível de escolaridade, 86,9% referiram ter frequentado a escola e acima da metade (50,9%) relataram ter 10 anos ou mais de estudo. No entanto, a média de anos foi de 7,3. Sobre a ocupação, a maioria não trabalhava (72,1%) e 40,9% é dona do de casa (do lar) (40,9%). Com relação ao grau de parentesco do cuidador, a maioria foi composta por irmãos (34,4%). Maiores informações estão detalhadas na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019 Continua

VARIÁVEIS	F	%
Sexo		
Feminino	45	73,8
Masculino	16	26,2
Faixa etária		
19 |-- 34 anos	14	23,0
34 |-- 49 anos	18	29,5
49 |-- 64 anos	21	34,4
64 |-- 79 anos	6	9,8
79 |-- 94 anos	2	3,3
Estado civil		
Separado (a) / Divorciado	4	6,6
União estável	7	11,5
Viúvo (a)	8	13,1
Solteiro	15	24,6
Casado (a)	27	44,3
Parentesco do cuidador		
Irmão (ã)	21	34,4
Mãe	19	31,1
Cônjuge	9	14,8
Filho (a)	6	9,8
Pai	3	4,9
Outro	3	4,9
Renda do usuário		
Menos de 1 salário	13	21,3
1 salário	31	50,8
Mais de 1 salário	6	9,8

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019 Conclusão

VARIÁVEIS	F	%
2 salários	8	13,1
Mais de 2 salários	0	0,0
3 salários ou mais	3	4,9
Tipo de residência		
Própria	43	70,5
Alugada	14	23,0
Cedida por familiar	3	4,9
Outro tipo	1	1,6
Frequentou a escola		
Sim	53	86,9
Não	8	13,1
Ocupação		
Empregado	17	27,9
Dona de casa (do lar)	17	39,5
Aposentado	12	27,9
Estudante	1	1,6
Desempregado	13	30,2

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação às informações da pessoa com transtorno mental, observou-se que a maioria é do sexo masculino (52,5%), possuia renda própria (59%), não conseguiu auxiliar nas atividades domésticas (52,5%) e não trabalhava (52,5%).

Sobre o cuidado prestado pelo cuidador familiar à pessoa com transtorno mental, evidenciou-se que a maioria dos familiares dispõe de ajuda de outra pessoa para cuidar de seu ente (57,4%), não tem outro membro da família doente que depende de seu cuidado (59,0%), não possui crianças morando na mesma casa (73,8%).

Elevado percentual referiu ter atividade de lazer em casa (86,9%) ou fora de casa (86,9%), assim como relatou muita satisfação em cuidar de seu familiar com transtorno mental (67,2%). Acima da metade dos cuidadores relatou não ter problema de saúde (50,8%). Aproximadamente 50,0% dos familiares acredita que a pessoa com transtorno mental poderia controlar seu comportamento se quisesse (49,2%) e a maior parte possui uma boa relação com seu familiar doente (60,7%).

O tempo que o familiar cuida de seu ente com transtorno mental variou entre um a quinze anos e a maioria afirmou já ter recebido alguma orientação sobre a doença de seu familiar por um profissional de saúde (62,3%). Maiores detalhes estão contidos na Tabela 2.

Tabela 2 - Dados do familiar relacionados ao cuidado a pessoa com transtorno mental. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019

VARIÁVEIS	F	%
Recebe ajuda para cuidar		
Sim	35	57,4
Não	23	37,7
Às vezes	3	4,9
Outras pessoas que necessitam de ajuda		
Sim	25	41,0
Não	36	59,0
Crianças morando na mesma casa		
Sim	16	26,2
Não	45	73,8
Lazer em casa		
Sim	53	86,9
Não	8	13,1
Lazer fora de casa		
Sim	53	86,9
Não	8	13,1
Satisfação em cuidar		
Nenhuma	1	1,6
Um pouco	19	31,1
Muita	41	67,2
Problema de saúde		
Sim	30	49,2
Não	31	50,8
Faz tratamento para o problema de saúde		
Sim	25	67,6
Não	12	32,4
Paciente conseguiria controlar os comportamentos		
Sim	30	49,2
Não	31	50,8
Relação com o paciente		
Ruim	4	6,6
Boa	37	60,7
Muito boa	20	32,8
Tempo que cuida do familiar		
< 1 ano	11	18,0
1 |-- 15 anos	30	49,2
15 |-- 30 anos	16	26,2
30 |-- 45 anos	4	6,6
Orientação sobre a doença do familiar		
Sim	38	62,3
Não	23	37,7

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 3 apresenta a dimensão da sobrecarga objetiva do familiar cuidador. Foi possível observar sobrecarga mais elevada em tarefas relacionadas à assistência na vida cotidiana que os familiares prestam aos pacientes (subescala A). Dessa forma, lembrar o paciente para tomar as medicações foi a atividade que acarretou maior sobrecarga objetiva aos

cuidadores (65,6%). De modo comparativo, responsabilizar-se pelas compras do paciente (67,2%) determinou um nível mais baixo de sobrecarga sentida pelos familiares.

Quando considerada a supervisão dos comportamentos problemáticos (subescala B), os resultados indicaram que lidar com esses comportamentos foi o maior responsável pela sobrecarga objetiva (27,9%). O aspecto que menos contribuiu para elevar a sobrecarga objetiva foi lidar com a perturbação noturna (72,2%).

Tabela 3 - Grau de sobrecarga objetiva dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental de acordo com a Escala FBIS-BR. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019

SUBESCALAS	ITENS	OBJETIVA	
		BAIXA %	ELEVADA %
		1 e 2[1]	4 e 5[2]
A: Assistência na vida cotidiana	Higiene	41,0	54,1
	Medicação	24,6	65,6
	Tarefas da casa	45,9	50,8
	Compras	67,2	16,4
	Alimentação	27,8	55,7
	Transporte	29,5	36,1
	Dinheiro	62,3	29,5
	Ocupação do tempo	36,1	54,1
	Consultas médicas	42,6	27,9
B: Supervisão aos comportamentos problemáticos	Comportamentos problemáticos	59,0	27,9
	Pedir atenção excessiva	60,7	27,8
	Perturbação noturna	72,2	23,0
	Heteroagressão	68,8	13,2
	Autoagressão	65,6	18,0
	Comer ou beber demais (bebidas não alcoólicas)	67,2	22,9
D: Impacto na rotina diária do cuidador	Atrasos ou ausências a compromissos	42,6	23,0
	Alterações no lazer do cuidador	37,7	37,7
	Alterações no serviço/rotina de casa	59,0	24,6
	Diminuição da atenção aos outros familiares	44,2	22,9

Fonte: Dados da pesquisa.
Sobrecarga objetiva: [1]1 e 2: Nenhuma vez / menos que uma vez por semana. [2]4 e 5: de três a seis vezes por semana.

Em relação à sobrecarga subjetiva (Tabela 4), foi possível observar que a maioria dos familiares cuidadores apresentou baixa sobrecarga subjetiva ao prestar assistência na vida cotidiana do paciente (subescala A), mesmo que a frequência tenha sido alta. A tarefa que

gerou maior incômodo foi lembrar o paciente sobre sua higiene pessoal (47,3%) e a que ocasionou menor incômodo foi ajudar no preparo das refeições (91,1%).

A análise dos resultados também demonstrou elevado grau de sobrecarga subjetiva na supervisão de comportamentos problemáticos (subescala B), apresentando elavada frequência. A autoagressão (comportamento suicida) foi o item que acarretou maior nível de sobrecarga subjetiva (100%) e o que gerou menor incômodo para os cuidadores foi evitar que o paciente fumasse ou bebesse demais (bebidas não alcoólicas) (36,3%). Quando avaliada a percepção que os familiares têm em relação ao peso financeiro acarretado pelo cuidado no último ano (subescala C), os resultados demonstraram que a maioria sentiu uma elevada sobrecarga subjetiva (55,7%).

Em relação ao impacto das preocupações dos familiares cuidadores com o paciente (subescala E), o aspecto que gerou maior sobrecarga foi a preocupação com o futuro (93,6%) do paciente. Já o que ocasionou menor índice de sobrecarga foi a moradia atual do paciente (56,5%). Esses itens foram responsáveis por gerar elevada sobrecarga subjetiva.

Tabela 4 - Grau de sobrecarga subjetiva dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental de acordo com a Escala FBIS-BR. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019

Continua

SUBESCALAS	ITENS	SUBJETIVA	
		BAIXA %	ELEVADA %
		1 e 2[3]	3 e 4[4]/4 e 5[5]
A: Assistência na vida cotidiana	Higiene	52,7	47,3
	Medicação	68,8	31,2
	Tarefas da casa	60,6	39,4
	Compras	85,2	14,8
	Alimentação	91,1	8,9
	Transporte	90,0	10,0
	Dinheiro	90,6	9,4
	Ocupação do tempo	79,4	20,6
	Consultas médicas	86,6	13,4
B: Supervisão aos comportamentos problemáticos	Comportamentos problemáticos	16,2	83,8
	Pedir atenção excessiva	32,0	68,0
	Perturbação noturna	23,8	76,2
	Heteroagressão	36,0	64,0

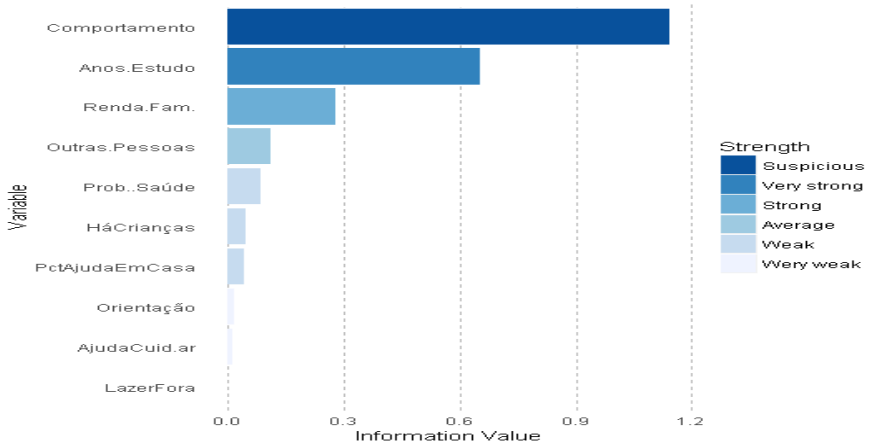
Tabela 4 - Grau de sobrecarga subjetiva dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental de acordo com a Escala FBIS-BR. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019 Conclusão

SUBESCALAS	ITENS	SUBJETIVA	
		BAIXA %	ELEVADA %
		1 e 2[3]	3 e 4[4]/4 e 5[5]
B: Supervisão aos comportamentos problemáticos	Autoagressão	-	100,0
	Comer ou beber demais (bebidas não alcoólicas)	36,3	63,7
	Peso dos gastos com o paciente	31,1	55,7
E: Preocupações com os pacientes	Segurança física	8,0	22,9
	Qualidade do tratamento	51,6	30,7
	Vida social	24,2	61,3
	Saúde	9,7	79,1
	Moradia	56,5	32,2
	Finanças	**C: Gastos**	80,7
	Futuro	1,6	93,6

Fonte: Dados da pesquisa.
Sobrecarga subjetiva: [3]subescalas A e B: 1 -Nem um pouco / 2 -muito pouco; [3]subescalas C e E: 1 -Nunca / 2 -raramente; [3]subescala D: 1 -Nenhuma vez / 2 -menos que uma vez por semana. [4]subescalas A, B e D: 3 -um pouco / 4 -muito. [4]subescala C: 3 -Às vezes. [5]subescalas C e E: 4 -Frequentemente / 5 -Sempre ou quase sempre.

Em relação aos fatores que exercem influência na sobrecarga do cuidador, pôde-se observar que os comportamentos apresentados pelos pacientes tiveram maior grau de impacto na sobrecarga do familiar relacionado ao cuidado, seguido pelo nível de escolaridade do cuidador e renda da família, de acordo com o modelo WOE (Weight of evidence), sinalizado no gráfico com intensidade de cor acentuada (figura 2).

Figura 2 - Fatores relacionados à sobrecarga de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019



Fonte: elaborada pelo autor.
Modelo WOE (Weight of evidence)

Quanto aos comportamentos mais incômodos apresentados pelo paciente e mais relatados pelos familiares, destacaram-se agitação (14,1%), crises de nervosismo (12,2%), agressividade física (10,7%), o paciente solilóquio (10,4%) e ameaças/ agressão verbal (10,0%), respectivamente. Outras informações podem ser verificadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Frequência dos comportamentos incômodos apresentados pela pessoa com transtorno mental que incomodam o familiar cuidador. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019

Comportamentos	F	%
Agitação	38	14,1
Crises de nervosismo	33	12,2
Agressividade física	29	10,7
Paciente solilóquio	28	10,4
Ameaças, agressão verbal	27	10,0
Falta de higiene	26	9,6
Quebrar objetos	25	9,3
Recusar o remédio	23	8,5
Pede atenção demais	18	6,7
Fumar demais	10	3,7
Outros	7	2,6
Problema de sexualidade	6	2,2

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da avaliação do APGAR de família, pôde-se observar que a maioria das famílias é altamente funcional (65,6%). Em contrapartida, aproximadamente 24,6% apresentou acentuada disfunção familiar. Além disso, foi observada diferença significativa entre os grupos em relação à funcionalidade das famílias, p-valor <0,000 (Tabela 6).

Tabela 6 - Funcionalidade familiar, a partir da percepção do cuidador de pessoas com transtorno mental, de acordo com a Escala de APGAR de família. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019

Nível de funcionalidade	F	%	Mediana	Valor-p
Altamente funcional	40	65,6	9,0	
Acentuada disfunção	15	24,6	3,0	<0,0001*
Moderada disfunção	6	9,8	5,5	
Total	61	100	--	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Valor-p<0,05, teste Kruskal-Wallis.

Quanto à relação entre a funcionalidade familiar e a sobrecarga do cuidador, observou-se que a mediana dos escores relacionados com disfunção familiar (acentuada ou moderada)

das variáveis numéricas não difere entre os grupos da disfunção familiar (acentuada e moderada) com a sobrecarga do cuidador (p-valor 0, 519) (tabela 7).

Tabela 7 - Disfunção familiar de cuidadores com sobrecarga familiar. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019

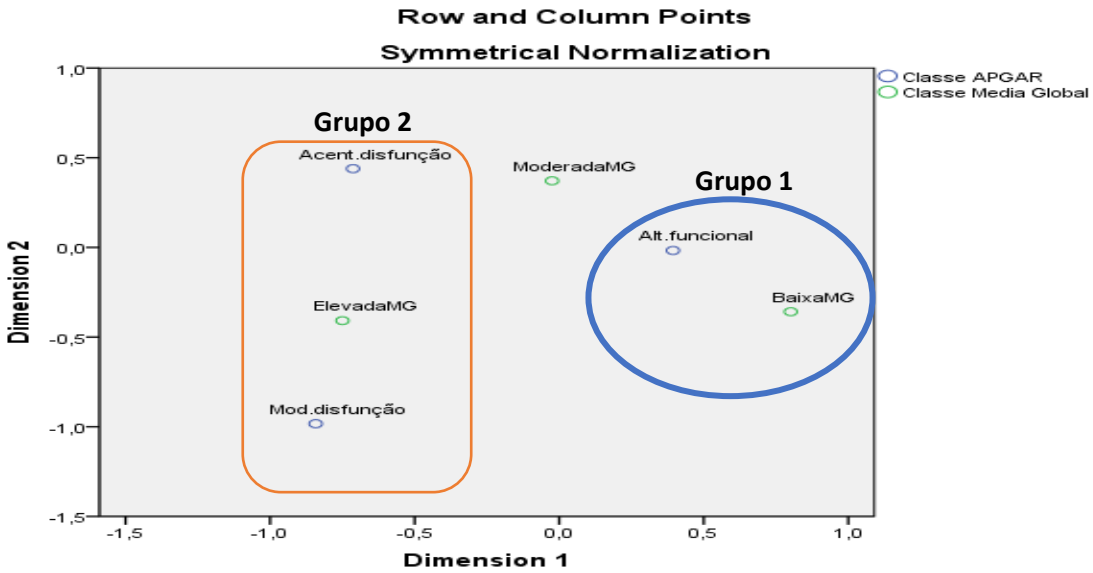
Disfunção Familiar	Mediana	Valor–p
Acentuada	3,0	0,519*
Moderada	5,5	

Fonte: Dados da pesquisa.

Valor-p>0,05, teste de Mann-Whitney**,** não significativo.

Com relação à análise de correspondência, que apresenta o gráfico das distâncias entre as categorias da disfunção familiar e da sobrecarga do cuidador, as categorias que estão mais próximas umas das outras são as que possuem maior associação entre elas. Pode-se observar no grupo 1, que quanto maior o APGAR da família menor a sobrecarga, ou seja, as famílias altamente funcionais apresentam menor Média Global (MG) de sobrecarga. No grupo 2, observou-se que as famílias com acentuada disfunção familiar estão mais próximas da MG de sobrecarga. Logo, essas famílias apresentam sobrecarga elevada (Figura 3).

Figura 3 - Relação entre o escore total da escala de funcionalidade familiar, APGAR de família, e o escore total da escala de sobrecarga FBIS-BR. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2019



Fonte: elaborada pelo autor

Análise de Correspondência Simples, distâncias entre as categorias.

5.2 Resultado da Avaliação das Relações Familiares pelo Genograma

Foram entrevistados seis familiares que se autodeclararam como cuidadores principais para construção dos respectivos genogramas das famílias com acentuada disfunção familiar. Dos seis familiares cuidadores, duas eram filhas dos usuários com transtorno mental, duas mães, uma irmã e um cônjuge. A idade dos entrevistados variou de 21 a 80 anos. Em relação ao estado civil, quatro eram casados, uma separada e uma viúva.

Com relação ao grau de escolaridade, duas entrevistadas cursaram o ensino médio completo, uma cursou o ensino superior completo, duas tinham o ensino médio incompleto e um não concluiu o ensino fundamental. A renda mensal das famílias variou de menos de um salário mínimo até mais de 3 salários, onde duas famílias viviam com menos de um salário, duas com um salário, uma com dois salários e uma com mais de 3 salários. Salienta-se que uma das cuidadoras relatou que a família dependia totalmente da ajuda financeira de seus avós maternos.

As profissões citadas pelos participantes foram: professora (1), do lar (3), aposentada (1) e autônoma (1). Uma das cuidadoras mesmo sendo aposentada desenvolvia uma atividade autônoma como costureira para complementar a renda familiar.

No que se refere ao objeto de estudo da pesquisa, segundo o MCAF e estrutura do genograma, foi possível analisar as três categorias nos seguintes aspectos:

- **Aspecto estrutural das famílias**

Pôde-se avaliar sua estrutura interna (composição familiar, gênero e ordem de nascimento) e sua estrutura externa (família extensa).

- **Aspecto de desenvolvimento das famílias**

Avaliaram-se as famílias quanto a seus estágios de desenvolvimento, tarefas e vínculos afetivos.

- **Aspecto funcional das famílias**

Foi avaliado o funcionamento instrumental (atividades da vida diária) e expressivo (papéis, alianças e uniões).

A seguir, são apresentadas as representações gráficas dos genogramas e descrição das famílias:

Família 1: Estrutura e as relações familiares da cuidadora “SIL”

SIL, 40 anos, casada, mãe de dois filhos, com ensino superior completo, trabalha como professora. Há alguns anos foi diagnosticada com depressão. Fez tratamento com antidepressivo, obtendo melhora de seu quadro clínico, tendo as medicações suspensas por sua psiquiatra (Figura 4).

Após o adoecimento de sua irmã SOL, que faz acompanhamento no CAPS atualmente, SIL voltou a apresentar um quadro com sintomas de ansiedade e de angústia. Com diagnóstico médico de depressão, faz uso de Desvenlafaxina e Alprazolam.

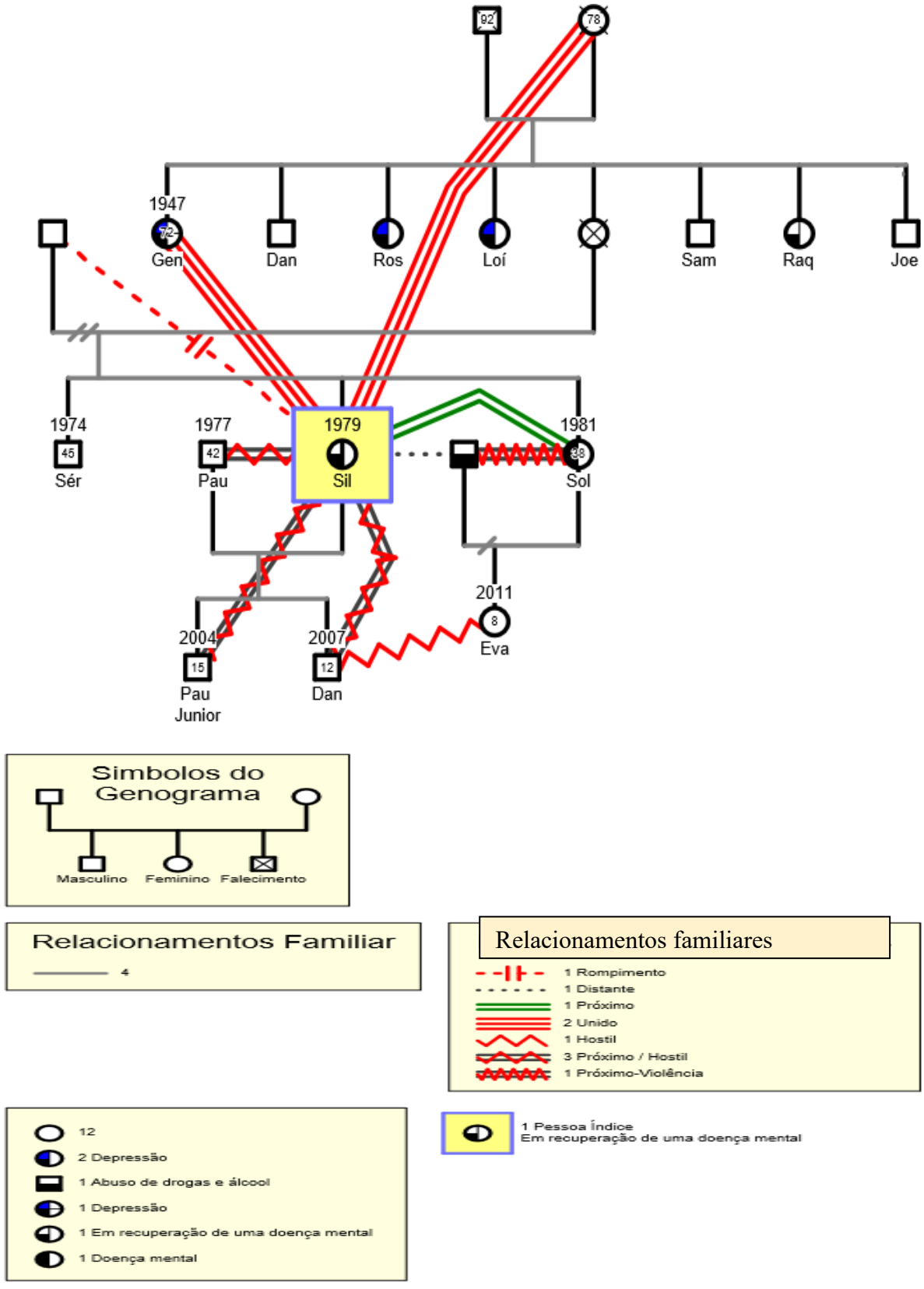
Atualmente SIL mora com PAU, com quem é casada há 16 anos. Seus dois filhos, sua irmã SOL e sua sobrinha EVA (filha de SOL) vieram morar em sua casa após seu adoecimento e separação. Seus pais se separaram quando ela era criança e ela foi morar com seus avós maternos. Sua mãe faleceu quando ela tinha três anos, sendo criada por sua avó materna, que considera como sua segunda mãe. Possui histórico familiar de depressão.

SIL tinha um relacionamento muito próximo com sua avó materna, que faleceu. Após o adoecimento de sua irmã SOL passaram a ter um relacionamento muito próximo. Considera sua tia GEN como uma mãe e possui um relacionamento muito próximo, apesar de GEN morar em outra cidade. Tem um relacionamento próximo e conflituoso com seu esposo PAU, que não aceita muito bem a presença de SOL em sua casa.

Após a separação de seus pais, SIL perdeu o contato com sua família paterna. Não sabe nenhuma informação de seu pai e de seus familiares.

SIL não está satisfeita com o suporte que recebe de sua família. Apenas sua tia GEN auxilia no cuidado com SOL, caso ela solicite. Seu irmão SER ajudava financeiramente no início do adoecimento de SOL, mas atualmente não está mais dando esse suporte. O adoecimento de sua irmã SOL afetou bastante sua saúde, precisando voltar a fazer uso de antidepressivo e ansiolítico. Embora não peça mais ajuda a seu irmão SER, ela solicita às vezes auxílio de sua tia GEN, quando percebe que está muito sobrecarregada.

Figura 4 - Estrutura familiar da cuidadora “SIL” **(família 1)**



Fonte: elaborado pelo autor

Programa GenoPro

Família 2: Estrutura e as relações familiares do cuidador “ERO”

ERO, 28 anos, casado, pai de duas filhas, com ensino fundamental incompleto, trabalha como autônomo. Atualmente mora com APA, com os três filhos mais novos de APA e com sua filha mais nova KAR (Figura 5).

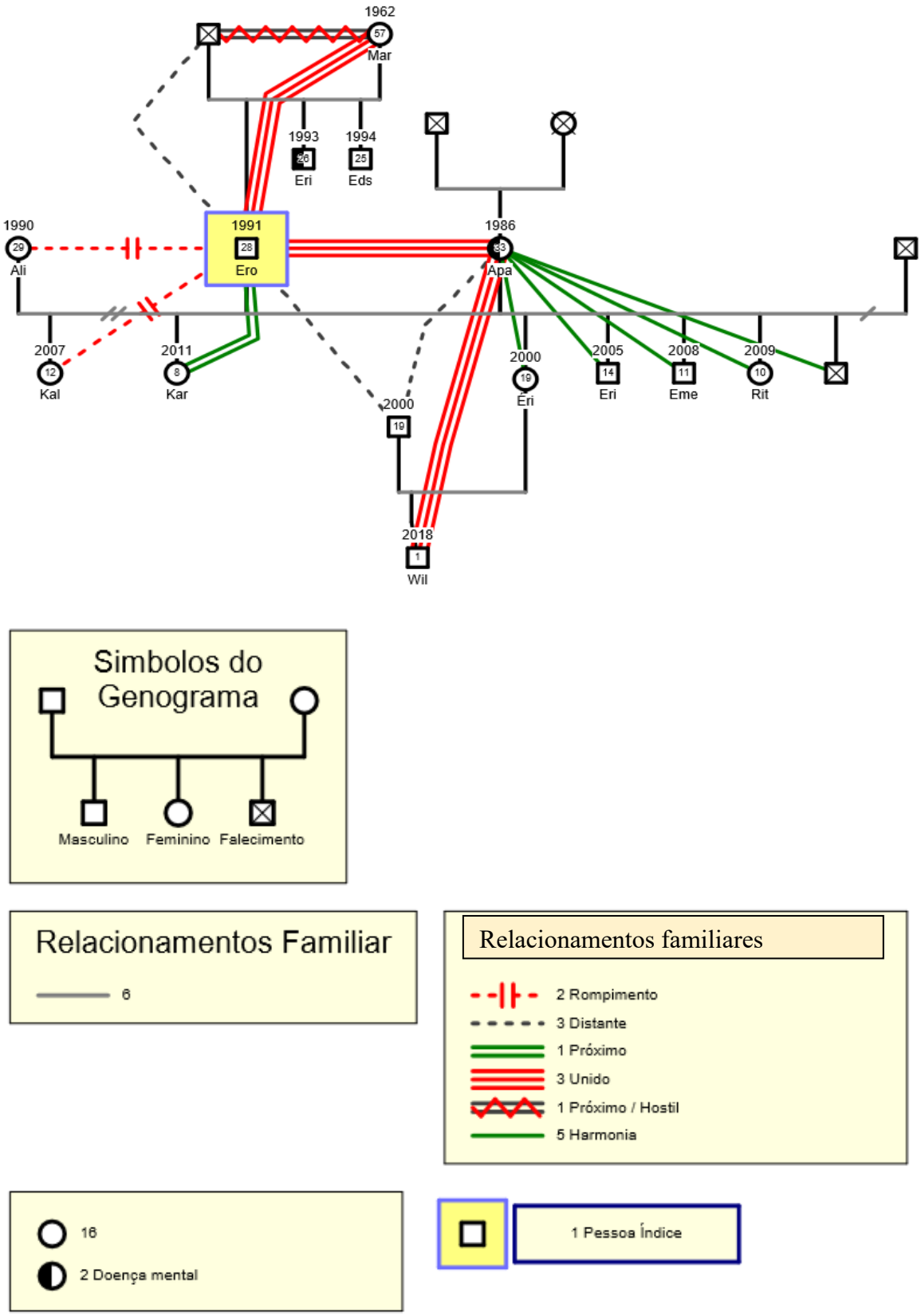
Vive em uma união estável com APA há mais ou menos cinco anos. APA já apresentava os sintomas de transtorno mental desde o início de seu relacionamento, mas esses sintomas pioraram há alguns meses. APA iniciou o tratamento no CAPS e vem mantendo a adesão.

Após a separação de seu relacionamento com ALI, ERO perdeu contato com ela e com sua filha mais velha KAL, que mora com sua mãe em outra cidade. No entanto, ERO afirma ter desejo de voltar a ter contato com sua filha.

Todos da família sabem do problema de saúde de APA. Mas quem auxilia no cuidado é sua mãe MAR. ERO tem um bom relacionamento com todos os filhos de APA e com sua filha mais nova, com quem mantém um relacionamento próximo. Sempre teve um relacionamento muito próximo com sua mãe e é distante de seu pai.

Sua esposa APA não gosta de ser contrariada e quando isso acontece apresenta um comportamento mais agressivo. Por isso, ERO evita contrariá-la para não ter conflito entre eles, matendo um relacionamento muito próximo.

Figura 5 - Estrutura familiar do cuidador “ERO” **(família 2)**



Fonte: elaborado pelo autor
Programa GenoPro

Família 3: Estrutura e relações familiares da cuidadora “IAR”

IAR, 23 anos, solteira, tem um filho, com ensino médio completo, cursando o curso técnico em enfermagem, e não trabalha. Atualmente mora com seu filho LUI e com sua mãe VAN que faz acompanhamento no CAPS (figura 6).

Teve um relacionamento rápido com LUA. Chegaram a morar juntos, mas, após descobrir a gestação, se separaram e IAR voltou para a casa de sua mãe.

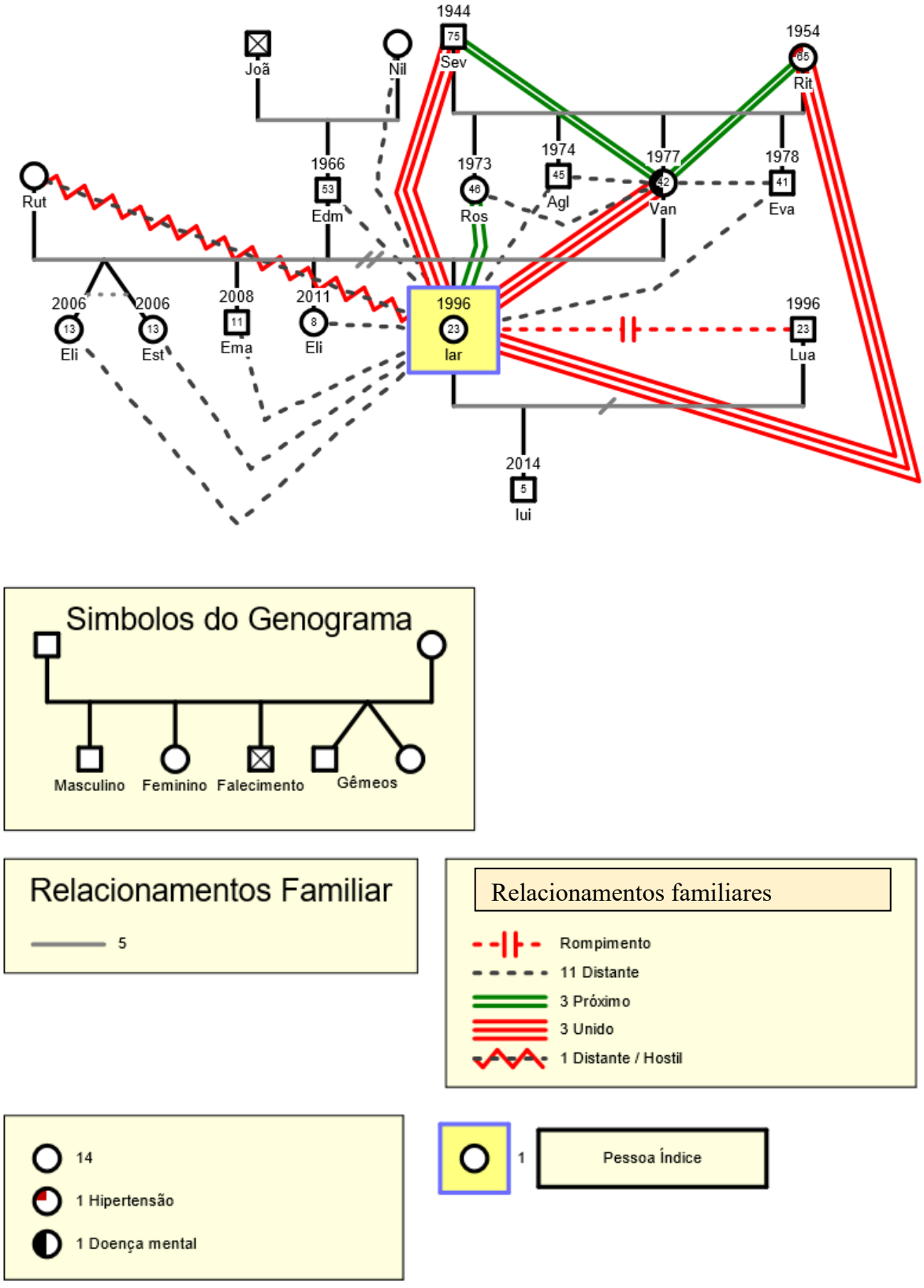
Sua mãe, VAN, não trabalha, mas recebe benefício do Programa Bolsa Família. Os avós maternos são os mais envolvidos com sua mãe e ajudam financeiramente as duas, mas não conseguem dar um suporte no cuidado diário, por já serem idosos.

IAR tem um relacionamento muito próximo com sua mãe, com seu filho e com seus avós maternos. Seu relacionamento com LUA foi rompido. Ele refere que ele não tem interesse em ver o filho e não ajuda financeiramente.

IAR deixou de frequentar a casa de seu pai EDM por causa de sua madrasta RUT, que tem ciúmes dela e de sua mãe e por isso não gosta que seu pai tenha contato com elas. Assim, mantém um relacionamento distante com seu pai e seus irmãos, mas tem um bom relacionamento com eles e gostaria de ser mais próxima. Não conhece a família de seu pai, apenas sua avó paterna com quem tem contato às vezes. Sua tia ROS trabalha muito e seu tio EVA mora em outro estado, mas mantém um relacionamento próximo deles. Seu tio AGL mora próximo de sua residência, mas mantém um relacionamento distante.

IAR gostaria que seus tios ajudassem mais sua mãe, que eles demonstrassem mais preocupação e interesse. Mas, relata que seus avós criaram os tios e sua mãe de forma mais rígida e mais distante, e que por isso eles não demonstravam tanto afeto entre eles.

Figura 6 - Estrutura familiar da cuidadora “IAR” **(família 3)**



Fonte: elaborado pelo autor
Programa GenoPro

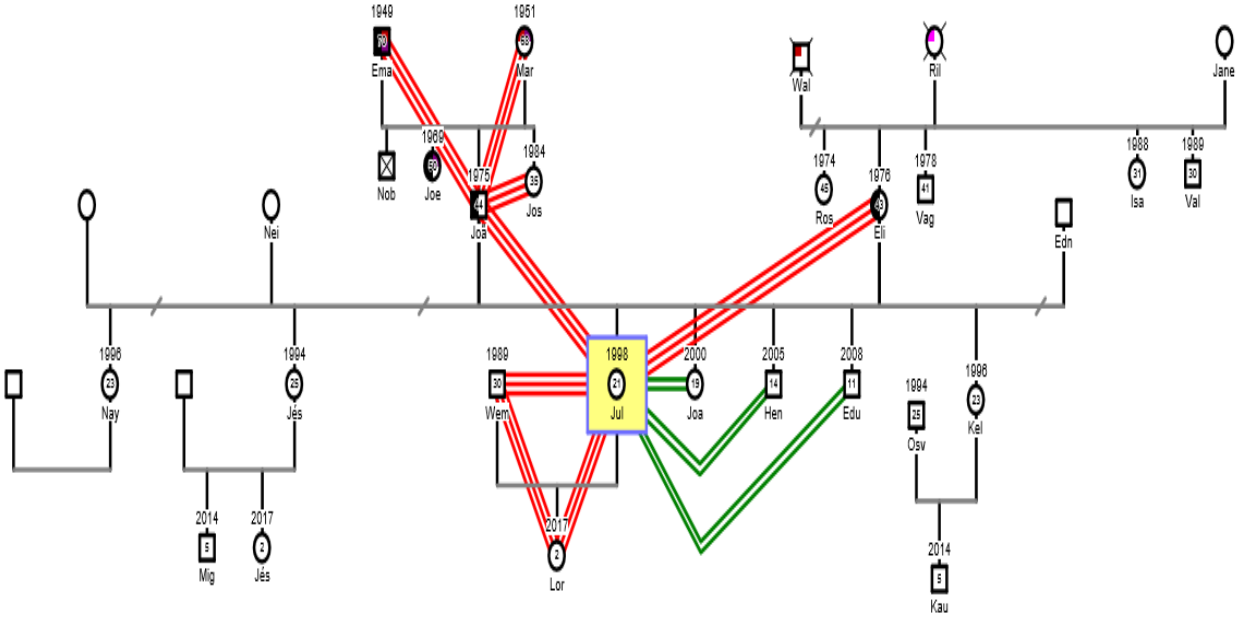
Família 4: Estrutura e relações familiares da cuidadora “JUL”

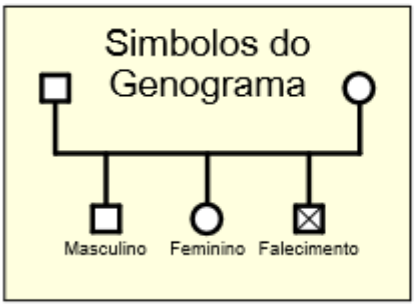
JUL, 21 anos, casada, tem uma filha de dois anos, com o ensino médio incompleto, não trabalha. Atualmente mora com seu companheiro WEM e sua filha. Seus pais JOÃ e ELI, fazem acompanhamento no CAPS, moram com seus outros três filhos mais novos. Porém, JUL passa o dia todo na casa dos pais e só volta para sua casa à noite (Figura 7).

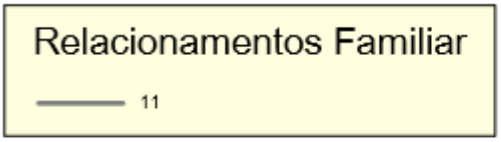
Tem um relacionamento muito próximo com seus pais, seu marido, sua filha e seus irmãos. Sua irmã JOA às vezes ajuda a cuidar dos pais, mas trabalha o dia todo. Apesar do bom relacionamento com sua família, não está satisfeita com o suporte que recebe para cuidar de seus pais que tem transtorno mental, acredita que poderia melhorar.

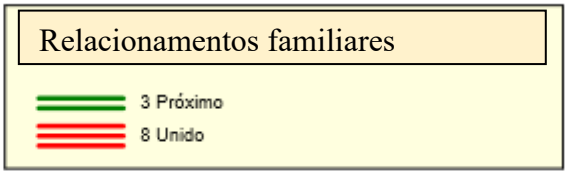
Parou de estudar após a gestação, gostaria de voltar, mas, por falta de tempo, por precisar cuidar de seus pais e sua filha, não conseguiu.

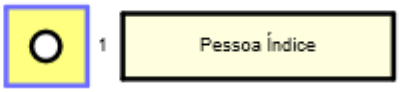
Figura 7 - Estrutura familiar da cuidadora “JUL” **(família 4)**











Fonte: elaborado pelo autor

Programa GenoPro

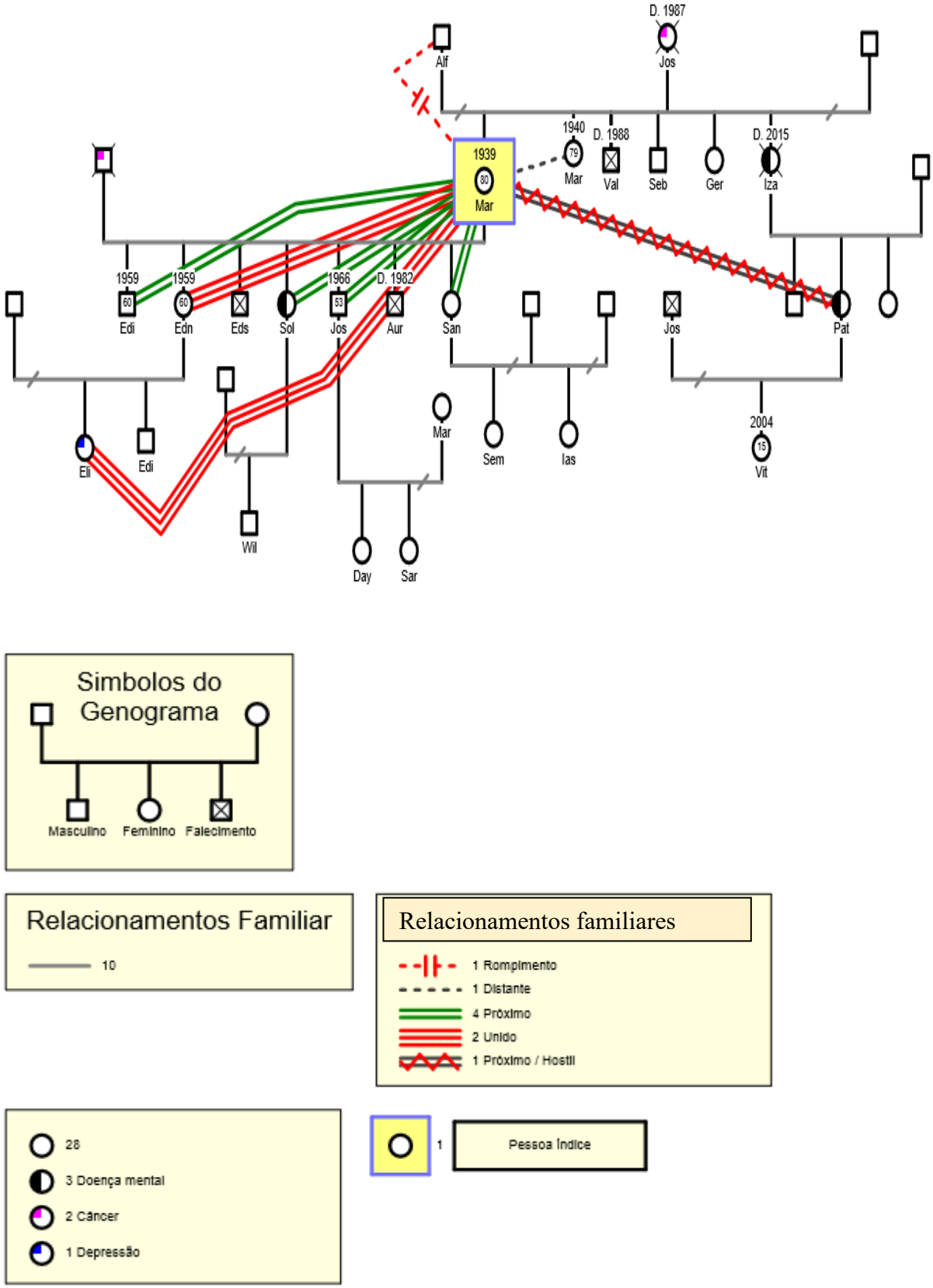
Família 5: Estrutura e relações familiares da cuidadora “MAR”

MAR, 80 anos, viúva, sete filhos, ensino médio completo, professora aposentada, trabalha como costureira autônoma para complementar a renda da família. Atualmente mora com seus filhos EDV, quem têm uma deficiência mental decorrente do sarampo, e SOL que tem transtorno mental e faz acompanhamento no CAPS. Além de SOL, dona MAR ficou responsável por sua sobrinha PAT após a morte da mãe dela, que também tem transtorno mental e faz acompanhamento no CAPS (figura 8).

Possui um relacionamento próximo com seus filhos SOL, EDV, JOS e SAN e muito próximo com sua filha EDN e sua neta ELI que ajudam a cuidar de PAT. EDN sempre foi a filha mais próxima e que sempre esteve presente quando sua mãe precisou. MAR também ajuda ELI que está com depressão grave, tem um filho pequeno e está separada atualmente, MAR ajuda financeiramente e dá o suporte sempre que ELI precisa.

Todos da família sabem do problema de saúde de SOL, mas MAR cuida de sua filha sozinha. MAR é o suporte para sua família, quem resolve tudo e ajuda sempre que eles precisam. Tem um relacionamento próximo e conflituoso com PAT devido aos seus comportamentos. Gostaria de internar PAT para que ela tivesse ajuda de outras pessoas.

Figura 8 - Estrutura familiar da cuidadora “MAR 1” **(família 5)**



Fonte: elaborado pelo autor

Programa GenoPro

Família 6: Estrutura e relações familiares da cuidadora “MAR 2”

MAR, 61 anos, casada, tem dois filhos, ensino médio completo, do lar. Tem diabetes e hipertensão arterial sistêmica, faz uso de medicação. Após o assassinato de seu neto LIN começou a apresentar sintomas de ansiedade, choro e desânimo. Seu companheiro faz uso de medicação para dormir e já fez tratamento para depressão anos atrás, mas parou por conta própria (Figura 9).

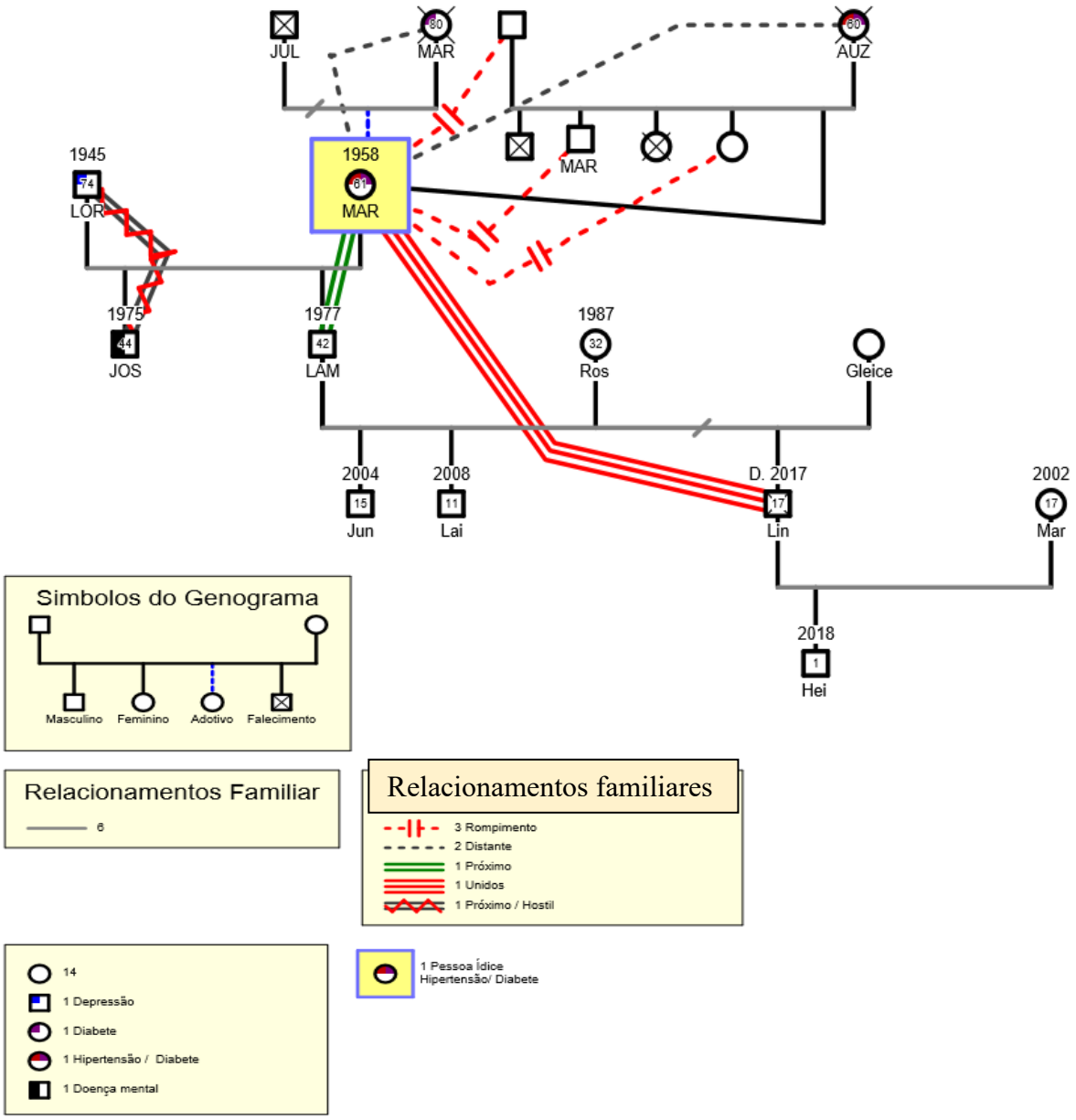
Atualmente, mora com seu esposo LOR, que é aposentado e seu filho JOS que tem transtorno mental e faz acompanhamento no CAPS. JOS é bastante impaciente e por isso tem uma relação próxima, mas conflituosa com seu pai.

MAR foi adotada ainda pequena. Conheceu sua mãe biológica, mas não conheceu seu pai. Tinha um relacionamento distante com sua mãe adotiva. Casou-se aos 14 anos com LOR.

Tinha um relacionamento muito próximo com seu neto LIN e por isso sofreu bastante após sua morte. Seu relacionamento com seus irmãos foi rompido após sua adoção. Seu filho LAM fica distante por causa de seu trabalho e por morar em outra cidade. Mas, sempre teve um bom relacionamento com o filho LAM e sente muita falta, pois gostaria de estar mais próxima, uma vez que se sente sozinha.

Apenas o filho LAM e seu marido LOR sabem do problema de JOS. Não tem suporte de sua família para cuidar dele, seu marido auxilia, mas também está com problemas emocionais e não quer busar ajuda de um profissional de saúde.

Figura 9 - Estrutura familiar da cuidadora “MAR 2” **(família 6)**



Fonte: elaborado pelo autor

Programa GenoPro

6 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstraram elevada sobrecarga objetiva relacionada à assistência na vida cotidiana e subjetiva relacionada à supervisão dos comportamentos problemáticos prestada pelo familiar cuidador à pessoa com transtorno mental. Além disso, apesar da necessidade do cuidado diário, os cuidadores apresentaram uma baixa sobrecarga subjetiva relacionada ao impacto em sua rotina.

Conviver com a pessoa doente no domícilio pode alterar a rotina do cuidador e afetar o funcionamento familiar. A necessidade de cuidado frequente, a preocupação e a dificuldade financeira, relacionadas ao cuidado à pessoa com transtorno mental, geram levada sobrecarga familiar (CAMPANA, SOARES, 2015).

Muitas famílias apresentam dúvidas de como lidar adequadamente com os pacientes que estão em momentos de crise, de agressividade ou agitação. Assim, os cuidadores enfrentam dificuldades e precisam de recursos que possam auxiliá-los no convívio com seu ente que adoeceu, o que confirma também a sua necessidade de receberem cuidados (CAMPANA, SOARES, 2015).

A principal fonte de apoio e de suporte que as pessoas buscam quando precisam, é o ambiente familiar. Logo, espera-se que as famílias protejam os membros que apresentam maior fragilidade. Quando uma família apresenta dificuldade em sanar seus problemas do cotidiano, gera-se disfunção familiar que acarreta desarmonia e tensões entre seus membros. Como consequência, tem-se o distanciamento e o comprometimento da relação de amor e respeito entre seus componentes (SOUZA et al., 2014).

Historicamente, a função de cuidar da família tornou-se prevalentemente feminina. Assim, as mulheres acumulam várias tarefas domésticas, além de cuidar de seu parente com transtorno mental, o que provoca o aumento da sobrecarga. Esse acúmulo de atividades compromete o autocuidado e aumenta o risco de adoecimento do cuidador (REIS et al., 2016). Isso corrobora os achados deste estudo, uma vez que prevaleceram cuidadores do sexo feminino, casadas, desempregadas e do lar que desempenham o papel de cuidadora associada às outras tarefas.

A família, que antes não participava do processo terapêutico, passou a ser facilitadora do cuidado e a ser responsável pela assistência à pessoa em sofrimento mental (BELLINI et al., 2019). A proposta é que ocorra a continuidade do tratamento no ambiente familiar, com garantia de suporte dos serviços de saúde mental e da atenção básica a essas famílias

(DALTRO, MORAES, MARSIGLIA, 2018). Logo, as famílias precisaram se adaptar a presença de seu parente adoecido e desenvolver habilidades e atividades relacionadas ao cuidado da pessoa com transtorno mental, conforme observado nos resultados obtidos, em que os cuidadores apresentaram uma maior sobrecarga objetiva relacionada à assistência nas atividades da vida diária.

Com o processo de desinstitucionalização, as famílias passaram a ser incluídas no cuidado de seus entes com adoecimento mental, mas, não foram preparadas, nem receberam as informações necessárias para conhecerem e cumprirem esse novo papel (DALTRO, MORAES, MARSIGLIA, 2018).

O processo do cuidar envolve a interação entre o cuidador e o sujeito que recebe o cuidado, isso sugere que uma das partes assuma a responsabilidade pelo cuidado e a outra apenas receba. Nesse contexto, o cuidador enfrente diversas dificuldades, o que pode acarretar sentimento de sobrecarga familiar. A ausência de apoio dos profissionais e dos serviços de saúde mental leva ao aumento dessa sobrecarga (DALTRO, MORAES, MARSIGLIA, 2018). Neste estudo, a maioria dos familiares cuidadores recebeu orientação de um profissional de saúde sobre a doença de seu familiar.

Os familiares passaram a dedicar uma maior parte de seu tempo prestando cuidado e apoio emocional à pessoa com transtorno mental. Esse tempo de cuidado fornecido varia de acordo com o grau de dependência de seu parente relacionada à doença mental. Nos casos de agravamento do transtorno, a quantidade de horas relacionadas ao cuidado aumenta pela necessidade de mais atenção e vigilância (HIELSCHER et al, 2019). Isso pode está relacionado à menor participação dos pacientes nas atividades diárias e à repetição cotidiana (REIS et al., 2016). Isso corroborou os achados desta pesquisa, em que os familiares apresentaram uma elevada sobrecarga objetiva relacionada à assistência na vida cotidiana de seus familiares com transtorno mental.

O familiar cuidador pode apresentar sentimentos de ambivalência. Mesmo em um ambiente sobrecarregado e apresentando dificuldades relacionadas ao processo de cuidar, a experiência do cuidado com a pessoa com transtorno mental é regado por afetividade e satisfação em cuidar. Assim, a presença de uma pessoa com transtorno mental pode influenciar de forma positiva no relacionamento familiar, apesar da aflição que pode acarretar. Além disso, há satisfação em cumprir seu papel social com sua família por ser uma questão cultural de prestar assistência a um familiar doente (RANDEMARK, BARROS, 2009; NASCIMENTO et al, 2016).

Neste estudo, os participantes demonstraram a satisfação em cuidar de seu ente adoecido, mesmo apresentando dificuldades relacionadas à assistência e sobrecargas. A satisfação do familiar cuidador em relação à pessoa doente é um fator protetor no curso da doença, pois, por exemplo, melhora o relacionamento psicossocial e familiar, reduz as internações hospitalares e as fases de crise (DINIS et al, 2014).

Uma forma que a família busca para suprir as necessidades da pessoa com transtorno mental é por meio do afeto, da demonstração de paciência no relacionamento e da necessidade de aprender a lidar com a situação, predominando os laços de tolerância e solidariedade com seu familiar doente (NASCIMENTO et al., 2016).

Os membros da família precisam se reorganizar perante as manifestações do adoecimento mental e, por vezes, assumir o papel de cuidador torna-se uma tarefa difícil pela falta de suporte e comprometimento de outros familiares e/ou pelas demandas do ente doente. Isso porque, em muitos casos, a tarefa de cuidar é desempenhada por uma única pessoa, mesmo que tenham outros familiares próximos, o que dificulta a busca, por parte do cuidador, pelo serviço de saúde para investir em sua saúde (NASCIMENTO et al., 2016).

A atividade que acarretou maior sobrecarga objetiva no familiar cuidador foi a supervisão do uso da medicação pelo paciente. Isso pode ser explicado pela necessidade de monitoramento do uso dos medicamentos pelos usuários, mesmo que aceitam a medicação, pois a adesão ao tratamento medicamentoso, em determinado momento, não é garantia da continuidade da aceitação futura, já que a percepção da pessoa relacionada à importância do uso da medicação e sua motivação para continuar podem mudar (BORBA eta al, 2018).

A não adesão ao uso dos psicofármacos favorece a agudização dos sinais e sintomas do transtorno mental, expondo o paciente a um maior risco de reincidências de hospitalização e ao suicídio, o que pode levar a mudanças no comportamento do indivíduo e acarretar uma maior sobrecarga subjetiva do cuidador. A participação e o apoio da família desempenham papel importante e decisivo na adesão ao tratamento medicamentoso, no auxílio e na supervisão da autoadministração da medicação, o que facilita o uso das medicações prescritas e consequentemente o tratamento do transtorno mental (BORBA et al., 2018).

Corroborando os resultados encontrados na pesquisa, o grau de sobrecarga familiar sofre influência dos comportamentos problemáticos da pessoa com transtorno mental. Isso demonstra a importância da educação em saúde voltada para os familiares com vistas a melhorar a capacidade de resolução de problemas, bem como suporte para lidar com os comportamentos apresentados pelos usuários (BANDEIRA et al., 2014).

Algumas famílias não estão preparadas para atender às necessidades de um de seus membros, devido aos problemas relacionais entre eles. Outras demonstram preocupação e interesse em dar atenção e proteger, porém acabam invadindo a privacidade de seu familiar, acreditando que estão apenas protegendo-o, comprometendo sua autonomia. O convívio em uma família disfuncional pode acarretar o sofrimento mental, isolamento ou agravamento do quadro de adoecimento (SOUZA et al., 2014).

A família extensa é um importante aliado no apoio aos cuidadores principais, tanto pelo auxílio financeiro quanto pela oferta de suporte emocional. Seu auxílio no cuidado diário contribui para reduzir a sobrecarga emocional e física. A maior e mais frequente fonte de apoio para esses familiares cuidadores foi representada pelas suas famílias extensas, que incluem em sua estrutura os membros de origem, os de procriação, a atual geração e os membros adotados que vivem próximos ou distantes (WRIGHT, LEAHEY, 2012; VICENTE, HIGARASHI, FURTADO, 2015). Outrossim, nesta pesquisa, foi observada, por meio da análise dos genogramas, que a maior fonte de apoio dos cuidadores foi de sua família extensa.

A falta de um suporte adequado acarreta mais sofrimento para os familiares, ocasionando uma menor contribuição da família para o processo de reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. Por isso, é importante que os serviços de saúde realizem atividades de promoção à saúde e intervenções que permitam um maior conhecimento acerca do adoecimento de seu membro familiar, bem como que forneçam orientações sobre como lidar com determinados comportamentos e acerca de cuidados necessários para a assistência aos sujeitos em sofrimento mental (CAMPANA, SOARES, 2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se observar que os familiares apresentaram elevada sobrecarga subjetiva relacionada à supervisão de comportamentos problemáticos (autoagressão e comportamento suicida), ao peso dos gastos financeiros e ao impacto das preocupações com seu familiar adoecido, principalmente em relação ao seu futuro, pela sua condição e dependência devido à sua doença mental. Em relação à sobrecarga objetiva, o maior impacto foi relacionado à assistência na vida cotidiana, principalmente no auxílio e na supervisão do uso da medicação pela pessoa com transtorno mental e dos seus cuidados com a higiene pessoal.

Os fatores que tiveram maior influência negativa sobre a sobrecarga do cuidador foram: lidar com os comportamentos do paciente (agitação, crises de nervo, agressividade física, falar sozinho e ameaças/agressão verbal), os anos de estudo do cuidador e a renda familiar.

A avaliação das famílias a partir do Modelo de Calgary permitiu compreensão sobre estrutura, desenvolvimento e funcionamento das famílias com acentuada disfunção familiar. Isso possibilitou conhecer as relações familiares entre os membros, o apoio que o cuidador recebe de seus familiares para dar assistência à pessoa com transtorno mental e como acompanhar, de forma intrínseca, as situações que podem acarretar desestruturação dos vínculos afetivos e uma possível disfunção familiar.

Observou-se a necessidade de uma assistência voltada ao familiar que está no papel de cuidador, para ser incluído no PTI, com a finalidade de identificar suas demandas por meio da equipe interdisciplinar e por meio do Modelo Calgary, propondo uma construção coletiva que favoreça o cuidado integral a esse indivíduo. Além disso, o baixo poder aquisitivo pode comprometer o cuidado prestado ao familiar com transtorno mental, assim como pode aumentar a sobrecarga familiar com um desgaste emocional na tentativa de suprir as necessidades econômicas, que transcendem a capacidade de suporte ofertado pela equipe.

Quanto ao contexto da pesquisa, menciona-se como limitações do estudo, a não investigação da relação das intervenções dos profissionais de saúde sobre o nível de sobrecarga e funcionalidade familiar dos cuidadores das pessoas com transtorno mental que são acompanhadas no CAPS; a realização do estudo em apenas um CAPS; e o reduzido tamanho da amostra. Assim, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas sobre essa temática, com amostras maiores que possibilitem a extrapolação dos resultados.

REFERÊNCIAS

ABRAMENKO, L. et al. Attitudes of mental health workers' toward mentally ill patients in a small city situated in the Rio de Janeiro state. **Cad. Saúde Colet.** v. 25, n. 2, p. 169-176, 2017.

ARAÚJO L. N. et al. Therapeutic project for a multiple drug user in mental health care: experience report. **S A N A R E**. v.14, n. 2, p.130-134, 2015.

BANDEIRA, M. A. T. et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade. **Psico-USF**. v. 19, n. 3, p. 399-409, 2014.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G. P.; VARELLA, A. A. B. Escala de Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos -FBIS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 54, n. 3, p. 206-214, 2005.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G.P.; BARROSO, S.M.; FREITAS, L.C. Family Burden Interview Scale for Relatives of Psychiatric Patients (FBIS-BR): Reliability Study of the Brazilian Version. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** v. 29, n. 1, p. 47 -50, 2007.

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

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1957-1968, 2009.

BELLINI, L. C. et al. Internação na Emergência Psiquiátrica-Significados, Sentimentos, Percepções e Expectativas da Familia. **J. res.: fundam. care. online**. v. 11, n. esp, p. 383-389, 2019.

BORBA, L. O. et al. Adherence of mental disorder patients to drug therapy for mental health treatment. **Rev Esc Enferm USP**. v. 52, 2018.

BOTTI, N.C.L. et al. Ecomap and family APGAR in family care for patients with psychiatric disorders. **Rev APS**. v. 15, n. 3, p. 277-286, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal DAB.** Desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI/DAB. Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.** Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CAMPANA, M. C.; SOARES, M. H. Familiares de pessoas com esquizofrenia: sentimentos e atitudes frente ao comportamento agressivo. **Cogitare Enferm.** v. 20, n. 2, p. 338-344, 2015.

CAVALCANTE, A. E. S., et al. Calgary model implementation of family assessment in family health strategy. **Revista Espaço Ciência & Saúde**. v. 4, p. 16-28, 2016.

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A. N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 333-342, 2015.

COSTA, E. V. S. et al. Mental Health in Primary Care: weaving family approach tools. **Cultura de los Cuidados**. n. 51, p. 133-143, 2018.

COSTA, T. D. et al. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. **Persp online: biol. & saúde.** v. 23, n. 7, p. 9-15, 2017.

DALTRO, M. C. S. L.; MORAES, J. C.; MARSIGLIA, R. G. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. **Saúde Soc.** v.27, n.2, p.544-555, 2018.

DINIS, C. et al. Los cuidadores familiares de personas con psicosis: satisfacción en el cuidado. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, especial 1, p. 59-64, 2014.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. O. **Cuidados em domicílio: conceitos e práticas.** In: Lebrão ML; Duarte YAO SABE -Saúde, Bem-estar e Envelhecimento -O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, cap. 9, p. 185-200, 2003.

ELOIA, S. C. et al. Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Saúde em debate**. v. 38, n. 103, p. 996-1007, 2014.

FERNANDES, C. S. N. N. et al. Importance of families in care of individuals with mental disorders: nurses' attitudes. **Escola Anna Nery**. v. 22, n. 4, p. 1-8, 2018.

GARCIA, A. P. R. F. et al. Nursing process in mental health: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm**. v. 70, n. 1, p. 220-230, 2017.

HIELSCHER, E. et al. Hours of Care and Caring Tasks Performed by Australian Carers of Adults with Mental Illness: Results from an Online Survey. **Community Ment Health J**. v. 55, n. 2, p. 279-295, 2019. Doi: 10.1007/s10597-018-0244-x.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica.** 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama da cidade de vitória de Santo Antão**. Cidades/ Brasil/ Pernambuco/ Vitória de Santo Antão, 2010. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/vitoria-de-santo-antao/panorama.

MAFTUM, M. A. et al. Changes in professional practice in the mental health area against brazilian psychiatric reform in the vision of the nursing team. **J. res.: fundam. care. Online**. v. 9, n.2, p. 309-314, 2017.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, R.; PETRY, S. Genogramas: avaliação e intervenção familiar. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 12. n. 4, p. 761-765, 2010. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812.

MONTEIRO, G.R.S.S. et al. Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. **AQUICHAN**. v. 16, n. 4, p. 487-500, 2016.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Mental health care actions in the psychosocial care network viewed by users. **Saúde Soc.** v.26, n.2, p.462-474, 2017.

NASCIMENTO, K. C. et al. The family challenge in for people care suffering from mental disorder el desafío familiar en el cuidado a las personas con trastorno mental. **Rev enferm UFPE on line**. v. 10, n. 3, p 940-948, 2016.

OLIVEIRA, A. S.; DIAS, F. M. V. Andando na contramão: o destino dos indivíduos com transtorno mental que cometem crimes no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 28, n. 3, p. 1-22, 2018.

PARANHOS, R. et al. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, n. 42, p. 384-411, 2016.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B., FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

RANDEMARK, N. F. R.; BARROS, S. O modo de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano: representações das famílias. **RemE - Rev. Min. Enferm**. v. 13, n. 4, p. 515-524, 2009.

REIS, T. L. et al. Burden and participation of family in the care of Psychosocial Care Centers users. **SAÚDE DEBATE**. v. 40, n. 109, p. 70-85, 2016.

SÁ, A. N. P. et al. Conflitos familiares abordados na terapia comunitária integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 14, n. 4, p. 786-793, 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a06.htm.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr**. v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SILVA, A. H., FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**. v. 17, n. 1, 2015.

SILVA, A. H.; Fossá, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da Técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**. v.17. n. 1, 2015.

SILVA, M. J. et al. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Esc Anna Nery**. v. 18, n. 3, p. 527-532, 2014.

SINIAK, D. S.; Pinho, L. B. Emotional support received by families state of the crack users. **Rev enferm UFPE on line**. v. 9, n. 3, p. 7656-7663, 2015.

SIQUEIRA, D. F. et al. Social support networks in care for the person with a mental disorder: reflections. **Rev Enferm UFSM**. v. 8, n. 4, p. 859-869, 2018.

SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **J Fam Practice [Internet]**. v. 6, n. 6, p. 1231-1239, 1978. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126

SOUZA, R. A. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n. 3, p. 469-476, 2014.

SOUZA, T.C.F. et al. Calgary family assesment model applied in riverside context. **Rev enferm UFPE on line.** v. 11, n. 12, p. 4798-804, 2017.

TESSLER, R.C.; GAMACHE, G.M. The Family Burden Interview Schedule -Short Form (FBIS/SF). Machmer Hall, **Armherst**, 1994.

UFSJ, Universidade Federal de São João del-Rei. Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares (FBIS-BR). Disponível em: https://ufsj.edu.br/lapsam/sobrecarga_familiar.php

VERA, I. et al. Índex APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 16, n. 1, p. 199-210, 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514

VICENTE, J. B.; HIGARASHI, I. H.; FURTADO, M. C. C. Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. **Esc Anna Nery**. v. 19, n. 1, p. 107-114, 2015.

WEISS, P.; HADAS-LIDOR, N.; SACHS, D. **Participação de cuidadores familiares na recuperação/comunicação da cognição com base na intervenção cognitiva dinâmica.** In: KATZ, N. Neurociência, reabilitação cognitiva e modelos de intervenção em terapia ocupacional. 3 ed. São Paulo: Santos, p.67-86, 2014.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família**. 5 ed. São Paulo (SP): Roca; 2012.

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICO - DADOS DO FAMILIAR CUIDADOR PRINCIPAL

Entrevistador: _____ Data da Entrevista: ___/___/_____
Local entrevista: _____
Iniciais do nome: _____ Número do formulário: _____
Nascimento: …./...../.....

1- Sexo cuidador:	( ) 1. Masculino ( ) 2. Feminino
2- Sexo do paciente:	( ) 1. Masculino ( ) 2. Feminino
3- Idade do cuidador:	_____ anos
4- Estado civil do cuidador:	( ) 1. Solteiro(a) ( ) 2. União estável ( ) 3. Viúvo(a) ( ) 4. Casado(a) ( ) 5. Separado(a) / Divorciado
5- Renda familiar (n° salários mínimos):	( ) 1. Menos de 1 salário ( ) 2. 1 salário ( ) 3. Mais de 1 salário ( ) 4. 2 salários ( ) 5. Mais de 2 salários ( ) 6. 3 salários ou mais
6- Alguém lhe ajuda a cuidar de seu familiar?	( ) 1. Sim ( ) 2. não ( ) 3. às vezes
7- Existem outras pessoas na casa ou na sua família que possuem outras doenças que necessitam de sua ajuda?	( ) 1. sim ( ) 2. não
8- Quantas pessoas moram na casa contando com você?	_____ **pessoas**
9- Há crianças morando na mesma casa?	( ) 1. sim ( ) 2. Não
10- Qual é o seu parentesco com o paciente?	( ) 1. Mãe ( ) 2.pai ( ) 3. irmão(ã) ( ) 4. cônjuge ( ) 5. filho(a) ( ) 6. outra_____
11- O paciente tem alguma renda própria (ele(a) recebe algum dinheiro?)?	( ) 1. sim ( ) 2. não
12- Tipo de residência em que mora:	( ) 1. própria ( ) 2. alugada ( ) 3. cedida por familiar ( ) 4. outro tipo
13- O paciente faz alguma coisa dentro de casa?	( ) 1. sim ( ) 2. Não
14- Há quanto tempo você cuida de seu familiar?	_____
15- Você frequentou ou frequenta a Escola?	( ) 1. sim ( ) 2. Não
16- Quantos anos estudou?	_____ anos
17- Você trabalha atualmente?	( ) 1. sim ( ) 2. Não
18- Se não trabalha:	( ) 1. aposentado ( ) 2. está estudando

	( ) 3. dona de casa (do lar) ( ) 4. Desempregado
19- Você tem alguma atividade de lazer Dentro de casa (ex .ver TV, ouvir radio, descansar, fazer alguma outra coisa)?	( ) 1.sim ( ) 2.não
20- Você tem alguma atividade de lazer fora de casa (ex. sair para passear, ir a igreja, fazer algum outra coisa)?	( ) 1.sim ( ) 2.não
21- Você sente alguma satisfação em cuidar de seu familiar?	( ) 1. nenhuma satisfação ( ) 2. um pouco de satisfação ( ) 3. muita satisfação
22- Você tem algum problema de saúde?	( ) 1. sim ( ) 2. Não
23- Você faz algum tratamento de saúde para este problema?	( ) 1. sim ( ) 2. Não
24- Você acredita que seu familiar conseguiria controlar seus comportamentos problemáticos se ele quisesse?	( ) 1. sim ( ) 2. Não
25- O que você acha da sua relação com seu familiar? Você acha que é :	( ) 1. muito ruim ( ) 2. ruim ( ) 3. boa ( ) 4. muito boa
26- seu familiar está trabalhando?	( ) 1. sim ( ) 2. Não 3. ( ) aposentado/benefício
27- Quais são os comportamentos de seu familiar que lhe incomodam mais?	( ) 1.agressividade física ( ) 2.problema de sexualidade ( ) 3.quebra objetos ( ) 4.ameaças, agressão verbal ( ) 5.pede atenção demais ( ) 6.agitação ( ) 7.recusar o remédio ( ) 8.crises de nervo ( ) 9.falta de higiene ( ) 10.falar sozinho ( ) 11.fumar demais ( ) 12.outros
28- você já recebeu alguma orientação sobre a doença de seu familiar por parte de um profissional de saúde?	1. ( ) sim 2. ( ) não
29- Quais as Estratégias Educativas foram utilizadas? (Pode marcar mais de uma alternativa):	1. ( ) orientações individualizadas 2. ( ) palestras em grupo 3. ( ) grupos de familiares 4. ( ) grupo terapêutico 5. ( ) outros: _____
30- Quais Ferramenta educativa utilizada na orientação? (Pode marcar mais de uma alternativa):	1. ( ) cartilha 2. ( ) folheto 3. ( ) vídeo 4. ( ) orientação verbal 5. ( ) outros: _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada **FUNCIONALIDADE FAMILIAR E A SOBRECARGA DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Jaciquely José da Costa Andrade**, com endereço residêncial na rua São Francisco de Assis, n° 58, bairro Alto José Leal, Vitória de Santo Antão- PE, CEP 55608-220, Telefone do pesquisador: (81) 992576137 e e-mail: jaciquelyjca@gmail.com.

Esta pesquisa está sob a orientação de Ana Marcia Tenório De Souza Cavalcanti Telefone: (81) 987025150, e-mail: anapopita@gmail.com e Iracema da S. Frazão, Telefone: (81) 991275964, e-mail: isfrazao@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Percebe-se a importância da participação da família, a escuta qualificada e um acolhimento adequado desses cuidadores para um maior sucesso no tratamento e inserção social dos usuários que apresentam transtorno mental, avaliando suas necessidades e angústias relacionadas a esse cuidar. Por isso será desenvolvido um estudo para avaliar a sobrecarga e o funcionamento familiar dos responsáveis pelo cuidado de usuários com diagnóstico de

transtorno mental que são acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os participantes serão selecionados a partir de registros no CAPS lócus da pesquisa à medida que atenderem aos critérios de inclusão. Os dados serão coletados por meio de entrevista pelo pesquisador. Os dados serão coletados em um único encontro com o participante, no período de março a abril de 2019.

Os riscos que podem estar envolvidos na pesquisa são: o familiar pode se sentir constrangido e/ou incomodado com alguma pergunta ou intervenção. Para minimizar, a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, será realizada individualmente e em um ambiente reservado. Você poderá interromper ou se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem comprometer a continuidade do tratamento fornecido para seu familiar pelos serviços de saúde envolvidos. Pode existir o risco de quebra de sigilo e perda de dados relacionados ao paciente. Para minimizar e/ou evitar esse risco será garantido total sigilo dos dados coletados pelo pesquisador por meio de coleta de dados em local privado e apenas o pesquisador terá acesso a esses dados. Além disso, a guarda e manuseio do material coletado ficará sob responsabilidade do pesquisador para evitar possíveis perdas.

Os benefícios da pesquisa consistem na avaliação da sobrecarga dos familiares responsáveis pelo cuidado de pacientes com transtorno mental e sua influência na funcionalidade familiar. Visando um melhor acompanhamento desses familiares, não só no aspecto físico, mas, sobretudo, quanto ao aspecto psicossocial.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa durante a entrevista por meio de questionários, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n -1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 -e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____

(Assinatura do pesquisador**)**

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **FUNCIONALIDADE FAMILIAR E A SOBRECARGA DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

_____

Local e data

Impressão digital

_____

Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA

Prefeitura da Vitória de Santo Antão
Secretaria Municipal de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde, sediada na Rua Henrique de Holanda CEP: 55602-00, na cidade da Vitória de Santo Antão, Estado de Pernambuco, aqui representada por **TERESA CRISTINA PRIORI MUSSALÉM**, atualmente exercendo a função de secretária da saúde do Município da Vitória de Santo Antão, declara ter conhecimento das atividades de pesquisa a serem realizadas, com o uso das Informações coletadas junto as Unidades Básicas de Saúde e o Centro de Atenção Psicossocial em Vitória de Santo Antão- PE, com o objetivo de analisar a associação da sobrecarga do familiar cuidador de pacientes com transtorno mental com a funcionalidade familiar que são acompanhadas nos serviços de Atenção Básica de Saúde, no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019 intitulado FUNCIONALIDADE FAMILIAR E A SOBRECARGA DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL que tem por responsável a estudante Jaciquely José da Costa Andrade, sob orientação da Profª. Dra. Ana Marcia Tenório De Souza Cavalcanti e Profª. Dra. Iracema da Silva Frazão.

Vitória de Santo Antão, _____ de _____ de 2018.

_____

TERESA CRISTINA PRIORI MUSSALÉM

(SECRETáRIA DE SAÚDE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO)

ANEXO B- APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

1	Estou satisfeito (a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
2	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
3	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
4	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
5	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
Pontuação de 7 a10 -Família altamente funcional Pontuação de 5 a 6 -Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 4 -Família com disfunção acentuada			

ANEXO C- ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES - FBIS-BR

Instruções de aplicação

Este questionário tem como objetivo avaliar a experiência dos familiares de pacientes psiquiátricos de cuidar dos seus pacientes e o impacto desta experiência em suas vidas, em termos da sobrecarga sentida por eles.

O questionário deve ser aplicado em situação de entrevista, por um entrevistador previamente treinado. O tempo de aplicação dura aproximadamente 30 minutos. Para a realização da entrevista, uma situação de privacidade deve ser buscada.

O respondente deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento e o destino dos dados obtidos. Deve também se sentir à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação.

Em situações de pesquisa, uma vez que o familiar concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento livre e esclarecido. Durante a entrevista, deve ser enfatizado que o questionário se refere aos últimos 30 dias da vida do paciente, independentemente do local onde o indivíduo se encontre.

O instrumento deve ser respondido em apenas um encontro. Todas as questões do questionário devem ser respondidas. Deve ser enfatizado para o respondente que não há respostas certas nem erradas e que ele deve responder com base em sua própria experiência pessoal, de forma a expressar sinceramente seus sentimentos, com relação à sobrecarga sentida em cuidar do paciente. As respostas de cada item devem ser anotadas no questionário pelo entrevistador.

Os usuários devem ser lembrados de que, usando esta escala não devem modificar as orientações, questões e layout de nenhuma forma.

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).

A1.a	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 Nenhuma vez (PASSE p/ A2a) 2 menos que 1 vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
A1.b	Quanto lhe incomodou ter que ajudar (Nome) ou lembrar–lhe de fazer essas coisas?	1 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 5 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 Nenhuma vez (PASSE P/ A3a) 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
A2b.	Quanto lhe incomodou ter que fazer alguma coisa para (Nome) tomar os remédios dele(a)?	1 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 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?	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 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 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	1 Nenhuma vez (PASSE P/ A5a) 2 menos que uma vez p/

	compras para ele(a)? Foram quantas vezes?	semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
A4b.	Quanto lhe incomodou ter que ajudar, lembrar ou fazer essas coisas para ele(a)?	1 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 muito?
A5a.	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você cozinhou para (Nome) ou o (a) ajudou a preparar as refeições? Foram quantas vezes?	1 Nenhuma vez (PASSE P/ A6a) 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
A5b.	Quanto lhe incomodou ter que cozinhar para (Nome) ou ajudá-lo(a) a preparar as refeições dele(a)?	1 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 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 Nenhuma vez (PASSE P/ A7a) 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
A6b.	Quanto lhe incomodou ter que ajudar a levar (Nome) a algum lugar?	1 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 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 Nenhuma vez (PASSE P/ A8a) 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 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 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 muito?
A8a.	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou, lembrou ou insistiu com (Nome) para ele(a) se ocupar	1 Nenhuma vez (PASSE P/ A9a)

	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?	2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
A8b.	Quanto lhe incomodou ter que ajudar ou lembrar (Nome) a se ocupar com alguma coisa?	1 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 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 Nenhuma vez (PASSE P/ B1a) 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 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 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 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 Nenhuma vez (PASSE P/ B2a) 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
B1b.	Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento desconcertante de (Nome)?	1 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 muito?
B2a.	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou	1 Nenhuma vez (PASSE P/ B3a)

	evitar ou impedir que (Nome) ficasse exigindo demais sua atenção ou você teve que lidar com este comportamento ou suas consequências? Foram quantas vezes?	2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 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 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 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 Nenhuma vez (PASSE P/ B4a) 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
B3b.	Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento perturbador de (Nome)?	1 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 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 Nenhuma vez (PASSE P/ B5a) 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
B4b.	Quanto lhe incomodou ter que fazer isso?	1 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 muito?
B5a.	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de falar em morrer, ou de falar em se matar, de ameaçar ou tentar se matar? Foram quantas vezes?	1 Nenhuma vez (PASSE P/ B6a) 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
B5b.	Quanto lhe incomodou estas conversas, ameaças ou tentativas de (Nome) de se matar ou de falar em morrer?	1 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 muito?
B7a.	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou	1 Nenhuma vez (PASSE P/

	evitar ou impedir que (Nome) comesse ou bebesse demais (bebidas não alcoólicas, ex. café, xaropes, etc.) ou fumasse demais? Foram quantas vezes?	B8a) 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
B7b.	Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento de (Nome)?	1 Nem um pouco 2 muito pouco 3 um pouco 4 muito?

PARTE C- GASTOS FINANCEIROS

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 Nenhuma vez 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os 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 Nenhuma vez 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?
D1c.	Nos últimos 30 dias, quantas vezes os seus serviços de casa ou a rotina da casa foi alterada ou	1 Nenhuma vez 2 menos que uma vez p/

	perturbada porque você teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?	semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os 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 Nenhuma vez 2 menos que uma vez p/ semana 3 1 ou 2 vezes p/ semana 4 de 3 a 6 vezes p/ semana 5 Todos os dias?

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 nunca 2 raramente 3 às vezes 4 frequentemente 5sempre 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 nunca 2 raramente 3 às vezes 4 frequentemente 5sempre 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 nunca 2 raramente 3 às vezes 4 frequentemente 5sempre ou quase

		sempre?
E4.	Você fica preocupado(a) com a saúde física de (Nome)? (ex. dores, doenças, etc.)	1 nunca 2 raramente 3 às vezes 4 frequentemente 5sempre ou quase sempre?
E5.	Você fica preocupado(a) com as condições de moradia atual de (Nome)?	1 nunca 2 raramente 3 às vezes 4 frequentemente 5sempre ou quase sempre?
E6.	Você fica preocupado(a) ao pensar como (Nome) faria para sobreviver financeiramente se não houvesse você para ajudá-lo?	1 nunca 2 raramente 3 às vezes 4 frequentemente 5sempre ou quase sempre?
E7.	Você fica preocupado(a) com o futuro de (Nome)?	1 nunca 2 raramente 3 às vezes 4 frequentemente 5sempre ou quase sempre?

ANEXO D- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CAMPUS RECIFE -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FUNCIONALIDADE FAMILIAR E A SOBRECARGA DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Pesquisador: Jaciquely Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05751219.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.215.365

Apresentação do Projeto:

A pesquisa refere-se a uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPE, da pesquisadora Jaciquely José da Costa Andrade, sob orientação da Profª. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti e Coorientação da Profª. Dra. Iracema da Silva Frazão. A pesquisa investigará a funcionalidade familiar de pessoas com transtorno mental acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Vitória de Santo Antão. O foco do estudo são os familiares e a sobrecarga desses cuidadores.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: Analisar a relação entre funcionalidade familiar e sobrecarga do cuidador da pessoa com transtorno mental. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Verificar o nível de sobrecarga familiar do cuidador de pessoas com transtorno mental; • Descrever os fatores relacionados a sobrecarga familiar do cuidador de pessoas com transtorno mental; • Identificar a funcionalidade familiar do cuidador de pessoas com transtorno mental; • Avaliar a relação entre o escore total da escala de funcionalidade familiar APGAR de família e o escore total da escala de sobrecarga FBIS-BR.• Analisar a disfunção familiar das famílias com sobrecarga, através do genograma.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na 2ª versão apresentada os riscos e benefícios foram descritos e as alternativas para minimizar estão apresentadas de forma suficiente. Como riscos envolvidos na pesquisa são: o familiar pode

ANEXO D- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

se sentir constrangido e/ou incomodado com alguma pergunta ou intervenção. Para minimizar, a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, será realizada individualmente e em um ambiente reservado. Ele poderá interromper ou se retirar da pesquisa a qualquer momento, com a garantia de que não haverá nenhum prejuízo a continuidade do tratamento do seu familiar pelos serviços de saúde envolvidos. A pesquisadora está ciente de que existe ainda o risco de quebra de sigilo e perda de dados relacionados ao paciente. Para minimizar esses riscos será garantido total sigilo dos dados coletados pelo pesquisador por meio de coleta de
dados em local privado e apenas o pesquisador responsável terá acesso aos mesmos. Além disso, a guarda e manuseio do material coletado ficará sob responsabilidade do pesquisador para evitar possíveis extravios.
Em relação aos benefícios, os familiares cuidadores terão uma oportunidade para
refletir e avaliar as relações familiares com o membro em tratamento, podendo se beneficiar com melhorias nas relações intrafamiliares. Além disso, será compartilhada com a unidade de saúde a proposta de sistematização de uma avaliação acerca da sobrecarga do familiar e da funcionalidade familiar. A instituição poderá otimizar as ações terapêuticas oferecidas, englobando de forma mais efetiva a participação dos familiares, atendendo suas demandas específicas, repercutindo diretamente na qualidade do serviço prestado aos familiares e consequentemente evitando seu
adoecimento. O conhecimento científico produzido será divulgado e poderá ser aplicado em outros serviços, servindo como base para diferentes intervenções e para capacitação de profissionais envolvidos no cuidado na área da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e aborda uma população que sofre um desgaste físico e emocional e nem sempre é estudada ou considerada nos serviços de saúde. A medida que gera conhecimento e reflexão para os familiares e profissionais do serviço, o produto da pesquisa abre possibilidades de melhor assistência aos usuários e familiares dos serviços de saúde que cuidam do transtorno mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de Apresentação obrigatória estão contidos e adequados as exigências para pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012).

Recomendações:

Não há recomendações.

ANEXO D- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CAMPUS RECIFE -

Continuação do Parecer: 3.215.368

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

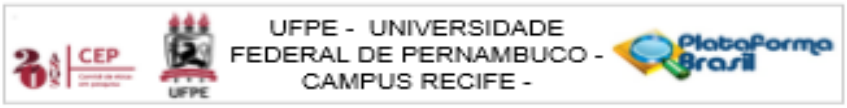
O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1283551.pdf	18/03/2019 19:26:23		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	18/03/2019 19:24:55	Jaciquely Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_corrigido.docx	18/03/2019 19:04:08	Jaciquely Andrade	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO D- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Ausência	TCLE_corrigido.docx	18/03/2019 19:04:08	Jaciquely Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_JACIQUELY_ANDRADE_corrigido.pdf	18/03/2019 18:56:04	Jaciquely Andrade	Aceito
Outros	declaracao_de_vinculo.pdf	09/01/2019 12:25:30	Jaciquely Andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto.pdf	09/01/2019 12:15:03	Jaciquely Andrade	Aceito
Outros	curriculo_2019.pdf	09/01/2019 12:13:27	Jaciquely Andrade	Aceito
Outros	Curriculo_coorientadora.pdf	09/01/2019 12:10:06	Jaciquely Andrade	Aceito
Outros	Curriculo_orientadora.pdf	09/01/2019 12:07:27	Jaciquely Andrade	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	09/01/2019 12:01:59	Jaciquely Andrade	Aceito
Outros	carta_de_anuencia.pdf	09/01/2019 11:50:54	Jaciquely Andrade	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 22 de Março de 2019

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))