

Viviane Porto Tabeleão

**Eficácia do apoio em psicoeducação na redução da
sobrecarga de familiares de portadores de sofrimento
psíquico.**

Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, Dezembro de 2012

Viviane Porto Tabeleão

**Eficácia do apoio em psicoeducação na redução da
sobrecarga de familiares de portadores de sofrimento
psíquico.**

Projeto de pesquisa elaborado
para o Mestrado em Saúde e
Comportamento da UCPEL, sob
a orientação do Prof.^ª Dr.^ª.
Luciana de Ávila Quevedo.

Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, Maio de 2011

Sumário:

PARTE I – PROJETO

I. IDENTIFICAÇÃO

| | |
|--------------------|---|
| 1.1. Título | 5 |
| 1.2. Mestranda | 5 |
| 1.3. Orientador | 5 |
| 1.4. Instituição | 5 |
| 1.5. Colaboradores | 5 |
| 1.6. Data | 5 |

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA 6

| | |
|-----------------|---|
| 2.1. Introdução | 6 |
| 2.2. Objetivos | 8 |
| 2.3. Hipóteses | 8 |

III. REVISÃO DE LITERATURA 9

IV. MÉTODOS 15

| | |
|---|----|
| 4.1. Delineamento | 15 |
| 4.2. População-alvo | 15 |
| 4.3. Amostra | 15 |
| 4.4. Critério de elegibilidade | 15 |
| 4.5. Critério de exclusão | 15 |
| 4.6. Estudo de linha de base | 16 |
| 4.7. Constituição dos grupos | 18 |
| 4.8. Aferição dos desfechos | 19 |
| 4.9. Entrevistadores | 19 |
| 4.10. Processamento e análise dos dados | 19 |
| 4.11. Aspectos éticos | 20 |
| 4.12. Orçamento | 20 |
| 4.13. Cronograma | 21 |

V. REFERÊNCIAS 22

VI. Anexos 24

| | |
|--|----|
| Anexo A: Questionário da linha de base | 24 |
| Anexo B: Consentimento livre e esclarecido | 35 |

| | |
|---|-----|
| Anexo C: Manual para dependentes de álcool/drogas | 36 |
| Anexo D: Manual para Transtorno Bipolar | 46 |
| Anexo E: Manual para Depressão | 58 |
| Anexo F: Manual para Esquizofrenia | 66 |
| Anexo G: Manual para Retardo Mental | 76 |
| PARTE II - ARTIGO | 84 |
| Figura 1 | 96 |
| Tabela 1 | 97 |
| Tabela 2 | 98 |
| Tabela 3 | 99 |
| Tabela 4 | 100 |

PARTE I – PROJETO

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título: Eficácia do apoio em psicoeducação na redução da sobrecarga de familiares de portadores de sofrimento psíquico.

1.2. Mestranda: Viviane Porto Tabeleão

1.3. Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Luciana de Ávila Quevedo

1.4. Instituição: Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

1.5. Colaboradores: Elaine Tomasi

Ricardo Silva

Luciano Souza

Luciana de Ávila Quevedo

1.6. Data: Maio de 2011.

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1. Introdução:

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde^[1], uma em cada quatro pessoas terá algum tipo de sofrimento psíquico ou distúrbio neurológico em algum momento da sua vida. Atualmente, 450 milhões de pessoas são afetadas em todos os países, em todas as idades e um terço de todas as incapacidades são devidas a transtornos psíquicos. Sendo responsáveis por 11,5% da carga global de doenças e por 28% de todos os anos vividos com invalidez, tais transtornos constituem-se em importante problema de saúde pública. Um estudo relatou a possibilidade de estimativas confiáveis da magnitude destes problemas no Brasil^[2].

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passou a tornar-se política pública no Brasil desde os anos 90. Em 2002, ganhou grande impulso com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos, com destaque para a lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e redireciona o modelo de atenção ao indivíduo adoecido mentalmente^[3]. Assim, a reforma psiquiátrica substituiu o antigo modelo de internação asilar, onde o paciente ficava internado, por muitas vezes sem prazo de saída, não participando e perdendo vínculos com a sociedade, inclusive com os próprios familiares. Foram criados serviços substitutivos, entre eles os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), referência de tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros) cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

As conseqüências da reforma psiquiátrica refletem de forma direta sobre a família do portador de sofrimento psíquico (PSP), principalmente sobre as pessoas responsáveis pelo cuidado. Se não é mais aceitável estigmatizar, excluir estes doentes, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução destes às famílias, como se estas fossem, indistintamente, capazes de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, manutenção e cuidado com o

doente mental^[4]. Assim, a sobrecarga está relacionada à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam a vida dos familiares. Frequentemente o transtorno mental surge como um evento imprevisto, que impacta, produz um resultado na organização da família^[5].

Em diferentes contextos, a literatura tem apontado evidências do efeito positivo de estratégias de apoio psicossocial a cuidadores de pessoas com transtornos mentais. A maioria dos autores concorda que o cotidiano destes cuidadores pode afetar negativamente sua qualidade de vida e enunciam o que deve ser feito para minimizar este problema. Entre as recomendações mais citadas, destaca-se a necessidade de apoio profissional, a participação em grupos de auto-ajuda e em entidades associativas, a necessidade de reconhecer os familiares como colaboradores nos tratamentos e a implementação de programas de psicoeducação familiar^[6-12].

A psicoeducação pode ser entendida como a tentativa de implantar, na população-alvo, recursos para lidar com a doença, através do compartilhamento bidirecional de informações relevantes^[13]. Em se tratando de cuidadores de pessoas com sofrimento psíquico, um de seus objetivos seria torná-los colaboradores ativos, aliados dos profissionais envolvidos e, conseqüentemente, tornar o procedimento terapêutico mais efetivo.

Com base em resultados preocupantes, do ponto de vista da magnitude da sobrecarga, encontrada principalmente em um estudo realizado em 2006, em Pelotas, sobre a atenção psicossocial, pretende-se agora investigar a eficácia de uma intervenção em psicoeducação, de modo a contribuir com a qualidade de vida destas famílias, aumentando sua competência social com vistas à promoção da saúde e bem-estar psicológico.

Caso a intervenção se mostre eficaz na redução dos níveis de sobrecarga destes cuidadores, a estruturação deste apoio em psicoeducação poderá ser transformada em um projeto de extensão universitária apoiando as políticas locais de atenção à saúde mental.

2.2. Objetivos:

Avaliar a eficácia do apoio em psicoeducação domiciliar na redução da sobrecarga emocional e de transtornos mentais comuns (TMC) entre familiares responsáveis por portadores de sofrimento psíquico (PSP) atendidos em Centros de Atenção Psicossocial em Pelotas, RS.

Objetivos específicos

1. Caracterizar os níveis de sobrecarga emocional e transtornos mentais comuns entre familiares
2. Descrever as características sociodemográficas e comportamentais da amostra
3. Comparar a prevalência de TMC em familiares/cuidadores com altos e baixos níveis de sobrecarga
4. Verificar o grau de conhecimento do familiar/cuidador sobre a doença
5. Medir mudanças no perfil da sobrecarga após a intervenção

2.3. Hipóteses:

1. Familiares cuidadores de portadores de sofrimento psíquico beneficiados com as visitas de psicoeducação apresentarão menores níveis de sobrecarga e de TMC do que os cuidadores do grupo controle.
2. A amostra será composta em sua maioria por mulheres, com baixo nível socioeconômico.
3. Familiar/ cuidador sobrecarregado tem maior probabilidade de apresentar TMC
4. O familiar/ cuidador tem pouco ou nenhum conhecimento sobre doença mental.

III. REVISÃO DE LITERATURA

Para a revisão, foram utilizados os seguintes limites: humanos, 19 anos e mais, publicações nos últimos 10 anos, idiomas inglês, espanhol e português. As bases consultadas foram a PUBMED e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). O Quadro a seguir apresenta os resultados da busca.

| Base | Descritores | Resumos Encontrados | Resumos Seleccionados | Artigos Incluídos |
|---------------|--|---------------------|-----------------------|-------------------|
| PUBMED | Family burden and mental disease | 730 | | |
| | Family burden and mental disease and clinical trial | 118 | | |
| | Psycho education | 330 | | |
| | Family burden and mental disease and psycho education | 6 | 4 | 4 |
| | Family burden and mental disease and psycho education and clinical trial | 1 | | |
| BVS | Family burden and mental disease | 1709 | | |
| | Family burden and mental disease and clinical trial | 22 | 1 | |
| | Psycho education | 32 | 4 | |
| | Family burden and mental disease and psycho education | | | |
| | Family burden and mental disease and psycho education and clinical trial | | | |
| Outras fontes | Family burden and mental disease and psycho education | 22 | 19 | 17 |

Até o momento foram selecionados para leitura 21 trabalhos e seus principais conteúdos estão apresentados a seguir:

O processo de reforma psiquiátrica inicia-se, nos anos 60, como um movimento contestador da perspectiva que se tinha sobre a doença mental, envolvendo propostas alternativas em relação aos manicômios. O chamado movimento anti-psiquiátrico percorreu vários países, com o intuito de dissolver a barreira entre assistentes e assistidos; abolir a reclusão e repressão imposta ao paciente. Tais propósitos incluíam, ainda, a prática de discussão em grupo, envolvendo uma postura essencialmente interdisciplinar^[3].

A reforma psiquiátrica no Brasil foi estruturada em um processo que incluiu movimentos sociais e políticos, que tinham como proposta principal a reconstrução tanto dos conceitos de saúde em geral, como os de práticas em psiquiatria, em particular. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a *Lei n. 10.216* foi finalmente sancionada pelo Presidente da República em 6 de abril de 2001, lei esta que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A lei sancionada proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos; estabelece que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e, como finalidade primordial, procura a reinserção social do doente mental em seu meio. A internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes^[3].

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade^[4].

Com o fenômeno da reforma, e com os dados do Ministério da Saúde mostrando que a prevalência de transtornos mentais na população está em torno de 21,4%, surgem novos serviços alternativos de tratamento, denominados de CAPS e Hospitais-Dia. Tais serviços são caracterizados como estruturas intermediárias entre a internação integral e

a vida comunitária; são impulsionados pelos projetos de reforma psiquiátrica, que vêm sendo implementados em grande parte dos Estados brasileiros. Como resultado dessa nova política, o número de leitos em hospitais psiquiátricos vem apresentando um declínio contínuo no Brasil. Simultaneamente à diminuição de leitos hospitalares, tem ocorrido a ampliação dos CAPS. Em 1996, havia 154 deles e, em 2002, projetava-se um crescimento para 424, representando um aumento da ordem de 175%^[3].

Com isso a reforma psiquiátrica implica numa progressiva mudança de mentalidade e comportamento da sociedade para com o doente mental. Exige revisões das práticas de saúde mental em todos os níveis e posturas mais críticas dos órgãos formadores de profissionais, principalmente, os da saúde e da educação^[4].

Com o retorno dos doentes para seus familiares e a comunidade, percebe-se um despreparo nessa recepção e no cuidado. Tornar-se cuidador de um paciente psiquiátrico pode gerar sobrecarga, porque constitui uma quebra no ciclo esperado de vida, pressupondo que pessoas adultas sejam independentes. Além disso, cuidar de um paciente psiquiátrico exige que todos familiares coloquem suas necessidades e desejos em segundo plano e concentrem sua vida em função dos desejos e necessidades do paciente. Passa a fazer parte da rotina familiar necessidades básicas do paciente, coordenação das suas atividades diárias, administração da medicação, acompanhamento aos serviços de saúde, lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecer-lhes suporte social, arcar com seus gastos e superar as dificuldades dessas tarefas e seu impacto na vida social e profissional do familiar.

Estudos mostram que a elevada sobrecarga dos cuidadores de pacientes psiquiátricos pode contribuir para que eles desenvolvam transtornos psicopatológicos, sendo o transtorno depressivo o mais freqüente, também sentem uma maior necessidade de receber apoio de profissionais de saúde^[14-16].

O termo sobrecarga da família tem sido definido em dois aspectos: objetivo e subjetivo. A sobrecarga objetiva se refere às conseqüências negativas, concretas e observáveis, resultantes da presença da doença mental na família, tais como, perturbações na rotina, na vida social e profissional dos familiares, perdas financeiras, tarefas diárias exercidas para cuidar de todos os aspectos da vida do paciente (higiene, transporte, medicação, alimentação, lazer, etc.), perturbações nas relações entre os

membros da família, ocorrência de comportamentos problemáticos com os quais os familiares precisam lidar na tentativa de evitá-los ou de lidar com suas conseqüências (comportamentos embaraçosos, agressões físicas e verbais, condutas sexuais, etc.) e o suporte dado ao paciente. O aspecto subjetivo da sobrecarga se refere à percepção ou avaliação pessoal do familiar sobre a situação, sua reação emocional e seu sentimento de estar sofrendo uma sobrecarga atribuída por ele à presença do doente mental na família. Este aspecto se refere ao grau em que os familiares percebem a presença, os comportamentos e a dependência dos pacientes como uma fonte de pensamentos e sentimentos negativos, preocupações e/ou tensão psicológicas^[14].

Estudo realizado em três capitais brasileiras estimou que as prevalências de pelo menos um diagnóstico do DSM-III foram de 61% em Brasília, 35% em São Paulo e 52% em Porto Alegre^[17].

Em 2006, realizou-se em Pelotas um estudo sobre a atenção psicossocial, incluindo uma caracterização dos cuidadores de usuários de CAPS. Quase todos (96%) os responsáveis pelos usuários dos CAPS eram seus familiares, com destaque para cônjuges (32%), mães (26%) e filhos (19%). O hábito de fumar foi citado por 27% dos entrevistados e 22% afirmou ser ex-fumante. Um quinto afirmou ter ingerido bebida alcoólica nos últimos 30 dias, dos quais 15% foram classificados como dependentes pelo teste CAGE. Um quarto (26%) afirmou ter “problemas de nervos” e outros 14% já os tiveram, totalizando 40%. Quase a metade referiu outros problemas de saúde (46%), com destaque para a hipertensão (28,6%), outros problemas do aparelho cardiocirculatório (14,1%) e os problemas osteomusculares (13,2%)^[18].

As famílias tinham, em média, 2,6 membros e 23% era constituída por quatro ou mais moradores. Renda mensal per capita de até meio salário mínimo foi informada por 31% das famílias. Cerca de um terço afirmou que se ocupa muito do usuário do CAPS, fora os períodos de crise, e acredita que o sofrimento psíquico de seu familiar lhe trouxe algum problema de saúde. A presença de transtornos mentais comuns (TMC), medida através do SRQ-20, foi de 41% e o escore médio de sobrecarga pela escala ZBI foi de 23,4 pontos (d.p.=15,6). Os 354 cuidadores que possivelmente apresentaram TMC tiveram maior média na pontuação de sobrecarga (31,6; dp=16,9) do que os cuidadores que não foram classificados como possíveis casos (17,8; dp=11,7) As diferenças entre

estas médias foram estatisticamente significativas ($t=12,9$; diferença = 13,8 pontos; I.C.95% 11,7-15,9; $p=0,000$);^[18].

Intervenções familiares tem se mostrado eficazes na diminuição da sobrecarga, inclusive daqueles cuidadores de pacientes crônicos, como por exemplo, os esquizofrênicos que possuem estimativas na população geral em torno de 1%. Estudos também revelam que cuidadores sobrecarregados tem tendência a cuidar mal de seus familiares o que aumenta a taxa de recaída dos doentes^[16,17,19].

As intervenções também tem se mostrado eficazes naqueles com transtorno psico-afetivos, como os bipolares que possuem uma estimativa de atingirem 3 a 6% da população^[20,21].

O Quadro a seguir sistematiza os principais trabalhos encontrados nesta revisão.

| AUTOR, PAÍS, ANO | DELINEAMENTO | POPULAÇÃO ESTUDADA | INSTRUMENTO | PRINCIPAIS RESULTADOS | OBSERVAÇÕES E LIMITAÇÕES |
|---------------------------------------|----------------------------------|---|--|--|--|
| Barroso, S et al. Brasil (2007) | Estudo Descritivo | 150 familiares de pacientes psiquiátricos | Escala de Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos (FBIS-BR) e questionário sociodemográfico e clínico | -Elevada sobrecarga objetiva e subjetiva. -Elevado grau de incomodo ao supervisionar comportamentos problemáticos. -Mães como principais cuidadoras e mais sobrecarregadas que outros. | Por ser um artigo descritivo, não analisa as variáveis associadas ao grau de sobrecarga dos familiares. |
| Albuquerque, EP; et al. Brasil (2010) | Estudo Transversal correlacional | -90 familiares, divididos em 3 grupos | Versão brasileira da escala <i>Family Burden Interview Schedule</i> (FBIS) | - Sentem maior sobrecarga quando se referem a frequência de assistência ao paciente na vida cotidiana. - Elevado grau de incomodo ao supervisionar comportamentos problemáticos. -Pais como principais cuidadores. | -Amostra não foi selecionada aleatoriamente. -Não foi computado o número de sujeitos eliminados em função dos critérios de exclusão. -Impossibilidade de igualar os grupos com relação a todas as variáveis analisadas. |
| Maldonado, et al. Espanha (2007) | Ensaio clinico | -45 cuidadores, 22 grupo intervenção e 23 no grupo controle | Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS) | - Cuidadores de pacientes com esquizofrenia tem um elevado nível de sobrecarga, independente do parentesco. -Psicoeducação se mostrou significativamente eficaz principalmente na redução de sentimentos negativos | -A eficácia da psicoeducação foi afetada pois alguns cuidadores tiveram problemas de logística. - A escala utilizada não é especifica para pacientes esquizofrênicos. |

IV. MÉTODOS

4.1. Delineamento:

O estudo será do tipo experimental, configurando-se como uma intervenção em ensaio randomizado.

4.2. População-alvo:

A população-alvo do estudo será constituída de familiares responsáveis pelos cuidados domiciliares de portadores de sofrimento psíquico em atendimento nos CAPS do município.

4.3. Amostra:

Para detectar uma redução média de 20% na pontuação da sobrecarga, com *alfa* de 5% e *beta* de 20%, seriam necessários 130 cuidadores em cada grupo. Para detectar uma redução de 15 pontos percentuais na prevalência de TMC, de 40% para 25%, seriam necessários 165 cuidadores em cada grupo. Como o estudo anterior identificou 40% dos cuidadores com TMC, estima-se que, ao entrevistar 800 cuidadores, mantendo-se a estimativa de TMC, em torno de 320 pessoas seriam elegíveis para o estudo, 160 em cada grupo.

4.4. Critério de elegibilidade:

Serão elegíveis os cuidadores que pontuarem sobrecarga através do *Zarit Burden Interview* (ZBI) e apresentem transtornos mentais comuns (TMC), de acordo com o teste *SRQ-20*, aferido no estudo de linha de base, e que aceitem participar do estudo.

4.5. Critério de exclusão:

Serão excluídos do estudo os cuidadores com dificuldades de entendimento dos instrumentos e com risco de suicídio que serão encaminhados para o Campus da Saúde da Universidade Católica de pelotas.

4.6. Estudo de linha de base:

4.6.1. Instrumentos

Neste estudo, a sobrecarga do cuidador será aferida através da escala *Zarit Burden Interview* (ZBI), desenvolvida por Zarit & Zarit, com versão brasileira de Scazuca. A escala avalia a sobrecarga em cuidadores informais de indivíduos com transtornos mentais ou com doenças físicas e mede o quanto as atividades do cuidado têm impacto sobre a vida social, o bem-estar físico e emocional e as finanças do cuidador^[22].

Além disso, também será analisada a presença de transtornos mentais comuns através do *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). Validado no Brasil por Mari e Williams (1986), o instrumento permite fazer o rastreamento de distúrbios psiquiátricos menores (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia)^[23].

Para avaliar desesperança e risco de suicídio será utilizada a MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). A MINI é uma entrevista semi-estruturada breve com validade e fidedignidade adequadas. A versão utilizada será a do MINI 5.0 em português que foi desenvolvida para a utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos. O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes com a sessão sobre suicídio no MINI avalia o risco de suicídio, que inclui tanto a ideação quanto a tentativa de suicídio, e é composta pelas seguintes questões: Durante o último mês: 1) Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?; 2) Quis fazer mal a si mesmo(a)?; 3) Pensou em suicidar-se?; 4) Pensou numa maneira de se suicidar?; 5) Tentou o suicídio? e 6) Já fez alguma tentativa de suicídio? O risco de suicídio varia de baixo, moderado e alto. Para as análises destes estudos, será criada uma variável presença ou ausência de risco de suicídio^[24].

Para avaliar a classificação socioeconômica das amostras foram utilizados os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Essa classificação é baseada no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, classificando os sujeitos em cinco níveis (A, B, C, D e E) Neste estudo, a ABEP será dividida em três grupos (A e B, C, D e E)^[25].

4.6.2. Logística

A partir dos endereços dos usuários obtidos nos registros dos CAPS, todos os cuidadores serão visitados para uma entrevista de linha de base, quando serão coletadas, além dos dados de identificação e sociodemográficos, e os instrumentos acima citados, informações relativas a:

- Conhecimento sobre o transtorno do seu familiar
- História familiar de sofrimento psíquico
- Uso de medicamentos e outros recursos terapêuticos
- Frequência ao CAPS e participação no tratamento de seu familiar
- Morbidade psíquica e utilização de serviços de saúde
- Estrutura familiar e demandas originadas pela convivência como o PSP: cuidados diários
- Distúrbios do sono e da alimentação
- Espiritualidade
- Apoio social
- Atenção integral ao usuário

4.6.3. Classificação das variáveis

Variável dependente:

- Sobrecarga emocional

Variáveis independentes:

- Classificação socioeconômica (ordinal);
- Idade (ordinal);
- Sexo (dicotômica);
- Conhecimento sobre o transtorno do seu familiar (nominal);
- História familiar de sofrimento psíquico (nominal);
- Uso de medicamentos e outros recursos terapêuticos (nominal);
- Frequência ao CAPS e participação no tratamento de seu familiar (contínua);
- Morbidade psíquica e utilização de serviços de saúde (nominal);
- Estrutura familiar e demandas originadas pela convivência como o PSP: cuidados diários (nominal);
- Distúrbios do sono e da alimentação (dicotômica);

- Espiritualidade (ordinal);
- Apoio social (ordinal);
- Desesperança e risco de suicídio (dicotômica);
- Atenção integral ao usuário (ordinal);
- TMC (dicotômica)

4.7. Constituição dos grupos:

4.7.1. Grupo intervenção:

Será formado por metade dos cuidadores identificados como positivos pelo teste SRQ-20, alocado aleatoriamente conforme o último dígito (par ou ímpar) no número de identificação no estudo. Este grupo está estimado em 160 sujeitos.

A intervenção terá a duração de dois meses e será constituída de oito visitas domiciliares semanais realizadas por graduandos do curso de Psicologia da UCPel, devidamente capacitados e aqui denominados de “apoiadores”, com abordagem dos seguintes tópicos:

- Esclarecimentos sobre o tipo de sofrimento psíquico do familiar
- Apoio emocional (escuta dos relatos)
- Estímulo à autonomia do portador de sofrimento psíquico
- Condutas por ocasião de crises / agravamento dos sintomas
- Relacionamentos familiares e círculo de amizades
- Atividades de lazer
- Espiritualidade
- Distribuição dos cuidados no grupo familiar e de vizinhos e amigos
- Identificação de recursos e equipamentos sociais para garantia dos direitos e o pleno exercício da cidadania.

Além dos conteúdos específicos da intervenção, em cada visita, os familiares serão questionados sobre intercorrências clínicas e psíquicas e uso de medicamentos e outros recursos terapêuticos.

Estimando-se que cada apoiador seja responsável por 10 cuidadores a cada dois meses, serão necessárias 8 (oito) pessoas para a realização da intervenção. Assim, em quatro meses de intervenção espera-se atingir a amostra necessária. Todos os apoiadores estarão “cegos” quanto aos

objetivos do estudo e quanto à presença ou ausência de sobrecarga emocional e TMC entre cuidadores.

Os apoiadores serão supervisionados semanalmente por profissionais psicólogos e com experiência em psicoeducação.

4.7.2. Grupo controle:

Será formado por metade dos cuidadores positivos no teste SRQ, que estarão expostos apenas ao apoio obtido junto aos CAPS. Este grupo também está estimado em 160 sujeitos.

4.8. Aferição dos desfechos:

Após as oito visitas semanais aos sujeitos do grupo intervenção, será realizada uma entrevista domiciliar de avaliação com todos os sujeitos incluídos no estudo (grupos intervenção e controle) para aferição dos desfechos, ou seja, os níveis de sobrecarga (ZBI) e de TMC (SRQ-20). A utilização de dois desfechos está proposta como forma de aumentar a validade interna dos achados. Uma vez que ambas as medidas apresentaram boa correlação no estudo anterior, acredita-se que não haverá grande chance de que os resultados das duas medidas sejam contraditórios.

4.9. Entrevistadores:

As entrevistas de linha de base e de avaliação final serão realizadas por estudantes de Psicologia vinculados à disciplina de Trabalho de Conclusão em Psicologia I e devidamente capacitados. Os entrevistadores que farão as entrevistas na linha de base e na avaliação final não serão os apoiadores que farão a intervenção e todos estarão “cegos” quanto aos objetivos do estudo.

4.10. Processamento e análise dos dados:

Os questionários serão codificados, revisados e duplamente digitados no programa EPI-INFO 6.04d, com programação de amplitude e consistência para a entrada dos dados. A análise final se dará pela comparação da ocorrência dos desfechos entre os grupos intervenção e controle, calculado o risco relativo e o intervalo de confiança de 95%, com nível de significância de 5%. As perdas serão consideradas na análise por intenção de tratar.

Em função da alocação aleatória para os grupos intervenção e controle, estima-se alcançar a comparabilidade necessária de modo a não confundir o efeito da intervenção sobre os desfechos. A distribuição de todas as variáveis potencialmente confundidoras será investigada através do teste do qui-quadrado – para proporções – e dos testes t e F – para médias.

4.11. Aspectos éticos:

A proposta envolve exclusivamente a realização de visitas domiciliares, com entrevistas e aplicação de questionários, não incluindo coleta de material biológico. Esta característica torna o estudo de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde na publicação “*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*” (CIOMS, 1993).

A participação dos indivíduos no estudo ocorrerá através de assinatura a termo de consentimento informado. A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar serão plenamente garantidos.

A proposta de pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, de forma a se adequar às Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Resolução CNS 196/96 - (Brasil, MS, 1996).

4.12. Orçamento:

| Item | Descrição | Fonte | R\$ |
|-----------------------------|--|-------------------------|------------------|
| Material de consumo | Pranchetas, lápis, borracha, apontadores, cliques, folhas A4 | Coordenação da pesquisa | 300,00 |
| Reprodução de questionários | Para estudo linha de base e de avaliação | Curso de Psicologia | 760,00 |
| Vales-transporte | Para estudo de intervenção | Bolsistas | 2.500,00 |
| Bolsas | 8 bolsistas para a intervenção | UCPEL e CNPq | 14.400,00 |
| | 1 bolsista – mestranda em Saúde e Comportamento | CNPq | 28.800,00 |
| Total | | | 46.760,00 |

4.13. Cronograma:

| Atividades | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Revisão de literatura | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | | | | |
| Identificação dos endereços nos CAPS | | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparação e teste do instrumento de linha de base | | | | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estudo-piloto | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estudo de linha de base | | | | | | | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparação da intervenção | | | | | | | | | | | | x | x | | | | | | | | | | | | |
| Visitas de intervenção | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | | | | | |
| Preparação e teste do instrumento de avaliação | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | | | | | | |
| Estudo de avaliação | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | |
| Análises finais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | | | |
| Relatório final e redação de artigos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | |

* O mês 1 refere-se a Agosto/ 2010.

V. REFERÊNCIAS:

- [1] OMS OMdS. Relatório de Saúde Mundial. 2001.
- [2] Andreoli S, Almeida Filho N, Coutinho ES, Maria JJ. Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):475-83.
- [3] Antunes SMMO, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):207-15.
- [4] Gonçalves AM, Sena RR. A Reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na Família. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2001;9(2).
- [5] Rosa L. Transtorno Mental e o Cuidado na Família. Rio de Janeiro: Cortez 2003.
- [6] Angermeyer MC, Kilian K. Quality of life of spouses of mentally ill people. *Int J Psychiatry Med*. 2006;52(3):278-85.
- [7] Biebel K, Nicholson J. The responsiveness of State Mental Health Authorities to parents with mental illness. *Adm Policy Ment Health*. 2004;32(1):31-48.
- [8] Brand U. Mental health care in Germany: carers' perspectives. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(410):35-40.
- [9] Dixon L, McFarlane WR. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv*. 2001;52(7):903-10.
- [10] Greenberg JS, Greenley JR. Do mental health services reduce distress in families of people with serious mental illness? *Psychiatr Rehabil J*. 1997;21(1):40-50.
- [11] Mello R. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. *Rev Enferm UERJ*. 2005;13(3):390-5.
- [12] Pegoraro RF, Caldana RHL, 2006; 11(3): 569-77. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicol Estud*. 2006;11(3):569-77.
- [13] Callahan MA, Bauer MS. Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*. 1999;22:675-88.
- [14] Bandeira M, Barroso S. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(1):34-6.
- [15] Albuquerque EPT, Cintra AMO, Bandeira M. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(4):308-16.
- [16] Maldonado JG, Uri'zar AC. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*. 2007;16:739-47.
- [17] Pádua AC, Gama CS, Lobato MIR, Abreu PSB. Esquizofrenia. In: AV C, ed. *Psicofármacos - baseado em evidências*. São Paulo: Artmed 2005.
- [18] Tomasi E, Rodrigues J, Feijó G, Facchini LA, Piccini R, Thumé E, et al. Sobrecarga em familiares portadores de sofrimento psíquico que frequentam os Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*. 2010;34(84):159-67.
- [19] Chow W, Law S, Andermann L, Yang J, Leszcz M, Wong J, et al. Multi-Family Psycho-Education Group for Assertive Community Treatment Clients and Families of Culturally Diverse. *Community Ment Health J*. 2010;46:364-71.
- [20] Reinares M, Vieta E, Colom F, Martí'nez-Ara'n A, Torrent C, Comes M, et al. Impact of a Psychoeducational Family Intervention on Caregivers of Stabilized Bipolar Patients. *Psychother Psychosom*. 2004;73:312-9.
- [21] Shansis FM, Cordioli AV. Transtornos do espectro do humor bipolar. In: C A, ed. *Psicofármacos - baseado em evidências*. São Paulo: Artmed 2005.
- [22] Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in caregivers of people with mental illness. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(1):12-7.

- [23] Mari JJ, Williams PA. Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire in Primary Care in the City of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148(23-26).
- [24] Amorim P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15.
- [25] Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica, Brasil. 2009 [cited 2009 20/09]; Available from: www.abep.org

VI. ANEXOS

Anexo A – Questionário da Linha de Base

PROJETO CUIDADORES / CAPS

QUESTIONÁRIO INICIAL

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento - Escola de Psicologia - UCPEL

| | | |
|--|--|-----------|
| CAPS _____ | | caps __ |
| Número do questionário: _____ | | nu _____ |
| Nome do usuário: _____ | | |
| Nome do familiar / cuidador: _____ | | |
| Endereço: _____ _____ | | |
| Bairro: _____ | | |
| Telefones: _____ / _____ / _____ | | |
| <i>BOM DIA (BOA TARDE). MEU NOME É _____ E ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA SOBRE AS PESSOAS QUE SÃO RESPONSÁVEIS POR QUEM ESTÁ SE TRATANDO NOS CAPS AQUI DE PELOTAS.</i> | | |
| 1. O (a) Sr(a) <NOME DO FAMILIAR / CUIDADOR> mora aqui? Ele (a) é o responsável pelo <USUÁRIO>? (1) Sim, é responsável e mora (2) Sim, mora mas não é mais o responsável (ATUALIZAR CABEÇALHO) (3) Não, não mora aqui mas é o(a) responsável (ATUALIZAR CABEÇALHO) (4) Não, não mora e não é mais o responsável (ATUALIZAR CABEÇALHO) | | situac __ |
| AO ENCONTRAR O RESPONSÁVEL: SE O SR(A) ESTÁ DE ACORDO EM CONVERSAR, GOSTARIA DE FAZER UMAS PERGUNTAS. OS RESULTADOS DESTA PESQUISA PODEM AJUDAR A MELHORAR OS ATENDIMENTOS QUE SÃO FEITOS NOS CAPS E AJUDAR MUITAS PESSOAS (APRESENTAR TERMO DE CONSENTIMENTO). | | |
| 2. (OBSERVAR): Sexo do(a) entrevistado(a): (1) Feminino (2) Masculino | | sexo __ |
| 3. (OBSERVAR): Cor do(a) entrevistado(a): (1) branca (2) parda / mestiça (3) preta (4) outra: _____ | | cor __ |
| DAQUI EM DIANTE SUBSTITUIR < USUÁRIO(A)> PELO NOME DO(A) USUÁRIO(A) | | |

4. O(A) Sr(a) é parente de < USUÁRIO(A) >? (1) Sim (2) Não **PULAR PARA 6** parente __
5. **SE É PARENTE:** O que o(a) sr(a) é de < USUÁRIO(A) >:
 (01) mãe (02) pai (03) avó/avô maternos qpare ___
 (04) filho/a (05) irmão/ã (06) cunhado/a
 (07) marido (08) esposa (09) avó/avô paternos
 () Outro: _____
6. **SE NÃO É PARENTE:** O que o(a) sr(a) é de < USUÁRIO(A) >:
 (01) compadre / comadre (02) padrinho / madrinha qnpar ___
 (03) amigo (04) colega de trabalho
 (05) conhecido(a) (06) contratado (pago) para cuidar
 () Outro: _____
7. Qual é a sua idade? ___ anos idade ___
8. Atualmente, o(a) sr(a) vive com companheiro(a)?
 (1) Sim (2) Não civil ___
9. O(A) Sr(a) sabe ler e escrever?
 (1) Sim (2) Não **PULAR PARA 11** (3) Só assina o nome **PULAR PARA 11** ler ___
10. Até que série o(a) Sr(a) completou na escola? esc ___
 (1) nenhuma ou até 3º série (primário incompleto)
 (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginásial) incompleto
 (3) 1º grau (ginásial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto
 (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto
 (5) nível superior completo
11. O (A) < USUÁRIO(A) > mora junto com o Sr(a)? morjun ___
 (1) Sim (2) Não
12. Quantas pessoas moram nesta casa (sem ser < USUÁRIO(A) >)? ___ pessoas qmora ___
13. O que essas pessoas são de < USUÁRIO(A) >? (vínculo / parentesco com < USUÁRIO(A) >)
 Esposo(a) / companheiro(a) (1) Sim (0) Não marido ___
 Pai (1) Sim (0) Não pai ___
 Mãe (1) Sim (0) Não mãe ___
 Avô / avó (1) Sim (0) Não avos ___
 Sogro / Sogra (1) Sim (0) Não sogros ___
 Filho(s) / filha(s) menores de 10 anos (1) Sim (0) Não film10 ___
 Filho(s) / filha(s) entre 11 e 15 anos (1) Sim (0) Não fil1115 ___
 Filho(s) / filha(s) maiores de 15 anos (1) Sim (0) Não film15 ___
 Irmão(s) /irmã(s) (1) Sim (0) Não uirm ___
 Outros familiares (1) Sim (0) Não outfam ___
 Outros: _____ outmor ___

AGORA NÓS VAMOS CONVERSAR SOBRE O SEU DIA-A-DIA COM < USUÁRIO(A) >

14. Todos os dias o(a) sr(a) tem que cuidar do(a) < USUÁRIO(A) >?
 (1) Sim (2) Não cuidian ___
15. Todos os dias o(a) sr(a) tem que deixar de fazer suas coisas para ajudar < USUÁRIO(A) >?
 (1) Sim (2) Não cpara ___
16. Além do(a) sr(a), tem alguém na sua casa que ajuda a cuidar do(a) < USUÁRIO(A) >?
 cajudfca ___

(1) sim, sempre (2) sim, às vezes (3) não

17. E tem outras pessoas, que não moram na sua casa e que ajudam a cuidar de < **USUÁRIO(A)**>? (1) Sim (2) Não **PULAR PARA 19**

coutaju _

18. **SE SIM:** Estas pessoas são o que de < **USUÁRIO(A)**>? (LER OPÇÕES)

Familiares? (1) Sim (0) Não
Amigos, vizinhos? (1) Sim (0) Não
Pessoas de alguma instituição (assoc. bairro, escola)? (1) Sim (0) Não
Pessoas da Igreja? (1) Sim (0) Não
Ex-marido/esposa? (1) Sim (0) Não
Mãe/pai? (1) Sim (0) Não
Alguém pago? Quem? _____
Outra? Quem? _____

cjudfam __
cjudami __
cjudinst __
cjudigr __
cjudmar __
cjudmae __
capago __
cjudout __

19. De modo geral, quando precisa de ajuda, < **USUÁRIO(A)**> procura por quem?

(1) Familiar / cuidador () Outra pessoa: _____

maisfam __

20. **QUAIS DESTAS ATIVIDADES O <USUÁRIO> CONSEGUE FAZER SOZINHO(A)? (LER OPÇÕES)**

Se alimentar? (1) Sim (0) Não
Tomar banho todos os dias? (1) Sim (0) Não
Ir ao banheiro? (1) Sim (0) Não
Trocar de roupa quando é necessário? (1) Sim (0) Não
Arrumar sua cama? (1) Sim (0) Não
Ajudar na arrumação ou limpeza da casa? (1) Sim (0) Não
Preparar sua comida? (1) Sim (0) Não
Tomar medicamentos de modo correto? (1) Sim (0) Não
Fazer algumas compras? (1) Sim (0) Não
Pagar contas? (1) Sim (0) Não
Procurar ajuda ou informação? (1) Sim (0) Não
Andar de ônibus? (1) Sim (0) Não

alime __
banho __
irban __
troc __
arrcam __
arrcasa __
prepcom __
tomed __
comp __
pagou __
ajuda __
onib __

AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE QUANDO <USUÁRIO(A)> PIORA

21. Alguma vez < **USUÁRIO(A)**> já piorou muito ou teve uma crise ou ataque?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 30** (9) Não sei **PULAR PARA 30**

crise __

22. E depois de se tratar no CAPS, o(a) sr(a) acha que essas pioras ou crises ficaram mais seguidas ou mais espaçadas ou estão na mesma?

(1) mais seguidas (2) estão na mesma
(3) mais espaçadas (4) não teve mais (9) Não sei

cridep __

23. Comparado com as pioras ou crises que < **USUÁRIO(A)**> tinha antes de se tratar no CAPS, o(a) sr(a) acha que depois que ele começou no CAPS as crises foram mais fortes, mais fracas ou na mesma?

(1) mais fortes (2) na mesma (3) mais fracas (9) Não sei

cricomp __

24. Quando foi a última vez que < **USUÁRIO(A)**> piorou muito ou teve uma crise?

_____ anos e _____ meses

(99) Não sei

ulteria __

ultrcrim __

25. O(A) sr(a) pode me dizer o que aconteceu?

(99) Não sei

comocri __

26. Essa última vez foi em casa ou na rua?

(1) em casa (2) na rua (3) outro local: _____

loccri __

(9) Não sei intercri __

27. < **USUÁRIO(A)** > precisou internar por causa desta última crise ou piora?
(1) Sim (2) Não (9) Não sei

28. Na sua opinião, essas pioras ou estas crises acontecem mais quando < **USUÁRIO(A)** >:
(LER OPÇÕES)

| | | | | |
|--|---------|---------|-------------|--------------|
| Fica sem os remédios | (1) Sim | (0) Não | (9) Não sei | srem __ |
| Fica muito tempo sem ir ao CAPS | (1) Sim | (0) Não | (9) Não sei | scaps __ |
| Interrompe algum outro tratamento | (1) Sim | (0) Não | (9) Não sei | inttra __ |
| Bebe demais | (1) Sim | (0) Não | (9) Não sei | bebe __ |
| Usa drogas | (1) Sim | (0) Não | (9) Não sei | drog __ |
| Não sabe / Não tem idéia / Piora do nada | (1) Sim | (0) Não | (9) Não sei | donada __ |
| Outra situação: _____ | | | | pioout __ __ |

29. Fora os momentos em que ele(a) piora, o(a) sr(a) diria que < **USUÁRIO(A)** > lhe ocupa muito, pouco ou nada?
(1) muito (2) pouco (3) nada cocupa __

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SAÚDE DE <USUÁRIO>.

30. Eu vou ler uma lista de problemas de saúde e quero que me diga se o(a) < **USUÁRIO** > tem, além do problema pelo qual ele(a) se trata no CAPS:

| | | |
|--|---------|---------|
| Pressão alta | (1) Sim | (0) Não |
| Diabetes (açúcar no sangue) | (1) Sim | (0) Não |
| Colesterol alto | (1) Sim | (0) Não |
| Problemas de coração | (1) Sim | (0) Não |
| Problemas de digestão | (1) Sim | (0) Não |
| Problemas de coluna / reumatismo / artrose | (1) Sim | (0) Não |
| Problemas de visão | (1) Sim | (0) Não |
| Problemas de ouvidos | (1) Sim | (0) Não |
| Outro: _____ | (1) Sim | (0) Não |

Has __
Diab __
Colest __
Corac __
Pdigest __
Coluna __
Visao __
Ouvid __
Outprosa __

31. De uma maneira geral, quanto o sr(a) se sente sobrecarregado(a) por cuidar de < **USUÁRIO(A)** >? **(LER OPÇÕES)**
(0) nem um pouco (1) um pouco (2) mais ou menos
(3) muito (4) demais sobrec __

32. O(A) Sr(a) acha que o problema de < **USUÁRIO(A)** > lhe trouxe algum problema para a sua saúde?
(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 34** psauade __

33. **SE SIM:** Qual(is) problema(s)?
_____ qprob1 __ __
qprob2 __ __

34. AGORA EU VOU FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE COMO AS PESSOAS SE SENTEM QUANDO TEM QUE CUIDAR DE OUTRAS PESSOAS. ME DIGA, POR FAVOR, SE O(A) SR(A) SE SENTE ASSIM NUNCA, QUASE NUNCA OU ÀS VEZES, QUASE SEMPRE OU SEMPRE. NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

| | | | | | |
|------------------------------|-------|-------------|----------|--------------|--------|
| Ler opções a cada pergunta → | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|------------|
| O(A) sr(a) sente que < USUÁRIO(A) > pede mais ajuda do que precisa? | | | | | | ajuda __ |
| O(A) sr(a) sente que por causa do tempo que gasta com < USUÁRIO(A) > o(a) sr(a) não tem tempo suficiente para si mesmo? | | | | | | tempo __ |
| O(A) sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de < USUÁRIO(A) > e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho? | | | | | | estres __ |
| O(A) sr(a) se sente envergonhado(a) com o comportamento de < USUÁRIO(A) >? | | | | | | enverg __ |
| O(A) sr(a) se sente irritado(a) quando < USUÁRIO(A) > está por perto? | | | | | | irrita __ |
| O(A) sr(a) sente que < USUÁRIO(A) > afeta negativamente seus relacionamentos com outras pessoas da família ou amigos? | | | | | | relac __ |
| O(A) sr(a) sente receio pelo futuro de < USUÁRIO(A) >? | | | | | | futur __ |
| O(A) sr(a) sente que < USUÁRIO(A) > depende do sr(a)? | | | | | | depen __ |
| O(A) sr(a) se sente tenso(a) quando < USUÁRIO(A) > está por perto? | | | | | | tenso __ |
| O(A) sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do envolvimento com < USUÁRIO(A) >? | | | | | | saúde __ |
| O(A) sr(a) sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de < USUÁRIO(A) >? | | | | | | priva __ |
| O(A) sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada porque o sr(a) está cuidando de < USUÁRIO(A) >? | | | | | | social __ |
| O(A) sr(a) não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa de < USUÁRIO(A) >? | | | | | | visit __ |
| O(A) sr(a) sente que < USUÁRIO(A) > espera que o sr(a) cuide dele/dela como se o sr(a) fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender? | | | | | | única __ |
| O(A) sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de < USUÁRIO(A) >, somando as suas outras despesas? | | | | | | dinhei __ |
| O(A) sr(a) sente que será incapaz de cuidar de < USUÁRIO(A) > por muito mais tempo? | | | | | | incap __ |
| O(A) sr(a) sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de < USUÁRIO(A) >? | | | | | | control __ |
| O(A) sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de < USUÁRIO(A) >? | | | | | | pessoa __ |
| O(A) sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por < USUÁRIO(A) >? | | | | | | duvid __ |
| O(A) sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por < USUÁRIO(A) >? | | | | | | mais __ |
| O(A) sr(a) sente que poderia cuidar melhor de < USUÁRIO(A) >? | | | | | | melhor __ |

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA SAÚDE E DE OUTRAS PESSOAS DA SUA FAMÍLIA

35. Além de < **USUÁRIO(A)** >, o (a) sr(a) tem algum familiar seu que tem ou já teve problema de nervos?

(1) Sim, tem (2) Sim, já teve (3) Não **PULAR PARA 37**

outfamp2 __

par1 __ __

36. **SE SIM:**

| Quem? (parentesco com o(a) entrevistado(a) | Mora junto com o(a) sr(a)? | Ele(a) já consultou com psiquiatra ou psicólogo por causa deste problema? | Ele(a) já baixou hospital por causa deste problema? | Ele(a) já se tratou no CAPS? |
|---|-------------------------------------|---|---|------------------------------------|
| | (1) Sim (2) Não | (1) Sim (2) Não | (1) Sim (2) Não | (1) Sim (2) Não |
| | (1) Sim (2) Não | (1) Sim (2) Não | (1) Sim (2) Não | (1) Sim (2) Não |
| | (1) Sim (2) Não | (1) Sim (2) Não | (1) Sim (2) Não | (1) Sim (2) Não |

37. E o(a) sr(a), tem ou teve alguma vez problema de nervos?

(1) Sim, tem (2) Sim, já teve (3) Não, nunca **PULAR PARA 39**

38. **SE TEM OU JÁ TEVE:**

| | | | |
|--|--|---|---|
| Já consultou com psiquiatra ou psicólogo por causa deste problema? (1) Sim (2) Não | Alguma vez, já baixou hospital por causa deste problema? (1) Sim (2) Não | Já se tratou no CAPS? (1) Sim (2) Não | Alguma vez precisou tomar remédio por causa deste problema? (1) Sim (2) Não |
| E nos últimos 3 meses, consultou psiquiatra ou psicólogo por causa deste problema? (1) Sim (2) Não | E nos últimos 12 meses baixou hospital por causa deste problema? (1) Sim (2) Não | Está se tratando em algum CAPS? (1) Sim (2) Não | E nos últimos 30 dias, precisou tomar remédio por causa deste problema? (1) Sim (2) Não |

39. Na sua família existe alguém que tem algum outro problema de saúde, sem ser de nervos, mas que precise da sua ajuda?

(1) sim (2) não **PULAR PARA 41**

40. **SE SIM:**

| Quem? (vínculo/parentesco) | Qual problema? | Mora junto com o(a) sr(a)? |
|----------------------------|----------------|----------------------------|
| | | (1) Sim (2) Não |
| | | (1) Sim (2) Não |
| | | (1) Sim (2) Não |

41. E o(a) sr(a) tem ou teve algum outro problema de saúde, sem ser de nervos?

(1) Sim, tem (2) Sim, já teve (3) Não, nunca **PULAR PARA 43**

42. **SE TEM OU JÁ TEVE:** Qual(is):

43. O(A) sr(a) precisou tomar algum remédio nos últimos 15 dias? (1) sim (2) não **PULAR**

mora1 ___

psic1 ___

baix1 ___

caps1 ___

par2 ___

mora2 ___

psic2 ___

baix2 ___

caps2 ___

par3 ___

mora3 ___

psic3 ___

baix3 ___

caps3 ___

janerv ___

fapsi ___

fabai ___

facaps ___

farem ___

fapsi3m ___

fabai12 ___

facapsat ___

farem30 ___

outdoen ___

opar1 ___

oprob1 ___

omora1 ___

opar2 ___

oprob2 ___

omora2 ___

opar3 ___

oprob3 ___

omora3 ___

Jaoutpro ___

Qoutpro ___

Med15d ___

PARA 45

| | |
|---|--------------|
| 44. SE SIM: Qual(is) o(s) remédio(s) que o(a) sr(a) tomou? Para qual problema o(a) sr(a) teve que tomar? | Meda ___ __ |
| a. _____ para _____ | Paraa ___ __ |
| b. _____ para _____ | Medb ___ __ |
| c. _____ para _____ | Parab ___ __ |
| | Medc ___ __ |
| | Parac ___ __ |

45. AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE COMO O(A) SR(A) TEM SE SENTIDO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS. GOSTARIA QUE O/A SR./A ME RESPONDESSE SIM OU NÃO. (pedir para ficar sozinho/a com ele/a)

| | | | |
|--|---------|---------|--------------|
| Teve dores de cabeça freqüentes? | (0) Não | (1) Sim | cabec ___ |
| Teve falta de apetite? | (0) Não | (1) Sim | apet ___ |
| Dormiu mal? | (0) Não | (1) Sim | dormal ___ |
| Tem se assustado com facilidade? | (0) Não | (1) Sim | assus ___ |
| Tem tremores nas mãos? | (0) Não | (1) Sim | tremor ___ |
| Tem se sentido nervosa(o), tensa(o) ou preocupada(o)? | (0) Não | (1) Sim | nervo ___ |
| Teve má digestão? | (0) Não | (1) Sim | madig ___ |
| Sentiu que as suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando? | (0) Não | (1) Sim | idéias ___ |
| Tem se sentido triste ultimamente? | (0) Não | (1) Sim | triste ___ |
| Chorou mais do que de costume? | (0) Não | (1) Sim | chorou ___ |
| Conseguiu sentir algum prazer nas suas atividades diárias? | (0) Não | (1) Sim | prazer ___ |
| Teve dificuldade de tomar decisões? | (0) Não | (1) Sim | dific ___ |
| Achou que seu trabalho diário é penoso e causa sofrimento? | (0) Não | (1) Sim | trabdiar ___ |
| Achou que tinha um papel útil na vida? | (0) Não | (1) Sim | útil ___ |
| Perdeu o interesse pelas coisas? | (0) Não | (1) Sim | interes ___ |
| Se sentiu uma pessoa sem valor? | (0) Não | (1) Sim | valor ___ |
| Alguma vez pensou em acabar com a sua vida? | (0) Não | (1) Sim | acabar ___ |
| Se sentiu cansada(o) o tempo todo? | (0) Não | (1) Sim | cansad ___ |
| Sentiu alguma coisa desagradável no estômago? | (0) Não | (1) Sim | estoma ___ |
| Se cansou com facilidade? | (0) Não | (1) Sim | canfac ___ |

| | | | |
|---|---------|---------|--------------|
| 46. Agora queria que me dissesse se nos últimos 30 dias, o sr(a): | | | |
| Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)? | (1) Sim | (0) Não | Rsmelhor ___ |
| Quis fazer mal a si mesmo? | (1) Sim | (0) Não | Rsquis ___ |
| Pensou em suicidar-se? | (1) Sim | (0) Não | Rspensou ___ |
| Pensou numa maneira de se suicidar? | (1) Sim | (0) Não | Rsmanei ___ |
| Tentou o suicídio? | (1) Sim | (0) Não | Rstentou ___ |
| 47. E ao longo da sua vida: Já fez alguma tentativa de suicídio? | (1) Sim | (0) Não | Rstenta ___ |

VAMOS CONVERSAR AGORA SOBRE O CAPS.

| | |
|---|------------|
| 48. <USUÁRIO(A)> vai ao CAPS todos os dias? | Diaria ___ |
| (1) Sim | |
| (2) Não, alguns dias por semana | |
| (3) Não, alguns dias por mês | |

| | |
|--|----------------------|
| <p>49. Por qual motivo < USUÁRIO(A) > se trata no CAPS? Qual o problema dele(a)?</p> <hr/> | <p>Motcaps __ __</p> |
| <p>50. Na sua opinião, o que levou < USUÁRIO(A) > a ter esse problema?</p> <hr/> <hr/> | <p>Motivos __ __</p> |
| <p>51. Quais os principais problemas que o Sr(a) acha que tem por causa de < USUÁRIO(A) >?</p> <hr/> <hr/> | <p>Probs __ __</p> |
| <p>52. Alguma vez, o Sr(a) participou de algum grupo para familiares / cuidadores no CAPS? (1) Sim PULAR PARA 54 (2) Não</p> | <p>grupo __</p> |
| <p>53. SE NÃO: Por quais motivos o Sr(a) nunca participou? PULAR PARA 56</p> <hr/> <hr/> | <p>Pqnaog __ __</p> |
| <p>54. De quanto em quanto tempo o Sr(a) costuma participar deste grupo no CAPS? (1) Sempre (2) De vez em quando (3) Quase nunca</p> | <p>Freqcaps __</p> |
| <p>55. O Sr acha que os assuntos tratados no grupo de familiares / cuidadores lhe ajudam no seu dia-a-dia com < USUÁRIO(A) >? (1) Sim (2) Não</p> | <p>capajuda __</p> |
| <p>56. Tem alguma coisa que o Sr(a) não saiba e gostaria de saber ou conhecer sobre o problema de < USUÁRIO(A) >? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 58</p> | <p>Saber __</p> |
| <p>57. SE SIM: O que, por exemplo?</p> <hr/> <hr/> | <p>Qsaber __ __</p> |
| AGORA EU VOU LHE PERGUNTAR SOBRE RELIGIÃO | |
| <p>58. Com que frequência o(a) sr(a) vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? (1) Mais do que uma vez por semana (2) Uma vez por semana (3) Duas a três vezes por mês (4) Algumas vezes por ano (5) Uma vez por ano ou menos (6) Nunca</p> | <p>Freqrel __</p> |
| <p>59. Com que frequência o(a) sr(a) dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos? (1) Mais do que uma vez ao dia (2) Diariamente (3) Duas ou mais vezes por semana (4) Uma vez por semana (5) Poucas vezes por mês (6) Raramente ou nunca</p> | <p>Freqativ __</p> |
| AGORA VOU LER TRÊS FRASES SOBRE CRENÇAS OU EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS. POR FAVOR, ME DIGA O QUANTO CADA FRASE SE APLICA A VOCÊ. | |
| <p>60. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo). (1) Totalmente verdade para mim (2) Em geral é verdade (3) Não estou certo (4) Em geral não é verdade (5) Não é verdade</p> | <p>Presen __</p> |
| <p>61. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver. (1) Totalmente verdade para mim (2) Em geral é verdade (3) Não estou certo (4) Em geral não é verdade (5) Não é verdade</p> | <p>Crenças __</p> |
| <p>62. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida. (1) Totalmente verdade para mim (2) Em geral é verdade (3) Não estou certo</p> | <p>Aspect __</p> |

(4) Em geral não é verdade

(5) Não é verdade

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE OUTRAS COISAS DO SEU DIA-A-DIA

- | | |
|---|-----------|
| 63. O(a) Sr. (a) fuma? (1) Sim (2) Não, ex-fumante PULAR PARA 66 (3) Não, nunca fumou PULAR PARA 66 | fuma __ |
| 64. SE FUMA: Há quanto tempo o Sr(a) fuma? ____ anos | tpfu ____ |
| 65. Quantos cigarros o(a) sr (a) fuma por dia? ____ | qcig ____ |
| 66. O(A) Sr (a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 71 | bbalc __ |
| 67. Alguma vez o(a) sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (1) Sim (2) Não | cage1 __ |
| 68. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não | cage2 __ |
| 69. O(A) sr(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não | cage3 __ |
| 70. O(A) sr(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (1) Sim (2) Não | cage4 __ |

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE COM QUEM O(A) SR(A) PODE CONTAR:

71. O(a) Sr(a) tem alguém:

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| Que o ajude se ficar de cama | (1) Sim (0) Não | Cama __ |
| Que o leve ao médico | (1) Sim (0) Não | Medico __ |
| Para preparar suas refeições | (1) Sim (0) Não | Refei __ |
| Que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente | (1) Sim (0) Não | Taref __ |
| Para ouvi-lo se precisar falar | (1) Sim (0) Não | Ouvir __ |
| Em quem confiar e falar sobre problemas | (1) Sim (0) Não | Confiar __ |
| Para compartilhar preocupações e medos mais íntimos | (1) Sim (0) Não | Preocup __ |
| Que compreenda seus problemas | (1) Sim (0) Não | Compree __ |
| Que lhe dê bons conselhos em situação de crise | (1) Sim (0) Não | Consel __ |
| Dar-lhe informação para entender determinada situação | (1) Sim (0) Não | Entend __ |
| De quem você realmente quer conselhos | (1) Sim (0) Não | Quem __ |
| Para dar sugestões para lidar com problema pessoal | (1) Sim (0) Não | Sugest __ |
| Que demonstre amor e afeto por você | (1) Sim (0) Não | Amor __ |
| Que lhe dê um abraço | (1) Sim (0) Não | Abraço __ |
| Que você ame e que faça você se sentir querido | (1) Sim (0) Não | Querid __ |
| Para divertir-se junto | (1) Sim (0) Não | Divert __ |
| Com quem relaxar | (1) Sim (0) Não | Relax __ |
| Com quem distrair a cabeça | (1) Sim (0) Não | Distrair __ |
| Com quem fazer coisas agradáveis | (1) Sim (0) Não | Agrad __ |

AGORA EU VOU LER UMAS FRASES E QUERO QUE O SR(A) ME DIGA, DEPOIS DE CADA UMA, SE CONCORDA OU DISCORDA, OU SEJA, SE ESTÁ CERTO OU ERRADO, PENSANDO COMO O SR(A) TEM SE SENTIDO DURANTE A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE E AGORA.

| | | |
|--|---------------------------|-----------|
| Penso no futuro com esperança e entusiasmo | (1) Concordo (0) Discordo | entu __ |
| Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim | (1) Concordo (0) Discordo | desist __ |
| Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre | (1) Concordo (0) Discordo | mal __ |
| Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos | (1) Concordo (0) Discordo | espec __ |
| Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer | (1) Concordo (0) Discordo | tempo __ |
| No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa | (1) Concordo (0) Discordo | suces __ |
| Meu futuro me parece negro | (1) Concordo (0) Discordo | negro __ |
| Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | (1) Concordo (0) Discordo | sorte __ |
| Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. | (1) Concordo (0) Discordo | oport __ |
| Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro | (1) Concordo (0) Discordo | passad __ |
| Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer | (1) Concordo (0) Discordo | frente __ |
| Não espero conseguir o que realmente quero | (1) Concordo (0) Discordo | quero __ |
| Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora | (1) Concordo (0) Discordo | agora __ |
| As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero | (1) Concordo (0) Discordo | resolv __ |
| Tenho uma grande fé no futuro | (1) Concordo (0) Discordo | fe __ |
| Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa | (1) Concordo (0) Discordo | tolice __ |
| É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro | (1) Concordo (0) Discordo | real __ |
| O futuro me parece vago e incerto | (1) Concordo (0) Discordo | vago __ |
| Posso esperar mais tempos bons do que maus | (1) Concordo (0) Discordo | bons __ |
| Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir | (1) Concordo (0) Discordo | naovou __ |

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE TRABALHO E CONDIÇÕES DA CASA E DA FAMÍLIA

72. Qual é a sua situação atual, o(a) sr(a) está trabalhando? **LER OPÇÕES**

- (1) sim, está trabalhando com carteira assinada
- (2) sim, está trabalhando sem carteira assinada
- (3) não, está procurando emprego
- (4) não, não está trabalhando nem procurando emprego
- (5) nunca trabalhou

ctrab __

(6) Não trabalha por causa do <USUÁRIO>

(7) outra situação: _____

73. No mês passado, quanto receberam as pessoas que moram na casa?

Pessoa1: _____ Reais

Pessoa2: _____ Reais

Pessoa3: _____ Reais

Pessoa4: _____ Reais

Pessoa5,6,7 : _____ Reais

crp1 _____

crp2 _____

crp3 _____

crp4 _____

crp5 _____

74. A família teve alguma outra fonte de renda no mês passado?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 76**

coutren __

75. **SE SIM:** De quanto foi? _____ Reais

cread _____

76. O sr(a) é a pessoa que tem a maior renda (ganha mais) na sua casa?

(1) Sim **PULAR PARA 78** (2) Não

mairen __

77. **SE NÃO:** Até quando essa pessoa (que ganha mais) estudou?

(1) nenhuma ou até 3º série (primário incompleto)

(2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto

(3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto

(4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto

(5) nível superior completo

escmren __

AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS COISAS DA SUA CASA

78. Vocês têm em casa? **LER OPÇÕES**

| | | |
|--|----------|------------------------|
| Carro | (00) Não | () Sim quantos? __ __ |
| Televisão colorida | (00) Não | () Sim quantos? __ __ |
| Banheiro | (00) Não | () Sim quantos? __ __ |
| Empregada mensalista | (00) Não | () Sim quantos? __ __ |
| Rádio (exceto do carro) | (00) Não | () Sim quantos? __ __ |
| Máquina de lavar roupa | (0) Não | (1) Sim |
| Videocassete e/ou DVD | (0) Não | (1) Sim |
| Computador | (0) Não | (1) Sim |
| Geladeira | (0) Não | (1) Sim |
| Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | (0) Não | (1) Sim |

cpcarro __ __

cptvcor __ __

cbanho __ __

cempd __ __

cradio __ __

cmlavar __

cvideo __

ccomp __

cgeladei __

cfreezer __

MUITO OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO.

PODE SER QUE ALGUÉM VENHA LHE FAZER OUTRA VISITA NO ANO QUE VEM.

Data da entrevista: __ __ / __ __ / 2010

dte

Entrevistador(a): _____


__ __ / __ __

entre __ __

OBSERVAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA:

Anexo B – Consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

| | | |
|---|---|--|
|  | <p>PROJETO REDUÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADORES DE PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO</p> <p>Escola de Psicologia – UCPEL</p> | <p>Nº do questionário</p> <p>_____</p> |
|---|---|--|

(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos realizando um trabalho de pesquisa para acompanhar familiares cuidadores de pessoas com algum problema de saúde mental que se tratam nos CAPS em Pelotas. Os resultados desta pesquisa poderão melhorar os atendimentos que são feitos nos CAPS e ajudar muitas pessoas e gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de como é o dia-a-dia dos cuidadores e como se sentem nesta tarefa de cuidar.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente do tratamento que o usuário recebe no CAPS e em nada influenciará caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar, autorize e assine este termo de consentimento:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo.

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

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

Pelotas, ____ de _____ de 2010/11.

ASSINATURA DO (A) PARTICIPANTE:

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR (A): _____

Escola de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas

Professora Elaine Tomasi. Almirante Barroso, 1202. CEP: 96010-280. Pelotas. RS.

Telefone: 2128-8404. e-mail: tomasiet@uol.com.br.

SESSÃO 1

Objetivo: Apresentar-se ao familiar cuidador, explicar que terá um contato semanalmente para falar sobre o problema do usuário. Marcar os horários e escutar um pouco as demandas do cuidador. Questionar sobre o dia a dia com o usuário.

Neste momento, serão esclarecidos os objetivos dos encontros, sua frequência e duração assim como seus métodos.

Objetivo do tratamento: passar informações úteis ao cuidador sobre o problema do usuário visando proporcionar melhores condições para estes lidarem com o problema.

*** Definição e explicação da psicoeducação e exposição do modelo:**

Explicar o que é psicoeducação (espaço de ensino sobre o problema no qual algumas definições e técnicas serão apresentadas para que o cuidador lide melhor com a situação do paciente) e **“o que psicoeducação não é”** (espaço para relato de traumas infantis dos pacientes ou de expressão de emoções) - utilizar exemplos;

Explicar que apesar de ser um momento sério não quer dizer que não possa ser descontraído; ou seja, é possível conversar sobre outros tópicos, mas cada sessão terá assuntos específicos que devem ser abordados.

Texto base para explicação da psicoeducação no transtorno mental:

Inúmeras pesquisas mostram que a psicoeducação para o paciente usuário de drogas e/ou seu familiar é uma intervenção que auxilia no tratamento do paciente e diminui consideravelmente os níveis de stress e sobrecarga do familiar. Seu **principal objetivo é passar informações e esclarecer dúvidas do familiar em relação ao abuso de drogas**. A aprendizagem de tais informações proporciona melhores condições para o tratamento farmacológico (remédios) e comportamental (regulação de hábitos) ser seguido pelo paciente, tendo maiores chances deste ser realizado de forma adequada. **A psicoeducação também ajuda na identificação precoce de possíveis episódios de crise**. Assim, o familiar tem condições de auxiliar o paciente a ter **menores taxas de recaída e hospitalização**. Com a **adesão ao tratamento farmacológico de forma adequada, a aquisição de hábitos de vida saudáveis e acompanhamento dos sintomas que antecedem o abuso, o indivíduo usuário de drogas pode ter níveis de qualidade de vida e funcionamento muito bons**. Ou seja, a psicoeducação traz vantagens diretas ao paciente alcoolista e/ou dependente químico e seu familiar.

Nessa intervenção, serão tratadas as definições do dependente químico, suas possíveis causas, sintomas e conseqüências; a identificação de sintomas de alerta (sintomas que antecedem o uso), estratégias de ação e formas de tratamento.

Sempre ressaltando as principais diferenças entre o usuário de drogas e o alcoólatra

Serão **6 encontros, uma vez por semana, com mais ou menos 50 minutos** de duração com objetivo de psicoeducar os cuidadores de usuários do CAPS visando proporcionar melhor condições ambientais para o tratamento.

*** Espaço para dúvidas e questionamentos;**

* Explicar **REGRAS DO CONTRATO**:

Regras:

- 1) **CONFIDENCIALIDADE (SIGILO ABSOLUTO)**. Neste momento também deve se entrar no assunto de ficar somente com o familiar durante as sessões, **mas antes deve ser observado se isso é possível, vendo o espaço, o grau de dependência do usuário...**
- 2) **ASSISTÊNCIA** – importância da presença em todas as sessões. Serviço gratuito. Caso não seja possível receber a visita, justificar com antecedência e agendar em outro horário.
- 3) **PONTUALIDADE** – fundamental para o andamento adequado das sessões.
- 4) **RESPEITO** – as **opiniões, atitudes e comportamentos de qualquer familiar devem ser acolhidas com total respeito por terapeutas, mesmo que ocorra incongruência de idéias. É permitido rir COM o familiar, mas não DO familiar.**
- 5) **PARTICIPAÇÃO** – a participação ativa do familiar com perguntas, questionamentos, dúvidas, etc, não é obrigatória em todos os momentos, porém, é extremamente recomendável para que estes possam tirar melhor proveito dos encontros. * Espaço para dúvidas e questionamentos;

SESSÃO 2

Entendendo a natureza do abuso de drogas/ álcool

Objetivo: passar brevemente ao cuidador alguns conceitos relativos à dependência química e ressaltar a natureza biológica da patologia bem como conseqüentes estigmas sociais. Esclarecer possível origem e natureza da dependência visando modificar prováveis entendimentos inadequados sobre o mesmo.

- *“Como havíamos combinado, no encontro de hoje falaremos sobre a natureza da dependência química (álcool e/ ou drogas). Em alguns momentos você pode não estar entendendo o que estarei falando, assim, fique a vontade para me interromper e perguntar.”*

Procedimentos:

* Explicar brevemente o conceito de dependência química ressaltando sua natureza biológica. “Antigamente a dependência química não era considerada uma doença. A sociedade acreditava que a pessoa portadora da doença tinha falta de vergonha, falta de vontade e por isso não conseguia parar de beber ou de usar drogas. Com os avanços científicos, o conceito atual de dependência passou a ser baseado em sinais e sintomas. Este novo conceito, além de trazer critérios diagnósticos claros, apontou para diferentes graus de dependência, rejeitando a idéia anterior – usuários dependentes e não-dependentes de substâncias psicoativas. A dependência ao álcool acomete de 10% a 12% da população mundial e 11,2% dos brasileiros. A incidência de alcoolismo é maior entre os homens do que entre as mulheres, o mesmo se repete entre os mais jovens.

* Também os adolescentes estão entre os principais usuários de drogas. Calcula-se que 13% dos jovens brasileiros entre 16 e 18 anos consomem maconha. Em 2001, cresce o uso de crack. Os consumidores de cocaína são os que mais procuram tratamento para se livrar da dependência, o qual é feito mais comumente por meio de psicoterapias que promovem a abstinência às drogas e do uso de antidepressivos em 60% dos casos. Atualmente, cerca de 5% dos brasileiros são dependentes químicos de alguma droga. O uso de drogas é crime previsto no Código Penal Brasileiro, e os infratores estão sujeitos a penas que variam de seis meses a dois anos.

*Atualmente, o álcool é uma das poucas substâncias psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela mídia, havendo ampla aceitação social. Mesmo sendo encarado de forma

diferenciada em comparação com as demais substâncias, o consumo do álcool pode provocar, além dos inúmeros acidentes de trânsito e da violência associada a episódios de embriaguez, um quadro de dependência, conhecido como alcoolismo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) também considera o uso abusivo de drogas como doença e grave problema de saúde pública, e tem o seguinte conceito de dependência: “**Dependência:** Consumo freqüente, compulsivo e descontrolado, visando aliviar sintomas de mal estar e desconforto físico e mental, reconhecidamente acompanhados por síndrome de abstinência, problemas psicológicos e sociais.”

Em alguns casos da dependência, todas as atividades da pessoa giram em torno da droga/ álcool. As atividades sociais, ocupacionais ou recreativas podem ser abandonadas ou reduzidas em virtude de seu uso. O indivíduo pode afastar-se de familiares e passatempos a fim de usá-la em segredo ou para passar mais tempo com amigos também usuários da substância. Apesar de admitir a sua contribuição para um problema psicológico ou físico – persistente ou recorrente – que tende a ser causado pelo uso da substância, a pessoa não obtém o controle de decisão sobre tal comportamento.

***Fatores genéticos:** Dados indicam fortemente a presença de componente genético e apontam para a hereditariedade ser mais atuante no sexo masculino do que no feminino, nos transtornos relacionados ao uso de drogas/ álcool. Indivíduos com parentes em primeiro grau afetados com transtornos relacionados ao álcool estão de 3 a 4 vezes mais propensos, a desenvolverem a dependência e seus transtornos, do que os indivíduos que não tem parentes afetados. Então, pessoas que possuem parentes próximos dependentes químicos, tem mais chance de se tornar também um dependente químico, do que pessoas que não tem parentes próximos com esse problema.

***Fatores ambientais:** Assim como os fatores culturais podem influenciar o consumo alcoólico/ drogas, o mesmo também ocorre com os hábitos dentro do ambiente familiar. Já no ambiente escolar, os problemas relacionados ao álcool/ drogas são diretamente influenciados por uma história de dificuldades, que se apresentam na forma de evasão escolar, com inúmeras faltas injustificadas e delinquência na adolescência.

***Intoxicação:** A gravidade dos sintomas correlaciona-se com a concentração cada vez maior de álcool/ drogas no sangue, o que reflete a sua concentração no cérebro. Ocorrem sinais de comprometimento neurológico, alterações no comportamento e, em casos mais extremos, pode resultar em coma, parada respiratória e morte.

*** Espaço para dúvidas e questionamentos**

SESSÃO 3

Abstinência

Objetivo: Tentar fazer com que o familiar compreenda a abstinência e saiba como ajudar.

O que é abstinência ao uso de álcool/ drogas: Pessoas que consomem drogas de forma excessiva, quando diminuem o consumo ou param completamente, podem apresentar um conjunto de sintomas e sinais, denominados Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA). Alguns sintomas, como tremores, são muito comuns. Uma série de fatores

influencia o aparecimento e a evolução dessa síndrome, entre eles: a vulnerabilidade genética, o gênero (ser homem ou mulher), o padrão(tempo e a quantidade) de consumo de álcool, as características individuais de cada um(personalidade, genética) e os fatores culturais e ambientais. Os sintomas e sinais variam também quanto à intensidade e à gravidade, podendo aparecer após uma redução parcial ou total da dose usualmente utilizada, voluntária ou não, como, por exemplo, em indivíduos que são hospitalizados para tratamento clínico ou cirúrgico.

Sinais e sintomas mais comuns: Embora alguns pacientes possam experimentar sintomas leves, existem aqueles que podem desenvolver sintomas e complicações mais graves, levando-os até a morte. O quadro se inicia após 6 horas da diminuição ou da interrupção do uso do álcool/ droga, quando aparecem os primeiros sintomas e sinais.

- Apresentar lista de sintomas mais frequentes (UTILIZAR TERMOS POPULARMENTE MAIS CONHECIDOS) explicando um a um.

| Sinais e sintomas mais comuns |
|--|
| 1 Agitação |
| 2 Ansiedade |
| 3 Alterações no humor (irritabilidade) |
| 4 Insônia |
| 5 Tremores |
| 6 Náuseas |
| 7 Vômitos |
| 8 Taquicardia |
| 9 Elevação da pressão arterial |
| 10 Alucinações |
| 11 Convulsões |
| 12 Delírium Tremens |

1. O usuário se sente agitado, não consegue parar sentado, por vezes fica agressivo, no decorrer do dia não consegue terminar nada do que começou;
DAR ESPAÇO AO FAMILIAR
2. Parente do medo. Tendo como principal diferença que o medo se dá de situações reais, ou seja, tem-se medo de algo que pode ou não causar risco, mas que é real, já a ansiedade é um sentimento relacionado com coisas mais subjetivas, psicológicas. **DAR ESPAÇO AO FAMILIAR**
3. A irritabilidade e a dificuldade em aceitar opiniões contrárias as suas também são marcantes e podem levar a comportamentos agressivos leves e moderados.
DAR ESPAÇO AO FAMILIAR
4. Falta de sono, dificuldades em dormir, sono leve, poucas horas de sono...
DAR ESPAÇO AO FAMILIAR
5. Tremores principalmente nas mãos, sem motivo ou razão aparente
DAR ESPAÇO AO FAMILIAR
6. Náuseas, enjôos, sensação de que vai vomitar, tonturas
DAR ESPAÇO AO FAMILIAR
7. Vômitos frequentes e sem causa aparente, sentimento de estômago revirado
DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

8. Aceleração do coração, sensação de que vai sair pela boca, ofegante, sem ter feito nenhuma atividade que pudesse desencadear esse sinal

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

9. Pressão alta, diagnosticada após entrar em abstinência, ou seja, sem ter tido esse diagnóstico anteriormente ou agravamento da doença de quem já foi diagnosticado com pressão alta

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

10. Enxergar coisas absurdas e que não existem, como por exemplo, extraterrestres. Ouvir coisas que não são ditas por ninguém.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

11. Distúrbios elétricos cerebrais que causam perda da consciência, fortes contrações musculares involuntárias e desordenadas em todo o corpo. Também costuma causar perda dos sentidos, salivação, perda do controle de urina e respiração ruidosa. Quando o familiar estiver nessa situação deite-o no chão, peça ajuda, proteja a cabeça, retire objetos próximos que possam machucar. Terminadas as contrações ele estará confuso e desorientado, portanto acompanhe-o até que ele volte a consciência, deixe-o descansar.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

12. Sentido apenas pelos alcoólatras, é um estado de confusão breve, mas em alguns casos pode trazer risco de vida, que se acompanham de perturbações somáticas. É, na maioria dos casos, consequência que uma abstinência total ou parcial do álcool/ drogas e em usuários gravemente dependentes e com uma longa história de uso. O início geralmente ocorre após abstinência de álcool/ drogas. Em alguns casos o transtorno também pode aparecer durante um episódio de consumo excessivo de álcool/ drogas. Os sintomas tipicamente incluem: insônia, tremores e medo. O início pode também vir antes de convulsões por abstinência. A clássica tríade de sintomas inclui obnubilação (lentidão de compreensão e ofuscação da vista) de consciência, confusão, alucinações e ilusões vívidas, afetando qualquer modalidade sensorial e com tremores marcantes. Delírios, agitação, insônia ou troca do dia pela noite e hiperatividade estão também usualmente presentes. Tem duração de 1 semana a 2 meses, mas na maioria dos casos dura de 10 a 12 dias. Em idosos o curso é mais prolongado, tem-se um maior risco de mortalidade, um maior número de complicações e a recuperação não é total.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

SESSÃO 4

Recaída

Objetivo: passar ao familiar que sempre existe a possibilidade de recaída, que esta luta é diária e requer muito esforço, e pode parecer menos dura com a ajuda de quem esta por perto do usuário.

O grande desafio da recuperação é substituir a rotina centrada no álcool/droga por novos hábitos evitando a recaída. Na implementação dessa mudança, o ambiente em que se vive exerce uma poderosa influência na recuperação e na prevenção de recaídas. A influência mostra-se no restabelecimento do convívio familiar, nos encontros com colegas recuperados e no apoio de profissionais especializados. Nota-se a importância de REAPRENDER a viver sem as drogas e REENCONTRAR sentido em atos corriqueiros e habituais.

Situações de risco

- Apresentar lista de situações de risco mais frequentes (UTILIZAR TERMOS

POPULARMENTE MAIS CONHECIDOS).

| |
|---|
| Situações de risco |
| Lidar com emoções negativas; |
| Lidar com situações difíceis; |
| Lidar com a diversão e o prazer; |
| Lidar com os problemas físicos e/ou psicológicos; |
| Lidar com o hábito de usar álcool/drogas; |
| Lidar com o tratamento |

Essas seriam situações em que é difícil para o usuário lidar, nesse momento deve se abrir espaço para que o familiar exponha exemplos que ilustrem cada uma dessas situações ou fale de outras situações que também possam ser consideradas de risco e das dificuldades de enfrentá-las junto com o usuário.

Emoções negativas: Quando se sentem deprimidos tristes ou desanimados, quando se sentem sozinhos e isolados, quando recordam fatos ruins que ocorreram em suas vidas;

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

Situações difíceis: Lidar com discussões e/ ou desentendimentos com familiares, terminar relacionamento amoroso e lidar com desentendimentos no trabalho;

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

Diversão e o prazer: Comemorações e festas, quando praticam esportes (ex: futebol) e quando saem para pescarias;

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

Problemas físicos e/ ou psicológicos: Dores físicas, doença própria ou de algum familiar, morte de alguém muito próximo ou familiar, lidar com o sentimento de solidão e isolamento;

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

Hábito de usar álcool/ drogas: Quando sentem vontade de beber (ex: durante ou após as refeições), quando sentem vontade de usar droga (após beber ou fumar) situações em que costumavam beber e/ou usar drogas;

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

Tratamento: Achar que o tratamento esta muito lento ou ser mais difícil do que imaginavam e quando sentem que ainda falta muito caminho a percorrer para sua recuperação.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

Saber identificar essas situações, evitá-las como por exemplo, incentivar a deixar de frequentar o bar no domingo e fazer alguns passeios, comemorar os aniversários em casa e não oferecer bebida alcoólica, incentivar o convívio com pessoas já recuperadas... (descobrir com o familiar, de acordo com sua realidade o que mais pode ser feito). Em todos os momentos gestos de carinho e palavras de incentivo, como por exemplo, “tu vai conseguir” são muito bem vindas e ajudam a diminuir esse risco.

ESPAÇO PARA DUVIDAS E QUESTIONAMENTOS

SESSÃO 5

Risco de suicídio/ overdose

Objetivo: informar ao familiar do risco presente de suicídio e da possibilidade de overdose, principalmente quando há recaídas.

O suicídio pode ocorrer na fase ativa do uso, durante a abstinência ou na recaída, devendo o familiar ficar atento a alguns aspectos: se o paciente fala em se matar, caso refira ouvir vozes ordenando que se fira ou que atente contra a própria vida, quando ocorre intensa ansiedade ou angústia, se ele se mostra depressivo ou se tem algum comportamento auto-agressivo ou autodepreciativo.

A depressão e o risco de suicídio geralmente andam juntos no caso dos dependentes químicos, geralmente a depressão sempre vem anteceder a tentativa de suicídio. A depressão, nesses casos se caracteriza por um período longo e contínuo de humor deprimido com sintomas específicos.

Já a overdose pode ser considerada suicídio ou tentativa de suicídio, mas muitas vezes é tratada como acidental, pela falta de controle no uso, ou por uma recaída.

Identificar junto ao familiar possíveis comportamentos de risco

(Esta parte foi retirada do MINI e foi adaptada para que o familiar pense na situação do usuário)

Durante o último mês:

*O usuário demonstrou ter algum pensamento de que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*O usuário demonstrou algum desejo de fazer mal a si mesmo (a)?

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

* O usuário demonstrou algum indicio de estar pensando em suicidar-se?

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*O usuário comentou estar pensando numa maneira de se suicidar?

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*O usuário já tentou o suicídio?

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

Ao longo da sua vida:

*O usuário Já fez alguma tentativa de suicídio ?

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

A família não deve temer abordar esse assunto com o paciente, pois geralmente ele sente a necessidade de falar disso para obter algum alívio para o seu sofrimento. Caso haja intenção ou risco de suicídio, a equipe responsável pelo tratamento deve ser imediatamente avisada. (fornecer material, como um imã de geladeira, em que o familiar coloque os telefones das principais pessoas envolvidas no tratamento e números de emergência).

A maneira mais eficiente de se reduzir o risco de suicídio nessas pessoas (assim como em outros transtornos mentais) é o tratamento correto da dependência.

Momentos de maior risco de suicídio para o dependente:

1. Na abstinência, onde perturbações físicas e psicológicas são comuns;
2. Em uma possível recaída, que pode gerar o sentimento de incapacidade e de fraqueza, e também onde é bastante comum a overdose não pelo excesso de drogas e sim pelo período em que ficou sem;
3. No período logo após a alta de uma internação psiquiátrica;
4. Nos estágios iniciais do tratamento, onde ele toma conhecimento de que sua dependência é uma doença, e de que não esta em suas mãos se livrar dela, o que acaba gerando confusão de sentimentos e perplexidade diante do problema;
5. A ingestão conjunta de medicamentos essenciais ao tratamento e uso de álcool/ droga;

SESSÃO 6

Familiar/ cuidador

Objetivo:Trabalhar com o cuidador aspectos comuns em familiares de alcoólatras dando espaço a desabafo e questionamentos.

A Família do alcoolista

**** O que fazer quando o usuário tornar-se agressivo?***

É comum o dependente químico se tornar agressivo. Quando sóbrio ou “limpo” pode ser uma pessoa como qualquer outra. Alguns, quando sob o efeito das drogas, se tornam agressivos, verbal ou fisicamente, tamanha a excitação que o uso pode trazer e por achar que as pessoas a sua volta querem lhe tirar esse prazer. No período de abstinência também podem se tornar agressivos pela falta física e psicológica que a droga faz. Nesses momentos, é importante conversar com a pessoa sem provocá-la, mantendo um diálogo franco e tranquilo. Na hipótese de ser necessário conter um ato agressivo, é preciso contar com mais pessoas para evitar que o paciente ou terceiros se machuquem. Episódios de agressividade, a depender da intensidade, são situações que indicam a necessidade de eventual internação para garantir a integridade do paciente ou terceiros. É importante comunicar a equipe responsável pelo tratamento.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

O que fazer quando, ao obter melhora com a medicação, o dependente já se achar apto a resistir a droga sozinho, abandona seu uso, diminui as dosagens necessárias e não quer mais saber de remédios? Como a família pode agir nesses casos, para evitar recaídas?
Deve-se tentar conversar, expor as evidências de que a medicação evita a recaída. Infelizmente,

muitas vezes são necessárias várias recaídas até que o doente se conscientize da gravidade da doença, de seu curso com recaídas e da necessidade do tratamento contínuo. Nas recaídas pode ser necessário internar a pessoa até que ela volte à normalidade. Pela legislação em vigor, a família e o médico têm o direito de internar o portador quando em crise mesmo contra sua vontade. Por crise, entende-se que o dependente está delirando, fora da realidade, inadequado, sem controle de si mesmo e de seus atos. Nesse momento, a internação é uma medida de proteção e tratamento. Cabe à família e ao médico, diante de uma situação de crise, avaliar a real necessidade de internação. Há recaídas que não exigem necessariamente internação, principalmente quando tratadas precocemente.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

****Em que situações a internação é necessária? Quanto tempo deve durar? Existem internações "para sempre"?***

A internação é indicada nos momentos de crise seja ela na abstinência, na desintoxicação ou após uma recaída, quando perde o controle de si mesmo ou entra em profunda depressão podendo cometer suicídio ou ter uma overdose. Deve ser a mais curta possível.

Não se recomendam internações prolongadas ou "para sempre". Também são indicadas pensões e/ou oficinas protegidas que os capacitem a voltar viver independentemente.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

****A família deve manter total observação ou supervisão em relação ao paciente como, por exemplo, arrumando seu quarto, examinando seus objetos, acompanhando-o quando sai à rua?***

A ajuda deve ser no sentido de promover a maior independência possível do paciente. Ele deve ser incentivado a cuidar de suas coisas e de sua higiene. Tão logo quanto possível ele deve voltar a caminhar pela cidade independentemente. Essas atitudes visam preservar a auto-estima do paciente, evitando constrangimentos. Mas isso deve acontecer em períodos que o familiar se sinta seguro com relação ao dependente, neste momento ele deve estar demonstrando avanços expressivos no tratamento, mas sempre que possível e da maneira mais discreta possível, dê uma olhada nas suas coisas, no seu quarto, verifique alguns objetos pessoais.... conforme o tratamento vai avançando o próprio familiar se dará conta que não será mais necessário esse tipo de prática.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

****Considerando-se a rotina familiar, o que pode ser solicitado ao dependentes em termos de colaboração, participação, coisas tais como, cuidar de seu quarto, lavar o quintal, lavar a louça, fazer compras, ir ao banco?***

O dependente em tratamento esta apto a realizar qualquer tarefa domestica. No início, ele deve ser acompanhado, para evitar o descontrole, nervosismo ou qualquer outro sentimento negativo. Aos poucos, deve ir assumindo responsabilidades como qualquer membro da família, de acordo com suas possibilidades.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

****O que deve a família fazer para garantir a tranquilidade futura do dependente químico incapacitado no que se refere a sua segurança social: pensão, aposentadoria, habitação, assistência médica, medicamentos?***

As alternativas de atuação familiar, nesses casos, são variadas e dependem da situação específica de cada família, não apenas no que se refere à variável sócio-econômica, mas também no acolhimento oferecido ao paciente pelos demais membros da família, quando há os casos em que apenas alguns membros da família assumem os cuidados necessários. É importante que a família propicie condições para a segurança social futura do paciente, providenciando sua aposentadoria e/ou auxílio benefício. Condições de moradia, assistência médica e de defesa de seus direitos devem ser igualmente propiciadas, pois, como qualquer outra pessoa, os dependentes químicos têm direito à cidadania plena.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

Deixar claro ao familiar que a dependência, apesar de ser uma doença e ter aspectos genéticos e ambientais não é culpa dele e que as responsabilidades devem ser divididas para que se possa ter uma melhor qualidade de vida.

Espaço para o esclarecimento de dúvidas

Falar sobre a medicação. O usuário utiliza algum medicamento para ajudar no tratamento da dependência alcoólica? Como o familiar e o usuário se organizam quanto a medicação? O familiar tem controle sobre a medicação, saberia se algum dia o usuário esquecer ou deixar de tomar?

Discutir coisas práticas, como por exemplo, onde ficam as medicações, escrever nas caixas os horários e quando tomar

Evitar bebidas alcoólicas dentro de casa e, sempre que possível, evitar comemorações em que tenha como característica o uso excessivo de álcool de todos (beberagem).

Ter, na medida do possível, uma vida saudável.

Incentivar o usuário a encontrar atividades de lazer que possam contribuir no gasto de energia (caminhadas, corridas, jogo de futebol...)

Organizar o material oferecido pela intervenção e deixar ao alcance das mãos (ex. geladeira).

SESSÃO 1

Objetivo: Apresentar-se ao familiar cuidador, explicar que terá um contato semanalmente para falar sobre o transtorno do usuário. Marcar os horários e escutar um pouco as demandas do cuidador. Questionar sobre o dia a dia com o usuário.

Neste momento, serão esclarecidos os objetivos dos encontros, sua frequência e duração assim como seus métodos.

Objetivo do tratamento: passar informações úteis ao cuidador sobre o transtorno do usuário visando proporcionar melhores condições para estes lidarem com o transtorno.

*** Definição e explicação da psicoeducação e exposição do modelo:**

Explicar o que é psicoeducação (espaço de ensino sobre o transtorno no qual algumas definições e técnicas serão apresentadas para que o cuidador lide melhor com a situação do paciente) e **“o que psicoeducação não é”** (espaço para relato de traumas infantis dos pacientes ou de expressão de emoções) - utilizar exemplos;

Explicar que apesar de ser um momento sério não quer dizer que não possa ser descontraído; ou seja, é possível conversar sobre outros tópicos, mas cada sessão terá assuntos específicos que devem ser abordados.

Texto base para explicação da psicoeducação no transtorno mental:

Inúmeras pesquisas mostram que a psicoeducação para o paciente bipolar e/ou seu familiar é uma intervenção que auxilia no tratamento deste paciente e diminui consideravelmente os níveis de stress e sobrecarga do familiar. Seu **principal objetivo é passar informações e esclarecer dúvidas do familiar em relação ao transtorno bipolar**. A aprendizagem de tais informações proporciona melhores condições para o tratamento farmacológico (remédios) e comportamental (regulação de hábitos) ser seguido pelo paciente, tendo maiores chances deste ser realizado de forma adequada. **A psicoeducação também ajuda na identificação precoce de possíveis episódios de alteração do humor**. Assim, o familiar tem condições de auxiliar o paciente a ter **menores taxas de recaída e hospitalização**. Com a **adesão ao tratamento farmacológico de forma adequada, a aquisição de hábitos de vida saudáveis e acompanhamento dos sintomas, o indivíduo com TB pode ter níveis de qualidade de vida e funcionamento tão bons quanto um indivíduo sem o TB**. Ou seja, a psicoeducação traz vantagens diretas ao paciente bipolar e seu familiar.

Nesse tratamento, serão tratadas as definições do transtorno bipolar, suas causas, sintomas e conseqüências; a identificação de sintomas de alerta (sintomas que poderão assinalar a eminência de um episódio do humor), estratégias de ação e formas de tratamento.

Serão **6 encontros, uma vez por semana, com mais ou menos 50 minutos** de duração com objetivo de psicoeducar os cuidadores de usuários do CAPS visando proporcionar melhor condições ambientais para o tratamento.

*** Espaço para dúvidas e questionamentos;**

*** Explicar REGRAS DO CONTRATO:**

Regras:

1) **CONFIDENCIALIDADE (SIGILO ABSOLUTO)**. Neste momento também deve se entrar no assunto de ficar somente com o familiar durante as sessões, **mas antes deve ser observado se isso é possível, vendo o espaço, o grau de dependência do usuário...**

- 2) **ASSISTÊNCIA** – importância da presença em todas as sessões. Serviço gratuito. Caso não seja possível receber a visita, justificar com antecedência e agendar em outro horário.
- 3) **PONTUALIDADE** – fundamental para o andamento adequado das sessões.
- 4) **RESPEITO** – as opiniões, atitudes e comportamentos de qualquer familiar devem ser acolhidas com total respeito por terapeutas, mesmo que ocorra incongruência de idéias. É permitido rir COM o familiar, mas não DO familiar.
- 5) **PARTICIPAÇÃO** – a participação ativa do familiar com perguntas, questionamentos, dúvidas, etc, não é obrigatória em todos os momentos, porém, é extremamente recomendável para que estes possam tirar melhor proveito dos encontros. * Espaço para dúvidas e questionamentos;

SESSÃO 2

1º Momento – Entendendo a natureza do transtorno bipolar

Objetivo: passar brevemente ao cuidador alguns conceitos relativos ao TB e ressaltar a natureza biológica da patologia bem como conseqüentes estigmas sociais. Esclarecer origem e natureza do TB visando modificar prováveis entendimentos inadequados sobre o mesmo.

- *“Como havíamos combinado, no encontro de hoje falaremos sobre a natureza do transtorno bipolar. Em alguns momentos você pode não estar entendendo o que estarei falando, assim, fique a vontade para me interromper e perguntar.”*

Procedimentos:

* Explicar o brevemente o conceito de transtorno bipolar ressaltando sua natureza biológica. “O transtorno bipolar se caracteriza por uma **VULNERABILIDADE biológica** que ocasiona alterações/períodos de “**desregulagem**” do humor – variando entre estados de **depressão e euforia/agitação**.” Ou seja, transtorno bipolar resulta de mudanças na regulação do humor.

Dar exemplos sobre bom humor, mau humor.

Humor – estado emocional prolongado (dura horas, dias ou semanas) que pode influenciar a capacidade de pensar e agir do indivíduo. É diferente de emoções que surgem rapidamente diante de uma situação específica (afeto).

“Exemplificar: *Quando estamos de mau humor agimos impulsivamente, nos tornamos agressivos, tristes.*”

* Apresentar um desenho do cérebro e localizar o sistema límbico. Este gesto tende a ser muito útil para os pacientes localizarem a causa do transtorno (assim, novamente é salientada sua natureza orgânica). Explicar brevemente que este é um “termostato/termômetro do humor”. No indivíduo com TB, este termostato, por vezes, “não está funcionando de forma adequada”. Desta forma, o humor permanece instável, variável, oscilante e desregulado, na maioria das vezes de forma independente de seu ambiente.

Salientar que nem sempre que ocorra alguma mudança na família, alguma briga, o cuidador deve se culpar pela desregulagem do termômetro do paciente- Isto iria ocorrer de qualquer forma.

* O TB possui uma base biológica e é transmitido geneticamente. Teorias que apontam apenas causas psicológicas ou sociais para o desenvolvimento do TB não são atualmente válidas. Estes fatores podem desencadear o transtorno ou fazê-lo piorar, mas nunca causá-lo.”

* Expor característica hereditária. “O TB é um transtorno hereditário, ou seja, passa dos pais para os filhos. Isso não quer dizer que todo o filho(a) de alguém com TB também terá o transtorno. Na verdade, as chances do(a) filho(a) de alguém com TB NÃO POSSUIR o TB são muito maiores do que possuir.”

* Ressaltar a cronicidade e a recorrência do transtorno. “O TB vai sempre acompanhar a pessoa para o resto da vida (**doença CRÔNICA**), embora isso não signifique que seu humor estará sempre inadequado e nem mesmo que qualquer “desregulação” será intensa e fruto da doença, apenas que os episódios de euforia e depressão (comentados posteriormente) possuem a **TENDÊNCIA** de se repetirem ao longo da vida (**RECORRÊNCIA**).” O TB é uma mudança biológica que possuem sintomas bem descritos que causam sofrimento aos seus portadores e pessoas próximas.

* Fornecer dado de prevalência. “De 1 ou 2 pessoas em cada 100 da população sofre deste transtorno.”

* Dar uma notícia boa: “**FELIZMENTE**, existem tratamentos eficazes para o TB e os indivíduos com este transtorno podem levar uma vida normal. Isto é, com um bom ajustamento social, familiar, sentimental bem como profissional. O TB não é diferente de qualquer outra condição crônica como a asma ou a diabetes. Para a grande maioria das pessoas com o transtorno a obediência ao tratamento medicamentoso e um estilo de vida regrado são suficientes para não sofrer os sintomas do transtorno.

* Espaço para dúvidas e questionamentos;

SESSÃO 3

1º Momento – Sintomas: Episódios de Mania/Hipomania

Objetivo: apresentar ao cuidador como são os episódios maníacos e hipomaniacos = humor “pra cima”.

Procedimentos descrição Sintomas I:

“O TB consiste em ter ao longo da vida a alternância de episódios depressivos, fases sem sintomas (eutimia) e episódios de EUFORIA. Neste momento falaremos destes últimos, os episódios eufóricos/ agitação, que são chamados de MANIA ou HIPOMANIA, dependendo da intensidade dos sintomas”.

“Usar sinônimo para euforia: agitação”

O que você entende por mania?

* Esclarecer que o termo MANIA não quer dizer pelo senso comum (relação com toc) e seu entendimento é importante dentro do processo de psicoeducação.

* Explicar conceito de Mania e de Hipomania.

“A mania é um estado anormal, de humor elevado ou irritado. Caracterizado pelos seguintes sintomas: aumento da auto-estima, diminuição da necessidade de dormir (sentir menos sono), aumento da fala (tagarelice), presença pensamentos rápidos, fácil distração, agitação psicomotora (inquietação), subestimação de riscos e aumento de atividades prazerosas que podem ter

conseqüências ruins. Nem todos os sintomas devem estar presentes. Como expresso na tabela, somente alguns sintomas são mais freqüentes.

*** Conceitos de episódio de Mania e Hipomania:**

Episódio de Mania – período limitado de tempo (mais de 1 semana) em que o indivíduo se encontra eufórico, expansivo e irritadiço AGITADO. Acompanham sentimentos de grandiosidade, elevada auto-estima, pouco sono, aumento de atividades, principalmente prazerosa, não avaliando seus riscos, agitação, distração, etc. A mania é mais intensa do que a hipomania. A mania causa significativos prejuízos na vida social e profissional. Geralmente, requer internação, pois existe o risco a saúde do indivíduo.

Hospitalização- consultar ao psiquiatra para ver a real necessidade de hospitalização.

Orientar

Dar espaço para falar sobre internação

Episódio Hipomaniaco – basicamente são os mesmos sintomas e o mesmo quadro da mania, porém sem o mesmo grau de deteriorização e de prejuízos. Não requer hospitalização e nem possui sintomas psicóticos (alucinações e/ou delírios). Pode ser confundida com um estado de felicidade, contudo, os sintomas ocorrem sem razão aparente. Mais de 4 dias.

- Apresentar lista de sintomas mais freqüentes da Mania (UTILIZAR TERMOS POPULARMENTE MAIS CONHECIDOS) explicando um a um.

| |
|---|
| Sintomas |
| 1 Aumento de atividades |
| 2 Humor bastante elevado |
| 3 Diminuição da necessidade de dormir – não sentir sono |
| 4 Tagarelice |
| 5 Rapidez de pensamentos (idéias rápidas) |
| 6 Elevada auto-estima |
| 7 Facilidade em se distrair |
| 8 Aumento do interesse sexual |
| 9 Irritabilidade |
| 10 Sintomas psicóticos (alucinações e delírios) |
| 11 Abuso de álcool |

Este quadro deve estar impresso e deve ser entregue ao cuidador e juntos devem ver um a um

* 1 O usuário faz muitas atividades e não se sente cansado

* 2 Outras características são bastante relatados em episódios Maníacos e/ou hipomaniacos: otimismo sem razão, fazer muitas compras sem preocupação em pagá-las, viajam impulsivamente, mudam o jeito de vestir, emprestam dinheiro, oferecem conselho sobre coisas que nada entendem.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

* 3 Usualmente, a falta de sono tende a ser deixada de lado e não considerada como um sintoma. Contudo, trata-se de um importante sintoma, no TB, a pessoa costuma dormir muito menos e acordar muito mais cedo do que o usual sentindo-se cheia de energia podendo passar dias sem dormir e não se sentir cansada.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

* 4 O aumento do uso da linguagem – tagarelice – também é bastante comum. Em geral, pessoas neste episódio, falam rápido, são difíceis de serem interrompidas e falam alto. Podem ser teatrais e dramáticos. Caso a irritabilidade esteja presente, o discurso pode ser dirigido por queixas e comentários hostis.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

* 5 A rapidez de pensamentos pode ser comparado a assistir dois ou três canais de televisão ao mesmo tempo. O pensamento tende a ficar cada vez mais rápido durante os episódios podendo ser difícil de colocá-lo em palavras ou até mesmo entendê-lo por sua desorganização.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

* Delírios de grandiosidade são comuns (ter uma relação especial com Deus; possuir um poder especial, etc.).

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

* 8 O aumento do desejo sexual por si só não traz conseqüências negativas ao indivíduo. Contudo, frequentemente leva ao paciente com TB desconsiderar seus relacionamentos sentimentais e aumentar o número de parceiros sexuais. Aliado ao prejuízo em avaliar situações de risco, o aumento da vida sexual pode colocar o indivíduo em situações de exposição a risco a sua saúde.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

* 9 A irritabilidade e a dificuldade em aceitar opiniões contrárias as suas também são marcantes e podem levar a comportamentos agressivos leves e moderados.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

* 10 Durante estes episódios, sintomas psicóticos podem surgir. De dois tipos: alucinações – percepção sem um objeto que a motive (ver coisas, escutar vozes); e delírios – crenças absurdas e infundadas sem qualquer razão (acreditar que é fluente em um idioma sem nunca estudado, estar sendo perseguido pela polícia americana). **Tomar cuidados especiais quando explicar os sintomas psicóticos devido ao estigma social envolvido. Pode surgir uma dúvida diagnóstica nos familiares em relação ao sujeito com TB (“medo da loucura”). O terapeuta deve estar apropriado das diferenças entre esquizofrenia e TB. Dizer que são dois transtornos distintos que podem possuir alguns sintomas em comum. Ex: Dengue e gripe, os dois tem febre como sintoma, porém são duas coisas diferentes, com tratamentos distintos.**

* 10 Outro tópico delicado diz respeito à barreira entre sintomas psicóticos e crenças religiosas. Tomando um cuidado especial de não ofender ou afrontar as crenças religiosas dos participantes, explicar que quando existem outros sintomas de mania presentes, a “visão” ou “iluminação” religiosa provavelmente se trata de um sintoma psicótico. Ou seja, o contexto do indivíduo auxiliará na definição de algumas atitudes que podem ser definidas como crenças religiosas, porém se tratam de sintomas psicóticos.

* 11 Devidos a caracterização do episódio comportamento desajustado e o abuso de substâncias químicas podem ocorrer ao mesmo tempo em que o episódio.

* Durante a sessão o terapeuta deve ressaltar a natureza patológica da Mania e da Hipomania. Desmistificar a idéia de que a hipomania é um “dom” ou uma boa característica. Para tal, salientar que quando hipomaniaca, a pessoa tende a tomar decisões inadequadas, nem todos os sintomas da hipomania são agradáveis e que quase na totalidade dos casos a fase

hipomaniaca é seguida de um episódio que traz sofrimento (fase maníaca, mista ou depressão).

*** Diferenciar a hipomania de felicidade:**

A hipomania é instável: o indivíduo hipomaniaco é irritado e hostil quando contrariado, algo que não acontece quando a pessoa simplesmente está feliz.

A intensidade da hipomania pode fazer com que a pessoa fuja deste estado utilizando auto-medicações, sedativos ou álcool.

A hipomania tende a reduzir a capacidade de julgamento e tomada decisões do indivíduo, enquanto a felicidade não.

Em geral, a hipomania é precedida ou antecedida de um período de depressão.

* Durante um episódio maníaco ou hipomaniaco os indivíduos não reconhecem que estão doentes e podem resistir ao tratamento. Frequentemente justificam as alterações em seus comportamentos.

*** Espaço para dúvidas relativas à Mania e/ou Hipomania.**

SESSÃO 4

1º Momento – Sintomas II: Episódios de Depressão e Mistos

Objetivo: passar ao paciente a idéia de que a depressão é uma condição médica, minimizando as considerações sociais pejorativas e os significados populares associados ao termo. Esclarecer a depressão como doença, ou parte de uma doença, como neste caso, definindo causas biológicas e necessitando tratamento farmacológico.

Procedimentos descrição Sintomas II:

* Introduzir o conceito clínico de depressão;

O que é depressão?

Período de **PELO MENOS 2 semanas** nas quais existe um **estado de humor deprimido ou uma perda de interesse ou prazer na maioria das atividades.**

* **Ressaltar caráter biológico da doença no caso de pacientes com TB e que não necessariamente possui fatores desencadeantes para aparecer. Muitos pacientes acreditarão que sofrem apenas e exclusivamente de depressão como um resultado de conflitos psicológicos ou problemas circunstanciais de vida. Para auxiliar no esclarecimento destas questões, o terapeuta deve expor o pensamento oposto. Ao invés de pensar que o sujeito perdeu seu emprego e acabou seu relacionamento e então ficou deprimido, salientar a importância de se pensar que, no caso de TB, é provável que o sujeito tenha ficado deprimido para então perder seu emprego e terminar seu relacionamento.**

* **Diferenciar a idéia de que depressão é uma profunda tristeza. Muitos pacientes com TB não se enquadram na descrição mais popular de deprimidos que passam por períodos de desesperança e melancolia. A depressão quando episódio dentro de um transtorno bipolar é caracterizado por alterações mais comportamentais (apatia, falta de energia, excesso de sono) do que de pensamentos. As sensações da depressão no paciente com TB são de inibição, vazio emocional, indiferença ou passividade. A tristeza pode estar presente, mas não é uma condição sem a qual não ocorra o episódio depressivo. Ansiedade pode ser um sintoma**

comum quando o episódio depressivo não é caracterizado pela tristeza. Nestes casos, sintomas físicos sem explicação médica são freqüentes (dores no corpo, fadiga). Como é possível de se observar a depressão bipolar possui várias formas e segue sendo parte de uma mesma doença.

*** Esta lista de sintomas mais freqüentes de depressão em pacientes bipolares deve estar impressa e deve ser entregue ao familiar e juntos falar de um por um**

| |
|---|
| Sintomas |
| Tristeza |
| Perda de energia |
| Dificuldade em concentrar-se |
| Pensamentos negativos |
| Decréscimo no sono |
| Perda de interesse por coisas que gostava |
| Perda de peso |
| Choro |
| Perda de apetite |
| Sintomas somáticos |
| Irritabilidade |

*** Explicar cada sintoma tomando cuidado para diferenciar de variações não patológicas.** Obviamente, terá dias em que qualquer um, inclusive pessoas com TB terão menos interesse por algo que costumam gostar. O mesmo vale para cansaço, perda de energia, etc. O único sintoma que não é comum é a ideação suicida, portanto, é o único que isoladamente pode ser considerado um forte indicativo de episódio depressivo.

* Como na mania, os sintomas estão relacionados entre si. A perda de interesse pela maioria das atividades faz com que o desejo sexual do paciente com TB também seja diminuído, por exemplo.

* Em geral, se apresenta um cansaço permanente . Qualquer atividade é encarada como algo que requer um grande esforço. Sentimentos de inutilidade são conseqüências freqüentes bem como sentimentos de culpa.

* O sono é muito importante no controle dos sintomas do TB. Recomende aos familiares que o paciente com TB deve dormir aproximadamente 9hrs por noite. Este é um ponto importante da regulação comportamental que ajuda a prevenir recaídas.

* Outro tópico importante de ser discutido abertamente é a questão do suicídio. Deixar claro que a ideação suicida se trata de uma complicação que pode fazer parte do transtorno que deve ser combatida assim que surgir. “São relativamente comuns estes pensamentos, um em cada três pacientes com TB tenta o suicídio ao longo da vida. Os desejos de desistir frente aos obstáculos ou de colocar um fim no seu sofrimento emocional são comuns.”

* “Fatores estressores psicossociais podem vir antes de episódios depressivos e ajudar a desencadeá-los, porém nunca serão sua causa!” Por exemplo, uma desilusão amorosa ou morte de ente querido pode auxiliar para que os sintomas depressivos aflorem contudo a causa de sua existência será a “desregulagem no sistema biológico”. ”.

* “Se entende a fase mista como os períodos em que sintomas depressivos e maníacos ocorrem no mesmo momento de forma misturada. Em geral, em tais períodos, os sintomas de irritabilidade, ansiedade, variação de humor e agitação são os mais freqüentes”.

* **Espaço para dúvidas e questionamentos relativos aos episódios depressivos ou mistos.**

Exercício para ser realizado ainda durante a sessão: pensar nas épocas em que o paciente apresentou os sintomas de TB. Quais sintomas tinha? Em que momento se iniciaram?

SESSÃO 5

Identificação de sintomas de alerta

1º Momento – Detecção: Episódios de Mania e Hipomania

Procedimentos detecção de episódios maníacos e hipomaniacos:

Alguns dos sintomas de mania ou hipomania apresentados anteriormente podem aparecer rapidamente, sem dar tempo de serem detectados. Contudo, existem comportamentos que são indicadores de recaídas. **Fazer comparação de episódio maníaco com avalanche.** No começo é apenas uma bolinha de neve, aparentemente sem perigo, mas se transforma em algo que não se pode parar que proporciona grande risco.

Detectar a recaída a tempo é fundamental para evitar sofrimento. Portanto, pequenas mudanças no comportamento devem ser levadas em consideração e podem favorecer intervenções com mais chance de darem certo. Ou seja, pode ser fazer algo para tentar interromper a avalanche.

“Da mesma forma com que qualquer pessoa que começa a sentir dores no corpo, cansaço, nariz escorrendo e a temperatura subindo identifica que está gripada e ativa seu plano de emergência (tomar medicação e fazer repouso, no caso da gripe), o familiar do paciente com TB deve fazer o mesmo quando percebe os sinais de algum episódio.”

* Lista geral de comportamentos de alerta:

Mudanças de comportamento e pensamento que usualmente indicam o começo de uma descompensação hipomaniaca:

Poucas horas de sono;

Sentimento que as horas dormidas são horas perdidas;

Impaciência;

Irritabilidade ou aumento no número de discussões;

Aumento de energia;

Surgimento de novos interesses ou retomada de interesse em estágios passados da vida;

Fala acelerada mais do que o comum;

Dirigir ou caminhar mais rápido do que o comum;

Surgimento de novos objetivos;

Aumento do desejo sexual, atração maior do que o usual;

Mudança no estilo de vestir-se;(material impresso, para entregar ao familiar)

* Quanto mais cedo se identifica o episódio melhor é.

* As mudanças de comportamento e de pensamento ocorridas no TB podem ocorrer quando um funcionamento normalmente observado é aumentado ou diminuído consideravelmente (fala mais, aumenta atividades, diminui as horas de sono, etc) ou quando surgem novos comportamentos ou

pensamentos (irritabilidade ou discussões com pessoas que não se costuma discutir, novos interesses bastante diferentes dos usuais, etc).

Todas as mudanças possuem critérios subjetivos de avaliação, com exceção da redução das horas de sono, duas noites consecutivas que a pessoa dorme menos de 6 horas podem ser consideradas como um comportamento de alerta.

* “Nem todos os sinais irão ocorrer em todos sujeitos com TB. Da mesma forma que os sintomas, apenas alguns sinais se manifestarão. Por isso, cada familiar junto com o paciente deve fazer uma lista de comportamentos de alerta que mais se encaixam no seu caso, se necessário, adicionando sinais”. “Não estamos aprendendo sobre o TB e sim sobre o seu TB do seu familiar”. Isto se encaixa na idéia de que cada pessoa possui suas diferenças, até mesmo em relação à doença. “É importante ter sempre em mente (ou no papel) a lista e observar mudanças”.

Assim, é explicado ao familiar como preparar uma lista pessoal de comportamentos de alerta. “Para isso, é válido pensar no início dos primeiros episódios de mania, em como os sintomas oscilam de episódio para episódio, quais os que se mantêm, quais indicadores que afetam o paciente, qual é o limite para cada sintoma lembrado, ou seja, em que momento se deve tomar uma ação (plano de emergência)”.

* Ressaltar que oscilações do humor dentro da normalidade (adequadas ao contexto) são normais e ocorrem com pacientes com TB assim como com qualquer outra pessoa. As alterações de humor em sua fase inicial realmente são difíceis de serem identificadas e separadas de períodos de estresse e preocupação, o comportamento usual ou normal do sujeito é que será fundamental para estabelecer esta diferenciação. Normalmente, mudanças que indicam um episódio ocorrem sem um evento da vida que as cause, permanecem por mais tempo assim como são mais intensas. “O humor por si só não nos dá muitas pistas úteis sobre o início de episódios. É mais importante prestar atenção nos comportamentos já mencionados. É importante ressaltar que apenas um desses comportamentos não é suficiente para indicar o início de um episódio. Dois ou talvez três dos comportamentos apresentados, dependendo do indivíduo, podem indicar com maior segurança o início de um episódio e serem diferenciadas de mudanças de vida de outra ordem”.

* Espaço para dúvidas relativas à identificação de sinais de episódios de Mania e/ou Hipomania.

2º Momento – Detecção: Episódios de Depressão e Mistos

Procedimentos detecção de episódios de depressão e mistos:

Início da segunda etapa: “Embora identificar a depressão não seja tão urgente quanto identificar a mania, é importante aprender a reconhecer o início destes episódios. A maioria dos pacientes, bem como seus familiares, não tem problemas em identificar a depressão quando ocorre com sofrimento emocional (tristeza, ansiedade, cansaço). Tal episódio deve ser evitado em seu início devido a sua grande associação com abuso de substâncias (álcool, cocaína, etc), automedicação (alteração das drogas e/ou dosagens utilizadas no tratamento farmacológico para TB) ou ainda para que não seja confundida com outras enfermidades não psiquiátricas (anemia, demência, etc)”

A apatia é um dos sinais mais freqüentes do início do episódio depressivo. Este sintoma pode ser identificado caso exista redução significativa das atividades ou desinteresse sobre tarefas prazerosas.

A baixa auto-estima também se encontra envolvida neste processo.

Desistência ou seguidas faltas na vida escolar ou estudantil assim como de atividades profissionais também são comuns. Estão, em geral, ligados a esta mudança de comportamento, dificuldades em prestar atenção e de memória, sendo que estas dificuldades surgem antes.

O cansaço e a lentidão física são sinais bastante característicos.

A falta de interesse é bastante marcante para os familiares. Atividades que geralmente despertavam o interesse do paciente passam a não motivá-lo. Em jovens uma característica bastante comum é o isolamento (permanecer em casa durante os finais de semana sem visitar ou ser visitado por amigos).

O surgimento de preocupações que antes não existiam também pode ser uma mudança que indica início de episódio depressivo assim como pensamentos que não saem da cabeça e pausas na fala (brancos/não saber o que dizer).

* Posteriormente, cada participante terá que elaborar uma lista de comportamentos de alerta especialmente do transtorno bipolar. Nesta lista devem constar 3 ou 4 sinais de alerta operacionais.

SESSÃO 6

1º Momento: O que fazer quando o início de um novo episódio é detectado?

Objetivo: oferecer aos participantes um plano de ação estruturado caso o início de algum episódio seja identificado. A finalidade é a prevenção, isto é, o aprendizado de técnicas e recursos que podem ser úteis aos familiares.

(mostrar um material que poderia ser colocado na geladeira com principais telefones de urgência e emergência)

Procedimentos:

MEDICAÇÃO É FUNDAMENTAL – melhor maneira de prevenir episódios

“Nos últimos encontros nós falamos sobre como identificar o início de episódio (recaídas), porém, é importante ter em mente o que se fazer quando uma descompensação for identificada.”

Neste momento, será discutido como atuar quando ocorrer uma descompensação. É de extrema importância não confundir os procedimentos para episódios de depressão com episódios de mania ou hipomania e mistos.

É conveniente que os recursos passados como procedimentos sejam coerentes com a realidade da população atendida.

* Relembrar que para qualquer plano de emergência é fundamental ter, em local acessível a todos, uma pequena lista com os contatos das instituições e profissionais de saúde envolvidos no tratamento (psiquiatra, psicólogo, dos locais de atendimento, de um hospital psiquiátrico, bem como membros próximos da família, etc).

Nesse momento também é interessante mencionar sobre a organização das medicações, local específico, escrever nas caixas os horários e quando tomar, não misturar com a medicação de outras pessoas da casa.

Manter em local visível e organizado todo material oferecido até aqui.

O que fazer no início de episódio maníaco, hipomaniaco ou misto. (10 comandos do plano de emergência):

1 – Caso a sua lista de comportamentos de alerta sinalize uma possível recaída maníaca ou hipomaniaca, o primeiro passo é localizar o psiquiatra responsável pela medicação, mesmo que por telefone, relatar os acontecimentos, para o profissional ter condições de avaliar a suspeita de início de episódio. Pode ser tratar de uma variação não patológica, ou situação onde o terapeuta está melhor informado sobre o contexto do paciente. Contudo, é sempre indicado que o paciente realize o contato em caso de mudanças de comportamento. (que devem ser previamente combinados com o psiquiatra)

2 – Aumentar o número de horas de sono para no mínimo 10hrs, mesmo que sejam necessárias medicações receitadas pelo psiquiatra. Frequentemente, dormir longas noites por 3 ou 4 dias é suficiente para impedir a tempo o episódio hipomaniaco ou maníaco.

3 – Limite o número de atividades e elimine aquelas que não são absolutamente necessárias do paciente. Normalmente, a participação do familiar é fundamental nestas situações para auxiliar a definir o que é essencial e o que não é. É importante ter em mente que é mais essencial evitar uma recaída do que qualquer compromisso de trabalho ou social.

4 – O paciente deve permanecer ativo por no máximo 6hrs. O restante do dia deverá servir para relaxar e descansar (repouso). Como no caso de uma gripe, se deve evitar sair de casa, bastante repouso na cama, poucas horas de televisão e bastante tranquilidade no ambiente.

5 – Paciente não deve realizar exercícios físicos, nem mesmo tentar ficar cansado para dormir mais. Muitos pacientes ficam um pouco desconfiados quando um médico lhe recomenda NÃO exercícios físicos, contudo, em episódios de hipomania ou mania estes atuam como estimulantes sendo suspensos do cotidiano do paciente.

6 – Tente reduzir a exposição a estímulos - estímulos evitar expor o paciente a ambientes muito estimulantes (festas, discotecas, shoppings, centro) sempre preferir ambientes tranquilos (sua casa, lugares com pouca luminosidade, poucas pessoas, tranquilos).

7 – Também tentar evitar bebidas estimulantes café, chá, refrigerantes de cola, energéticos, chimarrão, etc. Alimentos ou bebidas com muitas vitaminas também devem ser pouco consumidos, pois podem ter as mesmas substâncias das bebidas já relatadas.

8 – É importante limitar os gastos do indivíduo nestes períodos. Retirar cartões de crédito, adiar mesadas ou empréstimos bem como pedir para que o familiar guarde os recursos financeiros do paciente. Pelo menos por 48hrs.

9 – Não tomar decisões importantes neste período. Tente adiar a decisão até um momento em que seu terapeuta responsável julgue adequado. Familiar pode ajudar.

10 – Tentar fazer com que o paciente compreenda que “dar uma animadinha” pode ser o início de algo que gera muito sofrimento (ex: avalanche).

11 – verificar aparelhos de rádio e TV no quarto do usuário e do quanto isso pode ser prejudicial nesses episódios.

O que fazer no início de episódio depressivo. (10 comandos do plano de emergência):

1 – Localizar o psiquiatra, mesmo que por telefone, no início de um episódio depressivo ou suspeita do mesmo.

2 – Nunca oferecer, estimular ou incentivar o uso de automedicações. Qualquer modificação de fármacos deve ser realizada pelo profissional responsável.

3 – Fazer com que o paciente durma no máximo 8hrs. Dormir demais pode piorar a depressão. Limitando o tempo de sono um maior período para realização de atividades estará disponível. O paciente deve dormir somente à noite, não sestiar.

4 – Incentive seu familiar a aumentar o número de atividades diárias. Não permita que ele(a) desista de alguma atividade cotidiana.

5 – É muito importante que a pessoa neste período realize atividades físicas. Os exercícios físicos servem como antidepressivos naturais, altamente recomendados para estados eutímicos e episódios depressivos. Caminhadas são atividades de baixo custo e pouco risco a saúde.

6 – Não tomar decisões importantes neste período. Tente adiar a decisão até um momento em que seu terapeuta responsável julgue adequado. As decisões podem estar influenciadas por um pessimismo que não corresponde à realidade.

7 – O paciente não deve consumir substâncias como álcool, maconha, cocaína ou qualquer outra droga para “se animar”. Estas substâncias vão deixá-lo ainda mais deprimido. O familiar é importante para lembrá-lo disso. Se não houver problemas de ansiedade, beber duas xícaras de café diariamente para estimulação.

8 – Tentar mostrar ao paciente que sua visão pessimista provavelmente é apenas fruto de uma mudança bioquímica de seu cérebro. Estabelecer um diálogo de confiança com seu familiar é fundamental para não parecer ofensivo.

9 – Auxiliar o paciente a manter sua rotina diária de atividades.

10 - Estimular o paciente procurar seu terapeuta, certamente será um profissional habilitado para ajudar neste processo. Caso ocorram pensamentos suicidas, manter a calma e entrar em contato com os responsáveis pelo tratamento.

* Quando eutímicos, os pacientes, em geral, são muito criativos e tem muitas idéias sobre como se afastar da depressão é importante sempre discutir estas questões com terapeuta responsável (psiquiatra e/ou psicólogo). O diálogo entre paciente, família e equipe terapêutica é fundamental para efetividade do tratamento. Não é aconselhável fazer qualquer alteração no uso das medicações sem consulta ao psiquiatra responsável pelo caso.

Espaço para o esclarecimento de dúvidas.

SESSÃO 1

Apresentação e contrato

Objetivo: Apresentar-se ao familiar cuidador, explicar que terá um contato semanalmente para falar sobre o problema do usuário. Marcar os horários e escutar um pouco as demandas do cuidador. Questionar sobre o dia a dia com o usuário.

Neste momento, serão esclarecidos os objetivos dos encontros, sua frequência e duração assim como seus métodos.

Objetivo do tratamento: passar informações úteis ao cuidador sobre o problema do usuário visando proporcionar melhores condições para estes lidarem com o problema.

*** Definição e explicação da psicoeducação e exposição do modelo:**

Explicar o que é psicoeducação (espaço de ensino sobre o problema no qual algumas definições e técnicas serão apresentadas para que o cuidador lide melhor com a situação do paciente) e **“o que psicoeducação não é”** (espaço para relato de traumas infantis dos pacientes ou de expressão de emoções) - utilizar exemplos;

Explicar que apesar de ser um momento sério não quer dizer que não possa ser descontraído; ou seja, é possível conversar sobre outros tópicos, mas cada sessão terá assuntos específicos que devem ser abordados.

Texto base para explicação da psicoeducação no transtorno mental:

Inúmeras pesquisas mostram que a psicoeducação para pacientes com depressão e/ou seu familiar é uma intervenção que auxilia no tratamento do paciente e diminui consideravelmente os níveis de stress e sobrecarga do familiar. Seu **principal objetivo é passar informações e esclarecer dúvidas do familiar em relação a depressão**. A aprendizagem de tais informações proporciona melhores condições para o tratamento farmacológico (remédios) e comportamental (regulação de hábitos) ser seguido pelo paciente, tendo maiores chances deste ser realizado de forma adequada. **A psicoeducação também ajuda na identificação precoce de possíveis episódios de crise**. Assim, o familiar tem condições de auxiliar o paciente a ter **menores taxas de recaída e hospitalização**. Com a **adesão ao tratamento farmacológico de forma adequada, a aquisição de hábitos de vida saudáveis e acompanhamento dos sintomas que antecedem o período de crise, o indivíduo usuário de drogas pode ter níveis de qualidade de vida e funcionamento muito bons**. Ou seja, a psicoeducação traz vantagens diretas ao paciente com depressão e seu familiar.

Nessa intervenção, serão tratadas as definições de depressão, suas possíveis causas, sintomas e conseqüências; a identificação de sintomas de alerta (sintomas que antecedem a crise), estratégias de ação e formas de tratamento.

Serão **7 encontros, uma vez por semana, com mais ou menos 50 minutos** de duração com objetivo de psicoeducar os cuidadores de usuários do CAPS visando proporcionar melhor condições ambientais para o tratamento.

*** Espaço para dúvidas e questionamentos;**

*** Explicar REGRAS DO CONTRATO:**

Regras:

- 1) **CONFIDENCIALIDADE (SIGILO ABSOLUTO)**. Neste momento também deve se entrar no assunto de ficar somente com o familiar durante as sessões, **mas antes deve ser observado se isso é possível, vendo o espaço, o grau de dependência do usuário...**
- 2) **ASSISTÊNCIA** – importância da presença em todas as sessões. Serviço gratuito. Caso não seja possível receber a visita, justificar com antecedência e agendar em outro horário.
- 3) **PONTUALIDADE** – fundamental para o andamento adequado das sessões.
- 4) **RESPEITO** – **as opiniões, atitudes e comportamentos de qualquer familiar devem ser acolhidas com total respeito por terapeutas, mesmo que ocorra incongruência de idéias. É permitido rir COM o familiar, mas não DO familiar.**
- 5) **PARTICIPAÇÃO** – a participação ativa do familiar com perguntas, questionamentos, dúvidas, etc, não é obrigatória em todos os momentos, porém, é extremamente recomendável para que estes possam tirar melhor proveito dos encontros. * Espaço para dúvidas e questionamentos;

SESSÃO 2

Entendendo a natureza da Depressão

Objetivo: passar brevemente ao cuidador alguns conceitos relativos à depressão e ressaltar a natureza biológica da patologia bem como conseqüentes estigmas sociais. Esclarecer possível origem e natureza da doença visando modificar prováveis entendimentos inadequados sobre o mesmo.

- “Como havíamos combinado, no encontro de hoje falaremos sobre a natureza da depressão. Em alguns momentos você pode não estar entendendo o que estarei falando, assim, fique a vontade para me interromper e perguntar.”

Procedimentos:

* Explicar o brevemente o conceito de depressão ressaltando sua natureza biológica.

“Enquanto sintoma, a depressão pode surgir nas mais variadas doenças, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas das mais diversas.

Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também vários outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite). Finalmente, enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, etc.”

*Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente associa-se à sensação de cansaço ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado.

*A depressão acomete cerca de 10% da população em geral, ou seja, em cada 100 pessoas, 10 têm depressão e é mais comum entre as mulheres do que entre os homens.

***Fatores genéticos:** O fator genético certamente está presente em muitos casos de forma clara. Em outros, podemos supor que ele não seja tão evidente. O que parece ser herdado é uma tendência para um funcionamento anormal em algumas regiões do cérebro. Esse funcionamento anormal facilitaria que essas pessoas tivessem depressão. A grande maioria dos casos de depressão parece ser geneticamente transmitida e quimicamente produzida. Há certeza quando se afirma que existem fatores biológicos e psicológicos em todas as doenças humanas. Em algumas, o fator biológico é determinante e os psicológicos, consequência.

***Fatores ambientais:** Fatores culturais também podem influenciar na depressão, o mesmo acontece com o convívio dentro do ambiente familiar. As situações ambientais que podem vir a influenciar na depressão vão depender da forma como o sujeito se coloca nas relações, como se relaciona no meio onde vive e onde seu comportamento provoca situações desfavoráveis para si mesmo (escola, bar, trabalho), há também situações ambientais que independem da sua participação e podem ser inevitáveis como a morte de um familiar ou saída de um filho de casa. Eventos de vida traumáticos (separação dos pais) e eventos diários menores (esperar em filas, ouvir o despertador) também podem desencadear depressão.

* **Espaço para dúvidas e questionamentos;**

SESSÃO 3

Principais sintomas

Objetivo: Trazer ao conhecimento do familiar os sintomas que acometem a depressão, para que ele mesmo consiga reconhecer as principais características da depressão do usuário e saiba como ajudar.

* Humor depressivo: sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa. Os pacientes costumam aludir ao sentimento de que tudo lhes parece fútil, ou sem real importância. Acreditam que perderam, de forma irreversível, a capacidade de sentir alegria ou prazer na vida. Tudo lhes parece vazio e sem graça, o mundo é visto “sem cores”, sem matizes de alegria. Em crianças e adolescentes, sobretudo, o humor pode ser irritável, ou “rabugento”, ao invés de triste. Certos pacientes mostram-se antes “apáticos” do que tristes, referindo-se muitas vezes ao “sentimento da falta de sentimentos”. Constatam, por exemplo, já não se emocionarem com a chegada dos netos, ou com o sofrimento de um ente querido, e assim por diante. O deprimido, com frequência, julga-se um peso para os familiares e amigos, muitas vezes invocando a morte para aliviar os que o assistem na doença. São frequentes e temíveis as idéias de suicídio (este assunto será melhor tratado mais adiante).

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis: As pessoas deprimidas podem relatar que já não se interessam pelos seus passatempos prediletos. As atividades sociais são frequentemente negligenciadas, e tudo lhes parece agora ter o peso de terríveis “obrigações”.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Fadiga ou sensação de perda de energia: A pessoa pode relatar fadiga persistente, mesmo sem esforço físico, e as tarefas mais leves parecem exigir esforço substancial. Leva-se mais tempo para a execução das tarefas do que costumava se levar antes.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões: Decisões antes quase automáticas parecem agora custar esforços e tempo incalculáveis. Um paciente pode se demorar um tempo absurdo para terminar um simples relatório, pela incapacidade em escolher as palavras adequadas. O curso do pensamento pode estar notavelmente lento. Professores experientes queixam-se de não conseguir preparar as aulas mais rotineiras e tem sentimentos de incompetência em função disso; crianças e adolescentes têm queda em seus rendimentos escolares, geralmente em função da fadiga (cansaço) e déficit de atenção, além do desinteresse em tudo e em qualquer coisa.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Alterações do sono (mais freqüentemente insônia, podendo ocorrer também sonolência em excesso): A insônia é, mais tipicamente, intermediária (acordar no meio da noite, com dificuldades para voltar a dormir), ou terminal (acordar mais precocemente pela manhã). Pode também ocorrer insônia inicial. Com menor freqüência, mas não raramente, os indivíduos podem se queixar de sonolência excessiva, mesmo durante as horas do dia.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Alterações do apetite (mais comumente perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite): Muitas vezes a pessoa precisa esforçar-se para comer, ou ser ajudada por terceiros a se alimentar. As crianças podem pela falta de apetite, não ter o esperado ganho de peso no tempo correspondente. Algumas formas específicas de depressão são acompanhadas de aumento do apetite, que se mostra caracteristicamente aguçado por carboidratos e doces.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Redução do interesse sexual: Perda ou diminuição do desejo sexual.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Crises de choro: Choro sem causa aparente ou por causas pequenas que geralmente não desencadeariam choro em excesso.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora: Frequentemente os pacientes se referem à sensação de peso nos membros, ou ao “manto de chumbo” que parecem estar carregando. Em recente revisão da literatura sobre os estados depressivos, o item “retardo psicomotor” foi o denominador comum, em nove sistemas classificatórios, como traço definidor da melancolia. Deve-se ainda lembrar, no diagnóstico das depressões, que algumas vezes o quadro mais típico pode ser mascarado por queixas proeminentes de dor crônica (dores de cabeça, dores vagas no tórax, abdome, ombros, região lombar, etc.). A ansiedade está freqüentemente associada. Em idosos, principalmente, as queixas de caráter hipocondríaco costumam ser muito comuns.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

- Apresentar lista de sintomas mais freqüentes (UTILIZAR TERMOS POPULARMENTE MAIS CONHECIDOS) explicando um a um.

| Sintomas mais comuns |
|---|
| 1 Humor deprimido |
| 2 Redução da capacidade de experimentar prazer nas maioria das atividades |
| 3 Fadiga e sensação de perda de energia |
| 4 Diminuição da capacidade de se concentrar, pensar ou tomar decisões |
| 5 Alterações do sono |
| 6 Alterações do apetite |
| 7 Redução da libido |
| 8 Retardo psicomotor |
| 9 Crises de choro |

SESSÃO 4

Risco de suicídio

Objetivo: informar ao familiar do risco presente de suicídio.

O risco de suicídio existe e o familiar deve ficar atento a alguns aspectos: se o paciente fala em se matar, caso refira ouvir vozes ordenando que se fira ou que atente contra a própria vida, quando ocorre intensa ansiedade ou angústia, se ele se mostra depressivo ou se tem algum comportamento auto-agressivo ou autodepreciativo.

*Não é raro constatar que a depressão e o suicídio andem juntos. A depressão, nesses casos se caracteriza por um período longo e contínuo de humor deprimido com sintomas específicos.

*As motivações para o suicídio incluem distorções cognitivas (perceber quaisquer dificuldades como obstáculos definitivos, tendência a superestimar as perdas sofridas) e ainda o intenso desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente penoso e tido como interminável. Outros ainda buscam a morte como forma de expiar suas supostas culpas. Os pensamentos de suicídio variam desde o remoto desejo de estar simplesmente morto, até planos minuciosos de se matar (estabelecendo o modo, o momento e o lugar para o ato). Os pensamentos relativos à morte devem ser investigados pelo familiar que deve estar sempre atento, uma vez que essa conduta poderá prevenir atos suicidas, dando abertura ao paciente de se expressar a respeito.

Identificar junto ao familiar possíveis comportamentos de risco
(Esta parte foi retirada do MINI e foi adaptada para que o familiar pense na situação do usuário)

Durante o último mês:

- *O usuário demonstrou ter algum pensamento de que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?
- *O usuário demonstrou algum desejo de fazer mal a si mesmo (a)?
- * O usuário demonstrou algum indicio de estar pensando em suicidar-se?
- *O usuário comentou estar pensando numa maneira de se suicidar?

*O usuário já tentou o suicídio?

Ao longo da sua vida:

*O usuário Já fez alguma tentativa de suicídio ?

A família não deve temer abordar esse assunto com o paciente, pois geralmente ele sente a necessidade de falar disso para obter algum alívio para o seu sofrimento. Caso haja intenção ou risco de suicídio, a equipe responsável pelo tratamento deve ser imediatamente avisada. (fornecer material, como um imã de geladeira, em que o familiar coloque os telefones das principais pessoas envolvidas no tratamento e números de emergência).

A maneira mais eficiente de se reduzir o risco de suicídio nessas pessoas (assim como em outros transtornos mentais) é o tratamento correto da depressão.

Momentos de maior risco de suicídio para o paciente com depressão:

6. Quando existe junto com a depressão o abuso de substâncias, tais como álcool e drogas;
7. A presença conjunta de medicamentos essenciais ao tratamento e uso de álcool/ droga;
8. Em momentos onde se encontram presentes sentimentos de incapacidade e fraqueza;
9. No período logo após a alta de uma internação psiquiátrica;
10. Nos estágios iniciais do tratamento, onde se toma conhecimento da doença, e de que não esta em suas mãos se livrar dela, o que acaba gerando confusão de sentimentos e perplexidade diante do problema;
11. Quando se decide largar o tratamento, seja qual for o motivo;
12. Quando se tem arma de fogo em casa;
13. Falta de apoio familiar;

SESSÃO 5
Familiar/ cuidador

Objetivo: Trabalhar com o cuidador aspectos comuns em familiares de deprimidos dando espaço a desabafo e questionamentos.

A Família do paciente deprimido

*** O que fazer quando o usuário tornar-se agressivo?**

É comum o dependente químico se tornar agressivo. Quando sóbrio ou “limpo” pode ser uma pessoa como qualquer outra. Alguns, quando sob o efeito das drogas, se tornam agressivos, verbal ou fisicamente, tamanha a excitação que o uso pode trazer e por achar que as pessoas a sua volta querem lhe tirar esse prazer. No período de abstinência também podem se tornar agressivos pela falta física e psicológica que a droga faz. Nesses momentos, é importante conversar com a pessoa sem provocá-la, mantendo um diálogo franco e tranquilo. Na hipótese de ser necessário conter um ato agressivo, é preciso contar com mais pessoas para evitar que o paciente ou terceiros se machuquem. Episódios de agressividade, a depender da intensidade, são situações que indicam a necessidade de eventual internação para

garantir a integridade do paciente ou terceiros. É importante comunicar a equipe responsável pelo tratamento.

O que fazer quando, ao obter melhora com a medicação, o dependente já se achar apto a resistir a droga sozinho, abandona seu uso, diminui as dosagens necessárias e não quer mais saber de remédios? Como a família pode agir nesses casos, para evitar recaídas?
Deve-se tentar conversar, expor as evidências de que a medicação evita a recaída. Infelizmente, muitas vezes são necessárias várias recaídas até que o doente se conscientize da gravidade da doença, de seu curso com recaídas e da necessidade do tratamento contínuo. Nas recaídas pode ser necessário internar a pessoa até que ela volte à normalidade. Pela legislação em vigor, a família e o médico têm o direito de internar o portador quando em crise mesmo contra sua vontade. Por crise, entende-se que o dependente está delirando, fora da realidade, inadequado, sem controle de si mesmo e de seus atos. Nesse momento, a internação é uma medida de proteção e tratamento. Cabe à família e ao médico, diante de uma situação de crise, avaliar a real necessidade de internação. Há recaídas que não exigem necessariamente internação, principalmente quando tratadas precocemente.

****Em que situações a internação é necessária? Quanto tempo deve durar? Existem internações "para sempre"?***

A internação é indicada nos momentos de crise seja ela na abstinência, na desintoxicação ou após uma recaída, quando perde o controle de si mesmo ou entra em profunda depressão podendo cometer suicídio ou ter uma overdose. Deve ser a mais curta possível.

Não se recomendam internações prolongadas ou "para sempre". Também são indicadas pensões e/ou oficinas protegidas que os capacitem a voltar viver independentemente.

****A família deve manter total observação ou supervisão em relação ao paciente como, por exemplo, arrumando seu quarto, examinando seus objetos, acompanhando-o quando sai à rua?***

A ajuda deve ser no sentido de promover a maior independência possível do paciente. Ele deve ser incentivado a cuidar de suas coisas e de sua higiene. Tão logo quanto possível ele deve voltar a caminhar pela cidade independentemente. Essas atitudes visam preservar a auto-estima do paciente, evitando constrangimentos. Mas isso deve acontecer em períodos que o familiar se sinta seguro com relação ao dependente, neste momento ele deve estar demonstrando avanços expressivos no tratamento, mas sempre que possível e da maneira mais discreta possível, dê uma olhada nas suas coisas, no seu quarto, verifique alguns objetos pessoais.... conforme o tratamento vai avançando o próprio familiar se dará conta que não será mais necessário esse tipo de prática.

****Considerando-se a rotina familiar, o que pode ser solicitado aos dependentes em termos de colaboração, participação, coisas tais como, cuidar de seu quarto, lavar o quintal, lavar a louça, fazer compras, ir ao banco?***

O dependente em tratamento está apto a realizar qualquer tarefa doméstica. No início, ele deve ser acompanhado, para evitar o descontrole, nervosismo ou qualquer outro sentimento negativo. Aos poucos, deve ir assumindo responsabilidades como qualquer membro da família, de acordo com suas possibilidades.

****O que deve a família fazer para garantir a tranquilidade futura do dependente químico incapacitado no que se refere a sua segurança social: pensão, aposentadoria, habitação, assistência médica, medicamentos?***

As alternativas de atuação familiar, nesses casos, são variadas e dependem da situação específica de cada família, não apenas no que se refere à variável sócio-econômica, mas também no acolhimento oferecido ao paciente pelos demais membros da família, quando há os casos em que apenas alguns membros da família assumem os cuidados necessários. É importante que a família propicie condições para a segurança social futura do paciente, providenciando sua aposentadoria e/ou auxílio benefício. Condições de moradia, assistência médica e de defesa de seus direitos devem ser igualmente propiciadas, pois, como qualquer outra pessoa, os dependentes químicos têm direito à cidadania plena.

Deixar claro ao familiar que a dependência, apesar de ser uma doença e ter aspectos genéticos e ambientais não é culpa dele e que as responsabilidades devem ser divididas para que se possa ter uma melhor qualidade de vida.

Espaço para o esclarecimento de dúvidas.

SESSÃO 6

Falar sobre a medicação. O usuário utiliza algum medicamento para ajudar no tratamento da depressão? Como o familiar e o usuário se organizam quanto a medicação? O familiar tem controle sobre a medicação, saberia se algum dia o usuário esquecer ou deixar de tomar?

Discutir coisas práticas, como por exemplo, onde fica as medicações, escrever nas caixas os horários e quando tomar

Evitar bebidas alcoólicas, pois estas não combinam nem com a medicação, nem com o diagnóstico.

Ter, na medida do possível, uma vida saudável e normal, ou seja, não viver em função da doença.

Organizar o material oferecido pela intervenção e deixar ao alcance das mãos (ex. geladeira).

Aplicar a avaliação final

SESSÃO 1

Objetivo: Apresentar-se ao familiar cuidador, explicar que terá um contato semanalmente para falar sobre o transtorno do usuário. Marcar os horários e escutar um pouco as demandas do cuidador. Questionar sobre o dia a dia com o usuário.

Neste momento, serão esclarecidos os objetivos dos encontros, sua frequência e duração assim como seus métodos.

Objetivo do tratamento: passar informações úteis ao cuidador sobre o transtorno do usuário visando proporcionar melhores condições para estes lidarem com o transtorno.

*** Definição e explicação da psicoeducação e exposição do modelo:**

Explicar o que é psicoeducação (espaço de ensino sobre o transtorno no qual algumas definições e técnicas serão apresentadas para que o cuidador lide melhor com a situação do paciente) e **“o que psicoeducação não é”** (espaço para relato de traumas infantis dos pacientes ou de expressão de emoções) - utilizar exemplos;

Explicar que apesar de ser um momento sério não quer dizer que não possa ser descontraído; ou seja, é possível conversar sobre outros tópicos, mas cada sessão terá assuntos específicos que devem ser abordados.

Texto base para explicação da psicoeducação no transtorno mental:

Inúmeras pesquisas mostram que a psicoeducação para o paciente esquizofrênico e/ou seu familiar é uma intervenção que auxilia consideravelmente o tratamento deste paciente. Todas as pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental devem receber orientação psicoeducativa. Seu **principal objetivo é passar informações e esclarecer dúvidas do paciente em relação a esquizofrenia.**

As informações psicoeducativas visam melhorar a compreensão e integrar as experiências em relação à doença. Entendendo o importante efeito fortalecedor que a compreensão exerce, deve facilitar a participação ativa de pacientes e familiares no engajamento da terapêutica. A psicoeducação deve proporcionar um entendimento realista sobre a esquizofrenia, mas, ao mesmo tempo, esclarecer de forma positiva a importância do tratamento na melhora da qualidade de vida do grupo paciente-família.

A psicoeducação também ajuda na identificação precoce de possíveis crises. Assim, o paciente tem **menores taxas de recaída e hospitalização.** Com a **adesão ao tratamento farmacológico de forma adequada, a aquisição de hábitos de vida saudáveis e acompanhamento dos sintomas, o indivíduo com esquizofrenia pode ter níveis de qualidade de vida e funcionamento melhores.**

Nesse tratamento, serão tratadas as definições da esquizofrenia, suas causas, sintomas e conseqüências; a identificação de sintomas de alerta (sintomas que poderão assinalar a eminência de uma crise), estratégias de ação e formas de tratamento.

Serão **6 encontros, uma vez por semana, com mais ou menos 50 minutos** de duração com objetivo de psicoeducar os cuidadores de usuários do CAPS visando proporcionar melhor condições ambientais para o tratamento.

*** Espaço para dúvidas e questionamentos;**

*** Explicar REGRAS DO CONTRATO:**

Regras:

- 1) **CONFIDENCIALIDADE (SIGILO ABSOLUTO)**. Neste momento também deve se entrar no assunto de ficar somente com o familiar durante as sessões, **mas antes deve ser observado se isso é possível, vendo o espaço, o grau de dependência do usuário...**
- 2) **ASSISTÊNCIA** – importância da presença em todas as sessões. Serviço gratuito. Caso não seja possível receber a visita, justificar com antecedência e agendar em outro horário.
- 3) **PONTUALIDADE** – fundamental para o andamento adequado das sessões.
- 4) **RESPEITO** – as opiniões, atitudes e comportamentos de qualquer familiar devem ser acolhidas com total respeito por terapeutas, mesmo que ocorra incongruência de idéias. **É permitido rir COM o familiar, mas não DO familiar.**
- 5) **PARTICIPAÇÃO** – a participação ativa do familiar com perguntas, questionamentos, dúvidas, etc, não é obrigatória em todos os momentos, porém, é extremamente recomendável para que estes possam tirar melhor proveito dos encontros. * Espaço para dúvidas e questionamentos;

SESSÃO 2

1º Momento – Entendendo a natureza da esquizofrenia

Objetivo: passar brevemente ao cuidador alguns conceitos relativos à esquizofrenia e ressaltar a natureza biopsicossocial da patologia bem como conseqüentes estigmas sociais. Esclarecer origem e natureza da esquizofrenia visando modificar prováveis entendimentos inadequados sobre o mesmo.

- “Como havíamos combinado, no encontro de hoje falaremos sobre a natureza da esquizofrenia. Em alguns momentos você pode não estar entendendo o que estarei falando, assim, fique a vontade para me interromper e perguntar.”

Procedimentos:

* Explicar brevemente o conceito de esquizofrenia ressaltando sua natureza biopsicossocial.

A esquizofrenia é um transtorno grave, representa a principal doença psicótica e atinge aproximadamente 20 milhões de pessoas em todo o mundo. Costuma iniciar-se na adolescência e início da idade adulta e – em torno de 70% dos casos – tem uma evolução crônica com sintomas psicóticos, sendo normalmente debilitante. Causa inúmeros prejuízos ao indivíduo, à sua família e à sociedade. Os episódios psicóticos são decorrentes de interações entre vulnerabilidade biológica e estresse.

O que causa?

Teoria Bioquímica

As pessoas com esquizofrenia sofrem de um desequilíbrio neuroquímico, portanto falhas na comunicação celular do grupo de neurônios envolvidos no comportamento, pensamento e senso-percepção.

Teoria Genética

Pessoas sem nenhum parente esquizofrênico têm 1% de chances de virem a desenvolver esquizofrenia; com algum parente distante essa chance aumenta para 3 a 5%. Com um pai ou mãe aumenta para 10 a 15%, com um irmão esquizofrênico as chances aumentam para aproximadamente 20%, quando o irmão possui o mesmo código genético (gêmeo idêntico) as chances de o outro irmão vir a ter esquizofrenia são de 50 a 60%.

Teoria do Estresse

O estresse não causa esquizofrenia, no entanto o estresse pode agravar os sintomas. Situações extremas como guerras, epidemias, calamidades públicas não fazem com que as pessoas que passaram por tais situações tenham mais esquizofrenia do que aquelas que não passaram.

Teoria das Drogas

Não há provas de que drogas lícitas ou ilícitas causem esquizofrenia. Elas podem, contudo, agravar os sintomas de quem já tem a doença. Certas drogas como cocaína ou estimulantes podem provocar sintomas semelhantes aos da esquizofrenia, mas não há evidências que cheguem a causá-la.

A esquizofrenia pode desenvolver-se gradualmente, tão lentamente que nem o paciente nem as pessoas próximas percebem que algo vai errado: só quando comportamentos abertamente desviantes se manifestam. O período entre a normalidade e a doença pode levar meses.

Por outro lado há pacientes que desenvolvem esquizofrenia rapidamente, em questão de poucas semanas ou mesmo de dias. A pessoa muda seu comportamento e entra no mundo esquizofrênico, o que geralmente alarma e assusta muito os parentes.

Não há uma regra fixa quanto ao modo de início: tanto pode começar repentinamente e se tornar uma crise exuberante, como começar lentamente sem apresentar mudanças extraordinárias, e somente depois de anos surgir uma crise característica.

Geralmente a esquizofrenia começa durante a adolescência ou quando adulto jovem. Os sintomas aparecem gradualmente ao longo de meses e a família e os amigos que mantêm contato freqüente podem não notar nada. É mais comum que uma pessoa com contato espaçado por meses perceba melhor a esquizofrenia desenvolvendo-se. **Geralmente os primeiros sintomas são a dificuldade de concentração, prejudicando o rendimento nos estudos; estados de tensão de origem desconhecida mesmo pela própria pessoa e insônia e desinteresse pelas atividades sociais com conseqüente isolamento. Nos dias de hoje os pais pensarão que se trata de drogas, os amigos podem achar que são dúvidas quanto à sexualidade, outros julgarão ser dúvidas existenciais próprias da idade.**

Psicoterapia contra a vontade do próprio será indicada e muitas vezes realizada sem nenhum melhora para o paciente. A permanência da dificuldade de concentração levará à interrupção dos estudos e perda do trabalho. Aqueles que não sabem o que está acontecendo, começam a cobrar e até hostilizar o paciente que por sua vez não entende o que está se passando, sofrendo pela doença incipiente e pelas injustiças impostas pela família. É comum nessas fases o desleixo com a aparência ou mudanças no visual em relação ao modo de ser, como a realização de tatuagens, piercing, cortes de cabelo, indumentárias estranhas e descuido com a higiene pessoal. O que contribui ainda mais para o falso julgamento de que o filho é apenas um "rebelde" ou um "desviante social".

A fase inicial pode durar meses enquanto a família espera por uma recuperação do comportamento. Enquanto o tempo passa os sintomas se aprofundam, o paciente apresenta uma conversa estranha, irreal, passa a ter experiências diferentes e não usuais o que leva as pessoas próximas a julgarem ainda mais que o paciente está fazendo uso de drogas ilícitas. É possível que o paciente já esteja tendo sintomas psicóticos durante algum tempo antes de ser levado a um médico.

Quando um fato grave acontece não há mais meios de se negar que algo muito errado está acontecendo, seja por uma atitude fisicamente agressiva, seja por tentativa de suicídio, seja por manifestar seus sintomas claramente ao afirmar que é Jesus Cristo ou que está recebendo mensagens do além e falando com os mortos. Nesse ponto a psicose está clara, o diagnóstico de psicose é inevitável. **(Aqui deve ter-se cuidado ao falar, em função das crenças religiosas de cada um que devem ser respeitadas)**

Nessa fase os pais deixam de sentir raiva do filho e passam a se culpar, achando que se tivessem agido antes nada disso estaria acontecendo, o que não é verdade. Infelizmente o tratamento precoce não previne a esquizofrenia, que é uma doença que não pode ser evitada ou mudada. As medicações controlam parcialmente os sintomas: não normalizam o paciente. Quando isso acontece é por remissão espontânea da doença e por nenhum outro motivo.

* Dar uma notícia boa: “FELIZMENTE, existem tratamentos eficazes para a esquizofrenia e os indivíduos com este transtorno podem levar uma vida melhor. Isto é, com um bom ajustamento social, familiar, sentimental bem como profissional.

* Espaço para dúvidas e questionamentos;

SESSÃO 3

1º Momento – Sintomas

Objetivo: apresentar ao cuidador como são os sintomas da esquizofrenia

A divisão dos sintomas psicóticos em positivos e negativos tem por finalidade dizer de maneira objetiva o estado do paciente. Tendo como ponto de referência a normalidade, os sintomas positivos são aqueles que não deveriam estar presentes como as alucinações, e os negativos aqueles que deveriam estar presentes mas estão ausentes, como o estado de ânimo, a capacidade de planejamento e execução, por exemplo. Portanto sintomas positivos não são bons sinais, nem os sintomas negativos são piores que os positivos.

Nem todos os sintomas devem estar presentes. Como expresso na tabela, somente alguns sintomas são mais freqüentes.

- Apresentar lista de sintomas mais freqüentes da Esquizofrenia (UTILIZAR TERMOS POPULARMENTE MAIS CONHECIDOS) explicando um a um.

| |
|-----------------------------|
| Sintomas Positivos |
| Alucinações |
| Delírios |
| Perturbações do Pensamento |
| Alteração da sensação do eu |
| Sintomas Negativos |
| Falta de motivação e apatia |
| Embotamento Afetivo |
| Isolamento Social |

Este quadro deve estar impresso e deve ser entregue ao cuidador e juntos devem ver um a um

Positivos

*Alucinações - as mais comuns nos esquizofrênicos são as auditivas. O paciente geralmente ouve vozes depreciativas que o humilham, xingam, ordenam atos que os pacientes reprovam, ameaçam, conversam entre si falando mal do próprio paciente. Pode ser sempre a mesma voz, podem ser de várias pessoas podem ser vozes de pessoas conhecidas ou desconhecidas, podem ser murmúrios e incompreensíveis, ou claras e compreensíveis. Da mesma maneira que qualquer pessoa se aborrece

em ouvir tais coisas, os pacientes também se afligem com o conteúdo do que ouvem, ainda mais por não conseguirem fugir das vozes. Alucinações visuais são raras na esquizofrenia, sempre que surgem devem pôr em dúvida o diagnóstico, favorecendo perturbações orgânicas do cérebro.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Delírios - Os delírios de longe mais comuns na esquizofrenia são os persecutórios. São as idéias falsas que os pacientes têm de que estão sendo perseguidos, que querem matá-lo ou fazer-lhe algum mal. Os delírios podem também ser bizarros como achar que está sendo controlado por extraterrestres que enviam ondas de rádio para o seu cérebro. O delírio de identidade (achar que é outra pessoa) é a marca típica do doente mental que se considera Napoleão.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Perturbações do Pensamento - Estes sintomas são difíceis para o leigo identificar: mesmos os médicos não psiquiatras não conseguem percebê-los, não porque sejam discretos, mas porque a confusão é tamanha que nem se consegue denominar o que se vê. Há vários tipos de perturbações do pensamento, o diagnóstico tem que ser preciso porque a conduta é distinta entre o esquizofrênico que apresenta esse sintoma e um paciente com confusão mental, que pode ser uma emergência neurológica.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Alteração da sensação do eu - Assim como os delírios, esses sintomas são diferentes de qualquer coisa que possamos experimentar, exceto em estados mentais patológicos. Os pacientes com essas alterações dizem que não são elas mesmas, que uma outra entidade apoderou-se de seu corpo e que já não é ela mesma, ou simplesmente que não existe, que seu corpo não existe.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

Negativos

*Falta de motivação e apatia - Esse estado é muito comum, praticamente uma unanimidade nos pacientes depois que as crises com sintomas positivos cessaram. O paciente não tem vontade de fazer nada, fica deitado ou vendo TV o tempo todo, freqüentemente a única coisa que faz é fumar, comer e dormir. Descuida-se da higiene e aparência pessoal. Os pacientes apáticos não se interessam por nada, nem pelo que costumavam gostar.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Embotamento afetivo - As emoções não são sentidas como antes. Normalmente uma pessoa se alegra ou se entristece com coisas boas ou ruins respectivamente. Esses pacientes são incapazes de sentir como antes. Podem até perceber isso racionalmente e relatar aos outros, mas de forma alguma podem mudar essa situação. A indiferença dos pacientes pode gerar raiva pela apatia conseqüente, mas os pacientes não têm culpa disso e muitas vezes são incompreendidos.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

*Isolamento social - O isolamento é praticamente uma conseqüência dos sintomas acima. Uma pessoa que não consegue sentir nem se interessar por nada, cujos pensamentos estão prejudicados e não consegue diferenciar bem o mundo real do irreal não consegue viver normalmente na sociedade.

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

Os sintomas negativos não devem ser confundidos com depressão. A depressão é tratável e costuma responder às medicações, já os sintomas negativos da esquizofrenia não melhoram com nenhum tipo de antipsicótico. A grande esperança dos novos antipsicóticos de atuarem sobre os

sintomas negativos não se concretizou, contudo esses sintomas podem melhorar espontaneamente.

Exercício para ser realizado ainda durante a sessão: pensar nas épocas em que o paciente apresentou os sintomas de Esquizofrenia. Quais sintomas tinha? Em que momento se iniciaram?

SESSÃO 4

Risco de suicídio

As tentativas de suicídio não são raras na esquizofrenia. Pesquisas apontam que cerca de 50% dos pacientes tenta o suicídio ao menos uma vez na vida, com uma taxa de suicídio consumado em torno de 15%. Esta estimativa é a maior dentre todos os transtornos mentais, inclusive a depressão.

O suicídio pode ocorrer na fase aguda ou crônica, devendo o familiar ficar atento a alguns aspectos: se o paciente fala em se matar, caso refira ouvir vozes ordenando que se fira ou que atente contra a própria vida, quando ocorre intensa ansiedade ou angústia, se ele se mostra depressivo ou se tem algum comportamento auto-agressivo ou autodepreciativo.

A família não deve temer abordar esse assunto com o paciente, pois geralmente ele sente a necessidade de falar disso para obter algum alívio para o seu sofrimento. Caso haja intenção ou risco de suicídio, a equipe responsável pelo tratamento deve ser imediatamente avisada.

A maneira mais eficiente de se reduzir o risco de suicídio nessas pessoas (assim como em outros transtornos mentais) é o tratamento correto do transtorno de base.

Momentos de maior risco de suicídio para o paciente que padece de esquizofrenia:

1. No período entre as crises, quando percebe e não elabora toda a limitação e o prejuízo que a doença acarretou à sua vida.
2. Durante a crise, quando, por exemplo, segue vozes de comando que mandam se matar.
3. No período logo após a alta de uma internação psiquiátrica.
4. Nos estágios iniciais da doença, quando estão confusos e/ou perplexos;
5. A presença conjunta de alcoolismo e depressão em um indivíduo aumenta enormemente o risco de suicídio

Conselho

- Aprendam a reconhecer os sintomas iniciais, que possam indicar uma possível recaída antes do quadro completo se instalar.
- Procurar atendimento médico logo, sem adiamentos.
- Procurar aprender sobre a doença para melhor entender o usuário em suas necessidades.
- Estabelecer expectativas realistas para a condição individual do usuário
- Observar e aprender para melhor poder relatar os sintomas.
- Saber respeitar seus próprios limites: você não poderá ajudar adequadamente enquanto estiver precisando de ajuda.

- Tentar o máximo possível estabelecer uma relação amistosa, com um objetivo e finalidade estabelecidos.
- Estimular parentes e amigos do usuário a estabelecerem uma relação saudável.
- Comunicar-se de forma clara e objetiva, sem usar meias-palavras ou deixar mensagens subentendidas.
 - Principalmente: ter um ambiente emocionalmente estável em casa. Expressões hostis mesmo que não direcionadas para a pessoa doente afetam e prejudicam o esquizofrênico. Não exercer cobranças sobre ele. Expressar as emoções tanto positivas (alegria) quanto as negativas (raiva) sempre com moderação.

SESSÃO 5

Objetivo: Trabalhar com o cuidador aspectos comuns em familiares de esquizofrênicos dando espaço a desabafo e questionamentos.

A Família do esquizofrênico

*O paciente esquizofrênico sofre intensamente com sua condição e sua família também, não há como isto ser evitado. Infelizmente os programas político-sociais de reinserção dos doentes mentais na sociedade simplesmente ignoram o sofrimento e as necessidades da família, que são enormes. Esta é vista como desestruturada, fria, indiferente ou mesmo hostil ao paciente. Da mesma forma que o paciente esquizofrênico sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, a família também sofre duas vezes, com a doença do filho e com a discriminação e incompreensão sociais. Num país pobre como o Brasil, a assistência à família do esquizofrênico tem que ser um programa governamental indispensável, para que se possa preservar o desempenho social (estudo, trabalho, profissão) dos parentes dos pacientes esquizofrênicos. O nível de recuperação que se tem com o tratamento da esquizofrenia é muito baixo; os irmãos saudáveis desses pacientes devem ser amparados para não terem suas vidas impedidas de se desenvolver por causa da esquizofrenia de um irmão.

Os problemas que geralmente ocorrem na família dos esquizofrênicos são os seguintes:

Este material deve ser impresso e entregue ao familiar, para que possam trabalhar juntos nesse momento

Checar com o cuidador quais lhe ocorrem:

- Pesar... "Sentimos como se tivéssemos perdido nosso filho"
- Ansiedade... "Temos medo de deixá-lo só ou de ferir seus sentimentos"
- Medo... "Ele poderá fazer mal a si mesmo ou a outras pessoas?"
- Vergonha e culpa... "Somos culpados disso? O que os outros pensarão?"
- Sentimento de isolamento... "Ninguém nos compreende"
- Amargura... "Por que isso aconteceu conosco?"
- Depressão... "Não consigo falar nisso sem chorar?"
- Negação da doença... "Isso não pode acontecer na nossa família"
- Negação da gravidade... "Isso daqui a pouco passa"
- Culpa recíproca... "Não fosse por aquele seu parente esquisito..."
- Incapacidade de pensar ou falar de outra coisa que não seja a doença... "Toda nossa vida gira em torno do nosso filho doente"

- Problemas conjugais... "Minha relação com meu marido tornou-se fria, sinto-me morta por dentro"
- Separação... "Não agüento mais minha mulher"
- Preocupação em mudar-se... "Talvez se nos mudarmos para outro lugar as coisas melhorem"
- Cansaço... "Envelheci duas vezes nos últimos anos"
- Esgotamento... "Sinto-me exausto, incapaz de fazer mais nada"
- Preocupação com o futuro... "O que acontecerá quando não estivermos presentes, o que será dele?"
- Uso excessivo de tranqüilizantes ou álcool... "Hoje faço coisas que nunca tinha feito antes"
- Isolamento social... "As pessoas até nos procuram, mas não temos como fazer os programas que nos propõem"
- Constante busca de explicações... "Será que isso aconteceu por algo que fizemos para ele?"
- Individualização... "Não temos mais vida familiar"
- Ambivalência... "Nós o amamos, mas para ficar assim preferíamos que se fosse..."

Deixar claro ao familiar que a doença não é culpa dele e que as responsabilidades devem ser divididas para que se possa ter uma melhor qualidade de vida.

SESSÃO 6

Objetivo: oferecer aos participantes um plano de ação estruturado caso o início de alguma crise seja identificada. A finalidade é a prevenção, isto é, o aprendizado de técnicas e recursos que podem ser úteis aos familiares.

(mostrar um material que poderia ser colocado na geladeira com principais telefones de urgência e emergência)

Discutir coisas práticas, como por exemplo, onde ficam as medicações, escrever nas caixas os horários e quando tomar

Quando um paciente não responde satisfatoriamente a um antipsicótico, o primeiro questionamento que devemos fazer é se o paciente está realmente tomando a medicação regularmente.

Verificar aparelhos de rádio e TV no quarto do usuário e do quanto pode ser prejudicial em momentos de crise

Organizar o material oferecido pela intervenção e deixar ao alcance das mãos (ex. geladeira).

*Tanto o paciente quanto a família têm de ser orientados para que, aos primeiros sinais de recaída, entrem em contato com o médico.

*Em determinados momentos do surto agudo ou da crise, a internação pode ser útil ou até indispensável. Em geral, são suficientes de 20 a 40 dias de internação para controlar os sintomas da expressiva maioria dos pacientes em surto agudo de esquizofrenia. Essa internação deve ser encarada e conduzida como uma alternativa de tratamento, necessária e muitas vezes indispensável, mas nunca como uma punição ao comportamento bizarro do paciente.

*** O que fazer quando o usuário tornar-se agressivo?**

Em geral o esquizofrênico não é violento ou perigoso. Fora da crise é uma pessoa como qualquer outra. Alguns, quando em crise, se tornam agressivos, verbal ou fisicamente, pois os delírios ou as alucinações podem fazê-los sentir-se ameaçados. Nesses momentos, é importante conversar com a pessoa sem provocá-la, mantendo um diálogo franco e tranquilo. Na hipótese de ser necessário conter um ato agressivo, é preciso contar com mais pessoas para evitar que o paciente ou terceiros se machuquem. Episódios de agressividade, a depender da intensidade, são situações que indicam a necessidade de eventual internação para garantir a integridade do paciente ou terceiros.

****O que fazer quando, ao obter melhora com a medicação, o portador de esquizofrenia abandona seu uso, diminui as dosagens necessárias e não quer mais saber de remédios? Como a família pode agir nesses casos, para evitar novo surto?***

Deve-se tentar conversar, expor as evidências de que a medicação evita a recaída. Infelizmente, muitas vezes são necessárias várias recaídas até que o doente se conscientize da gravidade da doença, de seu curso com recaídas e da necessidade do tratamento contínuo. Nas recaídas pode ser necessário internar a pessoa até que ela volte à normalidade. Pela legislação em vigor, a família e o médico têm o direito de internar o portador quando em crise mesmo contra sua vontade. Por crise, entende-se que o portador está delirando, fora da realidade, inadequado, sem controle de si mesmo e de seus atos. Nesse momento, a internação é uma medida de proteção e tratamento. Cabe à família e ao médico, diante de uma situação de crise, avaliar a real necessidade de internação. Há recaídas que não exigem necessariamente internação, principalmente quando tratadas precocemente.

****Em que situações a internação é necessária? Quanto tempo deve durar? Existem internações "para sempre"?***

A internação é indicada nos momentos de crise ou de surto agudo, quando então o esquizofrênico não tem controle sobre si mesmo. Deve ser a mais curta possível e, com os atuais antipsicóticos, são suficientes um mês ou mês e meio (30 a 45 dias) para controlar as manifestações mais graves da doença.

Não se recomendam internações prolongadas ou "para sempre". Para os crônicos, são indicadas pensões e/ou oficinas protegidas que os capacitem a voltar viver independentemente.

****A família deve manter total observação ou supervisão em relação ao paciente como, por exemplo, arrumando seu quarto, examinando seus objetos, acompanhando-o quando sai à rua?***

A ajuda deve ser no sentido de promover a maior independência possível do paciente. Ele deve ser incentivado a cuidar de suas coisas e de sua higiene. Tão logo quanto possível ele deve voltar a caminhar pela cidade independentemente. Essas atitudes visam preservar a auto-estima do paciente, evitando constrangimentos.

****Considerando-se a rotina familiar, o que pode ser solicitado ao portador de esquizofrenia em termos de colaboração, participação, coisas tais como, cuidar de seu quarto, lavar o quintal, lavar a louça, fazer compras, ir ao banco?***

No início, ele deve ser acompanhado, até recuperar as habilidades perdidas. Aos poucos, deve ir assumindo responsabilidades como qualquer membro da família, de acordo com suas possibilidades.

****Como orientar o portador de esquizofrenia em termos de administrar o dinheiro, valor das coisas, preços, trocos, economia?***

A orientação pedagógica é imprescindível. O portador deve ser orientado para que possa compreender e valorizar o preço das coisas e administrar seu dinheiro.

****O que deve a família fazer para garantir a tranquilidade futura do portador de esquizofrenia no que se refere a sua segurança social: pensão, aposentadoria, habitação, assistência médica, medicamentos?***

As alternativas de atuação familiar, nesses casos, são variadas e dependem da situação específica de cada família, não apenas no que se refere à variável sócio-econômica, mas também no acolhimento oferecido ao paciente pelos demais membros da família, quando há os casos em que apenas alguns membros da família assumem os cuidados necessários.

Em casos crônicos, nos quais o portador não tenha mais condições de trabalhar, é importante que a família propicie condições para a segurança social futura do paciente, providenciando sua aposentadoria e/ou auxílio benefício. Condições de moradia, assistência médica e de defesa de seus direitos devem ser igualmente propiciadas, pois, como qualquer outra pessoa, os portadores de esquizofrenia têm direito à cidadania plena.

****Um esquizofrênico pode dirigir veículos?***

Dirigir veículos é uma questão de bom senso. Se ele estiver controlado, fora de crise e tomando regularmente a dose de manutenção, tem condições de dirigir veículos, desde que tenha consciência de que a medicação pode eventualmente reduzir a rapidez de seus reflexos. Convém ser acompanhado inicialmente por familiares que avaliam suas habilidades.

****Quais são os sinais de recaída? O que a família pode fazer quando os perceber?***
Os principais sinais e sintomas de recaída são as alterações de comportamento. Irritabilidade, insônia, comportamento agitado ou de isolamento social podem ser os sintomas de recaída, assim como alucinações e delírios. Tão logo o familiar perceba ou suspeite de recaída, deve levar o paciente para uma avaliação médica, de modo que o psiquiatra possa intervir rapidamente, modificando a medicação ou a dose que o paciente recebe. Todo esforço deve ser feito para evitar uma nova recaída.

****A dificuldade de contato social dos portadores de esquizofrenia dificulta que estabeleçam relações afetivas, tais como, namorar, encontrar companheiros(as), relacionar-se sexualmente? É possível ao familiar ajudá-los na busca desses objetivos?***
Apesar da dificuldade em manter contato social, alguns portadores da doença conseguem encontrar um(a) companheiro(a), estabelecer relacionamentos afetivos significativos e manter relacionamentos sexuais. Os familiares devem orientá-los na busca de um relacionamento que não venha a ser estressante e que possa desencadear recaídas. Tratando-se tais dificuldades, normalmente derivadas do isolamento social, a família pode ajudar incentivando a participação dos portadores nas mais diversas formas de atividades voltadas à ressocialização, tais como a freqüência a centros de convivência, lazer e cultura, grupos de auto-ajuda etc. Quanto ao relacionamento sexual, devem estar orientados sobre os cuidados para evitar doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, AIDS), principalmente o uso de camisinha. As mulheres devem ser acompanhadas também por ginecologista, que pode orientar quanto a métodos contraceptivos seguros, como remédios anticoncepcionais ou DIU.

Espaço para o esclarecimento de dúvidas.

SESSÃO 1

Objetivo: Apresentar-se ao familiar cuidador, explicar que terá um contato semanalmente para falar sobre o transtorno do usuário. Marcar os horários e escutar um pouco as demandas do cuidador. Questionar sobre o dia a dia com o usuário.

Neste momento, serão esclarecidos os objetivos dos encontros, sua frequência e duração assim como seus métodos.

Objetivo do tratamento: passar informações úteis ao cuidador sobre o transtorno do usuário visando proporcionar melhores condições para estes lidarem com o transtorno.

*** Definição e explicação da psicoeducação e exposição do modelo:**

Explicar o que é psicoeducação (espaço de ensino sobre o transtorno no qual algumas definições e técnicas serão apresentadas para que o cuidador lide melhor com a situação do paciente) e **“o que psicoeducação não é”** (espaço para relato de traumas infantis dos pacientes ou de expressão de emoções) - utilizar exemplos;

Explicar que apesar de ser um momento sério não quer dizer que não possa ser descontraído; ou seja, é possível conversar sobre outros tópicos, mas cada sessão terá assuntos específicos que devem ser abordados.

Texto base para explicação da psicoeducação no transtorno mental:

Todas as pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental devem receber orientação psicoeducativa. Seu **principal objetivo é passar informações e esclarecer dúvidas referentes ao paciente em relação ao retardo mental.**

As informações psicoeducativas visam melhorar a compreensão e integrar as experiências em relação à doença. Entendendo o importante efeito fortalecedor que a compreensão exerce, deve facilitar a participação ativa de pacientes e familiares no engajamento da terapêutica. A psicoeducação deve proporcionar um entendimento realista sobre o retardo mental, mas, ao mesmo tempo, esclarecer de forma positiva a importância do tratamento na melhora da qualidade de vida do grupo paciente-família.

Nesse tratamento, serão tratadas as definições de retardo mental, suas causas, sintomas e conseqüências; estratégias de ação e formas de tratamento.

Serão **6 encontros, uma vez por semana, com mais ou menos 50 minutos** de duração com objetivo de psicoeducar os cuidadores de usuários do CAPS visando proporcionar melhor condições ambientais para o tratamento.

*** Espaço para dúvidas e questionamentos;**

*** Explicar REGRAS DO CONTRATO:**

Regras:

1) **CONFIDENCIALIDADE (SIGILO ABSOLUTO)**. Neste momento também deve se entrar no assunto de ficar somente com o familiar durante as sessões, **mas antes deve ser observado se isso é possível, vendo o espaço, o grau de dependência do usuário.**

2) **ASSISTÊNCIA** – importância da presença em todas as sessões. Serviço gratuito. Caso não seja possível receber a visita, justificar com antecedência e agendar em outro horário.

3) **PONTUALIDADE** – fundamental para o andamento adequado das sessões.

4) **RESPEITO** – as opiniões, atitudes e comportamentos de qualquer familiar devem ser acolhidas com total respeito por terapeutas, mesmo que ocorra incongruência de idéias. **É permitido rir COM o familiar, mas não DO familiar.**

5) **PARTICIPAÇÃO** – a participação ativa do familiar com perguntas, questionamentos, dúvidas, etc, não é obrigatória em todos os momentos, porém, é extremamente recomendável para que estes possam tirar melhor proveito dos encontros. *** Espaço para dúvidas e questionamentos;**

SESSÃO 2

1º Momento – Entendendo a natureza do retardo mental

Objetivo: passar brevemente ao cuidador alguns conceitos relativos ao retardo mental e ressaltar a natureza da patologia bem como conseqüentes estigmas sociais. Esclarecer origem e natureza do retardo mental visando modificar prováveis entendimentos inadequados sobre o mesmo.

- “Como havíamos combinado, no encontro de hoje falaremos sobre a natureza do retardo mental. Em alguns momentos você pode não estar entendendo o que estarei falando, assim, fique a vontade para me interromper e perguntar.”

Procedimentos:

* Explicar o brevemente o conceito de retardo

Retardo Mental é quando a pessoa tem uma inteligência significativamente inferior à média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, auto-cuidados, vida doméstica, habilidades sociais, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança.

A deficiência mental afeta entre 2 e 3% da população geral e 1% das crianças em idade escolar. No Brasil, 1,6% da população apresenta essa condição.

O retardo pode ser profundo, agudo grave, moderado e leve.

Profundo:

São pessoas com uma incapacidade total de autonomia, inclusive aquelas que vivem num nível vegetativo.

Agudo Grave:

Fundamentalmente necessitam que se trabalhe para instaurar alguns hábitos de autonomia, já que há probabilidade de adquiri-los. Sua capacidade de comunicação é muito primária. Podem aprender de uma forma linear, necessitam revisões constantes.

Moderado: São pessoas que podem ser capazes de adquirir hábitos de autonomia e, inclusive, podem realizar certas atitudes bem elaboradas. Podem freqüentar lugares ocupacionais, mesmo que sempre estejam necessitando de supervisão.

Leve: São casos perfeitamente educáveis. Podem chegar a realizar tarefas mais complexas com supervisão. São os casos mais favoráveis.

O grau de comprometimento da Deficiência Mental irá depender também da história de vida do paciente, particularmente, do apoio familiar e das oportunidades vivificadas, bem como das necessidades de apoio e das perspectivas de desenvolvimento.

O que causa?

Fatores genéticos

Por vezes, o atraso mental é causado por genes anormais herdados dos pais, por erros ou acidentes produzidos na altura em que os genes se combinam uns com os outros, ou ainda por outras razões de natureza genética.

Problemas durante a gravidez

A deficiência mental pode resultar de um desenvolvimento inapropriado do embrião ou do feto durante a gravidez. Uma mulher alcoólica ou que contraia uma infecção durante a gravidez, como a rubéola, por exemplo, pode também ter uma criança com problemas de desenvolvimento mental.

Problemas ao nascer

Se o bebê tem problemas durante o parto, como, por exemplo, se não recebe oxigênio suficiente, pode também acontecer que venha a ter problemas de desenvolvimento mental.

Problemas de saúde

Algumas doenças, como o sarampo ou a meningite podem estar na origem de uma deficiência mental, sobretudo se não forem tomados todos os cuidados de saúde necessários. A mal nutrição extrema ou a exposição a venenos como o mercúrio ou o chumbo podem também originar problemas graves para o desenvolvimento mental das crianças.

Identificar com o familiar qual foi a causa do retardo, deixe ele contar BREVEMENTE sua história

A deficiência mental não pode ser contraída a partir do contágio com outras pessoas, nem o convívio com um deficiente mental provoca qualquer prejuízo em pessoas que não o sejam. O atraso mental não é uma doença mental, como a depressão, por exemplo. Não sendo uma doença, também não faz sentido procurar ou esperar uma cura para a deficiência mental. A grande maioria das pessoas com deficiência mental conseguem aprender a fazer muitas coisas úteis para a comunidade, e todas elas aprendem algo para sua utilidade e bem-estar da comunidade em que vivem. Para isso precisam, em regra, de mais tempo e de se esforçarem muito mais do que qualquer outra pessoa.

* Espaço para dúvidas e questionamentos;

SESSÃO 3

Objetivo: apresentar ao cuidador como são os sintomas do retardo mental

Mais de 50% dos pacientes com retardo mental apresentam algum transtorno do humor.

A alta prevalência de sintomas psiquiátricos que ocorre em pacientes com retardo mental incluem:

- hiperatividade
- dificuldade de atenção
- auto mutilação
- alterações do comportamento (balançar da cabeça e morder-se)
- comportamentos estereotipados repetitivos (balançar as mãos)
- Auto-imagem negativa,
- baixa capacidade de resolver problemas

DAR ESPAÇO AO FAMILIAR

SESSÃO 4

Hoje vamos falar um pouco sobre o cuidador

- Verificar com o cuidador se é ele que cuida sempre e se isso atrapalha de certa forma seu dia a dia;
- Procurar estratégias para dividir a responsabilidade com alguém, tentar organizar com o cuidador como fazer isso;
- O que o cuidador tem feito de bom para sua própria vida? Levantar essa questão, procurando orientar que deve ter alguma atividade de lazer, pois ele deve estar bem para poder cuidar de alguém;
- Que tarefas o usuário consegue fazer sozinho? (banho, compras, arrumar a casa...) verificar com o cuidador a real incapacidade do usuário, ou se isso já é um costume no lar;

DAR ESPAÇO SUFICIENTE PARA O FAMILIAR EXPOR SUAS ANGÚSTIAS.

SESSÃO 5

Objetivo: Trabalhar com o cuidador aspectos comuns em familiares de portadores de retardo mental dando espaço a desabafo e questionamentos.

A dificuldade em lidar com as pessoas portadoras de deficiência mental não é um fato contemporâneo, mas manifesta-se desde os tempos antigos, quando a deficiência mental era concebida como castigo de Deus e os portadores merecedores de excessivos cuidados, numa atitude assistencialista que enfatizava a incapacidade do sujeito.

As pessoas portadoras de deficiência mental têm um ritmo de vida lento pelas suas próprias características e, nesse contexto, a família se encontra em dificuldade, dividida entre a necessidade de acompanhar o tempo da nova era e cuidar de um membro excepcional.

O nascimento do membro excepcional na família é, na realidade, o nascimento da diferença. Um problema real, que se depara com inúmeras tentativas de negá-lo, embora não seja possível fazê-lo. A família terá que elaborar a morte do filho idealizado. É o choque entre o ideal e a realidade que se apresenta distante do sonhado.

Dicas de convivência

Mitos sobre deficiência mental

- Toda pessoa com deficiência mental é doente;
- Pessoas com deficiência mental morrem cedo, devido a “graves” e “incontornáveis” problemas de saúde;
- Pessoas com deficiência mental precisam usar remédios controlados;
- Pessoas com deficiência mental são agressivas e perigosas, ou dóceis e cordatas;
- Pessoas com deficiência mental são generalizadamente incompetentes;
- Existe um culpado pela condição de deficiência;
- Meio ambiente pouco pode fazer pelas pessoas com deficiência;
- Pessoas com deficiência mental só estão “bem” com seus “iguais”

Como tratar pessoas com deficiência mental?

- Aja naturalmente ao dirigir-se a uma pessoa com deficiência mental;
- Trate-a com respeito e consideração, de acordo com sua idade;
- Não a ignore. Cumprimente e despeça-se dela normalmente, como faria com qualquer pessoa;
- Dê atenção a ela, converse e vai ver como pode ser agradável;
- Não subestime sua inteligência. As pessoas com deficiência mental levam mais tempo para aprender, mas podem adquirir muitas habilidades intelectuais e sociais

SESSÃO 6

TRATAMENTO

Orientação psicoterápica

Tratamentos biológicos -dirigidos para etiologia orgânica /sintomático

Tratamento pedagógico

Adquirir sempre o máximo de autonomia

Classe especial x classe normal

Formação profissional -oficinas de assistência para trabalho/ ofícios simples e concretos

Prática de atividade Física

2º Momento: Discutir coisas práticas, como por exemplo, onde ficam as medicações, escrever nas caixas os horários e quando tomar

Organizar a família e fazer um fechamento

Aplicar a avaliação final

PARTE II - ARTIGO

EFICÁCIA DO APOIO EM PSICOEDUCAÇÃO NA REDUÇÃO DA SOBRECARGA DE FAMILIARES DE PORTADORES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO.

Psicoeducação e sobrecarga de cuidadores de portadores de sofrimento psíquico

Viviane Porto Tabeleão¹, Elaine Tomasi², Luciana de Ávila Quevedo¹

1- Universidade Católica de Pelotas

2- Universidade Federal de Pelotas

Resumo

Com o objetivo de investigar a eficácia de uma intervenção em psicoeducação foi realizado um ensaio clínico randomizado com 177 principais cuidadores de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Pelotas, RS. Estes cuidadores apontaram elevados níveis de sobrecarga através da escala *Zarit Burden Interview* (ZBI) e foram divididos em dois grupos (intervenção e controle), o grupo intervenção recebeu seis visitas domiciliares e o grupo controle apenas o apoio que já vinha recebendo no CAPS, após o término da intervenção realizou-se uma novamente, nos dois grupos, uma visita de para uma reavaliação da sobrecarga. Cento e setenta e sete cuidadores (40,6%) pontuaram acima de 45 na escala ZBI. Após a randomização 89 indivíduos compuseram o grupo que recebeu a psicoeducação e 88 indivíduos foram alocados para o grupo controle. O Grupo que recebeu intervenção apresentou uma redução de 4,8 pontos nas médias do ZBI ($p=0,008$), já o grupo controle a redução foi de 1,9 pontos na média, não sendo significativa ($p=0,305$). Os resultados encontrados neste estudo evidenciaram que o grupo que recebeu a psicoeducação teve uma diminuição considerável nas médias de sobrecarga, com isso pode-se pensar que a psicoeducação cumpriu com seu papel.

Palavras chave: Psicoeducação, Sobrecarga, cuidador.

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of a psychoeducational intervention through a randomized clinical trial with 177 primary caregivers of users Centers for Psychosocial Care (CAPS) in the city of Pelotas, Brazil. These caregivers showed high levels of overload through the Zarit Burden Interview (ZBI) and were allocated in two groups (control and intervention). The intervention group received six home visits and the control group only support standard of CAPS. After the intervention was performed a reassessment of overload. Sixty-six caregivers received psychoeducation while 64 caregivers no received. The group that received the intervention showed a reduction of 4.8 points in mean ZBI ($p = 0.008$), whereas in the control group the reduction was 1.9 points in the mean ($p = 0.305$). The results of this study showed that the psychoeducation group had a considerable decrease in the overhead, thus one might think that psychoeducation has fulfilled its role.

Key-words: psychoeducation, overhead, caregivers

Introdução:

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passou a tornar-se política pública no Brasil desde os anos 90. Em 2002, ganhou grande impulso a partir de uma série de normatizações do Ministério da Saúde, com mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos, com destaque para a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção ao indivíduo adoecido mentalmente. Assim, a reforma psiquiátrica substituiu o antigo modelo de internação asilar, onde o paciente ficava internado, por muitas vezes sem prazo de saída, não participando e perdendo vínculos com a sociedade, inclusive com os próprios familiares. Foram criados serviços substitutivos, entre eles os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), referência de tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais - psicoses, neuroses graves e demais quadros - cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida^[1].

Nessa nova modalidade de tratamento, os pacientes recebem acompanhamento médico em regime ambulatorial e permanecem com seus familiares em casa, incluindo na rotina familiar a responsabilidade de garantir as necessidades básicas do paciente, coordenar as atividades diárias, administrar a medicação, lidar com comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecer suporte social, além de arcar com os gastos. Isso tudo acabou gerando um impacto no convívio diário, mas principalmente na vida social e profissional desse familiar/cuidador^[2,3].

Tal mudança, ao mesmo tempo em que propicia um maior convívio familiar, aponta a falta de preparo para exercer o papel de cuidador, o que acarreta em sobrecarga para os familiares^[4]. A sobrecarga do cuidador pode ser definida por um conjunto de problemas físicos, emocionais, financeiros e sociais, que influencia diretamente no manejo do paciente e na qualidade de vida de quem é responsável por este cuidado. Considera-se cuidador principal a pessoa que pertence ao convívio familiar do paciente, que pode lhe oferecer cuidado, ser responsável por ele e que passe a maior parte do tempo realizando esta tarefa sem qualquer retribuição econômica^[5].

Estudos mostram que a elevada sobrecarga dos cuidadores de pacientes psiquiátricos pode contribuir para que eles também desenvolvam transtornos mentais, sendo o transtorno depressivo o mais frequente. O Cuidador pode ser conduzido ao estresse crônico e ao isolamento social o que incrementa os riscos de patologias físicas e mentais, podendo ser agravado na presença de outros fatores estressantes^[6].

Em diferentes contextos, a literatura tem apontado evidências do efeito positivo de estratégias de apoio psicossocial a cuidadores de pessoas com transtornos mentais. Entre as recomendações mais citadas, destaca-se a necessidade de apoio profissional, a participação em grupos de auto-ajuda e em entidades associativas, a necessidade de reconhecer os familiares como colaboradores nos tratamentos e a implementação de programas de psicoeducação familiar^[7,8].

A psicoeducação pode ser entendida como a tentativa de implantar, na população-alvo, recursos para lidar com a doença, através do compartilhamento bidirecional de informações relevantes. Em se tratando de cuidadores de pessoas com transtornos mentais, um de seus objetivos seria torná-los colaboradores ativos, aliados dos profissionais envolvidos e, conseqüentemente, tornar o procedimento terapêutico mais efetivo^[9].

Com base em resultados, de estudo realizado em 2006, em Pelotas, sobre a atenção psicossocial, onde destacou-se a magnitude dos níveis de sobrecarga, este estudo teve como objetivo investigar a eficácia de uma intervenção em psicoeducação, de modo a contribuir com a qualidade de vida destas famílias, aumentando sua competência social com vistas à promoção da saúde e bem-estar psicológico.

Método

Seleção dos Participantes e Randomização

Trata-se de um ensaio clínico randomizado com os principais cuidadores de usuários dos CAPS da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2011. O município dispõe de sete unidades que atendem juntas, cerca de 1.000 portadores de transtorno psíquico.

O cuidador foi identificado através dos prontuários dos CAPS como sendo o principal responsável do usuário, e visitado em sua residência por alunos do curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas. Foram excluídos desta etapa todos os cuidadores que não tinham capacidade de entender a entrevista e que não tinham contato diário com o usuário.

Para participar da randomização, foram selecionados aqueles que tinham sido identificados com maiores sobrecargas, que foram divididos em dois grupos –intervenção e grupo controle. A randomização foi realizada por sorteio do número de identificação dos cuidadores, inseridos em um envelope pardo e sorteados por um indivíduo não envolvido no estudo.

Os cuidadores assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e a confidencialidade da informação individual e o direito de recusa em participar foram plenamente garantidos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas, com protocolo 2010/33 atendendo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A Figura 1 exibe a logística do estudo.

Intervenção

Psicoeducação

O grupo intervenção recebeu seis visitas domiciliares realizadas por 10 psicólogos devidamente capacitados e supervisionados pela equipe para utilização de um modelo de intervenção padronizado para cada tipo de transtorno mental. Os temas abordados foram: informações sobre o que é e no que consiste a psicoeducação, informações sobre o transtorno do

usuário baseado em dados científicos traduzidos para um linguajar entendível para o familiar, muitas vezes fazendo uso de figuras para um melhor entendimento, apoio emocional dado em todos os encontros (escuta de relatos), estímulo à autonomia do usuário, informações de como o familiar deve proceder quando o usuário entra em crise, organização junto com o familiar dos principais telefones de urgência e de outros parentes e amigos, relacionamentos familiares e círculo de amizades, estímulo a atividades de lazer individuais e com a presença do usuário, incentivo a distribuição dos cuidados com outros familiares, identificação de recursos e equipamentos sociais para garantia dos direitos e o pleno exercício da cidadania. Além dos conteúdos específicos da intervenção, o cuidador foi questionado sobre intercorrências clínicas e psíquicas bem como a adesão a algum grupo de familiares no CAPS, uso de medicamentos e outros recursos terapêuticos. Esse questionamento foi realizado antes do início de cada intervenção com o intuito de registrar outros fatores que possam interferir na diminuição da sobrecarga.

O grupo controle composto esteve apenas exposto a receber o apoio padrão do CAPS, não recebendo as visitas de psicoeducação.

Após o término das intervenções, realizou-se uma nova avaliação, com todos os participantes (grupo intervenção e grupo controle), com o objetivo de medir novamente os níveis de sobrecarga. Tal avaliação foi realizada por estudantes do curso de Psicologia que não estavam envolvidos em nenhuma etapa anterior do estudo.

Coleta de dados

As características dos participantes foram obtidas através de um questionário estruturado com as seguintes variáveis: características sociodemográficas, dados sobre o usuário e o convívio diário com o cuidado, saúde mental do cuidador e de outros familiares. Além deste questionário, foram utilizados instrumentos específicos para avaliar classe econômica, sobrecarga, transtornos mentais comuns e desesperança.

Para avaliar a classe econômica foram utilizados os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Essa classificação é baseada no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, classificando os sujeitos em cinco níveis (A, B, C, D e E)^[10]. Para o presente estudo, as categorias foram agrupadas em A+ B; C e D+E.

A sobrecarga foi mensurada através da escala *Zarit Burden Interview* (ZBI), desenvolvida por Zarit & Zarit, com versão brasileira de Scazufca. A escala avalia a sobrecarga em cuidadores

informais de indivíduos com transtornos mentais ou com doenças físicas e mede o quanto as atividades do cuidado têm impacto sobre a vida social, o bem-estar físico e emocional e as finanças do cuidador. As respostas são dadas numa escala de *Likert* (1 corresponde a “nunca” e 5 corresponde a “sempre”), e os escores variam de 22 a 110^[11]. Na seleção dos participantes, para definir aqueles com as maiores sobrecargas, a soma do ZBI foi dividida em quintis e o grupo com o quintil mais alto foi eleito para participar do estudo. Assim, foram incluídos na intervenção todos aqueles que pontuaram acima de 45 pontos no ZBI.

A presença de transtornos mentais comuns nos cuidadores foi avaliada através do *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). Validado no Brasil por Mari e Willians (1986), o instrumento permite fazer o rastreamento de distúrbios psiquiátricos menores (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia), apresentando como resultado uma variável dicotômica: presença ou ausência de transtornos mentais comuns^[12].

Para avaliar desesperança foi utilizada a Escala de Desesperança de Beck (BHS), validada para o Brasil por validada por Cunha (2001). Esta escala é composta por 20 itens com afirmações que envolvem cognições sobre a desesperança nos quais o denominador comum é a expectativa negativa a respeito do futuro próximo e remoto. Esta escala resulta em um escore total, com base no qual se classifica a desesperança em mínima, leve, moderada e grave^[13].

Análises Estatísticas

A sobrecarga (ZBI) foi analisada através da comparação das médias utilizando-se o teste *t* e ANOVA. As médias de sobrecarga foram comparadas antes e após intervenção, através do teste *t* para amostras pareadas. Os dados foram analisados no pacote estatístico SPSS 13.0.

Resultados

Foram identificados nos prontuários dos CAPS 933 usuários, dos quais 348 (37,3%) não tinham seu endereço atualizado; 12 (1,3%) faleceram antes de receber a visita; 62 (6,6%) não tinham um responsável no momento; 28 (3,0%) não frequentavam mais o CAPS; 30 (3,2%) se recusaram a participar do estudo e 17 (1,8%) não residiam mais na zona urbana de Pelotas. A amostra para a visita de *baseline* resultou em 436 cuidadores e, destes, 177 (40,6%) pontuaram acima de 45 na escala ZBI. Após a randomização 89 indivíduos compuseram o grupo que recebeu a psicoeducação e 88 indivíduos foram alocados para o grupo controle. Entre a visita de *baseline* e o início da intervenção, contabilizou-se 20 perdas e 3 recusas no grupo intervenção e 21 perdas e 3 recusas no grupo controle finalizando-se com uma amostra de 66 cuidadores para receber a intervenção e 64 para o grupo controle.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes no *baseline*. Dos 436 cuidadores identificados, a maioria pertencia à classe econômica C (62,0%), era do sexo feminino (74,5%), tinha idade entre 41 a 54 anos (26,8%) e morava com companheiro (65,1%). Quanto à randomização, tais variáveis não mostraram diferenças significativas entre os grupos ($p>0,05$).

Na Tabela 2 pode se observar dados relacionados às características dos cuidadores em relação ao usuário. A maioria relatou morar com o usuário (82,6%), e ter que cuidar dele todos os dias (63,6%), sendo que, cento e oitenta e dois entrevistados relataram que tiveram que deixar de fazer coisas pessoais, todos os dias, para cuidar do usuário. Cerca de 40% dos cuidadores tinha algum outro familiar com problema de nervos e 37,6% dos participantes disseram ter alguém, que ajudava cuidar do usuário mesmo não morando na casa, enquanto que mais da metade relatou ter alguém que ajudava a cuidar do usuário e morava na casa (54,4%). A variável algum outro familiar com problema de nervos apresentou maior prevalência no grupo intervenção, mas não mostra relação com as médias de sobrecarga final de cada grupo.

Na Tabela 3 pode-se observar as características comportamentais e emocionais dos cuidadores. De todos os participantes, 16,6% fizeram uso de psicofármacos nos 15 dias antecedentes a entrevista, a maioria apresentou um nível mínimo de desesperança (68,6%) e 45,2% apresentaram Transtornos Mentais Comuns. Estas variáveis não foram significativamente diferentes entre os grupos.

As médias do ZBI no *baseline* dos grupos controle e intervenção foram comparadas para cada variável, encontrando diferenças significativas somente entre as médias do sexo masculino, sendo as médias no grupo controle maiores que no grupo intervenção ($p=0,042$). (Tabela1)

O Grupo que recebeu intervenção apresentou uma redução de 4,8 pontos nas médias do ZBI ($p=0,008$), já o grupo controle a redução foi de 1,9 pontos na média, não sendo significativa ($p=0,305$). (Tabela 4)

Em relação às avaliações quanto as possíveis outras intercorrências durante a psicoeducação, não foram observadas variações quanto à aderência ou abandono de outros tratamentos.

Discussão

Os resultados encontrados neste estudo evidenciaram que o grupo que recebeu a psicoeducação teve uma diminuição considerável nas médias de sobrecarga, corroborando com os dados encontrados na literatura, que indicam que a intervenção junto ao cuidador dos pacientes psiquiátricos é vista como um alívio no peso dos encargos, um facilitador no processo de cooperação, que ajuda, consideravelmente, na diminuição dos fatores estressantes desencadeadores de crises e um estimulante na criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todos os envolvidos no cuidado^[14-16]. Com isso pode-se pensar que a psicoeducação cumpriu com seu papel de informar sobre a doença e de como lidar com ela, de dar apoio emocional aos cuidadores e de implantação de estratégias de enfrentamento e manejo do stress. É importante destacar, que a busca de outro tipo de auxílio que pudesse diminuir a sobrecarga foi controlada, o que pode ser mais um aspecto que demonstre que a psicoeducação por si só foi eficaz.

Observou-se, que o grupo controle apontou os homens com as médias de sobrecarga mais elevadas, porém, sabe-se que mesmo uma randomização bem feita não garante a homogeneidade dos grupos, principalmente em amostras muito pequenas como a nossa^[17]. Vale destacar as semelhanças do perfil dos entrevistados no *baseline* com as do perfil de um estudo realizado em Pelotas, em 2006, com 876 cuidadores de usuários de CAPS o que poderia nos tranquilizar com relação ao grande número de perdas em nosso estudo^[2]. Cabe destacar a alta prevalência de TMC entre os cuidadores de usuários do CAPS, mesmo este dado não mostrando uma associação significativa com o resultado da intervenção. Alguns estudos tem evidenciado que a elevada sobrecarga dos cuidadores pode contribuir para que eles desenvolvam transtornos mentais, sendo a depressão o mais frequente^[6]. Evidentemente, não é possível confirmar o que vem primeiro, se a sobrecarga ou os transtornos mentais comuns, mas o que se pode afirmar, de acordo com o foi encontrado na literatura é que existe um alto grau de correlação entre eles^[2].

Os resultados do presente estudo permitem pensar a importância das políticas públicas investirem no familiar cuidador como participante ativo no tratamento psiquiátrico do paciente. A saúde precisa oferecer tratamento de igual intensidade ao familiar que cuida do portador de sofrimento psíquico, para que este tenha qualidade de vida, condições físicas e emocionais para cuidar do seu familiar doente. É imprescindível que se insira no cotidiano das instituições de tratamento, dispositivos terapêuticos que contemplem as demandas dos familiares responsáveis pelo cuidado, incluindo a utilização de meios educativos para a aproximação, pois a família sente-se confortável no papel de aprendiz e espera ansiosa por informações sobre a doença^[16].

É evidente, com os poucos estudos já feitos sobre o tema, que a família precisa ser incluída no movimento da Reforma Psiquiátrica, beneficiando não só o portador de sofrimento psíquico, mas a família como um todo. O fato de uma intervenção breve, de seis sessões se mostrar eficaz pode estar relacionado ao bom grau de adesão e objetividade impedindo perdas no decorrer do caminho o que não acontece com intervenções mais longas. Também podemos destacar que intervenções breves têm menores custos, lembrando que ensaios clínicos randomizados costumam ser caros e uma das razões seriam as intervenções muito longa.

Referências

1. Antunes, S.M.M.O. and M.S. Queiroz, *A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa*. Cad. Saúde Pública, 2007. **23**(1): p. 207-215.
2. Tomasi, E., et al., *Sobrecarga em familiares portadores de sofrimento psíquico que frequentam os Centros de Atenção Psicossocial*. Saúde em Debate, 2010. **34**(84): p. 159-167.
3. Barroso, S.M., M. Bandeira, and E. Nascimento, *Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. Cad. Saúde Pública, set, 2009. **25**(9): p. 1957-1968.
4. Albuquerque, E.P.T., A.M.O. Cintra, and M. Bandeira, *Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores*. J Bras Psiquiatr, 2010. **59**(4): p. 308-316.
5. Caqueo-Urizar, A., J. Gutiérrez-Maldonado, and C. Miranda-Castillo, *Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review*. Health and Quality of Life Outcomes, 2009. **7**(84).
6. Barroso, S.M., M. Bandeira, and E. Nascimento, *Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública*. Rev. Psiq. Clín, 2007. **34**(6): p. 270-277.
7. Angermeyer, M.C. and R. Kilian, *Quality of life of spouses of mentally ill people*. Int J Psychiatry Med, 2006. **52**(3).
8. Pegoraro, R.F. and R.H.L. Caldana, 2006; 11(3): 569-77, *Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial*. Psicol Estud, 2006. **11**(3): p. 569-577.
9. Callahan, M.A. and M.S. Bauer, *Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder*. The Psychiatric Clinics of North America, 1999. **22**: p. 675-688.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, A. *Critério de classificação econômica, Brasil*. 2009 [cited; Available from: www.abep.org]
11. Scazufca, M., *Brasileian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in caregivers of people with mental illness*. Rev Bras Psiquiatr, 2002. **24**(1): p. 12-17.
12. Mari, J.J. and P.A. Williams, *Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire in Primary Care in the City of São Paulo*. Br J Psychiatry, 1986. **148**(23-26).
13. Cunha, J.A., *Manual da versão em português das Escalas Beck*. 2001, São Paulo: Casa do Psicólogo.
14. Melman, J., *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*, ed. Escrituras. 2001, São Paulo.
15. Santos, R.L., et al., *Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática*. Rev Psiq Clín, 2011. **38**(4): p. 161-167.
16. Mello, R., *A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica*. Rev Enferm UERJ, 2005. **13**(3): p. 390-395.
17. OLIVEIRA, M.A.P. and R.C.M. PARENTE, *Understanding Randomized Controlled Trials*. Bras. J. Video-Sur, 2010. **3**(4): p. 176-180.

Figura 1: Fluxograma Psicoeducação

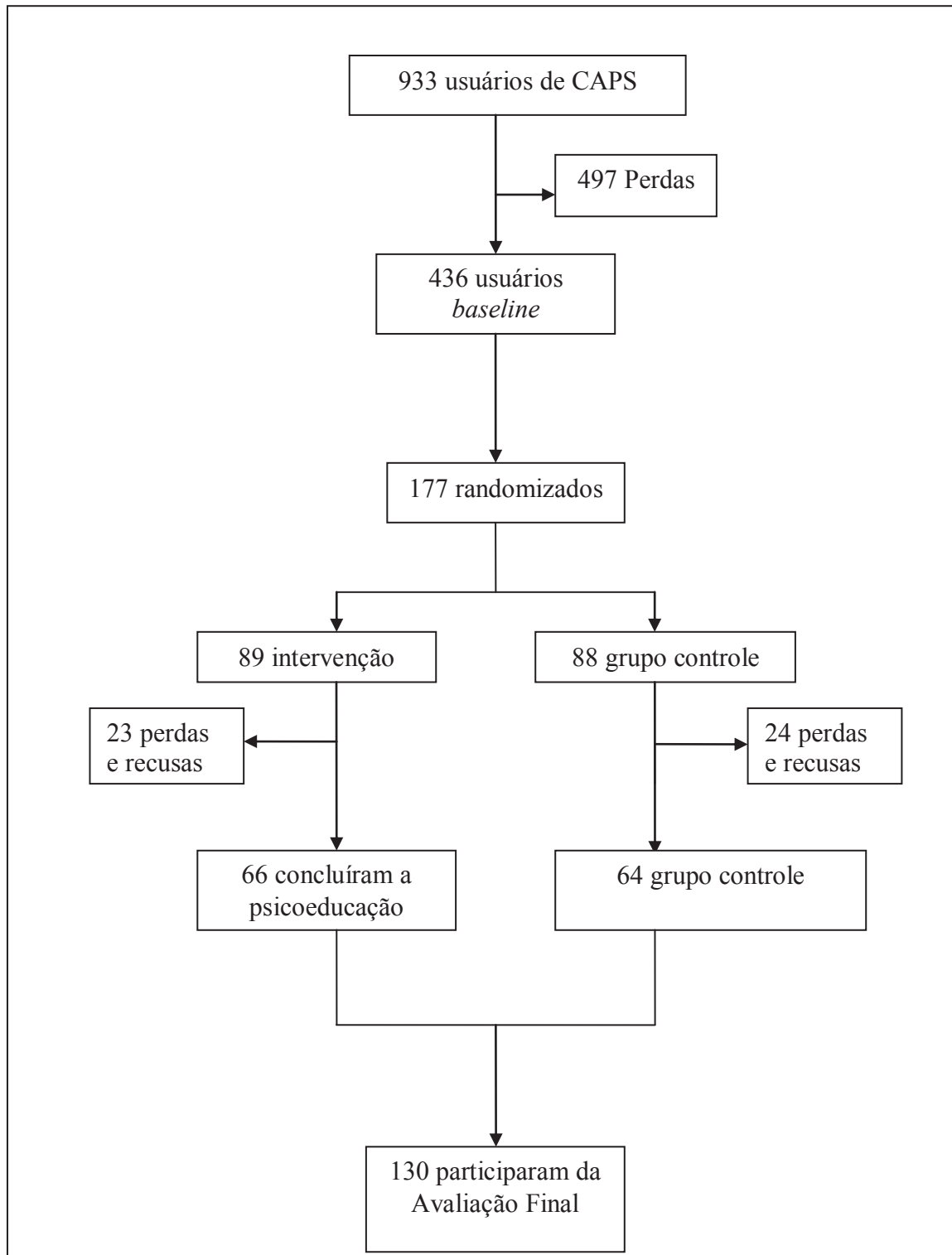


Tabela 1: Características sociodemográficas dos cuidadores.

| | Incluídos no <i>baseline</i> | Intervenção N (%) | Controle N (%) | p-valor | ZBI inicial Intervenção Média (dp) | ZBI inicial Controle Média(dp) | p-valor |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------|-------------------|---------|--|--------------------------------------|---------|
| Classificação econômica (ABEP) | | | | 0,430 | | | |
| A e B | 71 (17,5%) | 8 (13,6%) | 7 (12,1%) | | 58,0 (14,3) | 59,2 (12,3) | 0,318 |
| C | 251 (62,0%) | 39 (66,1%) | 35 (60,3%) | | 59,9 (13,7) | 63,1 (13,0) | 0,871 |
| D e E | 83 (20,5%) | 12 (20,3%) | 16 (27,6%) | | 56,8 (6,4) | 58,9 (7,8) | 0,319 |
| Sexo | | | | 0,759 | | | |
| Feminino | 325 (74,5%) | 54 (81,8%) | 50 (78,1%) | | 62,1 (14,2) | 56,8 (6,4) | 0,788 |
| Masculino | 111 (25,5%) | 12 (18,2%) | 14 (21,9%) | | 51,4 (6,1) | 62,4 (12,1) | 0,042 |
| Idade (anos) | | | | 1,000 | | | |
| 15 a 40 | 113 (25,9%) | 12 (18,2%) | 14 (21,9%) | | 55,6 (7,6) | 55,2 (8,0) | 0,905 |
| 41 a 54 | 117 (26,8%) | 20 (30,3%) | 20 (31,3%) | | 59,1 (13,4) | 64,8 (11,2) | 0,152 |
| 55 a 63 | 99 (22,7%) | 23 (34,8%) | 14 (21,9%) | | 59,7 (13,1) | 58,8 (11,5) | 0,824 |
| 64 a 90 | 107 (24,5%) | 11 (16,7%) | 16 (25,0%) | | 65,8 (18,2) | 63,8 (12,0) | 0,725 |
| Vive com companheiro | | | | 0,120 | | | |
| Não | 151 (35,0%) | 17 (26,2%) | 26 (40,6%) | | 63,8 (13,5) | 60,5 (9,7) | 0,353 |
| Sim | 281 (65,0%) | 48 (73,8%) | 38 (59,4%) | | 58,6 (13,3) | 61,6 (12,4) | 0,296 |
| Total | 436 | 66 (100%) | 64 (100%) | | 59,8 (13,4) | 61,1 (11,3) | |

Tabela 2: Características dos cuidadores em relação ao cuidado do usuário.

| | Cuidadores entrevistados | Intervenção | Controle | p-valor | ZBI Intervenção Média (dp) | ZBI Controle Média(dp) | p-valor |
|---|--------------------------|-------------|------------|---------|----------------------------|------------------------|---------|
| Mora junto com o usuário | | | | 0,197 | | | |
| Não | 76 (17,4%) | 7 (10,6%) | 13 (20,3%) | | 66,0 (14,5) | 63,4 (15,4) | 0,716 |
| Sim | 360 (82,6%) | 59 (89,4%) | 51 (79,7%) | | 59,1 (13,3) | 60,6 (10,1) | 0,516 |
| Tem que cuidar do usuário todos os dias | | | | 0,127 | | | |
| Não | 158 (36,4%) | 12 (18,2%) | 20 (31,3%) | | 59,7 (14,2) | 62,2 (12,3) | 0,599 |
| Sim | 276 (63,6%) | 54 (81,8%) | 44 (68,8%) | | 58,8 (13,4) | 60,6 (10,9) | 0,750 |
| Deixa de fazer coisas pessoais todos os dias para cuidar do usuário | | | | 1,000 | | | |
| Não | 253 (58,2%) | 26 (39,4%) | 25 (39,1%) | | 56,3 (9,2) | 62,6 (13,3) | 0,058 |
| Sim | 182 (41,8%) | 40 (60,6%) | 39 (60,9%) | | 62,1 (15,3) | 60,2 (9,9) | 0,520 |
| Algum outro familiar com problema de nervos | | | | 0,010 | | | |
| Não | 245 (58,3%) | 25 (37,9) | 41 (62,1%) | | 59,6 (13,6) | 59,6 (9,7) | 0,929 |
| Sim | 175 (41,7%) | 38 (62,3%) | 23 (37,7%) | | 60,4 (13,9) | 63,9 (13,5) | 0,301 |
| Tem alguém que não mora na casa e ajuda a cuidar do usuário | | | | 0,957 | | | |
| Não | 269 (62,4%) | 42 (63,6%) | 42 (65,6%) | | 57,2 (11,5) | 61,2 (9,6) | 0,087 |
| Sim | 162 (37,6%) | 24 (36,4%) | 22 (34,4%) | | 64,4 (15,4) | 61,0 (14,2) | 0,440 |
| Tem alguém em casa que ajude a cuidar do usuário | | | | 0,662 | | | |
| Não | 195 (45,6%) | 33 (52,4%) | 37 (57,8%) | | 59,4 (14,0) | 62,6 (12,5) | 0,295 |
| Sim | 233 (54,4%) | 30 (47,6%) | 27 (42,2%) | | 60,9 (13,5) | 59,1 (9,3) | 0,679 |
| Total | 436 (100%) | 66 (100%) | 64 (100%) | | 59,8 (13,4) | 61,1 (11,3) | 0,544 |

Tabela 3: Características comportamentais e emocionais dos cuidadores *no baseline*

| | Cuidadores entrevistados | Intervenção | Controle | p-valor | ZBI Intervenção Média (dp) | ZBI Controle Média(dp) | p-valor |
|---|--------------------------|-------------|------------|---------|----------------------------|------------------------|---------|
| Uso de psicofarmacos | | | | 0,356 | | | |
| Não | 363 (83,4%) | 52 (78,8%) | 54 (85,7%) | | 58,8 (12,1) | 60,6 (10,9) | 0,444 |
| Sim | 72 (16,6%) | 14 (22,2%) | 9 (14,3%) | | 63,7 (17,6) | 65,2 (13,7) | 0,830 |
| Escala de desesperança por níveis (BHS) | | | | 0,427 | | | |
| Mínimo | 269 (68,6%) | 29 (48,3%) | 34 (58,6%) | | 56,2 (11,1) | 58,4 (7,0) | 0,494 |
| Leve | 93 (23,7%) | 22 (36,7%) | 17 (29,3%) | | 58,7 (11,9) | 59,0 (9,8) | 0,434 |
| Moderado | 21 (5,4%) | 8 (13,3%) | 5 (8,6%) | | 63,4 (14,1) | 71,8 (14,2) | 0,929 |
| Grave | 9 (2,3%) | 1 (1,7%) | 2 (3,4%) | | 96,0 (9,9) | 60,8 (10,8) | 0,367 |
| Presença de Transtornos Mentais Comuns | | | | 0,640 | | | |
| Não | 239 (54,8%) | 17 (25,8%) | 26 (40,6%) | | 52,1 (7,4) | 55,7 (5,6) | 0,100 |
| Sim | 197 (45,2%) | 49 (74,2%) | 38 (59,4%) | | 62,5 (14,1) | 64,9 (12,7) | 0,416 |
| Total | 436 | 66 (100%) | 64 (100%) | | 59,8 (13,4) | 61,1 (11,3) | 0,544 |

Tabela 4: Médias do escore na escala ZBI na linha de base e após a intervenção nos grupos intervenção e controle.

| Grupo | <i>Baseline</i> Média(dp±) | Pós intervenção Média(dp±) | Diferença entre médias | Intervalo de confiança de 95% | p valor |
|--------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|----------------|
| Intervenção | 59,8 (13,4) | 55,0 (15,9) | 4,8 | -8,3; -1,3 | 0,008 |
| Controle | 61,1 (11,3) | 59,2 (16,9) | 1,9 | -1,8; 5,8 | 0,305 |