



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

EDUARDA CARNEIRO PINHEIRO

**SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTE COM TRANSTORNO  
AFETIVO BIPOLAR**

**Ceilândia – DF**

**2016**



EDUARDA CARNEIRO PINHEIRO

**SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTE COM TRANSTORNO  
AFETIVO BIPOLAR**

Artigo apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem como parte das exigências para a conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Diane Maria Scherer Kuhn Lago.

**Ceilândia – DF**

**2016**

EDUARDA CARNEIRO PINHEIRO

**SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTE COM TRANSTORNO  
AFETIVO BIPOLAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, para  
obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Banca Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Diane Maria Scherer Kuhn Lago  
(Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia Afonso Valladares Torres

---

Enf<sup>a</sup> Especialista Danielle de Jesus Queiroz

**Ceilândia – DF**

**2016**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades que me concede a cada dia, pelos passos guiados, por minha família e amigos e por seu imensurável amor. Que eu possa fazer da missão de cuidar um caminho para compartilhar com outras pessoas um pouco desse sentimento;

Agradeço a minha família pelo incentivo em continuar buscando meus objetivos e por me ensinar que a união nos torna mais fortes. Em especial, agradeço a minha tia Luzenaide que me oferece constantemente cuidados de mãe, assim como minha tia Maria José, pessoa fundamental para que eu pudesse ingressar na Universidade;

Agradeço aos meu pais, Lusilene e Cezar, somente o exemplo de vida seria suficiente para que eu continuasse a persistir pelos meus sonhos, porém, o empenho diário em demonstrar e oferecer amor, confiança e suporte fazem com que eu me sinta privilegiada;

Agradeço ao meu irmão, Filipe, pela amizade e paciência para escutar diariamente sobre minhas conquistas e perdas. Sua torcida e bondade inspiram;

Agradeço ao meu namorado, Lucas, por me mostrar que paciência é uma virtude que precisa ser cultivada, que o companheirismo nos faz mais fortes e centrados e, essencialmente, por sua determinação que todos os dias me serve de exemplo;

Agradeço aos meus amigos, tanto os que a Universidade me apresentou como os que estão comigo a mais tempo, a amizade tornou o caminho mais fácil e prazeroso;

Agradeço a minha orientadora, Diane, por todo auxílio e dedicação, sobretudo, por despertar em mim a paixão pela saúde mental;

Agradeço aos cuidadores participantes deste estudo pelo tempo dedicado em busca de alcançar maiores conhecimentos e melhorias relacionadas a seus papeis.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>10</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DO CUIDADOR FAMILIAR PRINCIPAL ...</b>	<b>13</b>
<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO FAMILIAR (FBIS-BR).....</b>	<b>15</b>
<b>DADOS REFERENTES AO CUIDAR.....</b>	<b>19</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS.....</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICE 1 .....</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICE 2 .....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICE 3 .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO 3.....</b>	<b>45</b>

## **SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTE COM TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNOS RELACIONADOS**

### **RESUMO**

**Objetivo:** identificar e avaliar os perfis e as sobrecargas de familiares cuidadores de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar que recebem atendimento em um CAPS II.

**Método:** estudo transversal e descritivo constituído por uma amostra de dez familiares de usuários do CAPS II. Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário sociodemográfico e clínico, Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares (FBIS-BR) e entrevista semiestruturada. O programa Microsoft Excel® foi utilizado para a análise dos dados. **Resultados:** a idade média dos entrevistados foi de 57,4 anos, seis cuidadores eram mulheres e três idosos. A sobrecarga familiar objetiva mostrou-se mais elevada que a subjetiva, principalmente, pelo tempo e atenção exigidos ao cuidador. **Conclusões:** é preciso que o serviço de saúde envolva-se ativamente de forma a planejar e implementar ações que levem em consideração as dificuldades do cuidador e faça do mesmo participante do processo terapêutico de seu familiar.

**Palavras-chave:** transtorno bipolar; cuidadores; saúde da família; serviços de saúde mental; desinstitucionalização.

## **OVERLOAD OF RELATIVES CAREGIVERS OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS AND RELATED DISORDERS**

### **ABSTRACT**

**Objective:** to identify and to evaluate profiles and overloads in relatives caregivers of bipolar disorders carriers that receive treatment in a CAPS II. **Methods:** a descriptive seccional study, using a sample of ten relatives of users of the CAPSII. The data were collected by application of sociodemographic and clinical quiz, relatives overload evaluation scale (FBIS-BR) and

semi structured interview. The Microsoft Excel® package was used to data analysis. **Results:** the middle age of the interviewed was 57,4 years old, six caregivers were women and three elderly. The objective relatives overload was bigger than the subjective, mainly by the time and attention required by caregivers. **Conclusions:** It is necessary that the health service is actively involved in order to plan and implement actions that take into account the difficulties of the caregiver and make the same participant of the therapeutic process of their family.

**Keywords:** bipolar disorder; caregivers; family health; mental health services; deinstitutionalization.

## **LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR DE LOS PACIENTES COM TRANSTORNOS BIPOLARES Y TRANSTORNOS CON RELACIONES**

### **RESUMEN**

**Objetivo:** señalar y evaluar los perfiles y las sobrecargas de familiares de los cuidadores transportistas de trastornos bipolares que reciben tratamiento en un CAPS II. **Metodología:** estudios transversales descriptivo constituidos por una muestra de diez familiares usuarios de lo CAPS II. Los datos foran cojidos por medio de aplicacion de cuestionários de sociodemografia y clínico. Proporción de evaluación de sobrecarga de los familiares (FBIS-BR) y cita semi estructurada. El programa Microsoft Excel® sido utilizado para una analisis de datos. **Resultados:** la edad mediana de los citados ha sido de 57,4 años, seis cuidadores eran mujeres y três mayores. La sobrecarga de la familia objetivando enseña mas grande que la subjetiva, sobretudo, por el tempo y atención que hace falta al cuidador. **Conclusiones:** hace falta que el trabajo de salud envuelva-se activamente de modo a planear y poner en práctica acciones que lleven en consideracion la dificultad del cuidador y haga de lo mismo miembro del processo terapeutico de su familiar.

**Palabras-claves:** transtorno bipolar; cuidadores; salud de la familia; trabajos de salud mental; desinstitucionalizacion.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e os Transtornos Relacionados, no que diz respeito a sintomas, história familiar e genética, encontram-se entre os transtornos do espectro da esquizofrenia e transtornos depressivos. O transtorno bipolar tipo I, bipolar tipo II, ciclotímico, transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno relacionado devido à outra condição médica e transtorno relacionado especificado ou não especificado representam as classificações de acordo com a presença e frequência dos episódios característicos. Estes são reconhecidos como episódios maníacos, hipomaníacos e depressivos maiores, representando, portanto, os critérios diagnósticos elencados como alterações no humor e na atividade ou energia (1).

Com o propósito de atingir a eutímia, o tratamento oferece ao portador dos transtornos medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo aquelas representadas pelos estabilizadores de humor e estas por intervenções psicossociais. A combinação dos tratamentos em questão é essencial, visando sempre à participação do portador do transtorno e seus cuidadores. O uso da terapia alternativa traz consigo maior adesão ao tratamento, redução de hospitalizações e proporciona melhora na qualidade de vida do portador e das pessoas que lhes são próximas (2).

Em decorrência da progressiva desinstitucionalização, os familiares passaram a ter maior atuação nos cuidados prestados. Dessa forma, despertou-se a busca pelo tratamento integralizado a esses portadores, possibilitando a reabilitação dos mesmos por meio do apoio



prestado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em parceria com a sociedade e seus familiares (3).

Foi a partir da Lei nº 10.216/2001 que a reforma psiquiátrica foi posta nacionalmente em vigor, sendo realizada a substituição de leitos psiquiátricos pela Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, garantindo os direitos das pessoas que sofrem com o transtorno mental. Visto que a participação da família é fundamental para esse modelo de atenção, criou-se a Portaria GM 336/2002 que inclui a família nos serviços de saúde mental e promove assistência à mesma. Não obstante a oferta desses serviços, o grupo familiar torna-se alvo de diversas mudanças significativas promovidas, principalmente, pelo despreparo em lidar diariamente com um portador de transtorno mental (4).

Devido à circunstância de ser, normalmente, o familiar que se responsabiliza em prestar cuidados no meio domiciliar ao portador de transtorno mental tende a assumir as funções de cuidador principal, dedicando a esta função grande parte de seu tempo (5). Em consequência, a sobrecarga do cuidador surge a partir da assistência prestada ao familiar enfermo e pode ser representada por alterações psicológicas, físicas, financeiras e sociais. Destarte, tornam-se mais suscetíveis às sobrecargas, sejam elas subjetivas – emoções e preocupações ligadas à responsabilidade de cuidador – ou objetivas – alterações observáveis na vida do prestador de cuidados. Essas são possivelmente oriundas da insuficiência de cuidadores e do despreparo de familiares para esta função (6).

Os familiares mais próximos ao paciente desempenham com maior frequência a função de cuidador principal e justificam realizá-la pelo sentimento de gratidão. Com isso, o encargo torna-se menos desgastante e representa uma forma de retribuição, porém, apesar dessa visão permitir maior aceitação, não garante preservar a qualidade de vida (7). O que a Organização

Mundial da Saúde (OMS) garante ser qualidade de vida – percepção de vida do indivíduo em relação a sua cultura, seus valores, percepções e preocupações, objetivos e expectativas – passa então a ser prejudicada nesses casos (8).

Justifica-se a construção do estudo em virtude do processo de desinstitucionalização que trouxe consigo a possibilidade de reinserção social do paciente psiquiátrico e, conseqüentemente, a maior proximidade e responsabilidade de cuidar dos familiares. Diante da relevância do assunto eleva-se o questionamento: ao assumir a função de cuidador principal, o familiar sofre significativamente sobrecarga objetiva e subjetiva? Isto posto, o objetivo deste estudo consiste em identificar e avaliar as sobrecargas objetiva e subjetiva, assim como as características de familiares cuidadores principais de portadores de TAB que recebem atendimento em um CAPS II.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal e descritivo. Foram entrevistados dez familiares com funções de cuidadores principais de portadores de Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados, usuários do CAPS II de Taguatinga/DF.

Tornaram-se requisitos de seleção dos entrevistados: ser o principal cuidador familiar; ter contado diário ou semanal com o paciente; residir no território do Distrito Federal (DF); e confirmar sua participação na pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios para exclusão do entrevistado apresentaram-se como: ser familiar, porém não ser cuidador principal e residir em cidades do entorno do DF.

Foi utilizado o método de saturação dos dados para a definição do quantitativo de participantes. Ao observar que em determinado momento já não eram constatados elementos complementares para subvencionar o objetivo aspirado por meio do campo de observação,

interrompeu-se a coleta. Dessa forma, coletar novos dados não permitiria o surgimento suficiente de elementos para novas discussões, visto que a ocorrência dos mesmos concentrou-se nas primeiras entrevistas e que a recorrência dos dados já coletados tinha grande representação teórica (9).

Foram utilizados três instrumentos de pesquisa, sendo:

1. *Questionário sociodemográfico e clínico* com o intuito de avaliar características e condições de vida e saúde dos familiares cuidadores. O instrumento inclui diversos itens que versam sobre sexo do cuidador, idade, estado civil, escolaridade, grau de parentesco com o paciente, frequência de contato com o mesmo, posse de casa própria, renda do cuidador, prestação de cuidados a outro paciente, participação em grupos de apoio social, posse de alguma doença, uso de medicações, acompanhamento médico, uso de tabaco, ingestão de bebida alcóolica e uso de drogas ilícitas.

2. *Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares (FBIS-BR)* que objetiva avaliar, por meio de 70 questões, a sobrecarga objetiva e subjetiva dos familiares de acordo com os trinta dias anteriores à data da entrevista, conforme cinco subescalas: (A) assistência na vida cotidiana; (B) supervisão aos comportamentos problemáticos; (C) gastos financeiros; (D) impacto nas rotinas diárias; e (E) preocupação com o paciente. Para a realização de cálculo, a subescala C não se aplica uma vez que a mesma refere-se a despesas em dinheiro com o paciente (3). Para a graduação e organização das respostas utilizou-se a escala de Likert que permitiu a disposição dos resultados da subescala objetiva em cinco pontos, sendo eles: 1=nenhuma vez; 2=menos que uma vez por semana; 3=uma ou duas vezes por semana; 4=três a seis vezes por semana; e 5=todos os dias. Já as respostas que dizem respeito a sobrecarga subjetiva, avaliam o incômodo da seguinte forma: 1=nem um pouco; 2=muito pouco; 3=um

pouco; e 4=muito. Para fins de cálculo é necessário analisar a porcentagem de respostas em cada item. Nas questões referentes a sobrecarga objetiva as respostas 4 e 5 demonstram sobrecarga acentuada, todavia na sobrecarga subjetiva as respostas 3 e 4 indicam elevação na sobrecarga referente as subescalas A e B e as respostas 4 e 5 na subescala E (10).

3. *Entrevista semiestruturada*, que foi realizada com o intuito de coletar informações a respeito dos efeitos provocados pelo papel de cuidador. Foram utilizados como norteadores da entrevista, os seguintes questionamentos

- Cite as diferenças observadas em sua vida e rotina entre o período anterior e o posterior ao se tornar cuidador de (nome);
- Existe outra pessoa que se responsabilize por auxiliá-lo no cuidado com o (nome)?
- Você costuma realizar atividades de lazer?

Todas as entrevistas foram realizadas com o auxílio de um gravador e, em momento posterior, foram transcritas na íntegra. As referências pessoais que permitiam o reconhecimento dos entrevistados foram retiradas. As respostas foram analisadas e categorizadas de acordo com a semelhança temática entre as mesmas.

Posterior à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FEPECS/SES-DF, sob o parecer 321.204/2013 e CAAE: 09738513.8.0000.5553 e a assinatura do TCLE, os instrumentos foram aplicados de forma autoadministrada, assistida pelo entrevistador ou administrada pelo entrevistador. Os participantes foram convidados e tiveram os horários agendados, conforme a sua disponibilidade. As entrevistas foram realizadas no domicílio do cuidador ou nas dependências do CAPS II. Todos assinaram o TCLE e ficaram com uma cópia do mesmo como garantia de seus direitos e para que tivessem acesso ao contato do pesquisador principal em surgimento de dúvidas ou interesse em ter sua participação exclusiva da pesquisa. Para

garantir o anonimato dos entrevistados, os mesmos foram identificados por códigos, sendo F de familiar e o número arábico, em sua sequência, a representação da ordem em que ocorreram as entrevistas.

Foram utilizados, para análise dos dados do instrumento '1' e '3', o método de 'análise de conteúdo' de acordo com Bardin (11). Este possui três fases fundamentais: pré-análise que possibilita o primeiro contato com todo o material que será analisado, o desenvolver de hipóteses e a preparação formal do material; a exploração do material coloca em prática o planejamento desenvolvido na pré-análise; a última fase denomina-se tratamento dos resultados e é expressa através da inferência e interpretação. Para análise dos dados referentes à aplicação do instrumento '2' foram utilizados métodos estatísticos e o programa Microsoft Excel®.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas e clínicas do cuidador familiar principal

Na tabela 1 encontram-se as identificações dos cuidadores familiares com suas respectivas características sociodemográficas e clínicas.

**Tabela 1 - Dados sociodemográficos e clínicos dos cuidadores.**

<b>Identificação</b>	<b>Idade</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Grau de Instrução</b>	<b>Problemas de saúde</b>	<b>Renda Familiar</b>
F1	55	Irmã	Ensino Superior Completo	Não	Mais de 4 salários mínimos
F2	45	Genro	Ensino Médio Completo	Orto.	2,1 a 4 salários mínimos
F3	68	Avó	Ensino Fundamental Incompleto	Endoc.	1 a 2 salários mínimos
F4	51	Cônjuge	Ensino Fundamental Completo	Cardio. - orto.	1 a 2 salários mínimos
F5	43	Irmã	Ensino Fundamental Incompleto	Orto.	1 a 2 salários mínimos

F6	57	Cônjuge	Ensino Fundamental Completo	Endoc.	2,1 a 4 salários mínimos
F7	59	Cônjuge	Ensino Fundamental Completo	Cardio.	Menos de 1 salário mínimo
F8	47	Mãe	Ensino Médio Completo	Cardio. - endoc.	2,1 a 4 salários mínimos
F9	76	Pai	Ensino Fundamental Incompleto	Cardio.	1 a 2 salários mínimos
F10	73	Avó	Analfabeto	Cardio. - orto.	1 a 2 salários mínimos

---

Orto. - doenças ortopédicas; endoc. - doenças endócrinas; cardio. – doenças cardiovasculares.

Dentre os dez cuidadores principais participantes deste estudo, seis eram do sexo feminino. Todos os participantes eram familiares de até segundo grau dos portadores. Ressalta-se que F2 era genro, ou seja, possuía parentesco de primeiro grau por afinidade. Entre as mulheres participantes, F1 e F5 eram irmãs, F3 e F10 eram avós, F8 era mãe e F7 era esposa. A amostra possuía quatro homens, sendo F4 e F6 esposos, F9 pai e F2 genro. Os entrevistados que também cuidavam de outros pacientes constituíram metade da amostra.

Prevaleceram os cuidadores que mantinham contato diário com o portador (90%). Apenas F2, que era genro, mantinha contato semanal. A idade dos entrevistados variou entre 43 e 76 anos, sendo a média de 57,4 anos. F9 e F10 possuíam mais de 70 anos; somente F3 encontrava-se na idade entre 60 e 69 anos; F1, F4, F6 e F7 tinham idade entre 50 a 59 anos; e F2, F5 e F8 possuíam idade entre 40 e 49 anos. Dentre os dez entrevistados, 7 estavam casados. Os dois cuidadores divorciados e um viúvo eram do sexo feminino.

Quanto ao nível de escolaridade dos cuidadores, predominaram aqueles que tinham Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Fundamental Completo, ambos representaram, individualmente, três entrevistados. Dentre os demais, F2 e F8 concluíram o Ensino Médio, F1 informou ter Ensino Superior Completo e F10 declarou ser analfabeto.

Perante o total de cuidadores, cinco afirmaram possuir renda pessoal entre 1 e 2 salários mínimos. Referente aos tipos de residência, oito declararam ter residência própria. Todas as residências possuem 5 cômodos ou mais, tão somente F8 reside em edifício e os demais em casas de alvenaria. Seis participantes admitiram necessitar de grupos que ofertem aos mesmos o apoio social. Diante de tal reconhecimento, a religião foi o único apoio citado por estes.

Questionados se ingeriam bebida alcoólica, F6 e F9 responderam positivamente, F1 reconheceu-se como tabagista e todos negaram o uso de drogas ilícitas. A respeito dos problemas de saúde, somente F1 negou possuir qualquer condição de doença, os demais afirmaram sofrer de doenças endócrinas, cardiovasculares ou ortopédicas. Neste caso, ressalta-se que F4, F8 e F10 relataram ser portadores de mais de um tipo de doença, destacando as doenças ortopédicas comuns a quatro cuidadores. Em relação aos atendimentos médicos, sete cuidadores declararam desfrutá-los periodicamente e oito garantiram que necessitam de terapêutica medicamentosa para realizar as atividades de vida diária.

### **Escala de Avaliação da Sobrecarga do Familiar (FBIS-BR)**

Por meio do instrumento Escala de Avaliação da Sobrecarga do Familiar (FBIS-BR) foi possível realizar a análise conjunta e contextualizada dos dois tipos de sobrecarga. A objetiva investiga a frequência de assistências nas tarefas cotidianas oferecidas pelo familiar ao paciente (subescala A), o enfrentamento e supervisão dos comportamentos tidos como problemáticos (subescala B) e as alterações na vida profissional e social do cuidador (subescala D). A subjetiva, porém, analisa o incômodo que o familiar sente ao prestar assistência ao portador em atividades cotidianas (subescala A), quando lida com os comportamentos problemáticos (subescala B) e a frequência com que se preocupa com o mesmo (subescala E) (4).

Diante disso, o estudo apresenta como resultado um escore global de sobrecarga objetiva de 1,79 (DP=1,43), valor próximo aos resultados do estudo de validação da escala FBIS-BR, realizado com cem participantes, que teve escore igual a 2,29 (DP=0,68). Frente às subescalas varia-se o resultado de tal escore entre 1,51 e 2,12. Entretanto, a sobrecarga subjetiva manifesta escore global de 1,67 (DP=1,20), diferindo do estudo de validação que apresenta escore de 2,89 (DP=0,69) (12). Os valores alcançados variam entre 1,20 e 2,72. Na tabela a seguir (tabela 2) constam os valores de sobrecarga referentes a cada subescala e o desvio padrão das mesmas.

**Tabela 2 - Sobrecarga por meio da aplicação da escala FBIS-BR**

<b>Subescalas</b>	<b>Tipos de sobrecarga</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
A – Assistência ao paciente na vida cotidiana	Objetiva	2,12	1,68
	Subjetiva	1,29	0,81
B – Supervisão dos comportamentos problemáticos	Objetiva	1,51	1,18
	Subjetiva	1,20	0,66
D – Impacto na rotina	Objetiva	1,62	1,12
	Subjetiva		
E – Preocupações com o paciente	Objetiva		
	Subjetiva	2,72	1,45
<b>Escore global</b>	Objetivo	1,79	1,43
	Subjetivo	1,67	1,20

A sobrecarga objetiva é discretamente superior para os cuidadores, seu valor está, predominantemente, relacionado à insistência e ao incentivo que o cuidador deve promover para que o paciente procure ter alguma atividade que ocupe seu tempo e a demanda excessiva de atenção que este provoca. Todos os cuidadores afirmaram que os pacientes não tentaram ou ameaçaram suicídio no período questionado, não perturbaram outras pessoas durante a noite e não usaram abusivamente álcool e outras drogas. A tabela 3 apresenta as respostas dadas à sobrecarga objetiva em forma de porcentagem, sendo as respostas 1 e 2 as que indicam baixa sobrecarga e 4 e 5 elevada.



**Tabela 3 – Dados sobre a sobrecarga objetiva por meio da aplicação da escala FBIS-BR**

<b>Subescala</b>	<b>Respostas 1 e 2 (%)</b>	<b>Respostas 4 e 5 (%)</b>
<b>A - Assistência ao paciente na vida cotidiana</b>		
A1 – Higiene e cuidados pessoais	70	30
A2 – Administração de medicamentos	70	30
A3 – Cuidado e limpeza do quarto e roupas	80	10
A4- Compras diversas	80	10
A5 – Preparo da alimentação	70	30
A6 – Transporte	60	30
A7 – Administração do dinheiro	80	20
A8 – Atividades e ocupação do tempo	50	50
A9 – Frequência às consultas médicas e atividades de tratamento	80	20
<b>B – Supervisão dos comportamentos problemáticos</b>		
B1 – Comportamentos problemáticos	80	10
B2 – Demanda excessiva de atenção	50	40
B3 – Perturbações durante à noite	100	0
B4 – Agressividades verbal e física	90	10
B5 – Tentativa ou ameaça de suicídio	100	0
B6 – Bebidas alcoólicas	100	0
B7 – Excesso de alimentos, cigarros e líquidos	60	30
B8 – Abuso de drogas	100	0
<b>D – Impacto na rotina</b>		
D1a- Faltas, atrasos ou cancelamento de compromissos	70	0
D1b – Alteração nas atividades sociais e de lazer	80	10
D1c – Perturbação nos serviços ou rotina da casa	80	10
D1d – Alteração nos cuidados e atenção aos outros membros da família	90	10

A respeito da sobrecarga subjetiva, as situações que produzem maior grau da mesma são: preocupação com a segurança física do paciente, com a capacidade deste em manter-se financeiramente e com seu futuro. Os itens pertencentes à etapa de supervisão aos comportamentos problemáticos explicitaram que a maior parte amostra não se incomoda com tais situações. A tabela 4 apresenta os resultados relacionados à sobrecarga subjetiva, as respostas 3 e 4 representam elevada sobrecarga quando leva-se em consideração os itens referentes ao grau de incômodo na assistência cotidiana, a supervisão de comportamentos problemáticos e o impacto na rotina do cuidador, já as respostas 4 e 5 representam valor elevado quando trata-se das preocupações com os pacientes.

**Tabela 4 - Dados sobre a sobrecarga subjetiva por meio da aplicação da FBIS-BR**

<b>Subescala</b>	<b>Respostas 1 e 2 (%)</b>	<b>Respostas 3 e 4 (%)</b>	<b>Respostas 4 e 5 (%)</b>
<b>A - Assistência ao paciente na vida cotidiana</b>			
A1 – Higiene e cuidados pessoais	90	10	-
A2 – Administração de medicamentos	80	20	-
A3 – Cuidado e limpeza do quarto e roupas	90	10	-
A4- Compras diversas	100	0	-
A5 – Preparo da alimentação	100	0	-
A6 – Transporte	90	10	-
A7 – Administração do dinheiro	90	10	-
A8 – Atividades e ocupação do tempo	90	10	-
A9 – Frequência às consultas médicas e atividades de tratamento	90	10	-
<b>B – Supervisão dos comportamentos problemáticos</b>			
B1 – Comportamentos problemáticos	90	10	-
B2 – Demanda excessiva de atenção	80	20	-
B3 – Perturbações durante à noite	100	0	-
B4 – Agressividades verbal e física	90	10	-
B5 – Tentativa ou ameaça de suicídio	100	0	-
B6 – Bebidas alcoólicas	100	0	-
B7 – Excesso de alimentos, cigarros e líquidos	90	10	-
B8 – Abuso de drogas	100	0	-
<b>E – Preocupações com o paciente</b>			
E1 – Segurança física do paciente	10	-	70
E2 – Adequação do tratamento médico fornecido ao paciente	50	-	20
E3 – Vida social do paciente	80	-	10
E4 – Saúde física do paciente	40	-	30
E5 – Condições de moradia para o paciente	80	-	10
E6 – Sobrevivência financeira do paciente na ausência do cuidador	20	-	40
E7 – Futuro do paciente	30	-	40

A subescala de sobrecarga financeira não é inclusa nos cálculos, porém ao avaliar os gastos mensais dos cuidadores relacionados aos pacientes, observa-se que o menor valor gasto referia-se a 11,36% do salário mínimo e o maior a 204,55%. Todavia, cinco pacientes colaboraram com tais gastos, todos estes auxiliam financeiramente seus cuidadores que têm renda menor que um salário mínimo ou entre um salário e quatro salários mínimos.

## **Dados referentes ao cuidar**

Razão de ser cuidador:

Os entrevistados que informaram receber suporte religioso afirmaram enfrentar o papel de cuidador como uma missão. E mesmo aqueles que não recebem tal apoio relataram desempenhar determinado papel por acreditar que poderiam ser eles as pessoas necessitadas de cuidados.

“Eu acho que quando a gente nasce com uma missão eu acho que Ele (Deus) vê como se fosse para eu cuidar dele (...) então Deus às vezes coloca para a gente cuidar e a gente tem que cuidar.” (F7)

“Então você tem que pensar assim, hoje é ele que precisa e amanhã pode ser eu. Eu tenho certeza que vai vim alguém para me ajudar também, então como eu vou deixar ele? Não tem como.” (F2)

Vínculo entre o cuidador e seu familiar:

Diante do surgimento da doença, os cuidadores precisaram passar por um processo de adaptação para desempenharem o novo papel. Nas falas dos mesmos observa-se que as preocupações e as tarefas diárias aumentaram, porém, a relação entre o cuidador e seu familiar foi vista pelos mesmos como fortalecida.

“Antes eu não dava muita bola, eu não esquentava, eu não me preocupava (...) mas depois que aconteceu que ela veio a ter esse quadro eu mudei bastante (...) porque só é nós dois mesmo, então eu tenho que cuidar dela e ela tem que cuidar de mim.” (F6)

“Resumindo em poucas palavras, a rotina ficou bem mais apertada para mim, mas eu tenho muito que agradecer à Deus por essa oportunidade de estar ajudando, porque nós estamos criando um vínculo maior entre irmãos.” (F1)

Oportunidades de relações sociais:

Torna-se possível depreender das falas dos entrevistados que suas relações sociais e a frequência com que saem em busca de lazer ou até mesmo para cumprir compromissos de trabalho estavam relacionadas à presença de crises de seus familiares. Os cuidadores que estavam com seus familiares em crise relataram ter problemas com relações sociais.

“A gente já não consegue mais planejar nada porque não sabe como ela vai amanhecer, como ela vai se comportar e se vai estar bem para a gente estar saindo e fazendo alguma coisa (...) a nossa liberdade tá um pouco limitada hoje em função dela.” (F8)

Porém, os cuidadores que estavam vivendo um momento de estabilidade dos transtornos de seus familiares não relataram haver problemas referentes a capacidade de relacionarem-se.

“Só de ver ele bem, principalmente, isso para mim substitui tudo (...) Eu não sinto que ele me atrapalha, sinto que ele faz parte da minha vida e quando eu quero fazer alguma coisa eu levo ele junto.” (F5)

## **DISCUSSÃO**

Em razão das diversas mudanças ocasionadas pela necessidade de prestar o cuidado, torna-se necessário que estratégias sejam formuladas pela família do paciente para que haja adaptação de todos à condição atual da doença. Dessa forma, a família, em especial o cuidador principal, toma para si papéis de natureza econômica, social e emocional que surgem em decorrência da incapacidade do paciente de prover sobre tais meios. Em face disso, surge a sobrecarga familiar que vem acompanhada do despreparo e da falta de conhecimento do cuidador para lidar com o portador de transtorno mental, assim como a ausência de um suporte que lhe ajude a adaptar-se às novas condições (13).

As sobrecargas, tanto de natureza objetiva como subjetiva, permitem que haja desestabilização na saúde física e psicológica daquele que ocupa a função de cuidador. Dessa forma, independentemente de sexo, idade, grau de instrução ou classe social este sofrerá com a sobrecarga do cuidado. Diante disso, há consequências frequentemente observadas, como as doenças endócrinas, cardiovasculares e osteomusculares que foram relatadas pelos participantes desta pesquisa. Ressalta-se que estas são responsáveis por menor qualidade de vida dos mesmos, quando comparados aos que negaram possuir alguma patologia (3).

Considera-se que a sobrecarga objetiva diz respeito aos resultados concretos e observáveis de cunho negativo provocados pela presença do paciente com transtorno mental (10). Em virtude disso, a subescala de assistência ao paciente na vida cotidiana foi uma contribuinte importante para o aumento da aludida sobrecarga. Porém, diferente de outros estudos, seus valores não se elevaram, principalmente, por administração de medicamentos, auxílio em tarefas de higiene ou preparo de alimentação, mas sim por atividade e ocupação de tempo dos pacientes e pela demanda excessiva de atenção (14).

Algo que incomodou significativamente os cuidadores foi ter que insistir constantemente para que seus familiares portadores de TAB ocupassem seu tempo com alguma atividade. Frente a isso, tal tarefa colaborou para o aumento da sobrecarga objetiva. Portanto, permite-se depreender que a inércia dos portadores surge como um motivo significativo para o aumento da sobrecarga. O que auxilia para que esta sobrecarga não seja mais considerável é o fato de que os serviços de saúde mental oferecem atividades ocupacionais com fins terapêuticos aos portadores de transtornos mentais (6).

Os entrevistados não relataram incômodo significativo em relação aos itens da subescala de comportamentos problemáticos, isso decorre do baixo consumo, por parte dos portadores, de

cigarros, bebidas alcólicas e comida. Entretanto, a tentativa de impedir ou ter que lidar com a demanda excessiva de atenção acarretou a majoração da sobrecarga objetiva. Uma explicação para esse resultado trata-se da proximidade dos cuidadores familiares com os portadores de transtornos, além do desinteresse destes em ocuparem-se com alguma tarefa.

A sobrecarga subjetiva teve seus níveis mais elevados na subescala de preocupações com o familiar portador de transtorno mental e níveis mais baixos na subescala de assistência na vida cotidiana. O baixo escore desta pode ser explicado pela cultura brasileira que torna natural a realização de tarefas para familiares doentes (6). Mesmo determinada sobrecarga não apresentando grande elevação, seu surgimento relaciona-se, em diversas situações, à dificuldade do cuidador em compreender a atual condição de saúde do seu familiar. Muitas vezes se questionam sobre os motivos de cobrarem reiteradamente a mesma ação aos pacientes e mesmo assim não executarem a tarefa solicitada (10).

As preocupações com o portador foram definitivas para estabelecer a sobrecarga subjetiva. Perante isso, os itens de segurança física do paciente, de sobrevivência financeira do mesmo na ausência do cuidador e de preocupação com o futuro foram os de valores mais elevados da mencionada subescala. Explica-se essa elevação através do receio dos cuidadores em falecerem antes do familiar ou ficarem inabilitados para prestar o cuidado. Assim, costumam buscar alternativas que garantam a estabilidade financeira do paciente e apoio social (3).

As ideias pessimistas e relações sociais perturbadas são justificadas por transições entre períodos de crise e estabilidade, assim os familiares são sobrecarregados em decorrência da incerteza de quando surgirá uma nova crise. Os benefícios do papel do cuidador visto, normalmente, como enfadonho não são comumente citados, portanto, a função recompensadora e transformadora relatada pelos cuidadores não costuma ser abordada em

outros estudos. Diante disso, afirma-se que o cuidador enfrenta seu papel de forma mais natural e benéfica quando entende a importância de sua função, cria vínculos com o portador e transforma seu papel em oportunidade de aprendizado (15).

Quanto às condições financeiras, o instrumento permitiu alcançar a média mensal de gastos dos cuidadores para com os pacientes de 94,13% do salário mínimo. Ao avaliar que a renda mensal da maioria encontra-se entre 1 e 2 salários mínimos e que 50% dos pacientes contribui com as despesas mensais, chega-se à conclusão que mesmo o paciente oferecendo apoio financeiro aos cuidadores a sobrecarga financeira instaura-se. Isso pode ser afirmado quando se observa que nenhum auxílio dos pacientes foi superior a um salário mínimo e que os gastos tornam-se rotineiros devido ao consumo de medicamentos e terapias (14).

## **CONCLUSÕES**

O estudo apresentou limitações importantes quanto a sua amostra. Destaca-se que foram encontrados cuidadores que não poderiam participar do mesmo em razão de também serem portadores de transtorno mental. Por vezes não foi possível entrar em contato com o cuidador familiar devido a desatualização de seus contatos telefônicos e, algumas entrevistas, marcadas tanto nas dependências do CAPS como no domicílio do cuidador, não foram realizadas em virtude da ausência dos mesmos. Ademais, destaca-se a dificuldade em marcar as entrevistas dado a indisponibilidade de horários do cuidador e sua afirmação de não reconhecer benefícios imediatos para seu familiar e para a assistência que lhe é prestada.

Diante dos objetivos propostos, constatou-se que três cuidadores principais eram idosos, seis eram do sexo feminino, seis declararam ter ensino fundamental incompleto ou completo e oito disseram possuir residência própria. Quanto à renda familiar, cinco informaram receber de 1 a 2 salários mínimos. A média de idade da amostra foi de 57,4 anos. Todos os cuidadores

possuíam grau de parentesco de até segundo grau com o portador de transtorno bipolar ou transtornos relacionados, metade deles cuidavam de outros doentes concomitantemente, nove tinham contato diário com a pessoa cuidada e apenas um cuidador relatou não possuir alguma morbidade, sendo que os demais relataram possuir doenças endócrinas, cardiovasculares, osteomusculares ou a combinação das mesmas. A sobrecarga do cuidador familiar objetiva é superior à subjetiva, principalmente, pelo fato do paciente demandar muita atenção de seu cuidador e por este incentivar constantemente a ocupação daquele com alguma tarefa. As situações que fizeram com que a sobrecarga subjetiva elevasse nos participantes deste estudo foram as preocupações com a segurança física do paciente, com seu futuro e a sua capacidade em manter-se financeiramente. A sobrecarga financeira apresentou-se elevada, mesmo levando em consideração que cinco pacientes colaboram com gastos de interesse pessoal dos mesmos.

A inserção da família no tratamento do portador de transtorno mental já é assegurada oficialmente, porém, observa-se que ainda representa um processo em construção. É preciso, portanto, que o serviço de saúde envolva-se ativamente de forma a planejar e implementar ações que levem em consideração as dificuldades do cuidador. O CAPS traz a atenção aos familiares como uma de suas estratégias prioritárias a fim de desenvolver ações que promovam de fato a inclusão e participação dos mesmos no processo de tratamento do paciente. Dessa forma, os serviços de saúde mental devem manter a postura de não encarar o familiar somente como informante dos comportamentos do paciente, assim como não deve ser esquecido que mesmo o paciente apresentando respostas positivas ao tratamento, a condição de saúde do cuidador pode continuar a ser prejudicada pelo papel desempenhado pelo mesmo.



## REFERÊNCIAS

1. American Psychiatry Association. DSM – 5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Mussi SV. Transtorno bipolar: adesão ao tratamento e psicoeducação [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2012.
3. Cardoso L, Galera SAF, Vieira MV. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. Acta paul. enferm [internet]. 2012 [acesso em 2016 set 9]; 25(4): 517-523. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400006&lng=en&nrm=iso)
4. Schein S, Boeckel MG. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. Saúde & transformação social [internet]. 2012 [acesso em 2016 set 8]; 3(2): 32-42. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1474>
5. Braccialli LMP, Bagagi PS, Sankako AN, Araújo RCT. Qualidade de vida de cuidadores de pessoas com necessidades especiais. Rev. bras. educ. espec. [internet]. 2012 [acesso em 2016 set 9]; 18(1): 113-126. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382012000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382012000100008&lng=en&nrm=iso)
6. Nolasco M, Bandeira M, Oliveira MS, Vidal CEL. Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. J. bras. psiquiatr. [internet]. 2014 [acesso em 2015 mar 30]; 63(2): 89-97. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852014000200089&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000200089&lng=en&nrm=iso)
7. Lago DMSK. Qualidade de vida de cuidadores domiciliares: relação entre cuidados paliativos, sobrecarga e finitude humana [tese] [internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015. [acesso em 2016 ago 17]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18654>
8. Whoqol group. Division of mental health and prevention of substance abuse of the world health organization. Measuring quality of life. Geneva: Who; 1997. 13 p.
9. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública [internet]. 2011 [acesso em 2016 nov 28]; 27(2): 389-394. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
10. Batista CF, Bandeira M, Oliveira DR. Fatores associados à sobrecarga subjetiva de homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos. Ciênc. Saúde coletiva [internet]. 2015 [acesso em 2016 set 9]; 20(9): 2857-2866. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000902857&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902857&lng=en&nrm=iso)

11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
12. Bandeira M, Calzavara MGP, Castro I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *J. bras. psiquiatr.* [internet]. 2008 [acesso em 2016 jul 28]; 57(2): 98-104. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852008000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000200003&lng=en&nrm=iso)
13. Demarco DA, Nunes CK, Jardim VMR, Coimbra VCC, Kantorski LP. Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: uma revisão integrativa. *R. Pesq. Cuid. Fundam. Online* [internet]. 2014 [acesso em 2016 set 7]; 6(4): 1677-1686. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-25843>
14. Gomes MS, Mello R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: enfermagem construindo o cuidado à família. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog.* [internet]. 2012 [acesso em 2016 set 9]; 8(1): 2-8. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762012000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100002&lng=pt&nrm=iso)
15. Souza AS. *O impacto do transtorno afetivo bipolar na família [dissertação]* [internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2009 [acesso em 2016 nov 20]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-12012009-155507/pt-br.php>

## APÊNDICES E ANEXOS

### Apêndice 1

#### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo: **Análise da sobrecarga do cuidador familiar de pacientes com transtorno afetivo bipolar**, que tem como objetivo identificar e avaliar a sobrecarga e qualidade de vida de familiares cuidadores de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar que recebem atendimento no CAPS II de Taguatinga-DF.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. Asseguramos-lhe, também, que os dados coletados e gravados mediante áudio serão confidenciais e a forma de divulgação dos resultados garante o sigilo e o anonimato das respostas.

A sua participação dar-se-á por meio da resposta a cinco questionários, sendo que, destes, quatro serão preenchidos por respostas objetivas e um por respostas subjetivas. O(a) senhor(a) tem o tempo que necessitar para responder os questionários.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: verbalizar e refletir sobre assuntos que possam desestabilizá-lo(a) emocionalmente. O(a) senhor(a) terá atendimento específico no CAPS II, caso perceba-se abalado após a participação. Ao concordar em participar da pesquisa, o(a) senhor(a) estará contribuindo para o desenvolvimento da qualidade da assistência prestada pelos profissionais da saúde aos portadores de transtornos mentais e seus cuidadores. Portanto, o surgimento de novas informações importantes sobre o cuidador de paciente com Transtorno Afetivo Bipolar, através desta pesquisa, poderá permitir a criação de estratégias inovadoras na assistência à saúde e a reflexão dos profissionais de saúde.

Informamos que o(a) Senhor(a) poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a sua pessoa.

Os resultados da pesquisa serão utilizados pelo Programa de Iniciação Científica da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente por meio de artigos e participações em eventos de pesquisa. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador principal.

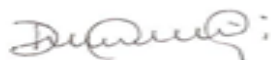
Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF pelo Parecer de n. 321.204/2013. Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora responsável, Prof<sup>a</sup> Diane Maria Scherer Kuhn Lago por meio dos telefones: 61-8138 0348 ou 61- 3107 8419 e e-mail: diane@unb.br ou ainda, com o comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito

Federal – SES-DF no endereço SMHN – Q.03 – Conjunto A Bloco 1 – Edifício FEPECS – Brasília-DF Telefone: (061) 3325-4955 e email: cepesdf@saude.df.gov.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) senhor(a), participante desta pesquisa.

---

Nome / assinatura:



Diane Maria Scherer Kuhn Lago

Pesquisador Responsável

CPF: 575.859.200-59

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Apêndice 2

### Questionário sociodemográfico e clínico

Variáveis		
Sexo	Feminino	
	Masculino	
Idade		
Estado civil	Casado/Amasiado	
	Solteiro	
	Viúvo	
	Solteiro	
	Separado ou Divorciado	
Escolaridade	Analfabeto	
	Ensino Fundamental Incompleto	
	Ensino Fundamental Completo	
	Ensino Médio Incompleto	
	Ensino Médio Completo	
	Ensino Superior Incompleto	
	Ensino Superior Completo	
Pós-graduação		
Grau de parentesco com o paciente	Mãe ou pai	
	Irmão ou irmã	
	Cônjuge	
	Filho ou filha	
	Outro	
Contato com o Paciente	Diário	
	Semanal	
	Mensal	
	Menos de 1 vez por mês	
Residência	Própria	
	Outro tipo	
Renda do cuidador	Não possui renda própria	
	Menos de 1 salário mínimo	
	1 a 2 salários mínimos	
	2,1 a 4 salários mínimos	
	Mais de 4 salários mínimos	
Cuida de outro doente	Cuida de outro doente	
	Não cuida de outro doente	

Participa de algum grupo de suporte social	Sim	
	Não	
Possui alguma doença	Cardiovascular	
	Psiquiátrica	
	Endócrina	
	Imunológica	
	Outras	
Faz uso de alguma medicação	Sim	
	Não	
Faz acompanhamento médico	Sim	
	Não	
É tabagista	Sim	
	Não	
Ingere bebida alcoólica	Sim	
	Não	
Faz uso de droga ilícita	Sim	
	Não	

## **Apêndice 3**

### **Entrevista semiestruturada**

- 1- Cite as diferenças entre o período anterior e posterior ao se tornar cuidador de (nome).
- 2- Existe outra pessoa que se responsabilize por auxiliá-lo no cuidado com o (nome)?
- 3- Quais atividades de lazer você costuma realizar? Com que frequência?

## Anexo 1

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DA FAMÍLIA

#### PARTE A: ASSISTÊNCIA NA VIDA COTIDIANA

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

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/A2a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/A3a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?



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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/A4a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/A5a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/A6a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/A7a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/A8a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/A9a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/B1a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

## **PARTE B: SUPERVISÃO AOS COMPORTAMENTOS PROBLEMÁTICOS**

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

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/B2a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/B3a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/B4a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/B5a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

B4b. Quanto lhe incomodou ter que fazer isso?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/B6a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/A2a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (Passe p/B8a)	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

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

1 2 3 4 5  
 Nenhuma vez Menos que uma 1 ou 2 vezes 3 a 6 vezes Todos os dias?  
 (Passe p/C1a) vez p/ semana p/ semana p/ semana

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

1 2 3 4  
 Nem um pouco Muito pouco Um pouco Muito?

### PARTE C: GASTOS FINANCEIROS

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

C2. Nos últimos 30 dias, o paciente teve gastos com os itens abaixo?	Sim	Não	Gastos nos últimos 30 dias
a- Transporte (carro, combustível, ônibus, táxi, etc?) .....	1	2	\$-----
b- Roupas e calçados? .....	1	2	\$-----
c- Trocados para pequenos gastos?.....	1	2	\$-----
d- Alimentação ?.....	1	2	\$-----
(se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a parcela destas despesas correspondente ao paciente).			
e- Moradia (aluguel , prestação da casa)? .....	1	2	\$-----
(se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a parcela destas despesas correspondente ao paciente).			
f- Medicamentos? .....	1	2	\$-----
g- Tratamento de saúde mental ? .....	1	2	\$-----
h- Outros gastos médicos (dentista, fisioterapeuta, etc.)?....	1	2	\$-----
i- Cigarros? .....	1	2	\$-----
j- Objetos pessoais? _____ .....	1	2	\$-----
k- Telefone?.....	1	2	\$-----
l- Pagamento de profissionais p/cuidar do paciente.....	1	2	\$-----
m- Plano de saúde _____	1	2	\$-----
n- Outras despesas ? (Especifique):-.....	1	2	\$-----

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

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

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

Sempre ou quase sempre	5
Frequentemente	4
Às vezes	3
Raramente	2
Nunca	1

#### PARTE D. IMPACTO NAS ROTINAS DIÁRIAS

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

<u>      1      </u>	<u>      2      </u>	<u>      3      </u>	<u>      4      </u>	<u>      5      </u>
Nenhuma vez	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>      1      </u>	<u>      2      </u>	<u>      3      </u>	<u>      4      </u>	<u>      5      </u>
Nenhuma vez	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

<u>      1      </u>	<u>      2      </u>	<u>      3      </u>	<u>      4      </u>	<u>      5      </u>
Nenhuma vez	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____	_____5_____
Nenhuma vez	Menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

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

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

D3. Por causa da doença de (Nome):

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

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

## **PARTE E: PREOCUPAÇÃO COM O PACIENTE**

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



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

1                      2                      3                      4                      5  
Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Frequentemente                      Sempre ou quase sempre?

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

1                      2                      3                      4                      5  
Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Frequentemente                      Sempre ou quase sempre?

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

1                      2                      3                      4                      5  
Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Frequentemente                      Sempre ou quase sempre?

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

1                      2                      3                      4                      5  
Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Frequentemente                      Sempre ou quase sempre?

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

1                      2                      3                      4                      5  
Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Frequentemente                      Sempre ou quase sempre?

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

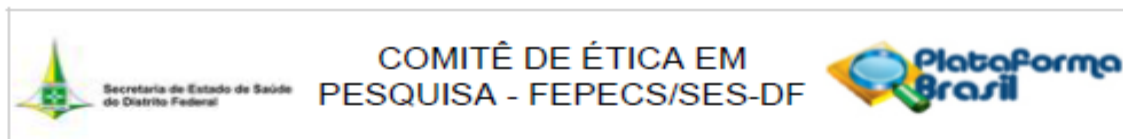
1                      2                      3                      4                      5  
Nunca                  Raramente              Às vezes              Frequentemente              Sempre ou quase sempre?

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

1                      2                      3                      4                      5  
Nunca                  Raramente              Às vezes              Frequentemente              Sempre ou quase sempre?

## Anexo 2

### Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da sobrecarga do cuidador familiar de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar

**Pesquisador:** DIANE MARIA SCHERER KUHN LAGO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 09738513.8.0000.5553

**Instituição Proponente:** Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde da Taguatinga

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 321.204

**Data da Relatoria:** 01/07/2013

##### Apresentação do Projeto:

Sem alterações em relação ao relatório nº 298.414, de 27/05/13.

##### Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações em relação ao relatório nº 298.414, de 27/05/13.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações em relação ao relatório nº 298.414, de 27/05/13.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações em relação ao relatório nº 298.414, de 27/05/13.

##### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória apresentados.

##### Recomendações:

##### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

##### Situação do Parecer:

Aprovado

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** cepesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 321.204

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 01 de Julho de 2013

---

**Assinador por:**  
**luiz fernando galvão salinas**  
**(Coordenador)**

## Anexo 3

### AQUICHAN

**Disponível em:** <http://aquichan.unisabana.edu.co>

**Diretrizes aos Autores**

#### **Classes de artigos segundo Publindex**

**Artigo de pesquisa:** Apresenta resultados originais de pesquisa científica ou desenvolvimento tecnológico. Deve ter as seguintes partes: introdução, metodologia, resultados, conclusões e referências.

**Artigo de revisão:** Revisa e examina a bibliografia pertinente, a põe em perspectiva e apresenta tendências e avanços. Implica revisão bibliográfica ampla e rigorosa (mínimo 50 referencias).

**Artigo curto:** Revela resultados parciais de uma pesquisa científica ou tecnológica que, pelas suas características e importância, deve ser difundida de imediato.

**Reporte de caso:** Apresenta as experiências técnicas e metodológicas recolhidas em um caso específico, assim como os seus resultados.

**Revisão de tema:** Documento resultante de uma revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

#### **Organização dos artigos**

**Título:** é breve e indica o tema central do artigo, não inclui abreviaturas nem fórmulas.

Contém no máximo 15 palavras, escrito em espanhol, inglês e português. Deve incluir no mínimo uma palavra-chave.

**Informação dos autores:** cada autor deve relacionar a seguinte informação:

- Nomes e sobrenomes: deve ir em seguida do título. Se são vários autores, é necessário indicar com um asterisco o nome da pessoa que recebe a correspondência
- ID de pesquisador. É obtido através do seguinte link: <https://orcid.org/register>. Exemplo: [orcid.org/0000-0003-4037-6235](https://orcid.org/0000-0003-4037-6235)

- Filiação institucional: em notas de rodapé se deve informar o título acadêmico mais recente, a instituição a que está vinculado o autor (ou autores), o endereço da instituição e o correio eletrônico do autor (autores).
- Cidade
- País
- Correio eletrônico institucional

**Informação adicional:**

- Nome do autor de correspondência
- Agradecimentos, se for o caso, e se situam depois das conclusões
- Financiamento: quando o artigo se deriva de um projeto financiado, deve-se divulgar isso. Neste caso, mediante asterisco no título, em nota de rodapé de página, se escreve o nome do projeto e das entidades financiadoras.

**Resumo:** deve conter no máximo 200 palavras, e deve seguir a estrutura: objetivos, materiais e método, resultados e conclusões. Não deve incluir referências bibliográficas.

**Palavras-chave:** cinco termos normalizados no Thesouro MeSH - Medical Subject Headings. (Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). Não se aceitam frases nem descritores que não se encontrem nesse Thesouro.

**Corpo do trabalho:** a extensão dos manuscritos deve estar entre 3000 e 4000 palavras e não deve ultrapassar 25 páginas. Fonte Times New Roman, 12 pontos, espaçamento duplo, sem espaços adicionais entre parágrafos e títulos; margens superior e inferior: 3cm; margens esquerdo e direito: 2,5cm; os artigos de pesquisa se organizam disponível em: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html#three>

**Notas no rodapé de página:** são notas esclarecedoras. Aparecem enumeradas em forma consecutiva na parte inferior das páginas. Se utilizam para identificar a afiliação institucional, para ampliar informação inédita, ou para dar explicações que interrompem o desenvolvimento natural do texto.

**Referência bibliográficas:** indicam as fontes primárias consultadas para o desenvolvimento do artigo, se mencionam seguindo as normas Vancouver.

Para mais informações, consulte as normas Vancouver no seguinte link:  
[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

A seguir, alguns exemplos:

### **Artigos em revistas**

#### **A. Artigo padrão**

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996;124(11):980-3.

Parkin DM, Clayton D, Black JR, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year followup. *Br J Cancer.* 1996;73:1006-12.

#### **B. Mais de seis autores**

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002;935(1-2):40-6.

#### **C. Autor coletivo (o autor é uma equipe)**

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002;40(5):679-86.

#### **D. Não se menciona o autor**

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ.* 2002;325(7357):184.

#### **E. Suplemento de um volume**

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache.* 2002;42(Suppl 2: S93-9).

#### **F. Parte de um volume**

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal.* 2002;83(Pt 2):491-5.

### **G. Parte de um número**

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 1):923-8.

### **H. Número sem volume**

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

### **I. Sem volume nem número**

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun: 1-6.

### **J. Páginas em números romanos**

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics*. 2002;16(2):iii-v.

### **K. Indicação do tipo de artigo quando for necessário**

Tor M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [letter]. *Eur Respir J*. 2002;20(1):242.

Lofwall MR, Strain EC, Brooner RK, Kindbom KA, Bigelow GE. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients [abstract]. *Drug Alcohol Depend*. 2002;66(Suppl 1):S105.

### **Livros e outras monografias**

#### **A. Autores individuais**

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

#### **B. Editor(es). Compilador(es)**

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### **C. Capítulo de livro**

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW. editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.



#### **D. Organização (es) como autor**

Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.

#### **E. Memórias de conferências**

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### **F. Material eletrônico**

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on line] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.html>

**Ilustrações:** É possível incluir quadros, tabelas, gráficos, diagramas, desenhos, fotografias ou mapas, que complementem a informação do manuscrito. O título deve ser curto, preciso e citar a fonte e autorização de onde foram tomados, ou esclarecer se é uma elaboração própria. As fotografias devem incluir a fonte e a data. Os quadros, as tabelas, os gráficos e os diagramas se devem enviar em arquivo Word. As fotografias e imagens se devem enviar em formato JPG de 300-400 dpi.

**Quadros:** Devem ser apresentados em forma clara. As ilustrações (gráficas, diagramas, desenhos, fotografias e mapas) servirão para agregar informação. Os seus títulos devem ser breves, precisos e concisos. Se é necessário, deve ser citada a fonte de donde foram tomados. As fotografias devem ser de qualidade excelente; devem incluir a fonte de origem e a data.