



**ROSELANE
DA CONCEIÇÃO
LOMEO**

**A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: O FAMILIAR
CUIDADOR DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA E A
IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA**



**ROSELANE
DA CONCEIÇÃO
LOMEO**

**A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: O FAMILIAR
CUIDADOR DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA E A
IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Educação/Diversidade e Educação Especial, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa, Professora Catedrática aposentada do Departamento de Educação, Universidade de Aveiro e Coorientação do Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu, Professor Coordenador Principal na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Apoio financeiro através da Bolsa de
Investigação do Conselho Nacional de
Desenvolvimento Científico e
Tecnológico – CNPq

A Deus, que é a luz que ilumina os meus passos.^[1]

A minha família, pelo amor, carinho e pela união que nos fortalece.

A minha mãe que sempre esteve a me cuidar e fortalecer, e hoje percebo os papéis invertidos. A vida me ensinando a ser uma Caregiver.

A memória do meu pai que junto de Deus sei que está a me guiar.

o júri

Presidente

Doutor Rui Luís Andrade Aguiar
professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Doutor Antonio Luís Rodrigues Faria de Carvalho
professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto

Doutora Paula Ângela Coelho Henrique dos Santos
Professora Auxiliar, Universidade de Aveiro

Doutor Aníbal Rui de Carvalho Antunes das Neves
Professor Auxiliar, Universidade de Aveiro

Doutora Kátia Euclides de Lima e Borges
Professora Adjunta Aposentada, Universidade Federal de Minas Gerais

Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu
professor Coordenador Principal, Escola Superior de Enfermagem do Porto

agradecimentos

A minha trajetória profissional tem sido acrescida de dedicação, cuidados e paciência. Esta é uma frase que sempre digo, e para ser mais completa, digo a minha trajetória de vida. Perceber que o percurso não é solitário, alegra-me muito, pois Deus tem acrescido no meu caminho, pessoas maravilhosas que me têm mostrado que tudo podemos quando temos o apoio, o carinho e o amor do próximo. Eu acredito na energia, no amor que muitos transmitem e faz fortalecer os vínculos, as amizades, que permanecem mesmo quando distantes.

A decisão pela busca de conhecimentos que possam engrandecer os meus horizontes, pessoal e profissional, fez com que eu chegasse até este momento... a conclusão desta tese.

A muitos tenho imensamente a agradecer por terem contribuído e participado desta caminhada:

Ao Professor Doutor Wilson Abreu, pela dedicação e disponibilidade para a orientação deste trabalho. Muito Obrigado.

À Professora Doutora Nilza Costa, que contribuiu com a orientação desta tese. Muito obrigada.

À Professora Doutora Paula Santos, que com muito carinho me acolheu em seu gabinete quando cheguei a Aveiro.

À Professora Doutora Dayse Neri, que foi uma excelente professora, e que dedicou o seu tempo para ajudar no desenvolvimento estatístico e análise do WebQda, e pela grande amizade.

Às bibliotecárias da UA, que muitas vezes dedicaram tempo para esclarecimentos de dúvidas e ensinamentos.

Aos funcionários da Secção Académica que sempre me atenderam com muita presteza.

Aos funcionários da Secretaria do Departamento de Educação, que sempre foram solícitos quando precisei de ajuda.

À amiga Doutora Lisneti Castro pela grande amizade, companheirismo, contribuições importantes, e ainda, pelos passeios, risadas e palavras sábias.

À amiga Diana, que sempre esteve prestativa, atenciosa e carinhosa. obrigada pela amizade.

À amiga Evelyn Santos, que desde a minha chegada a Aveiro, pude partilhar muitos momentos de alegria, tristezas superadas, viagens e muitos risos, e dividir o mesmo teto.

À amiga Juliane Viegas, que também fez presente nesta longa jornada, sempre amiga, carinhosa e incentivadora.

À amiga Adriana Francisco, sempre disposta e atenciosa, que me acolheu junto de seus familiares (D. Prazeres, Sr. Amílcar, sobrinhos, irmã e cunhado), que me proporcionaram momentos muitos felizes.

À minha querida mãe, Naná, meus irmãos, Rosane, Roney, Rosângela, Ronaldo pelo apoio, carinho, dedicação, suporte, amor e cumplicidade.

Aos meus queridos sobrinhos Jade, Arnaldinho, Bernardo, Davi, Samuel, Miguel, Camila e o pequenino Icaro, pelo carinho, aconchego e amor.

À Adriana Lomeo, Ana Paula Lomeo, Paulo Rubens e Arnaldo pelo apoio e carinho.

Ao Sandro, que sempre apoiou-me, sempre dedicado, prestativo, atencioso, amoroso e super parceiro.

Obrigada a todos que mesmo não citados aqui, também tiveram uma parcela de contribuição.

A participação de todos vocês, foi de extrema importância, pois fizeram parte da trajetória, deram suas contribuições e, eu peço a Deus que abençoe a todos e nos dê muita saúde e proteção para prosseguirmos nossos caminhos e nunca esquecermos da importância que todos temos um para o outro.

Ao Cnpq pela concessão da bolsa de doutoramento no exterior.

Obrigada!

palavras-chave

familiar cuidador; stress percebido; autocuidado; sobrecarga familiar; esquizofrenia.

resumo

O papel da família no que respeita aos cuidados continuados das pessoas com esquizofrenia, a partir dos anos 70 do século XX, no contexto brasileiro, passou a ter um novo enfoque devido à desinstitucionalização dos doentes mentais. O familiar, que passou a exercer a função de cuidador informal, assumiu uma responsabilidade de acompanhamento, que pode ser exercida com mais ou menos esforços, consoante a sua rede de apoio social e de saúde. Uma das questões a considerar é que o cuidador informal, em parte, não detém informação necessária para assumir a tarefa de cuidar, por falta de conhecimentos técnicos, e alterações na sua vida profissional, pessoal e social, quando assume a tarefa dos cuidados da pessoa com doença mental.

Tendo em conta esta problemática, procedeu-se a uma investigação no Brasil, que abrangeu de julho a dezembro de 2015, e em que foram abordados 31 familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, atendidos em Centros de Convivência e Cultura, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Elaborou-se um programa de intervenção psicoeducativa orientado por exercícios de alongamento e relaxamento, o qual foi aplicado aos familiares cuidadores, em 24 sessões de 60 minutos cada, durante o período de seis meses. A intervenção pretendeu promover o autocuidado com vistas a diminuir a sobrecarga e stress nos familiares cuidadores.

A metodologia da investigação incluiu o método misto. Recorreu a um questionário sociodemográfico, à Escala de Sobrecarga Familiar (FBIS-BR) validada transculturalmente para o Brasil por Bandeira, Calzavara, & Castro (2008), para verificar o nível de sobrecarga dos familiares cuidadores, e à Escala de percepção de Stress (EPS-10), validada para o Brasil por Reis, Hino, & Rodrigues-Añez (2010).

Verificou-se a presença de stress e sobrecarga nos familiares cuidadores, embora em nível não elevado. A intervenção psicoeducativa proporcionou aos familiares contributos relacionados com o seu bem-estar físico e mental, além da autovalorização, autocontrolo do impulso, e percepção da importância do autocuidado. Conclui-se que intervenções de carácter psicoeducativo, apoiadas em atividade física sustentada em exercícios de alongamento e relaxamento aplicados em familiares cuidadores, podem contribuir para uma melhor condição de saúde destes.

keywords

family caregiver; perceived stress; self-care; family burden; schizophrenia.

abstract

The role of the family in regard to continued care of people with schizophrenia, starting in the 1970s in the Brazilian context, began to take a new approach due to the deinstitutionalization of the mentally ill. The family member, who started to work as an informal caregiver, assumed a responsibility of following-up, which can be exercised with more or less effort, according to their network of social and health support. One of the issues to be considered is that the informal caregiver, in part, does not hold information necessary to take on the task of caring, due to lack of technical knowledge and to changes in their professional, personal and social life when they assume the task of caring for the person with mental illness.

Taking into account this problem, an investigation was carried out in Brazil, which covered from July to December 2015, in which 31 family caregivers of people with schizophrenia, attended at the Coexistence and Culture Centers of the city of Belo Horizonte, state of Minas Gerais. A program of psychoeducational intervention, guided by stretching and relaxation exercises, was developed and applied to the family caregivers in 24 sessions of 60 minutes each, during a six-month period. The intervention aimed to promote self-care and relief of stress and burden on family caregivers.

The methodology adopted for the research was a mixed method. To collect data we used a sociodemographic questionnaire, the Family Overload Scale (FBIS-BR), transculturally validated for Brazil by Bandeira, Calzavara, & Castro (2008), to verify the level of burden of family caregivers, and also used the Stress Perception Scale (EPS-10), validated for Brazil by Reis, Hino, & Rodrigues-Añez (2010).

The presence of stress and burden on family caregivers was verified, although at a not high level. Psychoeducational intervention provided family members with contributions related to their physical and mental well-being, as well as provided them with self-evaluation, self-control of the impulse, and perception of self-care importance. It is concluded that educational interventions, supported by physical activity, and the combination of stretching and relaxation exercises applied to family caregivers, can contribute to their better health condition.

Índice

Índice de Quadros	xii
Índice de Figuras	xiv
Índice de Tabelas	xvi
Lista de abreviaturas e acrónimos.....	xviii
Introdução.....	1
Parte I - A Pessoa com Esquizofrenia, o Cuidador Familiar e a Importância da Atividade Física	7
CAPÍTULO 1 - Revisão da Literatura	7
1.1. A saúde mental na América Latina	7
1.2. A saúde mental no contexto brasileiro.....	7
1.3. A desinstitucionalização dos cuidados em saúde mental no Brasil.....	10
1.3.1. Centro de Convivência e Cultura	14
1.4. Transtorno Esquizofrénico: da patologia à necessidade de cuidados.....	18
1.4.1. Conceito e tipos de esquizofrenia	18
1.4.2. Tratamento Clássico Medicamentoso	25
1.4.3. Outros tipos de terapias	26
1.5. O Familiar Cuidador da Pessoa com Esquizofrenia	28
1.6. A Educação para a Saúde no apoio ao cuidador informal.....	37
1.6.1. Educação para a Saúde e Intervenção Didática	41
1.6.2. Intervenção psicoeducativa para o familiar cuidador da pessoa com esquizofrenia	44
1.6.3. Práticas Integrativas Corporais	48
1.6.4. Saúde Mental e Atividade Física.....	51
1.6.4.1. Benefícios da atividade física no bem-estar físico e mental.....	53

1.6.4.2. Atividade Física como intervenção psicoeducativa para auxiliar os familiares na tarefa do cuidar	56
1.6.4.3. O uso de Técnicas de Relaxamento para o bem-estar físico e mental do familiar cuidador	65
1.6.5. A importância do acompanhamento do cuidador informal	69
1.6.5.1. A Sobrecarga objetiva e subjetiva em familiares cuidadores	70
Parte II - ESTUDO EMPÍRICO	77
CAPÍTULO 2 - Opções Metodológicas.....	77
2.1. Método Quantitativo.....	78
2.2. Método Qualitativo	79
2.2.1. Método misto.....	82
2.3. Pergunta de Investigação	83
2.4. Objetivos do estudo	84
2.5. Hipótese da investigação.....	84
2.6. Participantes e local do estudo.....	85
2.6.1. Seleção dos participantes	85
2.6.2. Local do estudo	86
2.7. Instrumentos de recolha de dados.....	86
2.7.1. Questionário Sociodemográfico	87
2.7.2. Escala de Avaliação da Sobrecarga da Família – FBIS-BR	87
2.7.3. Escala de Perceção de Stress (EPS-10)	90
2.7.4. Registo dos relatos dos familiares sobre o programa de intervenção Psicoeducativa	91
2.8. Considerações Éticas	91
2.9. Desenho do Estudo	93
2.9.1. Fase I do estudo - Caracterização	95

2.9.2. Fase II do Estudo – Intervenção Psicoeducação	97
2.9.3. Fase III do Estudo - Avaliação	97
PARTE III – Atividade Física e Saúde do Cuidador	99
CAPÍTULO 3 - A saúde do cuidador	99
3.1. Dados Sociodemográficos - Dados pessoais	99
3.2. Dados Sociodemográficos - Atividades de cuidados	102
3.3. Dados Sociodemográficos - Suporte Percebido	104
3.4. Respostas do programa de intervenção psicoeducativa perante a sobrecarga familiar	106
3.4.1. Assistência na vida quotidiana	106
3.4.2. Supervisão dos comportamentos problemáticos	108
3.4.3. Impacto nas rotinas diárias	110
3.4.4. Preocupação com o paciente	111
3.5. Perceção do stress pelos familiares cuidadores.....	116
3.6. A sobrecarga familiar e dados sociodemográficos	117
3.7. O stress percebido e a sobrecarga familiar	119
3.8. Estudo qualitativo.....	121
3.8.1 Categoria Atividade de Relaxamento e subcategorias	124
3.8.2. Categoria Atividade de Alongamento e subcategorias	126
3.8.3. Categoria Significado do Programa de Intervenção Psicoeducação e subcategorias	128
Parte IV – Atividade Física no Contexto da Educação para a Saúde: Promoção da Saúde do Cuidador da Pessoa com Esquizofrenia	130
4.1. A realidade dos familiares cuidadores	131
4.2. Perspetiva sobre a sobrecarga do familiar cuidador.....	135
4.2.1. Assistência na vida quotidiana	136

4.2.2. Supervisão dos comportamentos problemáticos	137
4.2.3. Impacto nas rotinas diárias	138
4.2.4. Preocupação com o paciente	138
4.3. Percepção do stress vivenciado	143
4.4. Discussão dos familiares cuidadores	144
4.5. Avaliação integrada da intervenção psicoeducativa	148
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES	154
5.1. Intervenção educativa e gestão da sobrecarga no cuidar	154
5.2. Limitações do estudo	157
5.3. Sugestões para futuras investigações	157
Referências Bibliográficas	158
ANEXOS.....	174
Anexo I - Carta de anuência.....	175
Anexo II - Folha de Rosto.....	176
Anexo III - Parecer do comité de Ética	184
Anexo IV - Escala de Stress Percebido.....	190
Anexo V- Escala de Sobrecarga Familiar.....	192
APÊNDICES.....	198
Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	199
Apêndice II – Questionário sociodemográfico	202
Apêndice III - Programa de Intervenção.....	204
1- Enquadramento Teórico.....	205
2- Atividade Física Alongamento.....	205
3- Atividade Física Relaxamento.....	208
4 - Objetivos da Intervenção.....	211

5 - O Contexto Local e Aplicação do Programa	212
6 - Coordenação da Intervenção	212
7- Características do Grupo Envolvido na Intervenção	212
8 - Dimensão do Grupo	213
9 - Processo	213
10 - Etapas do processo de intervenção	213
10.1- Materiais utilizados nas sessões	215
10.2 - Desenvolvimento das sessões do programa de intervenção psicoeducativa. ..	215

Índice de Quadros

Quadro 1 - Vantagens e desvantagens do método quantitativo.	79
Quadro 2 - Vantagens e desvantagens do método qualitativo.....	81
Quadro 3 - Cronograma semanal da intervenção psicoeducativa nos CCC.....	96

Índice de Figuras

Figura 1 - Exposição de pinturas de pacientes dos CCC.....	15
Figura 2 - Distribuição dos distritos sanitários do município de Belo Horizonte.....	16
Figura 3 - Desfile do ano de 2016 em Belo Horizonte.....	17
Figura 4 - Mostra de pinturas de pacientes de Serviço da Saúde Mental.....	23
Figura 5 - Modelo Conceptual de uma pedagogia crítica e transformadora.	43
Figura 6 - Praticantes de desporto ou atividades físicas, por faixa etária (Brasil – ano 2015).	50
Figura 7 - Praticantes de atividade física ou desporto por nível escolar.	57
Figura 8 - Exercícios de Alongamento (1) na intervenção psicoeducativa.....	63
Figura 9 - Exercícios de Alongamento (2) na intervenção psicoeducativa.....	65
Figura 10 - Exercícios de Relaxamento na intervenção psicoeducativa.....	67
Figura 11 - Modelo explicativo da sobrecarga subjetiva.	74
Figura 12 - Complementaridade das abordagens metodológicas.....	82
Figura 13 – Fluxograma do estudo.....	93
Figura 14 - Árvore de categorias do webQDA.....	124
Figura 15 - Ilustração das cadeias musculares.	207
Figura 16 - Ilustração de materiais.	215

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos familiares cuidadores.....	99
Tabela 2 - Características sociodemográficas das pessoas com esquizofrenia.	102
Tabela 3 - Caracterização dos cuidados.....	103
Tabela 4 - Suporte recebido pelos familiares cuidadores.	105
Tabela 5 - Média e Desvio Padrão da subescala “Assistência na vida cotidiana na dimensão objetiva na pré e pós intervenção.....	107
Tabela 6 - Média e Desvio Padrão da subescala “Assistência na vida cotidiana, na dimensão subjetiva, na pré e pós intervenção.	108
Tabela 7 - Média e Desvio padrão da subescala “Supervisão dos comportamentos problemáticos”, dimensão objetiva, na pré e pós intervenção.	109
Tabela 8 - Média e Desvio padrão da subescala “Supervisão dos comportamentos problemáticos”, dimensão subjetiva, na pré e pós intervenção psicoeducativa.....	110
Tabela 9 - Média e Desvio padrão das questões da subescala “Impacto nas rotinas diárias” na pré e pós-intervenção psicoeducativa.	111
Tabela 10 - Médias e Desvio padrão das questões da subescala “Preocupação com o paciente”, dimensão subjetiva, na pré e pós intervenção psicoeducativa.....	112
Tabela 11 - Estatística descritiva e comparativa dos valores de sobrecarga Objetiva referentes à FBIS-BR, na Pré e Pós-intervenção.....	113
Tabela 12 - Estatística descritiva e comparativa dos valores de sobrecarga subjetiva referentes à “Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares – FBIS-BR” antes e após a intervenção.	115
Tabela 13 - Análise descritiva e comparativa das Médias do stress (Escala de Percepção de stress - EPS-10) antes e após a intervenção educativa.....	117
Tabela 14 - Correlação de <i>Spearman</i> entre caraterísticas cuidador e sobrecarga familiar, na Pré e Pós intervenção educacional.	118
Tabela 15 - Correlação de <i>Spearman</i> entre os valores de sobrecarga objetiva, subjetiva, e stress percebido, na Pré intervenção.	120

Tabela 16 - Correlação de Spearman entre valores de sobrecarga objetiva, subjetiva e stress percebido, na Pós intervenção.	121
Tabela 17 - Construção das categorias.....	123
Tabela 18 - Categoria Atividade de Relaxamento e subcategorias.	125
Tabela 19 - Atividades de Alongamento e subcategorias	127
Tabela 20 - Significado do Programa Educação para a Saúde e suas subcategorias. ..	128

Lista de abreviaturas e acrônimos

APA	American Psychiatric Association
ASUSSAM	Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CCC	Centro de Convivência e Cultura
DSM III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESF	Estratégia saúde da Família
FBIS	Family Burden Interview Scale
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde mental
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PC/AF	Práticas corporais/atividade física
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Introdução

O percurso histórico do tratamento de pessoas com esquizofrenia desenvolveu-se ao longo da história da humanidade. No século XIX, surgiram os chamados “manicómios”, locais reservados às pessoas com transtornos mentais, para se submeterem a tratamento médico especializado e sistemático. No entanto, o atendimento era voltado não somente para casos de doença mental, mas para outras condições clínicas e sociais- dependência alcoólica, homossexuais, prostitutas e qualquer indivíduo que estivesse causando incómodo à sociedade. Neste caso, o manicómio apresentava uma função social como meio de disciplinar a sociedade e os seus comportamentos indesejáveis (Arbex, 2013).

Este cenário mostrou que a atenção voltada para os cuidados com a saúde mental era negligenciada, e segundo a autora supracitada, as pessoas nos manicómios ficavam abandonadas, não eram alimentadas de forma adequada, sofriam maus tratos, e chegavam a morrer de frio, fome e doenças infecciosas.

Após a segunda guerra mundial, a situação encontrada nos hospitais psiquiátricos suscitou severas críticas da sociedade da época. Foi necessário combater as formas desumanas de tratamento dos pacientes e transformar a assistência num modelo humanizado (Melman, 2008).

Foram “suscitadas grandes discussões, envolvendo questões políticas, sociais, económicas e culturais, abrindo caminho para a reforma psiquiátrica, com a expectativa de trabalhar a sensibilidade e o respeito pelas diferenças e minorias. Os países protagonistas das primeiras experiências com mudanças na assistência da saúde mental foram os Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália em meados do século XX (Pereira & Viana, 2013).

Foi neste contexto que, segundo Ramminger & Brito (2008), a concepção da Reforma Psiquiátrica no Brasil começou a ser desenhada e teve o seu foco centrado nas intervenções e trabalhos específicos desenvolvidos por equipas multi e interdisciplinares, com mudança do conceito e da visão de “loucura” e de hospitais psiquiátricos. A Reforma vislumbra a melhoria na qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos, na ótica da conquista da sua cidadania. Portanto, a atenção voltada às crises das doenças mentais, à assistência e à reabilitação do doente, foram aspetos fundamentais, para traçar ações do movimento da reforma psiquiátrica como uma produção social, que surge pela procura atual da saúde e dos valores da sociedade.

O encerramento de muitos hospitais psiquiátricos e a abertura de serviços de saúde mental para atender os pacientes, foram consequências da ideologia da inclusão e da humanização, que foi crucial, para concretizar o movimento da reforma psiquiátrica. A Lei nº180 de 19 de agosto de 1980 aprovada pelo parlamento italiano, trata da reforma psiquiátrica, e proíbe a construção de hospitais psiquiátricos, garantindo ao indivíduo o atendimento em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, além de seus direitos sociais e civis (Amarante, 1998).

No Brasil, em consequência do movimento da desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental, ocorreu a redução de leitos psiquiátricos nos hospitais, por via dos esforços e envolvimento do campo social e político. Outras conquistas referem-se a aprovação de leis, que garantiram oficialmente as mudanças (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social, também complexo por se tratar de um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais desenvolvidos por diversos atores, incluindo instituições, gestores, profissionais da saúde e demais áreas, e ainda das comunidades. O movimento da Reforma Psiquiátrica tem como base a ruptura com o modelo centrado no hospital, e ancora-se num novo paradigma, que incluiu a luta e a denúncia da violência nos hospitais psiquiátricos, na hegemonia de uma rede privada de assistência, na construção coletiva da crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo baseado no atendimento hospitalar (Ministério da Saúde do Brasil, 2002).

O fortalecimento do movimento em prol da Reforma Psiquiátrica, fez com que as políticas públicas de saúde mental fossem aprimoradas. No ano de 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou o relatório mundial de saúde com o tema "Nova Concepção, Nova Esperança", que se configura na junção da ciência e da sensibilidade para derrubar preconceitos, estigmas e discriminação. O relatório propõe que a saúde mental seja centrada no cuidado e na cura. Desta forma, definiu-se um novo olhar, mais sensibilizado e humanizado, sobre a causa da atenção às pessoas com transtorno mental e que deveria ser adotado por todas as sociedades (Pereira & Viana, 2013).

Entre alguns dos factores que muito têm contribuído para incentivar as mudanças na assistência à saúde mental, destacam-se o avanço na descoberta de medicamentos antipsicóticos mais eficientes no tratamento dos transtornos mentais; as intervenções terapêuticas psicossociais utilizadas pelos profissionais da saúde; a nova definição de saúde e os movimentos sociais a favor dos direitos humanos de âmbito nacional e

mundial, que contam com a proteção da Organização das Nações Unidas – ONU. O objetivo da mudança na assistência está em atribuir respostas às crises das doenças mentais, que se apresentam como um dos principais desafios da reforma psiquiátrica (Organização Mundial da Saúde, 2001).

Com base na revisão da literatura, observou-se que o processo da Reforma Psiquiátrica para se solidificar de forma efetiva e satisfatória, deve apresentar sustentabilidade de iniciativas relacionadas com a assistência, o cuidado, a reabilitação psicossocial e com as políticas de cidadania. Pode-se concluir que a Reforma Psiquiátrica nasceu de movimentos que têm traçado novos rumos para a saúde mental, e procura a oferecer assistência e cuidados a um número cada vez maior de pessoas doentes.

Um dos resultados mais significativos desta mudança de paradigma, foi o facto de ter trazido de volta a pessoa com transtorno mental para o convívio familiar e este, por sua vez, passou a envolver, de uma forma direta e assistencial, as famílias nas atribuições dos cuidados. Este aspeto gerou a necessidade de negociação entre os serviços de saúde mental e as famílias. Foi necessária uma discussão sobre a relação que implica a aproximação do familiar com o ente doente, e o entendimento sobre a doença. A partir desta lógica a prestação do cuidado passou a ser compromisso dos serviços substitutivos de saúde mental e, também da família sob o apoio destes serviços (Souza, 2008).

Desta forma ficou consolidado o protagonismo da família neste novo contexto de atenção. A família passou a ser apontada como eixo das políticas sociais e provedora dos cuidados (Rosa, 2008). No entanto, na literatura é evidenciado que a tarefa de cuidar da pessoa com transtorno mental, pode gerar stress e sobrecarga para o familiar cuidador (Barroso, Bandeira, & Nascimento, 2009; Figueiredo, 2007; Melman, 2008).

O apoio da família passou a ser considerado muito relevante quer para a adesão do utente com transtornos mentais, quer para a sua qualidade de vida. O caso da esquizofrenia é paradigmático, porque sendo uma doença crónica conseguem-se ótimos resultados para o bem-estar do utente se bem gerido o regime terapêutico, o qual inclui atividades não medicamentosas e os tradicionais fármacos. O sucesso desta permanência na comunidade depende, entretanto do apoio dos cuidadores familiares.

Neste sentido, é de suma importância que o cuidador receba informações sobre a doença mental, aprenda estratégias para lidar com questões relacionadas com o

comportamento do indivíduo frente às características do transtorno mental. Ainda, é necessário que seja informado sobre o autocuidado no sentido do familiar cuidador perceber a importância de seu bem-estar geral (Cardoso, 2011; Pereira, 2013).

Face ao exposto, e amparando-se na literatura que reconhece os efeitos benéficos da atividade física sobre a saúde física e psíquica das pessoas, percebe-se ser importante voltar a atenção para o bem-estar físico e mental do familiar cuidador (Mauerberg-deCastro, 2011; Roeder, 2003).

Com a intenção de focar a atenção sobre a saúde do cuidador, o presente estudo desenvolveu e aplicou um programa de intervenção psicoeducativo orientado com exercícios físicos sistematizados para os familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia.

Assim, foi elaborada a seguinte questão de partida “De que forma o programa de intervenção psicoeducativa orientado com exercícios sistemáticos de alongamento e relaxamento para os familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia pode contribuir para a diminuição da sobrecarga e do stress advindos da tarefa do cuidado diário?”

Para responder a esta questão, o estudo apresentou como objetivo identificar a presença de sobrecarga e stress em familiares cuidadores de pacientes com esquizofrenia, elaborar e aplicar um programa de intervenção psicoeducativo sustentado na prática sistemática de atividade física de alongamento e relaxamento para os cuidadores, e avaliar a percepção destes sobre o autocuidado, após a participação na intervenção psicoeducativa.

A investigação decorreu em três momentos distintos. Num primeiro momento, através do estudo descritivo foi possível identificar as características sociodemográficas dos familiares cuidadores, e num estudo quantitativo identificou-se a existência e o nível de stress e sobrecarga por meio da Escala de percepção de Stress e da Escala de Sobrecarga Familiar. Num segundo momento, através da aplicação do programa de intervenção psicoeducativo, foi possível trabalhar com os familiares a educação para o autocuidado e obter importantes e relevantes resultados qualitativos. Finalmente, o terceiro momento tratou de reaplicar as duas Escalas.

Trata-se de um estudo longitudinal pautado na metodologia de natureza qualitativa e quantitativa (misto). O estudo foi realizado em sete Centros de Convivência e Cultura do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil.

A tese está dividida em quatro partes e cinco capítulos. Na primeira parte é apresentada uma reflexão teórica sobre a temática do estudo, que inclui a mudança de paradigma da atenção em saúde mental, o familiar como cuidador neste processo, a sobrecarga do cuidador, intervenção psicoeducativa, e atividade física como meio de intervenção. Na segunda parte, consta o estudo empírico que apresenta as opções metodológicas, a questão de investigação, os objetivos e o desenho do estudo. A terceira parte apresenta os resultados quantitativos, qualitativos e a triangulação destes. Por último, a quarta parte destina-se à apresentação das conclusões e sugestões para futuras investigações.

Parte I - A Pessoa com Esquizofrenia, o Cuidador Familiar e a Importância da Atividade Física

CAPÍTULO 1 - Revisão da Literatura

1.1. A saúde mental na América Latina

Tal como em outras partes do mundo, a saúde mental, em países da América Latina, também se organizou em prol da luta antimanicomial. A luta na América Latina ganhou forças em 1990, quando na cidade de Caracas, Venezuela, foi realizada a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica. Neste evento, foi criado o documento que assinalou, de forma expressiva, a reforma na atenção à saúde mental nos países da América Latina. Este documento ficou conhecido como “Declaração de Caracas”, e apresenta como objetivo a reestruturação da atenção psiquiátrica. Assim, os serviços de saúde mental devem oferecer atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo, impedir que o indivíduo seja tratado isolado da família e da sociedade, sem ferir os direitos humanos (Ministério da Saúde, 2010).

A Declaração de Caracas injetou forças ao movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil de forma que, a partir dos anos 90, a política de Saúde Mental, considerando os níveis de atenção primária, secundária e terciária do Sistema Único de Saúde (SUS), promoveu, com o apoio dos movimentos sociais, as conferências nacionais em prol da Reforma Psiquiátrica. Estas conferências ocorreram nos anos de 1992, 2001 e 2010. Especificamente na conferência do ano de 2010, o tema foi direcionado para “saúde mental direito e compromisso de todos – consolidar avanços e enfrentar desafios” (Pereira & Viana, 2013).

1.2. A saúde mental no contexto brasileiro

Pela literatura revista até então, o cenário do hospital psiquiátrico foi o local reservado aos loucos privados de liberdade e estigmatizados. Portanto, como estas pessoas deveriam ser tratadas fora dos muros que as cercavam?

PARTE I

A resposta surge a partir dos interesses em mudanças na política de saúde mental. O Brasil, como também em outros países, tem registros de um longo percurso de ocorrências de movimentos sociais em prol de transformações, no modo de lidar com a saúde da pessoa em sofrimento mental.

Diante deste contexto, tornou-se necessário repensar o modelo de atenção e gestão em práticas de saúde mental, para a consolidação da Reforma psiquiátrica brasileira. A implantação de novas políticas em saúde mental foi fator fundamental e de grande relevância. Considerando a ruptura dos vínculos sociais dos doentes mentais com a família, com o trabalho e com a sociedade, estas novas políticas objetivaram diminuir as desigualdades sociais, económicas e de acesso aos serviços de saúde, além de se focarem na busca da cidadania, através do resgate da autonomia do indivíduo com transtorno mental e da igualdade social (Pereira & Viana, 2013).

Historicamente no Brasil, o primeiro manicómio/hospital psiquiátrico foi criado em 1852, ou seja, o Hospício D. Pedro II na cidade do Rio de Janeiro. No ano de 1912, foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados e foi dada autonomia aos médicos psiquiatras, para o tratamento nestes estabelecimentos. Desta forma houve um crescente número de instituições destinadas aos doentes mentais (Caponi, 2009).

No final da década de 1970, as denúncias de ocorrência de maus tratos e as péssimas condições de trabalho dentro das instituições psiquiátricas, deram início à reforma psiquiátrica, que ganhou forças com a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM (Zambenedetti, 2008).

Precisamente no ano de 1978, iniciou-se o processo da Reforma Psiquiátrica, com críticas ao modelo hospitalocêntrico, participação de movimentos sociais nomeados como movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com histórico de internação psiquiátrica. Este processo teve a participação dos governos federal, estadual e municipal, universidades, diversos serviços de saúde, conselhos profissionais, associações de pessoas com transtorno mental e seus familiares, e com os movimentos sociais (Delgado, 2011).

No ano de 1987, durante o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, no município de Bauru, no estado de São Paulo, Brasil, foi adotado o lema “por uma sociedade sem manicómios”. Este movimento deu visibilidade à “Luta antimanicomial” e repercute-se até os dias de hoje, bem como reforça o compromisso e a

responsabilidade do governo quanto ao investimento em serviços de saúde pública e, a responsabilidade da sociedade quanto à participação no cuidado do cidadão em sofrimento mental. Neste mesmo ano foi instaurado o dia 18 de maio como dia nacional da “Luta antimanicomial”.

A Política de saúde mental no Brasil, como resultados da Reforma, entre os anos de 2002 a 2012 verificou uma redução no número de leitos psiquiátricos, passando de 51.393 para 29.958 leitos e redução em gastos hospitalares de 75,24% para 28,91%, respectivamente. O governo tem investido em recursos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, implantando os serviços Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste mesmo intervalo de anos, o número de CAPS aumentou de 424 para 1.981 distribuídos no território brasileiro. Houve um aumento de gastos governamentais, de 24,76% para 71,09%. O investimento com os serviços substitutivos em saúde mental representa custos como qualquer outro investimento em saúde, educação, e outros serviços públicos (Mateus, 2013).

Nesta reestruturação, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os serviços de atenção primária de saúde passaram a ser considerados como estratégia para se alcançar metas de saúde para todos os cidadãos. Desta forma, os serviços de saúde mental contam com o apoio dos profissionais dos serviços da atenção primária de saúde, compondo uma rede de atendimentos à comunidade (Ministério da Saúde, 2010).

Vale ressaltar que a atenção à saúde no Brasil é composta por três níveis regularizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção primária ou básica é constituída pela Estratégia Saúde da Família com atendimento a toda a população por equipes de profissionais da saúde com atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS). O objetivo das UBS é atuar na promoção da saúde e na prevenção de doenças junto da comunidade. Procura-se desde o diagnóstico e terapêutica à resolução de casos. A atenção secundária foi constituída por serviços especializados em saúde, em que se enquadram os serviços de atendimento em saúde mental, ou seja, os CAPS, Centro de Convivência e Cultura, Residência Terapêutica, compostos por uma equipe de profissionais especializados em saúde mental. E finalmente, o serviço terciário centra-se nos hospitais de grande porte e alta complexidade (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, n.d.).

Mesmo com todos os esforços para que o movimento em prol da reforma psiquiátrica no Brasil ocorra de forma satisfatória, ainda há muitos desafios a enfrentar no

campo da assistência, dos cuidados e da reabilitação psicossocial dos sujeitos e da recomposição dos laços sociais perdidos.

1.3. A desinstitucionalização dos cuidados em saúde mental no Brasil

O Brasil tem participação ativa em movimentos de âmbito mundial a favor da desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental. Movimentos consistentes vêm acontecendo no país e os resultados refletem-se na implantação de políticas de saúde, que objetivam a melhoria da assistência. Resultados podem ser verificados com a atual formação dos serviços de atenção à saúde mental distribuídos no território brasileiro. No entanto, é de se considerar que este avanço se diferencia em termos de qualidade quanto ao compromisso da gestão e coloca algumas cidades mais à frente neste processo.

As propostas da Reforma psiquiátrica foram chegando aos poucos nos âmbitos governamentais. O Ministério da Saúde, na década de 1980, apresentou o documento Diretrizes para a área de Saúde Mental, o qual defendeu o tratamento fora dos hospitais, como também a determinação de um período limite de internamento, a reintegração do paciente no âmbito familiar e a promoção de pesquisas epidemiológicas no campo da Saúde Mental (Vasconcellos, 2010).

No país existem leis federais e estaduais, que dão suporte às conquistas e garantem ao cidadão os seus direitos, quanto ao tratamento humanizado em saúde mental. No seguimento desta lógica, foi elaborado um projeto de lei, cuja proposta foi a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos em todo o país. A proposta tramitou no Congresso Nacional durante doze anos e após vários debates foi finalmente promulgada a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 (Ministério da Saúde do Brasil, 2002).

A desinstitucionalização nos municípios brasileiros levou à formação de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como um novo lugar social para se trabalhar a inclusão do sujeito no núcleo familiar, na comunidade e na sociedade.

Segundo Mateus (2013) a reconstrução da assistência psiquiátrica deu-se através da portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. A Portaria estabelece a criação dos serviços denominados Centro de Atenção Psicossocial, ou seja, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (atendimento à criança e adolescente) e CAPS ad (atendimento aos usuários

de álcool e drogas ilícitas). A proposta destes serviços centra-se na reinserção social e inclusão do indivíduo na sociedade. Outro importante dispositivo na reconstrução da assistência são as Residências Terapêuticas, cuja finalidade é acolher os indivíduos que, por algum motivo, não tiveram retorno ao convívio familiar.

A Portaria GM/MS nº 3.088 de dezembro de 2011 é a mais atual e tem como objetivo a criação, a ampliação e a articulação dos serviços de saúde mental. Esta Portaria reforça o respeito pelos direitos humanos, com garantia da autonomia e liberdade do indivíduo; promoção da equidade com o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; combate aos estigmas e preconceitos; garantia ao acesso nos serviços de saúde e a qualidade desses serviços; oferta de cuidado integral e assistência multiprofissional numa lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada na necessidade da pessoa; desenvolvimento de atividades na comunidade que favoreçam a inclusão social e promoção de autonomia e da cidadania (Ministério da Saúde do Brasil, 2011).

Os procedimentos terapêuticos dos serviços de saúde mental retratados na portaria acima referida apresentam como objetivo manter e recuperar a integridade física e mental, a identidade e dignidade da pessoa com transtorno mental; proporcionar o convívio social, trabalho, e o retorno à convivência familiar.

Para desenvolver as ações na saúde mental, os profissionais contam com o apoio da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), que é uma política organizacional dos serviços e ações em saúde, que implica a universalidade, regionalidade, e territorialização da atenção primária de saúde. Através da Estratégia Saúde da Família, os serviços de atenção primária passaram a primar pela eficácia e agilidade na resolução dos problemas de agravos à saúde da população, e a contribuir com a desconstrução da lógica manicomial nos municípios (Costa, Siqueira & Uhr, 2011).

A atenção à saúde mental dá-se com os primeiros contactos da comunidade com a atenção básica através das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A equipa de saúde da UBS recebe suporte técnico especializado da equipa da saúde mental para atendimento e acompanhamento compartilhado, com proposta de intervenção pedagógica e terapêutica (Gonçalves, Ballester & Tófoli, 2011)

De entre os municípios brasileiros, Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, teve grande avanço em relação ao cumprimento da lei da reforma psiquiátrica, com a formação de uma abrangente rede de serviços substitutivos aos hospitais

psiquiátricos. Belo Horizonte, com seus 118 anos de idade e população estimada para 2017 em 2.523.794 habitantes, é uma cidade planejada que manteve no passado, como tantas outras cidades, os hospitais psiquiátricos como o destino certo para a exclusão dos cidadãos, comprometidos com a loucura (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016).

O impulso maior para a reforma psiquiátrica no estado de Minas Gerais pode ser atribuído à participação, envolvimento e compromisso de trabalhadores de saúde mental, das pessoas com transtorno mental e seus familiares, gestores dos serviços de saúde e entidades da "Luta anti manicomial". O Fórum Mineiro de Saúde Mental e a Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM) fazem o controle desta política (Souza, 2008).

A implantação das políticas públicas voltadas para a saúde mental no estado de Minas Gerais está respaldada pelas leis nº 11.802 de janeiro de 1995 e a Lei nº 12.684 de dezembro de 1997. Em resumo, estas leis dispõem sobre a promoção da saúde e a reintegração social da pessoa em sofrimento mental, além de determinar a implantação de ações e serviços de saúde mental e proibir instalações e ampliações de unidades de tratamento psiquiátrico fora do formato estipulado pela lei. Também é reforçada a atenção para o uso de medicação de acordo com as necessidades do paciente com finalidade exclusivamente terapêutica (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, n.d.-a)(Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, n.d.-a).

O primeiro serviço substitutivo criado em Belo Horizonte foi o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Embora tenha sido previsto para o ano de 1991, ele foi implantado em 1993 após contar com a vitória do movimento Frente BH Popular em favor da desinstitucionalização. Este foi também o primeiro desafio concreto para o atendimento e resolução dos casos graves e das crises, justificado pela prática ideológica. Este grande desafio contribuiu para a produção e publicação de artigos sobre o tema e realização de seminários. Nos anos de 2000 e 2001, foram implantados quatro CERSAM no município, mas a persistência dos casos de transtornos mais graves levou à necessidade de criar uma atenção integral. O CERSAM passou a oferecer atendimento 24 horas com 12 leitos disponíveis, até que a crise do indivíduo fosse atenuada ou resolvida. Este modelo evitou que a pessoa com transtorno mental em crise recebesse um internamento tradicional e ficasse internada por longo período de tempo (Goulart & Durães, 2010, Oliveira, Caiaffa, & Cherchiglia, 2008).

Quando o movimento da Reforma Psiquiátrica no município de Belo Horizonte completou 10 anos em 2003, foi necessário discuti-la novamente. Neste processo foram envolvidos os trabalhadores da saúde mental, entidades da sociedade civil, usuários dos serviços e movimentos sociais. O foco da discussão centrou-se no diagnóstico da assistência e do atendimento relativo às crises, por apresentar baixa efetividade, queda na qualidade da assistência e vestígios de práticas “neomanicomiais”. Outra agravante foi verificada em dois grandes hospitais psiquiátricos do município por não apresentarem diminuição no quadro de internamentos e os dois CERSAM existentes tornaram-se insuficientes para atender a grande procura do município. Inevitavelmente, os problemas relativos aos atendimentos e a não resolução das crises dos pacientes comprometeu a qualidade da assistência ofertada pelos serviços. Estes factos resultaram em queixas dos usuários dos serviços, seguidas de auditorias da Secretaria Municipal de Saúde (Souza, 2008).

Para dar resolução à problemática na atenção a saúde mental em Belo Horizonte, o autor supracitado menciona que foi conveniente tomar inúmeras providências, principalmente no que diz respeito à não contenção das crises dos pacientes. Uma das mudanças ocorreu no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que assumiu os atendimentos de urgências e emergências em saúde mental e surtiu melhorias substanciais no atendimento e encaminhamento do indivíduo ao CERSAM, a partir do ano de 2005. A integração e construção de uma rede de atenção voltada para atendimento das emergências clínicas e de saúde mental contou com os diversos serviços, como o SAMU, Resgate do Corpo de Bombeiros, dois grandes hospitais gerais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), CERSAM, dois hospitais com atendimento psiquiátrico e a Rede de Saúde da atenção primária. Neste processo, foi pactuado um protocolo que estabeleceu competências, referências e fluxos de atenção para casos de urgências em saúde mental.

De acordo com Volpe, Eliane & Leonardo (2010), no ano de 2006 foi necessário implantar o oitavo CERSAM como um dispositivo de atendimento Noturno para obter melhor resposta aos casos com sintomas mais graves. Criou-se também o Serviço de Urgência em Psiquiatria (SUP) com atendimento noturno das 19:00 às 07:00 horas. Atualmente, no ano de 2017, a Rede de saúde mental de Belo Horizonte está composta por 11 CERSAM, que apresentam o mesmo formato dos CAPS, e nove Centros de Convivência (CC). O CERSAM reserva-se o atendimento clínico psiquiátrico dos indivíduos com transtorno mental.

Relativamente aos Centros de Convivência, a portaria/GM nº 3.088/2011 instituiu-os como um serviço da atenção básica de saúde, componente da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e define-o como um lugar estratégico para a construção de laços sociais e inclusão das pessoas vulneráveis e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

1.3.1. Centro de Convivência e Cultura

Os Centros de Convivência e Cultura (CCC) são dispositivos públicos que fazem parte da rede de atenção de saúde mental, que trabalha a ressocialização do sujeito através do convívio, da produção de cultura, da experiência de geração de trabalho e rendimento. Segundo Novaes, Zacché & Soares (2008, p.161) o Centro de Convivência e Cultura é “(...) um lugar onde se produzem vetores das relações sociais que vão resultar nas mudanças visíveis quanto à melhora dos sujeitos – nas suas relações familiares, na ampliação da sua rede de amizades, na sua preocupação com a continuidade do tratamento, no aumento da capacidade contratual, no raio de circulação das pessoas que dele se beneficiam”.

O valor estratégico dos CCC para efetivar a inclusão social fundamenta-se não exclusivamente no campo da saúde, mas também, da educação e cultura. São dispositivos que se apresentam como espaços de articulação com a vida quotidiana e a cultura, direcionados às pessoas com transtorno mental em seu território e comunidade (Ministério da Saúde, 2011).

O serviço CCC estrutura-se em três áreas de abrangência, nomeadamente artística, terapêutica e social. A dimensão artística estimula o ato criativo do usuário; a dimensão terapêutica atua na abertura do discurso social do sujeito como forma de estabilização dos quadros psicopatológicos; e a dimensão social articula o ato criativo com a produção de objetos artísticos e de artesanatos para comercialização das obras produzidas e o reconhecimento social e profissional do usuário (Humberto, Campos, & Soares, 2005).

A clientela dos CCC é constituída por indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes. As atividades coletivas são o grande eixo de trabalho dos CCC, as quais se centram na oferta de diversificadas oficinas de arte, de música, atividades de cunho social, lazer e exercícios físicos. As pessoas com transtorno mental inseridas nos CCC

são estimuladas a escolher, conforme o próprio interesse, as atividades que desejam praticar (Novaes et al., 2008).

Mostras de vários trabalhos realizados pelas pessoas com transtorno mental aconteceram na cidade, mas a partir de 2012, a mostra bienal virou política pública, pela qual é levada ao público todo o material produzido pelos usuários dos Centros de Convivência e dos Centros de Referência em Saúde Mental, conhecidos como CERSAM. São expostas artes plásticas visuais, apresentação de grupos de música e teatro formados por pacientes, que têm a excelência de se apresentarem juntamente com artistas de renome. Neste mesmo evento, acontece o Mercado Maluco, com mostra dos artesanatos produzido nos CCC. A Bienal é um evento aberto a toda a população e tem o objetivo de estabelecer o diálogo, com caráter de inclusão.

Figura 1 - Exposição de pinturas de pacientes dos CCC.



Fonte: Jornal Diário

Existe uma articulação entre os CCC, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e as Residências Terapêuticas – RT, Programa de Saúde da Família, dispositivos da rede de assistência social, dos campos de trabalho de cultura e educação. Alguns dos CCC funcionam como importantes incubadoras de experiência e de geração de renda.

Dadas as características dos Centros de Convivência e Cultura, a implantação destes tende a ocorrer somente nos municípios que já conseguem dar retorno efetivo ao atendimento público para os transtornos mentais. Ou seja, nos municípios em que a rede do Sistema Único de Saúde – SUS, substitutiva de atenção à saúde mental, consegue

PARTE I

oferecer cobertura adequada, em especial pelos serviços CAPS (Ministério da Saúde, 2011).

O Ministério da Saúde do Brasil através da portaria nº 396 de julho de 2005 recomendou a implementação dos Centros de Convivência e Cultura nas redes de atenção à saúde mental das grandes cidades, e a partir de 2006 passou a ser articulada junto ao Ministério da Cultura, como uma estratégia de inclusão destes serviços no programa de Pontos de Cultura. A maioria dos CCC estão concentrados nos municípios de Belo Horizonte, Campinas e São Paulo (Ministério da Saúde, 2007).

Atualmente, o município de Belo Horizonte tem nove Centros de Convivência e Cultura implantados. A distribuição dos CCC encontra-se em um para cada uma das nove regiões em que se divide o município: Centro Sul, Nordeste, Noroeste, Pampulha, Leste, Oeste, Norte, Barreiro e Venda Nova, atendendo à população dos bairros que as compõem.

A Figura 2 representa o mapa geográfico do município de Belo Horizonte com a divisão das nove regiões.

Figura 2 - Distribuição dos distritos sanitários do município de Belo Horizonte.



Fonte: Prodabel (1998)

Os Centros de Convivência e Cultura são unidades que oferecem à população em geral espaços de sociabilidade e intervenção na cidade através da cultura, lazer, educação e arte, constituindo-se como espaços de convívio e sustentação das diferenças.

O movimento de comemoração do dia 18 de maio, como dia nacional da luta antimanicomial, ocorre anualmente, com desfile nas ruas da cidade de Belo Horizonte. Existe todo um processo de organização que vai desde o incentivo para a composição de um samba enredo pelas pessoas com transtorno mental, cujo tema refere questões relacionadas com a saúde mental, concurso para a escolha do samba num grande encontro com todos os Centros de Convivência e Cultura e os CAPS. E, ainda, a confecção das fantasias. Todo este movimento reforça o ganho de liberdade de expressão e socialização dos pacientes psiquiátricos perante a sociedade que foi tão excludente.

Figura 3 - Desfile do ano de 2016 em Belo Horizonte.



Fonte: Jornal O Tempo – publicado em 18/05/2016

1.4. Transtorno Esquizofrênico: da patologia à necessidade de cuidados

Ao tratar sobre o assunto do autocuidado de familiares cuidadores da pessoa com esquizofrenia, torna-se necessário abordar os vários aspetos relacionados com a manifestação da doença e com o seu tratamento. A começar pela caracterização geral da doença, principais mecanismos etiológicos e sua relação com as manifestações da doença, tratamento farmacológico, intervenções psicossociais, e evidências científicas acerca das intervenções psicoeducativas para os familiares cuidadores.

1.4.1. Conceito e tipos de esquizofrenia

A esquizofrenia é considerada uma condição de saúde grave, frequentemente crónica, recorrente, incapacitante e debilitante (Kaplan, Sadock & Greeb, 2007). As características da doença apresentam-se como desordem do pensamento, disfunções cognitivas e emocionais que acometem a percepção, o raciocínio lógico, a linguagem, a comunicação, o afeto, o controlo psicomotor, a habilidade do indivíduo para desenvolver atividades quotidianas, entre outras (Tandon, 2014).

Para Carpenter & Tandon (2013), a esquizofrenia é uma doença mental que acomete com mais frequência as pessoas do sexo masculino, com manifestações clínicas mais graves e com evolução crônica. Os primeiros sinais e sintomas da esquizofrenia podem surgir, habitualmente, no final da adolescência ou na idade adulta incidindo sobre a faixa etária entre os 15 a 25 anos de idade em cerca de 40% dos casos no sexo masculino e, no sexo feminino, entre os 25 a 35 anos de idade. Existe uma estimativa de que a esquizofrenia afeta cerca de 1% da população adulta mundial, num equivalente de 51 milhões de pessoas (Organização Mundial da Saúde, 2001).

A doença provoca muitas vezes alterações importantes no funcionamento social do indivíduo e compromete o processo de construção pessoal, formação profissional e a sua autonomia. Ocorre alteração na forma como a pessoa pensa e sente as coisas, bem como na forma como se relaciona com as outras pessoas. É evidente em todas as culturas e não faz distinção entre os tipos de classe social.

As causas da esquizofrenia são desconhecidas, mas há indicações de que a vulnerabilidade para a doença está associada à presença de sintomas stressores ambientais e à falha de mecanismos para enfrentamento destes, além de fatores físicos, psicológicos e predisposição genética do indivíduo. Os sintomas da esquizofrenia são caracterizados em positivos e negativos, baseando-se nas características de curso da doença, resposta ao tratamento e prognóstico. Os sintomas positivos resultam do exagero das funções normais, que se caracterizam pelos delírios, alucinações, incoerência do pensamento e do afeto, comportamento desorganizado e bizarro, agitação psicomotora, negligência nos cuidados pessoais. Enquanto que os sintomas negativos se caracterizam por perda das funções mentais normais, que incluem a incapacidade para executar e manter a atenção e a concentração em atividades; para iniciar e terminar tarefas; pelo empobrecimento do discurso, dificuldade em sentir interesse e prazer nas coisas habituais, dificuldade em expressar adequadamente as emoções; e grande tendência para o isolamento social. Considerando a idade escolar e laboral, ocorrem em muitos casos estes sintomas negativos, que influenciam nos estudos, resultando na diminuição do rendimento escolar ou do trabalho. Também o convívio com outras pessoas é prejudicado e o funcionamento social em geral (Carpenter & Tandon, 2013).

Quando as primeiras manifestações aparecem, estas podem passar despercebidas e serem interpretadas como comportamentos de ociosidade, preguiça, malandragem, entre outros. O estilo de vida da pessoa com esquizofrenia apresenta alterações, que geram consequências negativas na atividade de vida (Tandon, 2014).

PARTE I

Segundo o autor supracitado, os sintomas positivos da esquizofrenia, na maioria dos casos, podem ser relativamente fáceis de serem tratados e até mesmo eliminados através do tratamento farmacológico. No entanto, a gravidade dos sintomas positivos parece não se correlacionar com as alterações no desempenho de tarefas cognitivas. Mas os sintomas negativos mostram-se mais resistentes ao tratamento, mais persistentes, e responsáveis pelas dificuldades de o indivíduo regressar à escola ou ao trabalho, socializar, e estabelecer relacionamentos significativos.

A Psychiatric American Association (2014), subclassifica a esquizofrenia em:

- Esquizofrenia Paranoide (F20.0) - apresenta delírios com alucinações, mas os afetos e discurso com frequência estão preservados;
- Esquizofrenia Hebefrênica ou desorganizada (F20.1) - apresenta incoerência do pensamento e dos afetos, desinibição e puerilidade;
- Esquizofrenia catatônica (F20.2) - caracterizada pela presença de sintomas catatônicos;
- Esquizofrenia Indiferenciada (F20.3);
- Depressão Pós esquizofrênica (F20.4);
- Esquizofrenia Residual (F20.5);
- Esquizofrenia Simples (F20.6) - consiste em sintomas da fase residual, sem sintomas psicóticos;
- (F20.8) Outras Esquizofrenias

Etiologia da Esquizofrenia

As causas concretas da esquizofrenia permanecem desconhecidas, tal como aliás acontece em relação à maioria das outras doenças mentais. Com efeito, a etiologia das doenças mentais continua a ser assunto de discussão e investigação.

A esquizofrenia, uma das perturbações psiquiátricas mais graves, tem causas concretas desconhecidas e sua etiologia tem sido investigada (World Health Organization, 2002).

Historicamente, a esquizofrenia é reconhecida desde a Antiguidade. As primeiras referências literárias que descreveram perturbações mentais semelhantes à esquizofrenia

foram referidas por Hipócrates (460-370 AC), e até ao século XIX esta psicose teve a conotação de loucura. Neste período os psiquiatras não eram muito respeitados entre a comunidade médica (Adityanjee, Yekeen, Theodoridis, & Wictor, 1999).

De acordo com os autores supracitados, no final do século XVIII, a atitude para com os doentes mentais sofreu uma mudança drástica, cujo responsável foi Philippe Pinel (1754-1826), ao fazer a primeira descrição integrada de esquizofrenia, usando o termo francês *démencé* (perda da mente) para caracterizar a deterioração de capacidades mentais. Neste período não havia tratamentos farmacológicos e Pinel utilizou uma variedade de técnicas psicoterapeutas que incluíam o cuidado personalizado aos doentes, o qual consistia em colocar o paciente como responsável pela sua própria cura. Este processo levou à criação de asilos para o tratamento dos doentes mentais e colocou a psiquiatria como área de intervenção médica especializada no atendimento destes doentes (Adityanjee et al., 1999; Andreasen, 2007). Estas mudanças contribuíram para os primeiros avanços no tratamento dos doentes mentais. No século XIX, Bénédict-Auguste Morel (1809-1873), psiquiatra franco-austríaco, foi um dos primeiros a usar a evolução da doença como base para classificação. Iniciou os seus primeiros estudos em 1852, e estes deram origem à publicação do *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, no ano de 1857. Neste tratado foi proposto que a maioria das doenças mentais tinha como base a degeneração como desvio da normalidade, causado por dano moral referindo-se ao pecado, ou físico referindo-se à intoxicação. A doença era considerada de carácter hereditário e que acarretava progressão do desvio nas gerações seguintes.

Segundo North & Yutzy (2010), ao longo dos séculos até à atualidade, ainda persistem crenças supersticiosas, sobrenaturais e moralizantes acerca da doença. No entanto, foi no período entre o fim do século XIX e meados do século XX, especificamente meados da década de 70, que houve o predomínio, no mundo ocidental, da influência de Freud e da escola psicanalítica europeia, que classificava os sintomas psiquiátricos como basicamente psicogénicos, referindo-se aos conflitos dinâmicos subjacentes e com significado simbólico. No ano de 1911, Eugen Bühler (1857-1939) substituiu o termo de demência precoce por esquizofrenia, que tem origem no grego “*sizes*”, cujo significado é fenda ou cisão, e “*frenes*” que significa pensamento. Euler procurou descrever um conjunto de sintomas fundamentais que apresentavam similaridade a um grupo diversificado de perturbações, caracterizado por manifesta

inconsistência e desorganização na relação entre as emoções, pensamentos e ações, ou seja, relacionado com o desempenho de funções complexas da atividade mental.

Segundo Bueno & Britto (2011), nas últimas décadas surgiram diversas designações e revisões a nível internacional para a esquizofrenia que foram publicadas seguindo os critérios de diagnóstico definidos pela *American Psychiatric Association* (APA), no ano de 1979 no capítulo V da Classificação Internacional das Doenças - CID 9, no ano de 1980 no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM III, em 1993 na CID 10, em 1994 na DSM IV, e em 2013 na versão do DSM V.

De acordo com os autores supracitados, no CID 9, capítulo V, as psicoses esquizofrênicas distinguem-se dos estados psicóticos orgânicos. O autor faz esta distinção por serem os estados psicóticos alterações do comportamento com frequência transitória e relacionados com doenças que afetam o cérebro por diversas causas, que podem ser identificadas como alterações metabólicas, intoxicação alcoólica ou outras. Quanto ao CID 10, as perturbações do espectro da esquizofrenia encontram-se classificadas na categoria F20, e resultam de um conjunto de fatores que se associam entre si, para que ocorra a manifestação da doença, e não por uma causa única e específica. Os autores reforçam que a etiologia se baseia essencialmente em fatores de vulnerabilidade biológica.

Para North & Yutzy (2010), entre as várias hipóteses sobre a origem da vulnerabilidade biológica, a hipótese genética é a de maior conhecimento. Investigações recentes verificaram que várias regiões cromossômicas estão envolvidas no surgimento da esquizofrenia, motivo pelo qual é atribuída a hipótese da transmissão hereditária genética. No entanto, os resultados de investigações recentes apontam para o envolvimento de várias regiões cromossômicas no aparecimento da esquizofrenia, associado a fatores ambientais importantes para a expressão dos genes, que estão relacionados com a doença. Os autores afirmam que epidemiologicamente, mais de 80% das pessoas com esquizofrenia não têm familiares com a doença, e que a prevalência de casos em que os pais ou irmãos são acometidos pela esquizofrenia, é de apenas de 5 a 10% de casos e nestes a manifestação da doença apresenta-se mais precoce.

Os autores supracitados ressaltam a crescente evidência de fatores ambientais na ocorrência de alterações cerebrais precoces, que futuramente poderiam evoluir para a esquizofrenia. Citam alguns fatores, como complicações Pré e perinatais, infecções virais, intoxicações alimentares, e alterações nutricionais. Outros dados de décadas passadas sugeriram que a propensão para a esquizofrenia seria sete vezes maior em

filhos de mães com marcadores serológicos de exposição ao vírus da gripe Influenza durante o primeiro trimestre da gestação, causado por alterações congênitas no desenvolvimento cerebral da criança.

Estudos na área da neuropatologia, neuro imagiologia, neuro bioquímica e neuropsicologia têm evidenciado a ocorrência de alterações cerebrais em pessoas com esquizofrenia no período da ocorrência do primeiro episódio da doença. No entanto, não existem testes laboratoriais indicadores da doença (Marques-Teixeira, 2003).

Figura 4 - Mostra de pinturas de pacientes de Serviço da Saúde Mental



Fonte: G1 Piracicaba e Região

Quanto ao comprometimento cerebral, segundo (Marques-Teixeira, 2003), o cérebro normal varia a sua ativação de forma precisa, filtrando de forma adequada os estímulos sensoriais conforme as exigências ambientais, sociais e internas, de acordo com as informações cognitivas e emocionais, ou em função dos desequilíbrios metabólicos, da atividade física ou de processos infecciosos. De forma diferente, o cérebro das pessoas com esquizofrenia, que demonstra dificuldade em fazer ajustes necessários na ativação do sistema nervoso central, para atender às diferentes situações. Neste sentido, estas disfunções associadas aos sintomas da esquizofrenia causam alterações no comportamento das pessoas. Em consequência, apresentam elevação dos níveis de ansiedade e stress; problemas com a memória e atenção, acarretando dificuldade de focar a atenção e armazenar informações; hipersensibilidade sensorial combinada com níveis excessivos de medo, que provocam respostas de fuga ou agressividade.

Segundo o autor supracitado, outra disfunção que diz respeito à ocorrência da hipoatividade nas estruturas do córtex frontal causando apatia, desmotivação, anedonia e retraimento social, pode ser considerado responsável pelas características dos sintomas negativos da esquizofrenia e pela disfunção cognitiva. Estas características são verificadas nos primeiros episódios psicóticos, ainda antes de iniciar tratamento farmacológico. Relativamente às alterações dos circuitos neuronais entre as várias estruturas do cérebro associadas ao aumento da excitabilidade neuronal, e ao déficit na atenção e aumento da atividade psicomotora, a patologia provocará excesso de informações internas e externas, que deixam de processar de forma adequada as informações recebidas. Neste caso, a pessoa terá grande dificuldade em manter atenção ao ambiente de forma adequada, propiciando a ocorrência de deturpações da percepção da realidade.

Em relação ao uso de substâncias, alguns autores citam a relação entre esquizofrenia e o consumo de Cannabis. Este mecanismo etiológico é evidenciado desde o século XIX. O consumo aumenta em duas vezes mais o risco de primeiro surto de esquizofrenia, e também aumenta o risco do surgimento da doença quanto mais precoce for o consumo, independentemente dos traços de personalidade da pessoa e até mesmo do uso de outras substâncias (Manrique-Garcia, Zammit, Dalman, Hemmingsson, Andreasson, & Allebeck, 2014). Estudos empíricos demonstraram que as pessoas com esquizofrenia que fazem uso de Cannabis estão mais propensas a terem recaídas (Zammit, Allebeck, Andreasson, Lundberg, & Glyn, 2002).

Segundo Liberman et al., 2002), os processos patológicos da esquizofrenia desencadeiam-se em três fases ao longo da vida da pessoa, sendo:

1. ocorrência da falha da maturação neuroanatômica na primeira fase;
2. progressão para psicose, somente se verificado a combinação de ocorrências desenvolvimentais desreguladoras que desencadeiam o início da doença;
3. ocorre quando os episódios da doença se apresentarem persistentes ou decorrentes, caracterizando como fase crônica da doença, em que se observa morbidade persistente, resistência ao tratamento e deterioração clínica.

No entanto, McGorry, Killackey, & Yung (2008), referem que os doentes passam por uma fase podrômica. Esta fase pode durar meses ou anos e apresenta características de menor capacidade de concentração, de atividade e de energia, além de quadros de ansiedade, irritabilidade e humor deprimido. Estes factores causam prejuízo

no funcionamento escolar e laboral da pessoa, sujeitando-a a um contínuo isolamento social. O acumular desses sintomas caracterizam os sintomas positivos da esquizofrenia, ou seja, os delírios e alucinações.

Segundo Woods et al. (2009), a fase prodrómica refere-se a manifestação precoce ou premonitória de uma doença iminente, antes do início de sintomas específicos e especificamente na esquizofrenia esta fase pode ser identificada, após a doença ter sido diagnosticada.

Estes factores podem justificar o baixo nível de escolaridade em pessoas com esquizofrenia relatado em estudos de Albuquerque, Cintra, & Bandeira (2010), Caqueo-Urizar, Urzúa & Jamett (2016) e Filho, Sousa & Parente (2010), associados ao insatisfatório aproveitamento escolar e funcionamento social.

Quanto à recuperação da pessoa, segundo a World Health Organization (2002) e Marques-Teixeira (2003), todas as pessoas se recuperam do seu primeiro episódio psicótico nas fases iniciais da doença, devido ao facto de apresentarem maior sensibilidade aos tratamentos.

Segundo Liberman et al. (2002), existem grandes possibilidades de as pessoas doentes desenvolverem episódios subsequentes e não apresentarem boa recuperação como ocorre após episódios iniciais. Neste sentido, podem apresentar sintomas persistentes e problemas associados de funcionamento, levando à evolução crónica ou recorrente da doença. Além do facto acontecer com maior prevalência e surgir o desenvolvimento de resistência ao tratamento com os antipsicóticos.

1.4.2. Tratamento Clássico Medicamentoso

O tratamento medicamentoso da esquizofrenia iniciou-se com o uso de antipsicóticos descobertos na década de 50, que surtiram efeitos sobre a doença diminuindo os sintomas positivos, ou seja, as alucinações e delírios. No entanto, os efeitos secundários dos medicamentos apresentavam reações secundárias indesejáveis, agravando os sintomas negativos da doença, como desordem do movimento, espasmos musculares, rigidez, contratura muscular, entre outros (Afonso, 2010; Warikoo, Chakrabarti & Grover, 2014).

Com o advento da descoberta de novos fármacos antipsicóticos de segunda geração, em meados da década de 80, o tratamento da esquizofrenia apresentou mais

eficácia sobre os sintomas negativos e menores efeitos secundários. A utilização desses medicamentos nos primeiros episódios da doença tem mostrado melhor tolerância e contribuído para a recuperação a longo prazo. No entanto, ainda persistem alguns sintomas negativos como sendo, a anedonia e apatia, com certa frequência e persistência, podendo exercer impacto adverso sobre a cognição (Shutz et al. 2003; Warikoo, Chakrabarti & Grover, 2014).

Na fase aguda da doença é fundamental o uso dos antipsicóticos como tratamento de manutenção, para prevenir a ocorrência de novos surtos. Portanto, as repetidas crises psicóticas estão correlacionadas fortemente com a manutenção da posologia. No entanto, ocorre que 30 a 40% dos doentes apresentam resistência à terapêutica, principalmente no que se refere à sintomatologia negativa da doença, de forma a comprometer o tratamento (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa, & Fadden, 2006). E ainda, 80 a 100% dos doentes que abandonam o tratamento apresentarão recaídas dentro do período de um ano (Afonso, 2010).

1.4.3. Outros tipos de terapias

Outros tipos de terapias são utilizados para apoiar o tratamento medicamentoso, com a proposta de manter melhor qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia. A intervenção psicossocial é uma abordagem terapêutica complementar. Segundo Patterson & Leeuwenkamp (2008) e Guo, Zhai, Liu, et al. (2010), as intervenções psicossociais podem reduzir a longo prazo os sintomas psicóticos, as recaídas, e contribuir para a recuperação e a remissão da progressão da doença.

Diante da dificuldade da pessoa com esquizofrenia se ajustar ao tratamento farmacológico, houve necessidade de utilizar estratégias para complementar o tratamento. Nesta proposta, as intervenções psicossociais tiveram como objetivo focar-se nas necessidades do indivíduo, auxiliar na melhoria da capacidade cognitiva, comportamental e social, promover a autonomia e melhorar a qualidade de vida (Chien, Leung, Yeung, et al., 2013).

Segundo Dickerson & Lehman (2011), apenas o tratamento isolado com antipsicóticos não é suficiente para a melhoria global do paciente com esquizofrenia. Na atualidade é imprescindível que se trabalhe numa abordagem integrada num caráter

biológico e com estratégias psicossociais mantendo o foco tanto no doente quanto na família (Gonçalves-Pereira et al., 2006).

As primeiras intervenções psicossociais eram totalmente voltadas para o paciente, como o treino de competências sociais relacionado com as atividades de vida diária (higiene, preparo das refeições, gestão dos medicamentos, do dinheiro e do tempo, entre outros) e as relações interpessoais. O modelo de intervenção psicossocial validado para pessoas com esquizofrenia, e que apresenta um alargado número de estudos empíricos, é a terapia cognitivo-comportamental. Esta terapia tem mostrado resultados estáveis e moderados tanto para a sintomatologia positiva da doença, quanto para a negativa (Gould, Mueser, Bolton, Mays, & Goff, 2001).

Os conhecimentos acerca dos mecanismos da etiologia da esquizofrenia levam a crer que os determinantes da forma de evolução da doença e o nível de recuperação social que a pessoa atinge estão relacionados não somente com o simples tratamento, mas também com o ambiente em que o doente vive e o tipo de estimulação que recebe (Gonçalves-Pereira et al., 2006).

Assim, na busca por outros mecanismos de intervenção psicossocial, surgiram várias estratégias. No entanto, nenhuma foi considerada suficiente por si só, pois é relevante o envolvimento multidisciplinar com atuação de diversas áreas de intervenção psicossocial envolvendo as famílias, além da psicoterapia cognitivo-comportamental e a psicofarmacologia (Townsend, 2011).

Embora as famílias não estejam preparadas para lidar com os sintomas e comportamentos complexos que ocorrem com as pessoas com esquizofrenia, alguns autores consideram que juntamente com o tratamento farmacológico para atuar na regulação interna da excitabilidade cerebral, outros factores como a alteração nas relações emocionais no ambiente familiar, podem contribuir para a prevenção de recaídas, através da redução da intensidade de estímulos externos do quotidiano em que o doente está exposto. No entanto, torna-se fundamental que as famílias estejam envolvidas com tratamento e passem por um processo de capacitação, para se sentirem apoiadas e obterem aprendizagem para lidar de forma eficaz com a doença (Gonçalves-Pereira et al., 2006).

1.5. O Familiar Cuidador da Pessoa com Esquizofrenia

O conceito atribuído à família, segundo Cardoso (2011) refere-se a um sistema que é composto pelo comportamento e pela personalidade de cada membro que a compõe, e que causa influências sobre a estrutura e funcionamento deste sistema.

Independente das diferentes organizações familiares atualmente existentes, deve-se considerar o funcionamento do sistema família como um todo (Dessen e Braz, 2005). O funcionamento familiar é composto por diferentes dimensões na interação de seus membros. Essas dimensões são representadas pela coesão familiar (ligação emocional entre os membros da família), flexibilidade/adaptabilidade familiar (capacidade para lidar com mudanças) e comunicação familiar (interação verbal entre os membros da família que representa o elo para regular a coesão e flexibilidade familiar) (Olson e DeFrain, 2000).

De acordo com a Teoria Sistêmica, o funcionamento familiar é regido por princípios básicos, formando um sistema organizado por padrões circulares, complexos e composto de subsistemas interdependentes, que ao estabelecerem trocas com o ambiente externo, podem sofrer transformações. Contudo, esse sistema tende a reequilibrar-se na procura de um padrão estabilizador (Dessen & Braz, 2005; Fenollar, 2007).

Neste sentido, a família é considerada o pilar fundamental para o desenvolvimento das relações intrapessoais e sociais (Rodrigues & Abeche, 2011) e o principal agente mediador das relações entre os seus membros e a cultura. As diversas experiências que ocorrem no âmbito familiar, inclusive na dimensão do adoecimento, contribuem para a definição das formas de comportamento dos seus membros, das escolhas para a resolução de problemas específicos, bem como para a determinação do valor e da forma da integração numa coletividade. Portanto, a dinâmica do funcionamento familiar poderá ser alterada quando um membro da família apresentar algum tipo de doença, que o torne incapacitado para desenvolver as atividades de vida diária por conta própria (Almeida, 2009).

Especificamente no âmbito da saúde mental Rosa (2008) defende que, com o adoecimento mental no seio familiar, surgem diversas formas de representações sobre as relações da família com o indivíduo doente, a partir da possibilidade de intervenção ou do papel a ela conferido diante da realidade social. A autora aponta cinco direções estratégicas que cabem à família: recurso estratégico de intervenção; lugar que possibilita a convivência com o doente, considerando que as relações possam

permanecer ou reconstruírem-se; sofredora por conviver com a pessoa doente mental e precisar de ser tratada e provida de suporte social; sujeito da ação que se envolve com os meios sociais; e ainda provedora do cuidado.

Para a autora supracitada, o sentido da família provedora do cuidado, parte do pressuposto de que os serviços de saúde atuem no tratamento da pessoa com a doença mental nos momentos de crise e a família dê os cuidados continuados. Ou seja, a família é percebida como o agente potencializador de mediações entre o sujeito com transtorno mental e a sociedade.

Nesta perspectiva, a família como sujeito prestador de cuidados, é denominada como familiar cuidador e na língua inglesa como *Caregivers*. O prestar cuidados é percebido como função básica da vida familiar, composto por atividades complexas, que envolve as dimensões psicológicas, éticas, sociais e democráticas (Figueiredo, 2007).

O ato de cuidar implica múltiplas definições. No dicionário Aurélio de língua portuguesa, o ato de “cuidar” é definido como ação de tratar de algo ou de alguém; zelar ou tomar conta de algo ou alguém; preocupar-se com ou assumir a responsabilidade de; prover atenção a; ter zelo consigo próprio; velar por si; pensar-se ou deduzir-se; refletir-se; precaver-se, e entre outras, dar que cuidar (referente ao que ou a quem dá muito trabalho) (Ferreira, 2010).

Segundo Roach (2002), o desenvolvimento da capacidade de cuidar é essencial para o desenvolvimento do ser humano. O cuidado advém de uma força que move a capacidade humana de cuidar, estimulando esta habilidade em nós e nos outros, ao satisfazer uma resposta a algo ou alguém que importa, estruturando o nosso potencial para cuidar. A autora define cinco comportamentos básicos de cuidar, são eles: compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso.

Para Waldow & Borges (2011), o cuidado engloba atos, comportamentos e atitudes. Em referência aos atos realizados no cuidado, estes variam de acordo com as condições em que ocorrem as situações, e com o tipo de relacionamento estabelecido entre as partes. São variados nas diferentes maneiras distintas de cuidar, e estas variam de intensidade. A maneira de cuidar está relacionada com a situação e com a forma como nos envolvemos com ela e, também com o sujeito, e com o motivo da atenção do cuidado.

Na visão de Sequeira (2010), o termo cuidador é atribuído a pessoa que assegura os cuidados ao indivíduo dependente. O papel do cuidador está envolto em ações que garantem cuidados de natureza física, emocional e social com a responsabilidade de supervisionar, orientar e acompanhar os cuidados no dia a dia de maneira integral. Na maioria das vezes cabe aos familiares exercer a responsabilidade desta função.

Squire (2004) realça três dimensões referentes à prestação de cuidados: a responsabilidade (tomar conta de alguém); o satisfazer (responder às necessidades de alguém); e o sentir preocupação, interesse, consideração, e afeto pela pessoa que cuida.

Na maioria das situações de cuidado, segundo Velasquez, Rio & Marques (as cited in Sousa, Relvas, & Mendes, 2007), no momento de definir quem assumirá a responsabilidade dos cuidados, ocorrem dois movimentos concomitantes, ou seja, o envolvimento e o não envolvimento com o cuidado, que estão relacionados com a proximidade física e afetiva. Para os autores, quando uma pessoa assume a responsabilidade da prestação dos cuidados, outras se afastaram levando a entender que, uma vez assumido, o cuidado se torna intransferível.

Desta forma surge o cuidador principal, que assumirá a total responsabilidade ou a maior parte dos cuidados necessários para com a pessoa necessitada. Sendo os cuidadores secundários, aqueles que prestam cuidados complementares de forma mais reduzida, como familiares, amigos, vizinhos, voluntários (Stone, Cafferata & Sangl, as cited in Figueiredo, 2007).

Os cuidados exercidos pelo familiar no contexto da saúde mental, tornaram-se necessários a partir do fecho dos hospitais psiquiátricos e da desinstitucionalização dos pacientes com transtorno mental. A mudança de paradigma da atenção à saúde mental implicou a permanência do doente no seio familiar.

Contudo, torna-se importante entender a dinâmica familiar e o papel do cuidador familiar no contexto da saúde mental.

“Como a família responde às necessidades de provimento de cuidado e ao convívio com um portador de transtorno mental?” (Rosa, 2008, p.31).

Em primeiro lugar, deve-se entender como foi o processo de iniciação de como o familiar se tornou cuidador. Fazendo referência ao Brasil, parte-se do pressuposto que nos últimos 30 anos, a política de saúde mental tem sido norteadada pela busca da cidadania, da igualdade social e da autonomia do indivíduo com transtorno mental

(Pereira & Viana, 2013). Muitos pacientes que se encontravam internados em hospitais psiquiátricos passaram a receber os cuidados em serviços extra-hospitalares, especializados em saúde mental, e cuidados continuados pela família no ambiente familiar. Este facto colocou a família na condição de prestadora do cuidado, com responsabilidades que exigem disponibilidade de tempo, habilidades no trato com os sintomas emergentes da doença e meios financeiros para despesas decorrentes da doença.

No entanto, esta realidade colocou a família frente a novas situações. O despreparo para gerir esta nova situação propiciou o desgaste físico e emocional do cuidador. Os autores Martín et al. (2015), Melman (2008), Barroso, Bandeira, Nascimento (2009), Moreno (2009), ressaltam que a relação entre o familiar cuidador e o familiar com transtorno mental é influenciada pelo grau de dependência do doente e pela exigência de habilidades nas tarefas de cuidados, que se refletem negativamente sobre o estado emocional do cuidador e sobre a qualidade da prestação dos cuidados. Estes fenómenos experienciados pelo cuidador, podem gerar momentos de stress e de sobrecarga para o familiar que assume as tarefas do cuidado.

O termo sobrecarga (*Burden*) atribuído pelo dicionário Longman (2002) significa incomodar alguém com seus problemas; sobrecarregar alguém com responsabilidades.

A sobrecarga é definida como um desequilíbrio das emoções da pessoa que exerce tarefas de cuidados diários ao seu familiar que apresenta algum tipo de comprometimento, seja físico, psicológico, social, como também financeiro (J. C. R. Gomes, 2010).

A sobrecarga, no contexto da saúde mental, segundo Bandeira, Calzavara, & Castro (2008) e Melman (2008), é conceituada como o impacto causado no meio familiar pela convivência com a pessoa com transtorno mental, em que envolvem os aspectos econômicos, práticos e emocionais, aos quais os cuidadores são submetidos no dia a dia.

O conceito de sobrecarga envolve duas dimensões, objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva diz respeito às consequências negativas concretas e observáveis resultantes do papel de cuidador, que incluem a frequência de execução das tarefas quotidianas de cuidados dirigidos aos pacientes e a supervisão dos seus comportamentos problemáticos, as interferências na vida social e profissional dos cuidadores e as perdas financeiras (Maurin & Boyd, 1990; Tessler & Gamache, 2000).

A sobrecarga subjetiva é definida como a compreensão e reação emocional do familiar em relação ao papel de cuidador e envolve os sentimentos de incómodo com as tarefas de cuidado, as mudanças permanentes na sua vida no âmbito social e profissional, e preocupações com o paciente (Maurin & Boyd, 1990; Sequeira, 2010; Tessler & Gamache, 2000).

Segundo Martins, Ribeiro, & Garrett (2003), embora a sobrecarga se apresente em dimensão objetiva e subjetiva, influenciada pela cultura, as duas atuam em conjunto, e provocam impacto considerável na vida do familiar cuidador. Este impacto pode indicar, sobre o cuidador principal, uma elevada sobrecarga subjetiva associada a um pior estado de saúde física e mental (Figueiredo, 2013).

Estudos com abordagem sobre sobrecarga em familiares cuidadores, no contexto da saúde mental, indicam associação entre sobrecarga e variáveis como: severidade da sintomatologia, comportamentos problemáticos dos pacientes, baixo nível de funcionamento, perdas financeiras, baixo nível de escolaridade e de informação dos familiares, presença de crianças morando com a família, entre outros. Quanto aos comportamentos problemáticos incluem-se reações de agressividade, falta de atividade e apatia, os comportamentos embaraçosos e de auto risco (Bandeira & Barroso, 2005; Maurin & Boyd, 1990).

Nos estudos de Albuquerque et al. (2010), Bandeira, Calzavara & Castro (2008), Barroso, Bandeira & Nascimento (2009), Boeckel, Catarina & Schein (2012), Caqueo-Urizar et al. (2016), Cardoso, Galera, & Vieira (2012), Sequeira (2010), Ukpong (2012), verificou-se a existência de factores preditores da sobrecarga entre alguns aspetos sociodemográficos de cuidadores.

Importantes evidências foram verificadas no estudo de Barroso et al. (2009). Os autores verificaram que algumas características sociodemográficas dos familiares, apresentaram correlação significativa com a sobrecarga familiar. Estas características foram: o grau de parentesco entre o familiar cuidador e o indivíduo com transtorno mental, o estado civil do familiar, o facto de partilhar morada, a frequência de contacto entre o familiar e o doente, o valor do rendimento do cuidador e o peso dos gastos com medicamentos.

O facto de o familiar cuidador residir junto do familiar com transtorno mental, favorecendo o maior contacto entre ambos é uma das características que apresenta influência sobre a sobrecarga. Zhou et al. (2016) investigaram o efeito da sobrecarga

em familiares chineses que viviam com o paciente com esquizofrenia. Os autores encontraram nível elevado de sobrecarga nos cuidadores, e apontaram como factores geradores desta sobrecarga, a interferência do cuidado sobre as rotinas do cuidador, a assistência prestada ao paciente e o stress sentido pelo cuidador, proporcionados pela convivência. Barroso et al. (2009) também verificaram que o facto de o familiar cuidador residir com o paciente, apresentou relação significativa com a sobrecarga familiar.

É importante destacar que, no Brasil, o modelo atual de atenção à saúde mental favorece a convivência do paciente com a família. Portanto, este facto será cada vez mais evidente e algumas providências devem ser tomadas para melhorar a relação entre o cuidador e a pessoa com o transtorno mental, com o objetivo de amenizar a sobrecarga.

O grau de escolaridade dos familiares cuidadores foi outra característica sociodemográfica evidenciada na literatura. Ukpong (2012) ao investigar a relação entre os sintomas de esquizofrenia, sobrecarga e tensão psicológica em cuidadores de pessoas com esquizofrenia no sudoeste da Nigéria, verificou elevada sobrecarga em cuidadores associada à baixa escolaridade e altos níveis de tensão psicológica do cuidador relacionado com o facto de o paciente ser do sexo feminino e ter baixo nível de escolaridade. Foram verificados, ainda, sintomas negativos da esquizofrenia como fortes preditores de sobrecarga e tensão psicológica nos cuidadores.

Resultados semelhantes foram encontrados por Zahid & Ohaeri (2010a) em estudo realizado na Arábia Saudita, que também identificaram elevada sobrecarga subjetiva associada ao baixo nível de escolaridade dos familiares cuidadores de pacientes com esquizofrenia, e alto nível de sobrecarga associado ao facto de os pacientes serem do sexo feminino, além de terem idade jovem e longa duração da doença.

O facto de a sobrecarga familiar ser caracterizada pela dimensão objetiva e subjetiva, faz com que a literatura tenha apresentado estudos com abordagem de foco em ambas. Os estudos contribuem para a compreensão do impacto da doença mental sobre os domínios da vida que incluem tarefas de cuidados exercidas pelo familiar cuidador e, sobre os sentimentos dos familiares associados à vivência psíquica advinda da sobrecarga.

Caqueo-Urizar et al. (2016) ao estudarem a sobrecarga objetiva e subjetiva e sua influência na relação entre familiar cuidador e o paciente com esquizofrenia no Chile verificaram correlação entre elevado nível de sobrecarga na assistência ao paciente

relativo às atividades diárias e baixa qualidade da relação cuidador-paciente. Ainda, encontraram correlação significativa entre a frequência em que o familiar cuidador precisou intervir no comportamento problemático do paciente e duas variáveis, ou seja, preocupação com comportamento problemático e a baixa qualidade da relação entre cuidador-paciente. Em conclusão, os autores apontaram elevada sobrecarga em familiares cuidadores associada à preocupação com o paciente, assistência nas tarefas diárias e o impacto dos cuidados sobre as rotinas diárias do cuidador.

O comportamento problemático também foi o maior determinante de sobrecarga global encontrado no estudo de Zahid & Ohaeri 2010a), e de Grandón, Jenaro, & Lemos (2008), com familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia no Chile. Os autores alertaram que familiares com baixo autocontrolo sobre lidar com os comportamentos problemáticos das pessoas com esquizofrenia, apresentam alto nível de sobrecarga.

Os resultados dos estudos supracitados reforçam a importância de se manterem as relações intrafamiliares em harmonia, a fim de gerar boa convivência entre as pessoas e propiciar um ambiente mais tranquilo. Melman (2008) esclarece que para ocorrer um bom funcionamento social do paciente com transtorno mental, tem que haver a disponibilidade de suporte familiar. O autor reforça que deve ser considerado que o vínculo dos pacientes com a família normalmente é dificultoso e problemático devido à convivência diária e a prestação de cuidados gera sobrecarga física, emocional, económica e social.

Relativamente à severidade da doença mental, Rofail, Regnault, Scouiller, et al. (2016) realizaram um estudo em França sobre validação de instrumento de avaliação do impacto do cuidado sobre cuidadores de pacientes com esquizofrenia . Os autores verificaram elevada sobrecarga em familiares cuidadores, quando os sintomas da esquizofrenia eram mais severos ou quando o quadro clínico do paciente se agravava, e baixa sobrecarga em familiares cuidadores, quando os pacientes estabilizam. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Aranda-Reneo, Oliva-Moreno, Vilaplana-Prieto, et al. (2013) com grupo de familiares cuidadores em França, Alemanha, Itália e Espanha.

A sobrecarga subjetiva significativamente menor foi verificada em familiares cuidadores, em que os pacientes apresentavam níveis mais altos de funcionamento e quando o estado de saúde dos cuidadores informais era considerado bom. Os autores não verificaram determinantes significativos para a carga objetiva. No entanto, verificaram a associação entre uma percepção positiva de cuidar e mais horas gastas em cuidados (Flyckt, Fatouros-Bergman, & Koernig, 2015).

Os estudos realizados nos serviços públicos do Brasil, com população de familiares cuidadores de pacientes com transtorno mental, têm apresentado resultados similares aos estudos desenvolvidos em outros países, tanto relacionados com as características sociodemográficas dos familiares e pacientes, quanto aos domínios de vida do familiar cuidador influenciados pela sobrecarga. Para avaliar a sobrecarga, os pesquisadores recorrem a instrumentos, que possibilitam verificar os aspectos físico, emocional, social e de cotidiano dos envolvidos.

Relativamente aos estudos de Albuquerque et al. (2010), Bandeira et al. (2008), Barroso et al. (2009), Cardoso et al. (2012), Filho et al. (2010), (Nolasco, Bandeira, Oliveira, & Vidal (2014) e Shein & Boeckel (2012), a Escala de sobrecarga em familiares FBIS-BR foi utilizada para avaliar a sobrecarga em familiares de pessoas esquizofrenia. Trata-se da mesma Escala utilizada no presente estudo, mas que será descrita no capítulo metodológico.

Bandeira et al. (2008) realizaram a validação da Escala de sobrecarga – FBIS-BR para o Brasil. O estudo foi realizado em três instituições de saúde mental no estado de Minas Gerais (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS em São João Del Rei e Lavras e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG). Os resultados demonstraram que a pontuação mais elevada de sobrecarga objetiva foi encontrada para o domínio da vida do familiar referente à *Assistência ao paciente na vida quotidiana*, e o valor menos elevado foi verificado para o domínio que se refere às *Alterações ocorridas na rotina social e profissional do cuidador*. Quanto ao valor mais elevado de sobrecarga subjetiva foi relativo ao domínio *Preocupações do familiar com o paciente* e o menor valor foi verificado para a *Assistência ao paciente na vida quotidiana*. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Schein (2012) que tratou de analisar a sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes de CAPS numa cidade do interior do estado de Santa Catarina.

Barroso et al. (2009) estudaram os factores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos em Centros de Referência em Saúde Mental - CERSAM de Belo Horizonte, MG. Os autores verificaram uma relação significativa entre sobrecarga familiar e as variáveis sociodemográficas, grau de parentesco do familiar com o paciente, estado civil do familiar, residir com o paciente, frequência de contacto com o paciente, e valor do rendimento/gastos com o paciente. A gravidade da condição clínica dos pacientes foi considerada forte condição, para a sobrecarga subjetiva dos familiares cuidadores. Em resumo, os resultados indicaram que

o nível de sobrecarga subjetiva foi maior, quando os familiares experimentavam maior sobrecarga objetiva.

A avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes com esquizofrenia atendidos no Hospital-dia da rede pública da cidade de Teresina, no estado do Piauí, foi foco do estudo de Filho et al. (2010). Os autores verificaram sobrecarga objetiva e subjetiva relacionadas com o domínio de vida dos familiares *Assistência na vida quotidiana* no que diz respeito às tarefas de cuidados com higiene, administração de medicamentos, preparação de alimentos, acompanhar o paciente a consulta e demais lugares, e encorajar o paciente a não ficar ocioso. Estas atividades elevaram consideravelmente a sobrecarga subjetiva dos familiares cuidadores pelo incômodo causado pela assistência. Quanto ao domínio *Supervisão dos comportamentos problemáticos*, os autores relataram elevada sobrecarga subjetiva pelo facto de o familiar ter que supervisionar o paciente durante o período da noite, para não incomodar outras pessoas. As rotinas diárias dos familiares foram alteradas de forma quase permanente constatando elevada sobrecarga subjetiva. Resultados similares foram também verificados no estudo de Caqueo-Urizar et al. (2016).

A literatura aponta que os familiares envolvidos com o cuidado do paciente com transtorno mental, apresentam diferentes graus de parentesco, sobressaindo os pais e os irmãos dos pacientes. Os autores Albuquerque et al. (2010) estudaram a sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos dividindo-os em grupo de pais, irmãos e cônjuges dos pacientes. Verificou-se que nos três grupos a predominância de cuidados recaiu sobre o sexo feminino, e a idade média dos pais foi similar à média de idade de cuidadores de outros estudos, ou seja, acima dos sessenta anos. Os autores ressaltam que os pais são apontados como os principais cuidadores e apresentam sobrecarga mais elevada em relação aos demais familiares cuidadores. Schein, et al. (2012) chamam a atenção para o facto de que somente na ausência dos pais, é que o cuidado recai sobre os irmãos do paciente.

Estudo comparativo entre familiares de pessoas com diferentes tipos de transtorno mental foi realizado por Nolasco et al. (2014). Os autores compararam um grupo de familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, com um grupo de familiares cuidadores de pessoas com depressão. Verificaram-se que os dois grupos de familiares cuidadores apresentaram maior nível de sobrecarga objetiva para o domínio *Assistência na vida quotidiana* e maior nível de sobrecarga subjetiva para o domínio *Supervisão dos comportamentos problemáticos*. Quanto às características sociodemográficas dos

familiares, ter idade mais avançada, menor grau de escolaridade e não possuir rendimento foram apontadas como preditores para sobrecarga subjetiva. Evidenciou-se ainda, que as características sociodemográficas dos pacientes, como género masculino, idade avançada e sem rendimento foram preditores da sobrecarga subjetiva nos familiares cuidadores. Outras características do paciente como, estar em crise e apresentar maior número de comportamentos problemáticos constituíram fatores preditores para elevada sobrecarga subjetiva.

Os estudos apresentados neste capítulo foram desenvolvidos em cidades e países culturalmente diferentes, e neles foram observadas similaridades entre os resultados, quanto à presença da sobrecarga sobre familiares cuidadores, evidenciando que o familiar cuidador, no contexto da saúde mental, vivencia as mesmas problemáticas referentes ao cuidado, sinalizando que não é tarefa fácil.

É dentro deste contexto que se justifica a necessidade de capacitar cuidadores informais familiares, para que não só aprendam a lidar com a doença que cuidam, mas também que tenham perceção das suas próprias necessidades, durante o desempenho da tarefa. Integrar o familiar cuidador na tarefa de cuidados impõe dotá-lo de ferramentas, que poderão auxiliá-lo no dia-a-dia, de forma que sejam reduzidos os seus níveis de stress e sobrecarga.

1.6. A Educação para a Saúde no apoio ao cuidador informal

Diante das problemáticas advindas do cuidado e da exposição da saúde do cuidador, é coerente que estes recebam uma atenção adequada, que atenda às suas necessidades. Segundo Palma (as cited in Monteiro, 2016), os cuidadores apresentam necessidades para se ajustarem ao processo de cuidados. Tais necessidades são denominadas como: necessidade fisiológicas referentes ao repouso e sono; necessidades económicas; necessidades de formação e informação sobre a doença e técnicas de cuidado, que podem atenuar as dificuldades enfrentadas com as tarefas.

Relativamente a formação e informação, deve-se focar na promoção da saúde e valorização da educação na vida do indivíduo, da família e da comunidade, considerando a convivência em todos os aspetos de vida social. Desta forma, a somatória dos saberes e das experiências vividas no quotidiano do indivíduo deve ser considerada nas ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Neste contexto, a educação para a saúde é

considerada uma importante ferramenta de promoção da saúde, que através de apoios educacionais e ambientais pode atingir ações que intervêm nas condições de vida que conduzem à saúde do indivíduo e de uma população (Salci et al., 2013).

Carvalho & Carvalho (2006) colocam que a educação se articula com a saúde. Neste seguimento, a educação apresenta a ideia de *“um processo de desenvolvimento de forma natural e espontânea e que se deseja global, harmónico, estruturado e hierarquizado, das capacidades do homem”* (Dias, 1993).

Para Carcel (2000), a educação para a saúde é um processo holístico, que apresenta uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões e constante interação com o meio. Neste sentido, através da educação para saúde se pretende melhorar a saúde da pessoa, grupos ou comunidade, envolvendo-se os processos internos do sujeito, permitindo-lhes a adoção de práticas saudáveis, respeitando o estilo de vida e os seus valores.

A educação para a saúde é vista como um processo orientado para o emprego de estratégias, que possibilita os indivíduos e a comunidade a adotar estilos de vida saudáveis, que promovam melhores níveis de saúde. Neste sentido é um amplo campo de atuação direcionando ao bem-estar global associado à vida, saúde solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e campos de ação conjunta. Além de ações políticas que visam a saúde da população, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (World Health Organization, 2014).

Ações de promoção da saúde estão relacionadas com o desenvolvimento pessoal e social do indivíduo e podem ser realizadas via divulgação de informações essenciais, educação para a saúde e fomento das atividades fundamentais para obter uma vida saudável. No que diz respeito à Educação para a Saúde, as suas práticas têm sido um veículo de aproximação entre os serviços de saúde, indivíduo e comunidade. As práticas acontecem pela troca de saberes e experiências entre todos de forma ativa e participativa, na busca da melhora da condição de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

De acordo o Ministério da Saúde (2007), a Educação para a Saúde está inserida em todas as práticas desenvolvidas no Sistema Único de Saúde - SUS, de forma compartilhada e com relação direta entre os serviços e comunidade.

Salci, Maceno, Rozza, et al. (2013) ressaltam que, para que as práticas em Educação sejam de facto efetivas na saúde, se devem propor ações com a participação

social dos sujeitos, obedecendo aos princípios do SUS, principalmente no que diz respeito à integralidade dos saberes, das práticas, das vivências e dos espaços de cuidado. As ações de Educação a para Saúde devem ser desenvolvidas na perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa. As ações devem proporcionar ao sujeito a informação sobre educação sanitária, autonomia, compreensão dos seus direitos e todas as atitudes indispensáveis à manutenção da boa condição de saúde.

A prática educativa deve estar presente na práxis dos profissionais de saúde e estes devem ter autonomia para pensar e repensar modos de cuidados humanizados, compartilhados e integrais. Embora cada profissional tenha o seu campo do saber, nas ações comuns devem envolver-se competências comuns e responsabilidades. Os saberes compartilhados e organizados propiciam o desenvolvimento de práticas educativas, tanto individuais, quanto coletivas. A troca de conhecimentos entre os profissionais que compõem a equipa de saúde, usuários dos serviços e a comunidade, proporciona a construção de ações conjuntas, a fim de transformar a realidade de um povo considerando os aspetos sociais, culturais e económicos, de acordo com as necessidades da comunidade (Morosini, Fonseca, & Pereira, 2009).

Para Pereira & Viana (2013), a prática educativa em saúde está composta por atividades de educação, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, que visam a melhoria da qualidade de vida e da saúde das pessoas. Ou seja, trata-se de conceder o empoderamento às pessoas, cujo conceito está relacionado com a definição de autonomia, capacidade de indivíduos e grupos decidirem sobre questões que lhes dizem respeito. Questões estas referentes à política, economia, saúde, cultura, entre outras.

A preparação e a conscientização dos profissionais de saúde sobre as boas práticas em educação para a saúde, iniciam-se logo nas universidades, que têm a função de formação profissional e de responsabilidade social, através da atividade de extensão.

Os cursos académicos da área da saúde, através das atividades de extensão universitária possibilitam o processo educativo, cultural e científico, que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável. Este processo viabiliza aos formandos a vivência pela práxis do conhecimento académico associado ao conhecimento popular, propiciando uma relação transformadora entre a universidade e a sociedade (Nogueira, Mendes, Meirelles et al., 2007).

PARTE I

Para além das Universidades, é necessário não esquecer a formação continuada dos profissionais, que compõem os serviços de saúde. No ano de 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde no Brasil, que debateu sobre a formação das equipas de Saúde da Família no campo da Saúde Mental. Nesta Conferência participaram os trabalhadores, usuários dos serviços e familiares. Procurou-se através das políticas de formação, o fortalecimento subjetivo, ético e profissional dos trabalhadores da Saúde (Souza, 2010).

De acordo com a autora supra citada, é de fundamental importância o investimento do governo na criação de programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em Saúde Mental através de capacitações e educação continuada via cursos de atualização, Pós-graduação, estágios, residências médicas, integração docente assistencial, educação continuada e descentralizada, supervisão clínica e institucional permanente para os gestores, equipas do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, trabalhadores dos serviços de urgência e emergência do hospital geral, dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos incluindo os dispositivos residenciais para pessoas com transtorno mental, dos profissionais de nível médio e superior da rede de Saúde Mental, dos integrantes das instâncias de controlo social (familiares e usuários). O foco também deve estar sobre a inclusão de usuários dos serviços e familiares no processo de formação em Saúde Mental.

No ano de 2005, a organização não governamental Fórum Mineiro de Saúde Mental propôs um curso de formação política para os usuários dos serviços de saúde mental, baseado no conteúdo da Linha-Guia de Saúde Mental. A Linha-Guia foi organizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e utilizada na formação de profissionais da Atenção Primária e profissionais de Saúde Mental. A formação teve o objetivo de dar sustentação e consolidação à reforma psiquiátrica (Coelho & Braga, 2010).

É importante reforçar que, no âmbito da saúde, mesmo considerando que cada área profissional tem o seu campo de responsabilidade e saber específico de ocupação, há também um campo de competência e responsabilidade, que é compartilhado. Neste campo, os saberes e responsabilidades são comuns e confluentes entre os vários profissionais e especialistas, que se organizam para desenvolver práticas educativas. As práticas educativas podem contribuir para uma melhor qualidade no fazer quotidiano dos profissionais a partir da troca de conhecimento entre eles, como membros de uma equipa do serviço de saúde e entre os profissionais e os sujeitos, de forma individual e coletiva.

Neste contexto devem considerar-se os aspetos cultural, económico e social da comunidade em questão (Vasconcelos, Grillo, & Soares, 2009).

Portanto, diante do exposto, é através da educação, na lógica da formação de conhecimentos que a reforma psiquiátrica se tem organizado para se efetivar e garantir a participação política de todos.

1.6.1. Educação para a Saúde e Intervenção Didática

O princípio pedagógico da Educação para a Saúde, segundo Vasconcelos, Grillo & Soares (2009), fundamenta-se na metodologia da problematização, que retrata criticamente a realidade do quotidiano vivido pelos sujeitos e as possibilidades de criação de soluções para os seus problemas. A ação educativa desta metodologia contém momentos de construção coletiva compartilhada entre os participantes numa troca de saberes, experiências e propostas. Fundamentando-se em Paulo Freire (1974), os autores ressaltam que, nesta metodologia, a concepção de educação é um processo contínuo de reflexão-ação-reflexão, que tem como base a caracterização dos problemas a serem debatidos, a articulação com a realidade social e o encaminhamento de soluções num processo contínuo.

A Educação para a Saúde atende à Política Nacional de Promoção da Saúde instituída pelo SUS com base nas diretrizes estabelecidas pela Carta de Otava. As diretrizes salientam que a educação e a saúde se apresentam como práticas sociais inseparáveis e interdependentes, que se articulam e são fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde (Buss, 1999).

O Ministério da Saúde do Brasil esclarece que é necessário o desenvolvimento de ações de educação para a saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa, de forma a contribuir para a formação da autonomia do indivíduo. Cada um tem que ter a consciência de seus direitos e da responsabilidade sobre a própria saúde. Quanto aos profissionais, estes devem ser autônomos para reinventar maneiras de cuidados mais humanizados, compartilhados e integrais. As ações devem estar voltadas para a promoção da saúde e inclusão social (Ministério da Saúde, 2007).

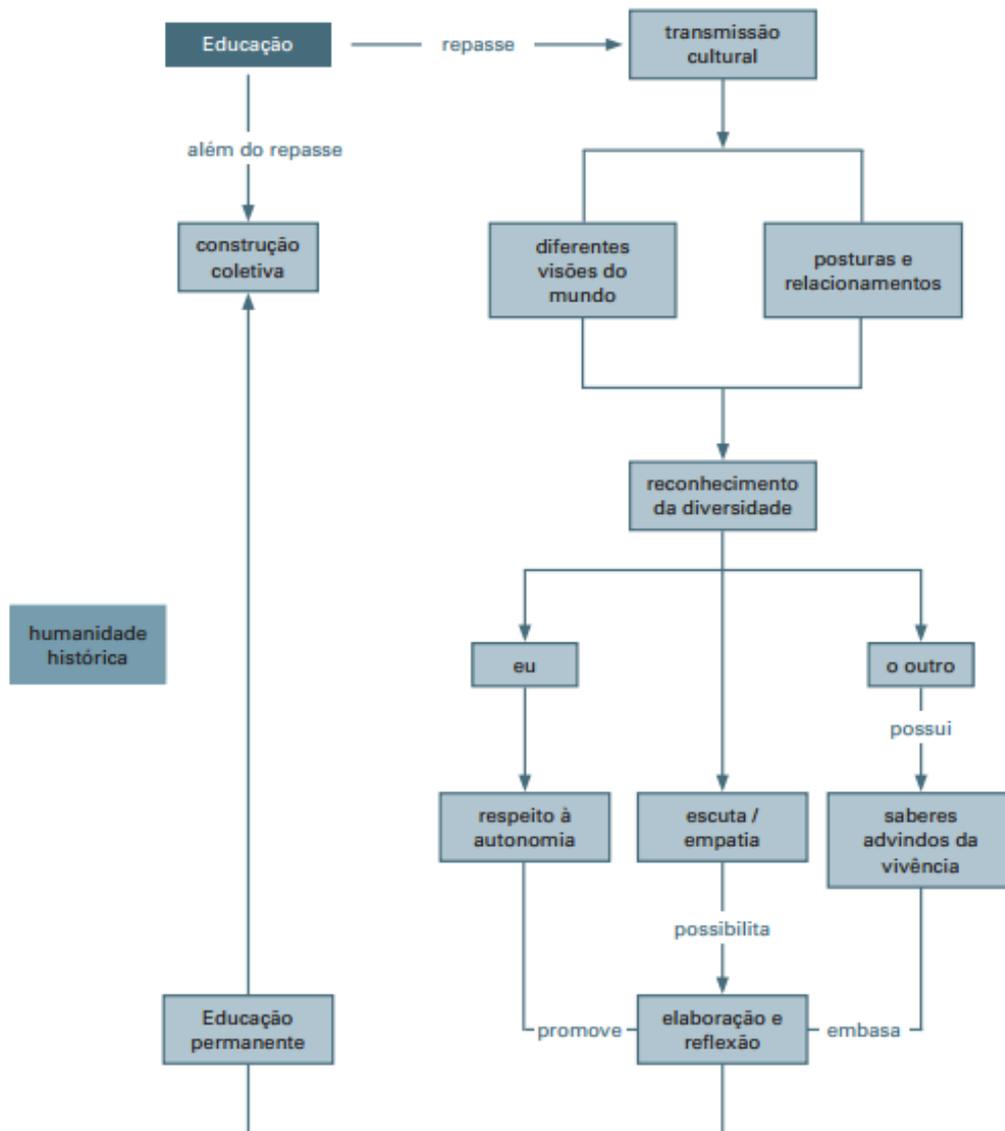
Neste sentido, o processo educativo não deve seguir a lógica da transmissão do conhecimento, no qual o profissional detém o conhecimento e o transmite para o educando, sem se preocupar com a realidade social, crenças e valores dos sujeitos e da

PARTE I

comunidade. Pelo contrário, deve-se despertar nos sujeitos a busca pelo conhecimento e o desejo de alterar o seu comportamento para uma melhor forma de viver, sem agredir a sua saúde e a saúde de terceiros. Envolve o autorespeito e o respeito ao próximo (Saviani, 2008).

Para Vasconcelos et al. (2009), no âmbito da saúde, a metodologia educacional a ser adotada, deve ser baseada nos princípios de uma pedagogia crítica, transformadora e abrangente. Nesta, os profissionais da saúde e a comunidade devem participar de forma ativa no processo da aprendizagem que é considerado desde o planejamento, desenvolvimento até à avaliação do projeto político, técnico assistencial e pedagógico da equipa de saúde. Os autores elaboraram um mapa conceptual, que explica o modelo da pedagogia crítica e transformadora.

Figura 5 - Modelo Conceptual de uma pedagogia crítica e transformadora.



Fonte: Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Bases teóricas de uma práxis educativa, Vasconcelos et al (2009).

Segundo Machado & Wanderley (2012, p.6) é necessário compreender que os sujeitos são detentores de conhecimentos sobre os quais constroem a própria identidade e são reconhecidos pelos seus pares. Este factor é fundamental para que o processo educativo seja transformador. O autor enfatiza que “o ser humano não pode ser compreendido fora do seu contexto, sendo ele o sujeito de sua própria formação, que se desenvolve por contínua reflexão sobre sua realidade visando a consciência crítica” - Paulo Freire (1974).

A educação é um importante caminho para desenvolver as práticas de saúde do SUS, no sentido de construir sujeitos em estado de permanente aprendizagem respeitando a autonomia e valorizando a criatividade dos educandos (Ministério da Saúde, 2005a).

Desta forma, as referências atribuídas à Educação para a Saúde colocam-na como meio condutor de ações educativas de promoção da saúde do indivíduo e da comunidade.

1.6.2. Intervenção psicoeducativa para o familiar cuidador da pessoa com esquizofrenia

A convivência do familiar com a pessoa com esquizofrenia, favorecida pela desinstitucionalização, aponta para a necessidade de cuidar desta relação social. O comprometimento da família com os cuidados prestados ao familiar doente e o despreparo dos familiares para a nova situação envolvem tanto o esforço mental, quanto o esforço físico, gerando emoções negativas como a angústia, ansiedade, medo e culpa (Brito, 2006).

Para Borba, Schwartz, & Kantorski (2008), os factores que desencadeiam o desgaste psíquico nos familiares cuidadores, estão relacionados com o impacto do diagnóstico, a adaptação a nova realidade, o estigma social, a dependência do familiar doente, e os aspetos crónicos da doença que geram conflitos constantes, medo de recaídas, receios do comportamento do doente nos momentos de crise, e a sobrecarga.

Segundo Brito (2006), outras implicações que atuam sobre o familiar cuidador e a pessoa com esquizofrenia estão relacionadas com a fase aguda da doença, ou seja, quando os sintomas positivos diminuem ou desaparecem. Porém, o mesmo facto não ocorre com os sintomas negativos. Desta forma, o doente se mantém comprometido com falta de interesse e de iniciativa quanto ao desempenho das atividades de vida diária, com o trabalho, com dificuldades em relacionar-se, inibição e, baixo funcionamento social. O autor acentua que estes factores desencadeiam sérias consequências, como baixo nível de qualidade de vida para ambos, e alerta que os sintomas negativos são os que mais incomodam os familiares, e ressalta que estes sintomas não são reconhecidos na família como provenientes da doença, mas sim como uma característica da personalidade do doente.

Desta forma, a sobrecarga se instala-se no ambiente familiar, de maneira mais acentuada para o familiar que desempenha o papel de cuidador (Borba et al., 2008; Brito, 2006).

Nesse sentido, é essencial a utilização de recursos por meio de intervenções de apoio focado nas necessidades específicas dos familiares cuidadores para promover o ajustamento funcional à doença e às exigências das tarefas de cuidados. As intervenções psicossociais, como a psicoterapia, o aconselhamento, os grupos de suporte ou as intervenções psicoeducativas têm demonstrado ser eficazes (Brito, 2006).

Portanto, devido aos elevados níveis de sobrecarga em familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental, verificado em resultados de estudos sobre o tema, os autores sugerem a aplicação de intervenções psicoeducativas, no sentido de diminuir a sobrecarga e melhorar a qualidade de vida dos cuidadores e das pessoas com transtorno mental (Barroso et al., 2009; Filho et al., 2010; Grandón et al., 2008; Schein & Gonçalves, 2012; Zahid & Ohaeri, 2010a; Zhou, Ning, YupZhou et al., 2016).

Segundo Sampaio (2011), a psicoeducação surgiu em meados dos anos 80 na Alemanha, através do grupo de trabalho denominado *Psychoeducation of Patients with Schizophrenia* e passou a ser entendida como uma intervenção didática de caráter psicoterapêutico. Brown (2011), afirma que esta intervenção é sustentada em métodos experimentais e científicos e se baseia no facto de que a cognição gera as emoções e os comportamentos e a componente cognitiva antecede a afetiva.

Os primeiros modelos de intervenção familiar tinham uma componente informativa e de apoio emocional, e outras específicas como adesão à terapêutica e, ainda, intervenções para integrar o doente com o familiar. Neste último caso, o autor cita o modelo de Falloon, que abrange vários aspetos da problemática da doença mental no âmbito familiar e desenvolve o trabalho individualmente com as famílias no ambiente familiar (Gonçalves-Pereira et al., 2006).

Embora existam diferenças entre os modelos de intervenção familiar, a abordagem cognitiva comportamental, fundamentada na psicoeducação, é o ponto comum entre todos eles. Esta abordagem tem como objetivo melhorar a gestão da doença por via da redução dos níveis de stress na família, ensinar a lidar com os comportamentos problemáticos e com a adesão a terapia medicamentosa. Ainda tem como objetivo ajudar os membros da família a alcançarem os seus objetivos pessoais e a terem a capacidade de resolução de problemas (Pollio, North, Reid, Miletic, & McClendon, 2006).

Nesta lógica, os autores supracitados ressaltam que existe um consenso sobre os elementos fundamentais das intervenções psicoeducativas na esquizofrenia, a saber: o estabelecimento da relação com a família e avaliação das suas necessidades e competências; informações importantes sobre a doença e seu tratamento; treino de competências de comunicação; treino da técnica de resolução de problemas com abordagem específica para medicação, prevenção, recaídas; gestão das situações de crise; e apoio familiar continuado.

De acordo com Reis (2004), a psicoeducação é uma intervenção terapêutica que utiliza intervenções para fornecer aos familiares cuidadores, informações sobre a doença, melhorar a compreensão sobre os sintomas, propiciar habilidades para resolução de problemas e incentivar a participação em atividades sociais.

As intervenções psicoeducativas, na ótica da *World Schizophrenia Fellowship* datada de 1998, é contemplada por dois objetivos: obter resultados clínicos e funcionais para a pessoa com doença mental via abordagens com a integração da colaboração entre os profissionais de saúde, famílias e o doente; e aliviar o sofrimento dos familiares através de apoio e meios para potenciar a reabilitação deste_(Gonçalves-Pereira et al., 2006).

Segundo Pfammatter, Andres, & Brenner (2012), as primeiras abordagens criadas como intervenções familiares tinham como objetivo primário diminuir a taxa elevada de emoção expressa na família, a partir da aquisição de conhecimentos sobre a doença, além de desenvolver as competências de gestão da doença. Neste sentido, as intervenções psicoeducativas centradas na gestão da doença apresentam tipos diferentes de abordagens:

- 1) abordagem com apenas uma família;
- 2) abordagens multifamiliares com e sem a inclusão da pessoa com esquizofrenia;
- 3) abordagem com as pessoas com esquizofrenia, em formato individual ou em grupo;
- 4) abordagem bimodal, com as pessoas com esquizofrenia e seus familiares, em sessões de grupos separados.

Os autores afirmam que, de acordo com a literatura, as intervenções psicoeducativas realizadas em grupos de familiares apresentaram mais eficácia tanto no aspeto quantitativo, quanto no qualitativo, e ainda reforçam que não há outro modelo de

intervenção psicológica no tratamento da esquizofrenia, que tenha comprovado superior eficácia.

Para Anderson e colaboradores (as cited in Sampaio, 2011), a psicoeducação apresenta um caráter terapêutico comportamental, que leva em conta a informação ao doente sobre a sua doença; o treino de resolução de problemas; o treino de comunicação; e o treino de assertividade. Segundo o autor, este modelo favorece suporte a todos os envolvidos no processo de cuidado, no sentido de facilitar a comunicação e partilhar informações que são necessárias para o entendimento geral da ação do cuidar e do ser cuidado.

Ainda, na visão de Lopes & Cachioni (2013), as ações desenvolvidas na psicoeducação não devem ter o caráter apenas informativo sobre a doença, mas também visar a melhoria do estado psicológico e emocional dos cuidadores e que reconheçam e estabeleçam no seu meio social uma rede social de apoio.

Vários estudos científicos apresentam como objetivo compreender a eficiência, as vantagens e contribuição da intervenção psicoeducativa no sentido de proporcionar bem-estar ao familiar cuidador, mesmo com o impacto das tarefas do cuidado na vida pessoal, social e laboral deste. Para realçar a intervenção psicoeducativa, realizou-se uma revisão de estudos empíricos acerca do tema, que estão representados por vários investigadores (Hasan & Cllaghan, 2015; Palli, Konstantinos & Richardson, 2015;)

O estudo realizado por Hasan e Cllaghan (2015) na Jordânia utilizou a intervenção psicoeducativa com familiares cuidadores de pacientes com esquizofrenia, atendidos em ambulatório de saúde mental. Os investigadores compararam dois grupos de familiares, sendo que um deles recebeu intervenção psicoeducativa por três meses. A partir da intervenção foram fornecidas informações aos participantes acerca da natureza da doença, sintomas, causas, importância do apoio da família, gerenciamento da administração dos medicamentos antipsicóticos, reconhecimento de sinais de alerta e recaída, resolução dos problemas, identificação e gerenciamento de factores preditores do stress. Verificaram melhoras significativas para o grupo que recebeu intervenção relativamente à conscientização sobre a doença, melhoria nas habilidades de resolução de problemas de comunicação, na convivência entre os envolvidos e na execução das tarefas diárias por parte do familiar cuidador. Alertam, ainda, que não se pode afirmar que estas mudanças persistirão por longo tempo, mas reconhecem que a intervenção deve fazer parte da terapêutica dos serviços de saúde e ser integrada na rotina dos pacientes e familiares cuidadores.

Outra investigação foi realizada no sentido de avaliar a eficácia de um programa psicoeducativo com o objetivo de melhorar a coesão familiar, o alívio da sobrecarga e a redução dos sintomas depressivos em familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, na Grécia. Algumas características sociodemográficas chamaram a atenção pois, de forma diferente da maioria de estudos com familiares cuidadores, boa parte dos participantes apresentaram elevado nível educacional. A maioria dos familiares era reformada e compartilhava a mesma moradia. No que diz respeito à intervenção psicoeducativa, os resultados indicaram melhorias estatisticamente significativas quanto à diminuição do valor global de sobrecarga familiar, comportamento agressivo do paciente, impacto nas atividades diárias e nas relações sociais. Houve melhoria na coesão familiar e nos sintomas depressivos em familiares, que cuidavam do paciente há mais de dez anos. Segundo este estudo, estas melhoras persistiram durante os doze meses de acompanhamento de estudo, exceto sobre o impacto nas atividades diárias, que voltou à condição inicial. Os autores comprovaram que não houve melhoras no grupo de controlo (Palli et al., 2015).

Brito (2006) reforça que é necessário a disponibilização de formação adequada aos profissionais que trabalham com pessoas com esquizofrenia e que está previsto pela Resolução nº 47/2008 que os profissionais de saúde, ou seja, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outras profissões atuantes na saúde mental, devam receber formação multidisciplinar, para atuar com eficácia na intervenção psicoeducativa.

No seguimento desta linha de pensamento sobre a intervenção educativa para familiares cuidadores, e considerando que o presente estudo tem como orientação desenhar uma intervenção psicoeducativa orientada para a prática da atividade física, torna-se importante realçar um dos componentes da educação para a saúde orientados pelo sistema brasileiro de saúde pública, ou seja, práticas integrativas corporais.

1.6.3. Práticas Integrativas Corporais

Segundo Buss (2003), existe uma diversidade de conceitos disponíveis sobre as Práticas Integrativas Corporais (PIC) , que podem ser reunidas em duas grandes vertentes. A primeira está direcionada à implantação de programas educativos, que tendem a modificar o comportamento e o estilo de vida do indivíduo e da comunidade. A segunda vertente tende a ampliar o campo de observação da primeira, evidenciando a

importância dos determinantes gerais da saúde (estilo de vida, biologia humana, ambiente e serviços de saúde), de políticas públicas e do empoderamento sobre a qualidade de vida.

Neste sentido, Moretil, Almeida, Westphal, & Bógus (2009) consideram que existe uma conformidade no que diz respeito à qualidade de vida englobar aspetos interligados que se relacionam com as condições materiais indispensáveis à sobrevivência e à satisfação das necessidades básicas humanas. Estas necessidades referem-se ao acesso a um sistema educacional e de saúde de qualidade, a uma alimentação adequada, ao vínculo ocupacional satisfatório de geração de renda, e a uma moradia digna. A qualidade de vida está relacionada às experiências e valores individuais e coletivos, ou seja, é uma construção social que se desenvolve num território, por meio da intersectorialidade e da participação social. Os autores ressaltam que se deve considerar também outros valores, como solidariedade, liberdade, inserção social e acesso à informação, preservação e proteção do ecossistema, e políticas de desenvolvimento económico social sustentável.

Desta forma, as práticas integradas complementares, dentro das suas várias abordagens, apresentam uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, em especial o autocuidado. No âmbito da relação intercultural, a PIC tem o objetivo de propiciar o entendimento de pessoas com culturas diferentes, em que a escuta e o enriquecimento dos diversos espaços de relação possam ser facilitados e promovidos, visando o fortalecimento da identidade própria, do autocuidado, da autoestima, da valorização da diversidade e das diferenças, além de proporcionar o desenvolvimento de uma consciência de interdependência, para o benefício e desenvolvimento comum (Ministério da Saúde, 2016).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi instituída pela Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, seguindo as recomendações e diretrizes do Sistema Único de Saúde Brasileiro - SUS (integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersectorialidade, informação, educação e comunicação, sustentabilidade) e as recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS de acordo com as “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002- 2005”. Atualmente, as práticas integrativas e complementares são desenvolvidas através das atividades: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia,

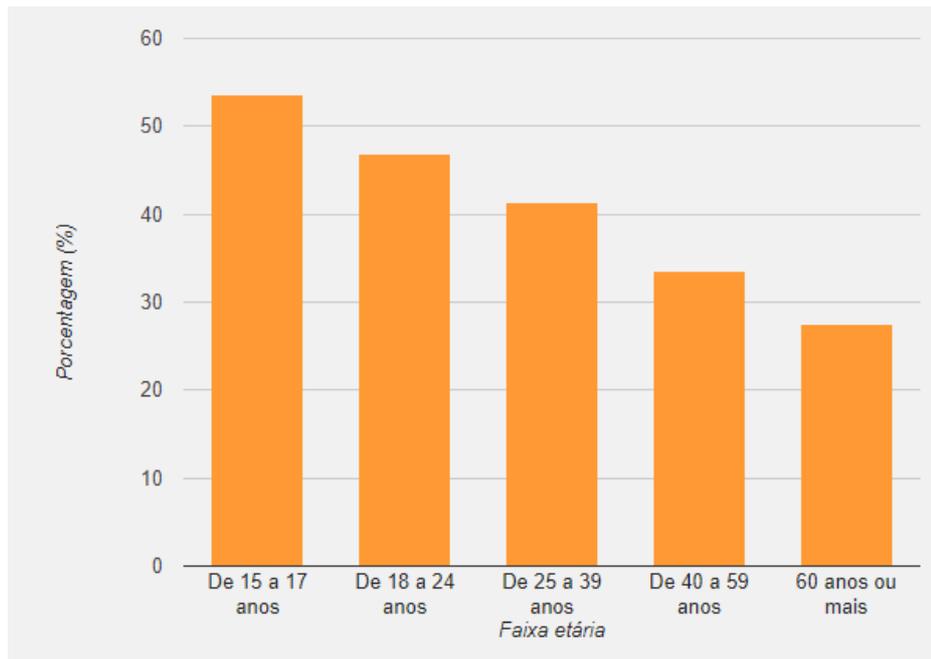
Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga e Práticas corporais/atividade física (Carvalho & Nogueira, 2016).

Daremos ênfase, especificamente, às práticas corporais/atividade física - PC/AF, uma vez que estão inseridas no processo de educação para a saúde como uma estratégia psicoeducativa para familiares cuidadores. A institucionalização e o fortalecimento das Práticas Corporais e Atividades Físicas ocorreram com o processo de consolidação da Atenção Básica de saúde – ABS, na criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF no ano de 2008, possibilitando a ampliação da oferta, da abrangência e da resolutividade dos serviços de saúde através de equipes multiprofissionais, incluindo os profissionais de educação física de forma integrada com a Estratégia Saúde da Família – ESF. No ano de 2011, uma versão mais aprimorada do Plano Nacional de Atenção Básica foi publicada paralelamente com o aumento de 100% do financiamento do governo para a Atenção Básica de Saúde entre os anos de 2010 a 2014, que promoveu a estratégia de ampliação e qualificação da infraestrutura das ABS, implantando o Programa Academia da Saúde, dentre outras ações. O Programa Academias da Saúde atua em vários municípios brasileiros, tendo práticas sistemáticas de atividade física oferecidas à comunidade com o objetivo de promover o autocuidado e modos de vida saudáveis e sustentáveis através de PC/AF, alimentação saudável, da ampliação da autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida saudáveis e aumento do nível de atividade física da população (Malta et al., 2015).

Estudos apontam que o perfil da população mais participante das atividades ofertadas pelo Programa Academia da Saúde é adulto e idosos, do sexo feminino e com alguma patologia. As atividades físicas desenvolvidas são os exercícios aeróbicos, com maior prevalência a caminhada, e exercícios resistidos, exercícios de alongamento, coordenação motora e lúdicos (Bagrichevsky, Castiel, Vasconcellos-Silva, & Estevão, 2010; Martinez, 2013).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016), um estudo realizado com a população brasileira relacionando a idade com a prática de atividade física constatou que, quanto mais velhas as pessoas, menor a porcentagem que se dedica à prática de algum esporte ou atividade física.

Figura 6 - Praticantes de esporte ou atividades físicas, por faixa etária (Brasil – ano 2015).



Fonte: IBGE (2016)

De acordo com Coelho & Braga (2010), é importante pensarmos que a inserção de um programa de prática corporal/atividade física, integrada numa política pública de promoção de saúde voltada para a população, deve fundamentar-se num processo educativo que ultrapasse a transmissão de conhecimentos, o aumento no nível de atividade física e/ou aquisição de determinantes relacionados à aptidão física, como força e flexibilidade. Neste sentido, um programa de prática corporal/atividade física deve estar, além de tudo, centrado no comprometimento de todos os atores envolvidos para a mobilização dos educandos, com o objetivo de superar as limitações e opressões das suas vidas.

1.6.4. Saúde Mental e Atividade Física

A saúde mental, a saúde física e a saúde social são consideradas elementos interligados e interdependentes da vida, importantes para prover o bem-estar físico e mental do indivíduo, das famílias, das comunidades e das sociedades. Estudos na área da neurociência e medicina do comportamento asseguram que a interação entre os factores biológicos, psicológicos e sociais é responsável pelo surgimento de muitas doenças físicas, perturbações mentais e comportamentais. A explicação para esta relação é apontada por duas condições. Uma delas diz respeito à influência recíproca

entre a saúde mental e a saúde física, exemplificada pelo efeito do sistema fisiológico no funcionamento neuro endócrino e imunitário.

A outra condição está ligada ao comportamento do indivíduo para com a sua saúde. Entre os comportamentos, são citados a alimentação saudável, prática regular de exercício físico, boa qualidade de sono, não uso de drogas lícitas e ilícitas, adoção de práticas sexuais sadias, adesão a tratamento médico, respeito a normas de segurança com uso de equipamentos, entre outras (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2001).

Gomes (2010, p.19) ressalta que o termo saúde mental tem um conceito amplo que “diz respeito a todos os elementos de uma sociedade e à própria sociedade em si”. E relativamente ao sujeito enquanto incluído numa sociedade, a OMS (2001) esclarece que a saúde mental não é apenas a ausência de transtornos mentais, pois compreende o bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, competência e autorrealização do potencial cognitivo e emocional do indivíduo.

Ao considerar a importância de manter o equilíbrio sobre os aspetos condicionantes da saúde mental, torna-se inevitável trabalhar para a promoção da saúde e o controlo dos factores geradores de stress. No processo de trabalho de equipas interdisciplinares de saúde, devem constar de intervenções de educação para a saúde com o objetivo de alcançar melhorias na qualidade de vida da comunidade assistida.

A atividade física é um dos meios de se trabalhar a educação para a saúde, aplicada como recurso psicoterapêutico que permite ao indivíduo vivenciar práticas corporais realizadas de acordo com as suas possibilidades, limites e potencialidades. No âmbito da saúde mental, vários benefícios podem ser alcançados através de diferentes tipos de atividade física. O trabalho realizado em grupo pode favorecer o vínculo social e a retomada do papel social. Vivenciar diferentes tipos de atividades enriquece a relação das pessoas com o ambiente, auxilia no ganho e manutenção da saúde e do desenvolvimento psíquico, afetivo e relacional. Estes benefícios influenciam positivamente o comportamento habitual do indivíduo (Roeder, 2003).

Nos estudos de Etkin, Prohaska, Connell, et al. (2008), Gomes et al. (2014), atividades como caminhada, exercícios de força e jogos foram os mais utilizados. Mas, Roeder (2003) recomenda tantas outras atividades, como caminhada, jogos, atividades desportivas, danças, atividades de expressão corporal, alongamento, relaxamento, artes marciais, atividades de lazer, entre muitas outras. No entanto, deve-se considerar vários aspetos importantes, como o planeamento, estruturação e sistematização dos exercícios,

e objetivos para ganho de aptidão física, melhoria das habilidades motoras, promoção da reabilitação orgânico-funcional e psicomotora, aquisição do bem-estar físico e mental, promoção do autocuidado, entre outros.

Em resumo, a prescrição de atividades físicas para a saúde mental tem o objetivo educativo para se alcançar melhorias da aptidão física do indivíduo, por estar relacionada com a capacidade de realização de atividades quotidianas. As pessoas são beneficiadas fisiologicamente e sentem-se capazes de realizar atividades no seu dia a dia com mais vigor, menos cansaço ou esgotamento físico e mental.

1.6.4.1. Benefícios da atividade física no bem-estar físico e mental

A atividade física provoca efeitos terapêuticos positivos para a saúde, desde que seja realizada de forma adequada, respeitando a individualidade e o potencial da pessoa, tanto em trabalhos individuais quanto em grupos. A prática sistematizada de exercícios físicos visa melhorar a aptidão física e alcançar melhorias na qualidade de vida. É imprescindível considerar um ambiente agradável para a efetividade da prática e a elaboração de um programa de exercícios físicos que atenda às necessidades e condições da pessoa ou do grupo. Estes são Pré-requisitos para que ocorra a permanência dos participantes na atividade e melhorem a sua autoestima (Roeder, 2003).

Segundo Nahas (2001) e Bouchard, Blair & Haskell (2012) a aptidão física consiste na capacidade que o indivíduo possui para realizar atividades físicas, de acordo com o seu esforço de energia e vitalidade. A aptidão física permite ao indivíduo desempenhar tarefas quotidianas e atividades de lazer, enfrentar situações imprevistas sem se fatigar excessivamente e evitar o surgimento de disfunções hipocinéticas (falta de movimento corporal) enquanto permanece inativo em atividades intelectuais.

Quanto aos componentes da aptidão física, segundo Roeder (2003), a resistência aeróbica é a capacidade de o organismo se adaptar a esforços físicos de intensidade moderada, de média a longa duração de tempo, de forma dinâmica e ritmo constante com o envolvimento de grandes grupos musculares. Os exercícios mais comuns são a caminhada, corrida, natação, ciclismo, entre outros.

PARTE I

O componente trabalho de força retrata a capacidade de os grupos musculares realizarem repetidas contrações, mantendo eficiência no trabalho. A força é a quantidade máxima de tensão que um músculo ou agrupamento muscular pode produzir, num padrão específico de movimento realizado em determinada velocidade. A importância de se trabalhar a força consiste em permitir que o movimento corporal - levantar objetos, sustentar pesos, empurrar, puxar, etc., possa auxiliar principalmente os movimentos exigidos nas atividades de vida diária (Marquez, Bustamante, Kozey-Keadle, Kraemer, & Carrion, 2012).

Quanto à componente flexibilidade, de acordo com Dantas (2005, p.57) é a “qualidade física responsável pela execução voluntária de um movimento de amplitude angular máxima, por uma articulação ou conjunto de articulações, dentro dos limites morfológicos e sem risco de provocar lesões”.

O trabalho para o ganho de flexibilidade incide sobre a musculatura, os tendões, ligamentos, e tecidos conectivos, que possuem a capacidade de conservar ou aumentar as suas propriedades elásticas através da prática sistemática de exercícios de alongamento. O ganho de flexibilidade contribui para maior mobilidade das articulações do corpo e auxilia as pessoas nas tarefas de vida diária. A flexibilidade tem um importante papel de proteção, para se evitar lesões devido a esforços físicos ou por um simples movimento que exige um mínimo de flexibilidade articular. Os exercícios de alongamento contribuem para o ganho de flexibilidade.

É importante elaborar um programa de atividade física de acordo com as características e necessidades do grupo a ser trabalhado. Para a elaboração de um programa de atividade física deve-se considerar alguns importantes princípios, que são componentes da aptidão física, a saber: a individualidade biológica, sobrecarga, intensidade, continuidade, reversibilidade e especificidade.

A individualidade biológica é um princípio que diz respeito às diferenças individuais relacionadas com a estrutura física e psíquica; o princípio da adaptação biológica está relacionado com as mudanças funcionais e estruturais ocorridas nos órgãos e sistemas em virtude das atividades psicofísicas e desportivas (Weineck, 1989).

O princípio da sobrecarga refere-se ao estímulo adequado de carga nos exercícios, observando os componentes da carga, que são o volume (número de repetições dos exercícios), a intensidade (carga exigida nos exercícios) e a frequência (vezes por semana).

O princípio da continuidade é a sistematização do exercício, não permitindo a quebra da continuidade (Tubino, 1984).

O princípio da reversibilidade assegura que as alterações corporais obtidas com o treino físico sejam de natureza transitória, mas se prolongam quando realizados por longo período; e o princípio da especificidade está voltado para o treino com requisitos do desempenho da atividade esportiva que considera a qualidade física, o sistema energético, o segmento corporal e a coordenação motora (Dantas, 2005).

A atividade física praticada de forma terapêutica a partir de exercícios sistematizados, apresenta benefícios para a saúde do praticante. A importância da atividade física para pessoas com transtorno mental está comprovada por prover melhoras na saúde física e saúde mental (Vancampfort, Sweers, Probst, et al., 2011).

Segundo Amersfoort (as cited in Roeder, 2003), os exercícios físicos promovem a redução da ansiedade e do stress, o aumento do sentimento de autoestima e melhoria da capacidade de gerir o stress psicossocial. O autor reforça que existem importantes factores relacionados com a aptidão física, como o bem-estar físico e mental; o aumento de respostas frente ao stress, principalmente em estados de ansiedade, a diminuição de nível leve a moderado de depressão e ansiedade e a redução de alguns comportamentos neuróticos e de conduta.

A ação do mecanismo fisiológico durante a prática do exercício físico provoca o aumento do fluxo sanguíneo e oxigenação no sistema nervoso central, o aumento da transmissão sináptica amnérgica, a melhoria do estado de ânimo beneficiado pelo aumento de endorfinas no plasma sanguíneo, produção de hormónios excitatórios e do prazer (Roeder, 2003).

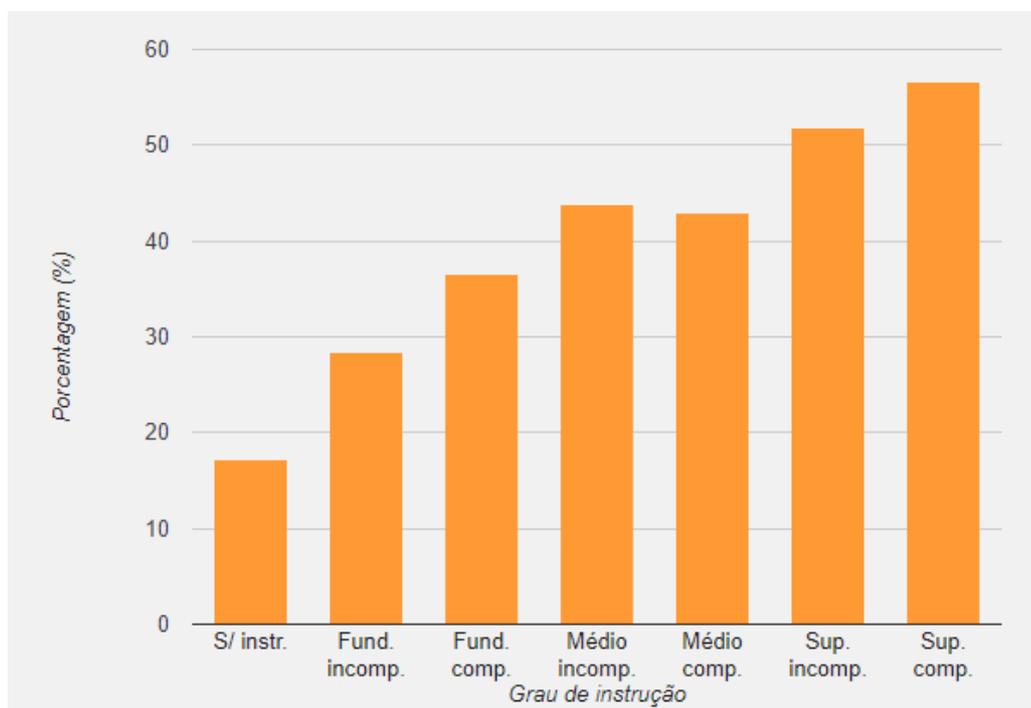
Segundo a autora supracitada, as alterações psicológicas causadas pela prática do exercício físico proporcionam ao individuo a sensação de competência, controlo e autossuficiência a partir da melhoria da condição física; diminuição de quadros de ansiedade, depressão e somatização; sensação de relaxamento, distração, diversão; evasão de pensamentos, emoções e condutas desagradáveis; socialização entre os participantes e melhoria do estado psicológico.

1.6.4.2. Atividade Física como intervenção psicoeducativa para auxiliar os familiares na tarefa do cuidar

Segundo Roeder (2003), a prescrição de exercícios físicos para a saúde mental divide-se em duas áreas distintas, sendo a área da atividade física relacionada com saúde que objetiva melhorar a aptidão física, e a área da psicomotricidade relacionada com a terapia psicomotora que visa melhorar os aspectos da motricidade humana. Relativamente à aptidão física relacionada com a saúde, a autora cita a aptidão cardiorrespiratória (resistência aeróbica), força e resistência muscular, e a flexibilidade ou mobilidade corporal como componentes modificáveis, que recebem influência fisiológica e possibilitam a realização de atividades de vida diária.

A participação e a manutenção num programa de atividade física podem ser um grande desafio para a maioria dos familiares cuidadores, por ser difícil conciliar o tempo gasto com as atividades de cuidado e a disponibilidade de momentos para o autocuidado. Além de que o envolvimento em práticas de atividade física pode estar relacionado com o nível educacional do indivíduo. Pesquisa sobre a influencia da escolaridade no envolvimento em prática de atividade física, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016) com a população brasileira, constatou que quanto maior a escolaridade da pessoa, maior foi a tendência em envolver-se na prática de atividade física ou desporto.

Figura 7 - Praticantes de atividade física ou desporto por nível escolar.



Fonte: IBGE (2016)

Os estudos de Barroso et al. (2009), Filho et al. (2010), Grandón et al. (2008), Shein & Boeckel (2012), Zahid & Ohaeri (2010a), Zhou et al. (2016) avaliaram a sobrecarga advinda do cuidado e revelaram moderados a elevados níveis de sobrecarga em familiares cuidadores. De modo geral, os autores sugeriram terapias que envolvem educação para a saúde, no intuito de prover aos familiares o conhecimento sobre a doença, e estratégias de cuidado para o melhor controlo dos sintomas da doença mental e obtenção de uma melhor convivência.

Alguns estudos têm evidenciado a eficácia da intervenção psicoeducativa através da atividade física, como um meio educativo para se alcançar melhor qualidade de vida em familiares cuidadores. King, Baumann, O'Sullivan, Wilcox, e Castro (2002) realizaram uma intervenção com atividade física aplicada para mulheres em Pós-menopausa, cuidadoras de pessoas com doença de Alzheimer e outras formas de demência.

O programa consistiu em aplicação de exercícios de intensidade moderada (caminhada) com quatro sessões por semana numa duração de 30 a 40 minutos durante o período de 12 meses. As participantes também foram encorajadas a incluir outras formas de atividade na rotina ao longo do dia, como caminhada por lazer ou jardinagem.

O grupo de controlo foi submetido a um programa de educação nutricional. As atividades dos grupos foram registadas e monitorizadas mensalmente pelos pesquisadores. As participantes gastavam em média 72 horas por semana com as tarefas de cuidado do familiar com Alzheimer. Os investigadores verificaram boa adesão das participantes às atividades físicas e estas intervenções foram capazes de promover mudanças no comportamento de saúde durante o período dos 12 meses de estudo. Ocorreu melhoria da aptidão física, dos níveis da pressão arterial em repouso, da depressão, na qualidade do sono significativamente associada com reduções do stress percebido e da sobrecarga subjetiva das cuidadoras.

O estudo de Etkin, Prohaska, Connell, et al. (2008) analisou o autocuidado e a auto percepção associados à atividade física entre cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer e outros tipos de demência. Os autores aplicaram um programa de treinamento de força, atividade aeróbica e caminhada por período de seis semanas. O objetivo foi melhorar a saúde psicológica, o reforço nas habilidades, autoconfiança, autoestima, e o estado geral de saúde do cuidador. Verificou-se que grande parte dos cuidadores cuidava dos pacientes há mais de seis anos e por mais de 40 horas semanais, apresentavam sintomas de depressão e níveis relativamente baixos de auto percepção e autocuidado. Foi observado que poucos cuidadores exercitaram por mais de 30 minutos e que a grande maioria não aderiu às atividades propostas de forma consistente e regular, ficando abaixo das recomendações de exercício físico preconizadas pelo *American College of Sports Medicine (ACSM)*, ou seja, mínimo de 30 minutos de exercício físico diário. A auto percepção da saúde do cuidador e a condição crónica do paciente foram significativamente relacionadas com o tempo gasto no treino de força, verificando que os cuidadores de pacientes menos crónicos foram propensos a envolver-se em alguma atividade. O nível educacional e a idade dos cuidadores foram significativamente associados a atitudes e intenções de se envolverem com as práticas de atividade física, ou seja, os participantes com nível educacional mais alto e idade mais adulta foram mais propensos à tomada de decisão para praticar atividade física. Os autores enfatizam que as atitudes e as intenções relacionadas ao autocuidado do cuidador, por ser um aspeto modificável, podem ser factores intrínsecos preditores mais importantes, relacionados com o envolvimento do cuidador em práticas de atividade física. Foi enfatizado no estudo a necessidade de fomentar os benefícios do exercício físico para melhor envolvimento dos participantes nos programas de atividade física. Os benefícios do exercício físico podem ajudar a superar os inconvenientes gerados pelas tarefas do cuidado.

Orgeta e Miranda-Castillo (2014) realizaram um estudo de revisão sistemática para analisar a eficácia das intervenções de atividade física em cuidadores de pessoas com demência, a partir da avaliação da melhoria do bem-estar psicológico. As atividades físicas foram baseadas em exercícios aeróbicos de baixa intensidade ou treino de resistência. Os resultados da meta-análise indicaram que a atividade física contribuiu para atenuar a sobrecarga subjetiva do cuidador. Os autores sugeriram que os cuidadores de pessoas com demência devem ser incentivados a praticar de atividade física com frequência regular, devido ao facto de serem pessoas menos propensas ao envolvimento com esta prática.

Känel et al. (2012) desenvolveram um estudo em San Diego, Califórnia com familiares cuidadores de pessoas com Alzheimer, no qual o nível de atividade física foi relacionado com o risco cardiometabólico e comparado com um grupo de não cuidadores. Como resultado, verificou-se que os cuidadores com baixo nível de atividade física apresentaram significativamente maiores valores para risco cardiometabólico em comparação aos não cuidadores com o mesmo nível de atividade física. Quando comparados os cuidadores com alto nível de atividade física com os não cuidadores na mesma situação, ambos apresentaram baixo e similar risco cardiometabólico. Esses resultados sugerem que o alto nível de atividade física pode amenizar o risco cardiometabólico em cuidadores e não cuidadores. A gravidade da demência do paciente, o stress psicológico e a sobrecarga do familiar cuidador, mais os anos de prestação de cuidados, embora sejam variáveis importantes, não apresentaram relação entre a redução do nível de atividade física e maior risco cardiometabólico nos cuidadores. A atividade física de intensidade moderada pareceu prover mais benefícios para atenuar os riscos cardiometabólicos em comparação com a atividade de intensidade leve e extenuante. Os autores concluíram que os cuidadores que apresentam baixos níveis de aptidão física podem se beneficiar com as atividades de intensidade moderada, como a caminhada, para redução do seu risco cardiometabólico.

Danucalov et al. (2013) investigaram os efeitos de um programa de yoga e meditação sobre o stress percebido, ansiedade, depressão e níveis de cortisol salivar em 46 familiares cuidadores de pessoas com Alzheimer. Os participantes foram divididos em dois grupos, ficando 21 deles no grupo de controlo. As atividades duraram oito semanas. Antes e após o período de intervenção os participantes foram submetidos a recolha das medidas. Segundo os autores, inicialmente os participantes dos dois grupos eram homogéneos, mas após a intervenção houve diferenças significativas quanto à redução

do stress ($P < 0,05$), ansiedade ($P < 0,000001$) e depressão ($P < 0,00001$), como também na redução da concentração de cortisol salivar ($P < 0,05$). Para os autores, um programa de yoga e meditação aplicado num período de oito semanas, foi eficaz para reduzir o stress percebido, ansiedade, depressão e cortisol salivar nos cuidadores familiares.

Os estudos discutidos neste subcapítulo mostram que as atividades físicas mais trabalhadas em pesquisa com cuidadores foram exercícios de força, aeróbicos como a caminhada. No entanto, a possibilidade de escolha de exercícios físicos para aplicar em programas de atividade física para familiares cuidadores é bastante diversificada. Roeder (2003) menciona que as atividades como exercícios de alongamento, relaxamento, caminhadas, jogos psicomotores, atividades de conscientização corporal, percepção espaço-temporal, aeróbicas, execução gradual de carga de treinamento, atividades recreativas em grupo e de lazer são possíveis atividades, entre muitas outras, para aplicar na saúde mental. A partir da escolha da atividade física, o método de aplicação de exercícios deve ser apropriadamente adaptado, para melhor adesão e manutenção das pessoas nos programas. Deve-se relacionar a atividade com idade, sexo, aptidão física inicial, estado de saúde do participante e reforçar a manifestação do desejo pela atividade, de acordo com as potencialidades e as limitações de cada pessoa.

Programas de atividade física voltados para a comunidade, como Academia da Saúde, têm sido uma das estratégias de mudança dos hábitos da população, que se mantém sedentária e ociosa. A estratégia é promover a saúde e a produção do cuidado nos municípios brasileiros.

O objetivo do Programa é a promoção de práticas corporais e atividade física, conscientização de alimentação saudável, educação para a saúde, contribuir para a produção do cuidado e de hábitos de vida saudáveis e sustentáveis. O Programa promove a implantação de polos Academia da Saúde em espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. O Programa foi instituído pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, e no ano de 2013 foi aperfeiçoado e redefinido pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 (Ministério da Saúde, 2014).

Nos municípios de Belo Horizonte, Recife, Curitiba, Vitória e Aracaju estas práticas já eram desenvolvidas anteriormente. Especificamente em Belo Horizonte, desde o ano de 2006, a Prefeitura implantou academias da saúde desenvolvidas pela Secretaria Municipal da Saúde. O objetivo foi promover a saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Foi a partir da avaliação positiva dessas experiências,

que reforçou a ideia do fortalecimento de iniciativas semelhantes em todo o país, na forma de um programa nacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (UFMG, 2016).

A iniciativa estendeu-se aos serviços e saúde mental do município de Belo Horizonte, com a implantação de atividade física para as pessoas com transtorno mental, no ano de 2012. O objetivo desta iniciativa foi beneficiar as pessoas com transtorno mental cadastradas nos serviços com a oferta de atividades físicas como: caminhada, exercícios de alongamento, aeróbicos, jogos, dentre outros (La Casas et al., 2014).

Em resumo, considerando que o profissional de educação física se encontra inserido na equipe de profissionais de saúde mental, seria o momento oportuno para refletir sobre a importância de envolver os familiares cuidadores com a oferta de exercícios de forma sistematizada para promover o autocuidado, o bem-estar físico e mental e a obtenção de melhor qualidade de vida. Espaços para os familiares se envolverem em práticas de atividade física não parece ser uma dificuldade. Deve-se fomentar a importância da atividade física para esta população e fornecer oportunidades para que participem de forma efetiva.

Os serviços de saúde pública vêm investindo nas estratégias da educação para a saúde com o apoio dos profissionais da saúde, com o objetivo de trabalhar para a melhoria da qualidade de vida da população. Fomentar a importância do autocuidado via adoção de hábitos de vida saudáveis é uma das estratégias em que os profissionais da saúde têm grande papel de atuação. Além de fomentar, é importante que as pessoas sejam orientadas a escolher o exercício físico da sua preferência, o que dá motivação para garantir a permanência na atividade, e que este seja desenvolvido de forma supervisionada e sistematizada.

Para valorizar a prática da educação para a saúde através da promoção e manutenção da saúde utilizando-se a atividade física, é importante descrever sobre os exercícios de alongamento e relaxamento, viabilizando o autocuidado.

É notório evidenciar na literatura, nos estudos sobre familiares cuidadores, a aplicação de atividade física a partir de exercícios de força e trabalho aeróbico. Embora estes tipos de exercício físico proporcionem efetivos ganhos para a saúde física e mental, a adoção de práticas regulares de exercícios de alongamento e relaxamento também podem apresentar importantes efeitos benéficos sobre a saúde das pessoas, sendo por isso importante a investigação no campo da saúde mental.

PARTE I

O alongamento e o relaxamento são práticas corporais sensoriomotoras que podem ser empregues como recurso terapêutico, e que proporcionam ao indivíduo sentir e perceber os seus movimentos articulares, com o ganho de consciência corporal e o controlo da respiração, realizados dentro das suas possibilidades e respeitando os limites individuais (Roeder, 2003).

O movimento humano ocorre através das articulações sinoviais, que são biologicamente formadas por uma estrutura que contém os segmentos ósseos, que se encontram revestidos por um tecido conjuntivo resistente e elástico, denominado cartilagem articular. A cartilagem é uma camada fina de tecido, que atua impedindo o atrito direto entre os ossos, que compõem uma determinada articulação, provocado durante os movimentos corporais. Na junção dos segmentos ósseos existe a cápsula articular que os envolve. Esta é revestida pela membrana sinovial, que é um tecido conjuntivo liso, produz o líquido sinovial viscoso que lubrifica a superfície de contato da articulação, além de nutrir a cartilagem e limpar a cavidade articular. Os ligamentos e tendões fazem parte da estrutura articular (McGinnis, 2002).

Os ligamentos são tecidos que mantêm a estabilidade mecânica das articulações e evitam o movimento excessivo. Podem ser encontrados dentro ou fora da cápsula articular. Quanto aos tendões, estes cruzam as articulações ligando o músculo ao osso e são envolvidos por bainhas contendo líquido sinovial que permite o seu deslizamento, transmitindo cargas de tensão do músculo ao osso durante a contração muscular e são flexíveis à angulação da articulação. Os tendões contribuem para o movimento articular e manutenção da postura corporal. Tanto os tendões como os ligamentos possuem propriedade viscoelástica, portanto flexíveis, e sofrem adaptações que permitem o aumento da mobilidade articular (Dantas, 1999).

A estrutura articular sinovial classifica-se quanto ao número de superfícies ósseas e outros componentes. Sendo, simples quando há duas superfícies ósseas, composta quando apresenta mais de um par de ossos, e complexa quando apresenta também discos intra-articulares ou menisco.

São as estruturas articulares que permitem o movimento, para a realização do alongamento, que é definido por Kisner & Colby (1998) como exercícios que envolvem a aplicação de uma força, para superar a resistência do tecido conjuntivo sobre uma determinada articulação corporal, e que resulta no aumento da amplitude de movimento proporcionando o ganho de flexibilidade muscular.

A flexibilidade é considerada a amplitude máxima de movimento de uma articulação, em que estão envolvidos os componentes articulares, sendo o músculo, entre todos eles, o componente que mais contribui para o ganho da flexibilidade (Frontera, Dawson, & Slovic, 2001).

Para desenvolver um trabalho de alongamento, pode-se optar por algumas técnicas que são: o alongamento Estático, Dinâmico e Facilitação Neuromuscular Propriocetiva (FNP). O alongamento Estático consiste em alongar uma determinada musculatura lentamente até que atinja a sua máxima extensão tolerável, ou seja, acima da amplitude habitual, sem dor, e permanecer por alguns segundos. Este tipo de alongamento subdivide-se em (ativo e passivo). No alongamento Estático passivo, a musculatura a ser alongada permanece na posição máxima do arco articular, com a ajuda de outros membros do próprio corpo ou com a ajuda de outra pessoa ou algum equipamento. Este tipo de alongamento é mais recomendável por facilitar a aprendizagem e fornecer menor risco para a ocorrência de lesões. Quanto ao alongamento Estático ativo, ocorre a participação do músculo antagonista na sustentação do agonista a ser alongado (Achour, 2009).

Figura 8 - Exercícios de Alongamento (1) na intervenção psicoeducativa



Fonte: fotos de autoria do pesquisador

O alongamento Dinâmico ou Balístico baseia-se em esforços do músculo com velocidade, ou seja, vários movimentos repetitivos do membro para se alcançar maiores amplitudes de movimento. Quanto ao alongamento por Facilitação Neuromuscular

Proprioceptiva é uma combinação da contração e do relaxamento dos músculos agonistas e antagonistas alternadamente, e a cada intervalo avança mais no alongamento para aumentar a amplitude do movimento em comparação com a conseguida anteriormente. Pode-se considerar esta última técnica como a utilização do método de alongamento Estático passivo, seguido de uma contração isométrica do músculo que se está alongando (Fernandes, 2002).

Uma vez determinada a técnica de alongamento a ser utilizada, deve-se considerar o tempo em segundos, necessário de tensão muscular para atingir melhores resultados com o alongamento.

Alguns estudos afirmam que o tempo de 30 segundos de permanência no alongamento estático passivo é suficiente, para se alcançar um alongamento efetivo da musculatura (Donti, Tsolakis, & Bogdanis, 2014; Farquharson & Greig, 2015; Gama, Dantas, & Souza, 2009; Oliveira, Oliveira, & Pires-Oliveira, 2016; Samson, Button, Chaouachi, & Behm, 2012; Taniguchi, Shinohara, Nozaki, & Katayose, 2015).

No entanto, outros estudos apontam que períodos de permanência estática inferiores a 30 segundos também fornecem resultados satisfatórios sobre o alongamento dos músculos. No estudo de investigação sobre as propriedades viscoelásticas da unidade músculo-tendão, Taylor, Dalton & Seaber (1990) concluíram que as mudanças que ocorrem durante os 12 a 18 segundos de tensão, sobre a unidade musculo-tendão, são efetivamente mais importantes que as mudanças que ocorrem após os 18 segundos.

Dantas (1995) recomendou o período de 10 a 15 segundos de permanência no alongamento Estático passivo e salientou que seria o tempo suficiente para se atingir boa flexibilidade sobre a mobilidade articular. Quanto aos benefícios dos exercícios de alongamento para a saúde, verifica-se na literatura que envolve tanto a saúde física quanto a psíquica.

Segundo Achour (2009), os exercícios de alongamento são capazes de fornecer várias alterações benéficas para a saúde do praticante, pois auxiliam na correção da postura, propiciam a consciência corporal (propriocepção), aumentam a amplitude e mobilidade articular facilitando a movimentação corporal em tarefas do dia a dia, previnem risco de lesões musculares, propiciam bem estar físico e mental, contribuem para melhor controle da respiração, aliviam a tensão muscular e libertam os movimentos, reduzem a tensão articular provocada por músculos encurtados, melhoram a agilidade, o indivíduo passa a conhecer melhor o seu corpo, limites e potencialidades.

Figura 9 - Exercícios de Alongamento (2) na intervenção psicoeducativa



Fonte: fotos de autoria do pesquisador

A eficácia de exercícios de alongamento sobre quadros de ansiedade, tem sido investigada. Montero-Marin, Asún, & Estrada-Marcen (2013) avaliaram a efetividade de um programa de alongamento sobre os níveis de ansiedade de trabalhadores numa empresa de logística em Espanha. A duração do alongamento foi de 10 minutos aplicados após a jornada de trabalho, num período de 3 meses. Os autores verificaram que o programa de exercícios de alongamento surtiu efeito moderado sobre os níveis de ansiedade, efeitos substanciais sobre a flexibilidade, moderadamente alto para dor corporal e moderado para vitalidade, saúde mental, saúde geral e exaustão. A conclusão relatada foi que a implementação de um programa de exercícios de alongamento de curto prazo, foi eficaz a ponto de reduzir os níveis de ansiedade, dor corporal e exaustão, e melhorias quanto aos níveis de vitalidade, saúde mental, saúde geral e flexibilidade.

1.6.4.3. O uso de Técnicas de Relaxamento para o bem-estar físico e mental do familiar cuidador

O relaxamento é definido por Ramon (as cited in Payne, 2003) como um estado de consciência descrito por sentimentos de paz, alívio da tensão, da ansiedade e do medo, que proporciona sensações agradáveis e a ausência de pensamentos geradores de stress e de perturbações.

Segundo Brieghel-Muller (1998), o relaxamento é compreendido como momento de descontração muscular, que necessita de repouso voluntário e propicia o emprego pertinente dos recursos físicos e mentais do indivíduo. É preciso que o indivíduo aprenda a entregar-se ao estado de relaxamento. O autor acrescenta que o relaxamento pode contribuir para proteger o organismo de doenças relacionadas com o stress e psicopatologias, contribuindo para o equilíbrio emocional, melhoria do humor, ganho de autoestima, melhoria da memória, redução do risco de depressão, fortalecimento do sistema imunitário, redução da tensão muscular e melhoria do sono.

O relaxamento pode ser induzido por métodos físicos e psicológicos e, de acordo com Brieghel-Muller (1998) e Payne (2003) existe o tipo de relaxamento profundo e superficial. O relaxamento profundo consiste em considerar o desenvolvimento do relaxamento através das técnicas, que o compõem provocando efeitos de grande amplitude. Por outro lado, o tipo superficial surte efeito mais imediato, ou seja, é o uso do relaxamento enquanto uma necessidade imediata, sem se utilizar toda a técnica. Praticase quando o indivíduo se depara com situações stressantes e tenta libertar as tensões de imediato, servindo-se das técnicas de relaxamento citadas de uma forma mais encurtada.

Figura 10 - Exercícios de Relaxamento na intervenção psicoeducativa.



Fonte: fotos de autoria do pesquisador.

Existem vários tipos de relaxamento, os quais variam pela utilização de técnicas de relaxamento específicas. Dentre as técnicas de relaxamento, existe o Treinamento autógeno desenvolvido pelo psiquiatra Johannes Heinrich Schutz (1884-1970). Trata-se de um método para ajudar a superar o stress e a ansiedade. O procedimento desta técnica é composto de exercícios de relaxamento, em que se utiliza frases auto sugestivas para provocar sensações de peso e calor em partes do corpo (braços, pernas, abdômen, cabeça). O praticante deve colocar-se numa posição da sua preferência e, de forma confortável (deitado ou sentado), concentrar-se nos exercícios e no corpo.

Outra técnica bastante utilizada nos estudos é o Treino Progressivo desenvolvida por Edmund Jacobson em 1938 e que consiste na concentração e relaxamento dos grupos musculares dos membros inferiores, membros superiores, abdômen, tronco, nuca, face. O indivíduo fica com a atenção centrada na sensação de tensão nos músculos que estão sendo solicitados a contrair por alguns segundos, para em seguida relaxar. Desta forma consegue-se atingir um estado de relaxamento mental (Junqueira, 2006).

O relaxamento muscular passivo consiste na concentração da atenção nos grupos musculares para tentar perceber alguma tensão no músculo e, em seguida, tentar relaxar a musculatura a ponto de libertar a tensão.

Payn (2003) atenta para a importância da experiência com alguma técnica de relaxamento, para que o indivíduo seja capaz de desenvolver aptidão para lidar com o quadro de ansiedade, que pode surgir em alguma situação de stress na vida quotidiana. Para tal, a autora refere-se à técnica de relaxamento aplicado, que é um tipo de relaxamento superficial, conceituado como uma forma mais simplificada do relaxamento progressivo, que a pessoa poderia realizar em qualquer local, apenas se concentrando na respiração e no relaxamento dos músculos sem se deixar de ser tomada pelas circunstâncias stressantes.

Embora existam várias técnicas de relaxamento, no texto foram citadas as técnicas mais utilizadas nos estudos encontrados na literatura científica que comprovam a eficácia destas aplicadas em situações de stress e redução da ansiedade.

Manzoni, Pagnini, Castelnuovo, & Molinar (2008) realizaram um estudo de meta-análise que avaliou a eficácia do treinamento de relaxamento progressivo de Jacobson, treinamento autogénico, relaxamento aplicado e meditação, aplicados em pessoas com quadros de ansiedade. Como resultado, os autores verificaram que todas estas técnicas de relaxamento surtiram efeito significativo na redução da ansiedade.

Rissardi & Godoy (2007) avaliaram se a técnica do relaxamento muscular progressivo seria eficaz para reduzir os sinais indicativos de stress cardiovascular, causado em pessoas com hanseníase. Como resposta, foi verificado que a terapia do relaxamento muscular progressivo, aplicada de uma forma modificada, foi eficaz para a redução significativa da frequência cardíaca e frequência cardíaca de repouso nos pacientes estudados, sugerindo benefícios na redução do stress cardiovascular.

Quanto à respiração, durante a execução de exercícios físicos, deve-se levar em consideração, que ela contribui para o aumento da consciência de si mesmo e para o domínio corporal e mental, favorecendo uma prática eficaz do exercício.

Em exercícios de alongamento e relaxamento, a respiração tem papel fundamental. Payne (2003) cita que a utilização do sistema respiratório é um meio de se alcançar o relaxamento. Em casos de stress, é possível trabalhar a conscientização respiratória, colocando o indivíduo em contacto com o processo respiratório e fazendo com que ele sinta o controle sobre o mesmo e consiga uma respiração mais calma. Portanto, através do relaxamento é possível trabalhar a reeducação da respiração, corrigindo o padrão respiratório e lidar com o stress.

Durante os exercícios de alongamento e relaxamento, segundo Brieghel-Muller (1998), a respiração deve permanecer passiva, para que o indivíduo em repouso deixe a respiração livre e perceba-a tanto nas posições de controlo dos movimentos exigidos durante os exercícios de alongamento, quanto nos momentos de relaxamento entre a passagem de um exercício para outro. O propósito é que o indivíduo sinta bem-estar, ao mesmo tempo em que executa os movimentos corporais, que o ajudarão a respirar mais facilmente.

É importante que o praticante de exercícios de alongamento e relaxamento observe no seu dia a dia a sua respiração, durante os esforços nas tarefas rotineiras em casa e nos deslocamentos de caminhada.

Dada a importância dos exercícios, tanto de alongamento quanto de relaxamento e respiração, a associação de ambos pode traduzir-se em um efeito benéfico para a saúde física e psíquica do indivíduo, podendo inclusive modificar os seus hábitos. No geral os exercícios proporcionam ao indivíduo a possibilidade de autoexploração, reconhecimento dos limites e potencialidades, levando ao autoconhecimento e conscientização do seu corpo e das respostas vindas dos exercícios físicos.

1.6.5. A importância do acompanhamento do cuidador informal

A necessidade de existir um familiar cuidador informal de pessoa dependente, seja a dependência física ou mental, pode ser explicada em contextos socioculturais diferenciados. Nalgumas sociedades seja por questões económicas, seja por questões culturais específicas, existe a necessidade de um familiar se ocupar do acompanhamento da pessoa dependente.

A investigação tem demonstrado que o prolongamento da situação de cuidados, pode ter efeitos nefastos para a saúde do cuidador, seja em termos físicos, seja em termos psicológicos, e que a deterioração do estado geral de saúde do cuidador, afeta tanto o próprio como a qualidade dos cuidados prestados. Para evitar que a necessidade de prestar cuidados informais afete também a saúde presente e futura do cuidador é necessário que os serviços de saúde e serviços sociais de apoio às famílias possam também prestar atenção àquelas pessoas que, por razões económicas ou outras, tenham a seu cargo o apoio a um familiar dependente.

No presente estudo apenas nos ocupamos dos cuidadores informais, de pessoas com problemas de saúde mental, especificamente com esquizofrenia.

1.6.5.1. A Sobrecarga objetiva e subjetiva em familiares cuidadores

Estudos sobre a temática da sobrecarga em familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental são foco de investigações de cunho nacional e internacional. Estes surgiram em meados de 1960 e intensificaram-se a partir dos anos 70. Os estudos revelaram de forma consistente que os cuidados quotidianos prestados ao ente com transtorno mental e as dificuldades encontradas na tarefa do cuidar resultaram em desconforto emocional e propensão a transtornos psicológicos (Bandeira, Calzavara, & Varella, 2005).

Quando um familiar toma a responsabilidade dos cuidados a um ente com transtorno psiquiátrico, ele estará suscetível a uma sobrecarga física e emocional, por ter uma mudança na sua rotina de vida e por perceber o rompimento do ciclo de vida do ente doente, almejado para o futuro (Tessler & Gamache, 2000). Neste sentido, há uma necessidade de reorganização e ajustamento das atividades do cuidador em função das necessidades do familiar doente (Melman, 2008).

Melman (2008) chama a atenção para os aspetos objetivos e subjetivos da experiência vivida de sobrecarga pelo familiar cuidador, por serem influenciados pelos valores e representações acerca da doença mental que cada indivíduo possui. Estes valores e crenças estão diretamente relacionados com o contexto sociocultural, religioso e com a história de vida do cuidador que, em situações de stress, influenciam o estado emocional e a maneira de lidar com as situações reais.

Portanto, devido ao facto de a sobrecarga abranger aspetos diferentes, ela foi caracterizada em duas dimensões, sendo uma objetiva e a outra subjetiva. A sobrecarga objetiva faz menção às consequências negativas observáveis geradas pelo papel de cuidador, como as alterações na rotina, interferências na vida social, laboral e no lazer dos cuidadores, perdas financeiras, execução de tarefas de cuidados e supervisão de comportamentos problemáticos advindos da doença mental. Assim, as tarefas incluem atividades simples e complexas, como ajudar ou orientar a pessoa a fazer as atividades de higiene, administrar a medicação, ajudar ou fazer por ele as tarefas de casa como

limpeza, arrumação, fazer compras, preparar as refeições, levar a consultas, entre outras. Para além destes aspetos, existe também necessidade de supervisão dos comportamentos problemáticos, que diz respeito à exigência demasiada da atenção, o incómodo que o doente causa a outros, comportamento de autoagressão ou heteroagressão (Bandeira et al., 2008; Maurin & Boyd, 1990).

Quanto aos aspetos subjetivos da sobrecarga, os autores supracitados referem-se às perceções, preocupações, sentimentos negativos e os incómodos gerados por exercer o papel de cuidador de um ente com transtorno psiquiátrico. Estes incómodos gerados pela execução das tarefas e somados à preocupação com a saúde física, a ausência de vida social do paciente, e preocupação com o futuro inserto deste e a falta de apoio social ao cuidador, reforçam a sobrecarga subjetiva.

Fatores preditores da sobrecarga

Neste sentido, é absolutamente necessário obter informações acerca dos fatores preditores da sobrecarga, resultantes da prestação dos cuidados e do mecanismo que faz descompensar a saúde física e mental do indivíduo cuidador nestas circunstâncias.

De acordo com vários estudos (Albuquerque et al., 2010; Caqueo-Urizar, Urzúa, Jamett, & Irarrazaval, 2016; Geriani, Satish, & Savithry, 2015; Hansen et al., 2014; Koutra, Simos, Triliva, Lionis, & Vgontzas, 2016; Zhou et al., 2016), algumas características dos pacientes e do familiar cuidador foram consideradas como factores preditores da sobrecarga dos familiares. As características dos pacientes referem-se ao diagnóstico, a intensidade dos sintomas da doença mental, o grau de dependência, idade, sexo, duração da doença e número de crises/hospitalizações. As características dos familiares cuidadores foram, o sexo, idade, escolaridade e nível socioeconómico, e para além destas variáveis, os autores incluem o parentesco e a frequência de contato entre cuidador e paciente, a disponibilidade de redes de suporte social, a estrutura e adequação dos serviços de saúde mental.

Relativamente ao sexo, muitos estudos têm mostrado grande tendência ao envolvimento da mulher nas tarefas de cuidados, numa maior escala, as mães que, historicamente, tem uma justificativa, como já mencionado no texto. Esta variável, somada ao facto de a idade desses cuidadores atingirem uma média de idade acima dos cinquenta anos, pode acarretar numa sobrecarga que influencia negativamente na saúde física e mental, considerando que os níveis de saúde biológica de uma população se

deteriora com o tempo (envelhecer), principalmente quando atitudes saudáveis não fazem parte da rotina de vida, como tempo livre para atividades física, lazer e autocuidado. Nolasco et al. (2014), verificaram em seus estudos, que a idade avançada dos familiares cuidadores foi fator preditor de sobrecarga subjetiva.

Outros pormenores não menos importantes são o estado civil, condições de renda familiar e o contato com o paciente. A necessidade de maior dispêndio de tempo para prestação dos cuidados do doente, esteve relacionado com a abdicação do trabalho para dedicação aos cuidados, e consequente diminuição do rendimento familiar. Em alguns casos, os familiares são pessoas viúvas e sem apoio financeiro de outro familiar. Segundo Zahid & Ohaeri (2010a), a despesa financeira esteve associada à sobrecarga objetiva e subjetiva do familiar cuidador de pessoas com esquizofrenia. Os autores afirmam que quanto maior o gasto financeiro, maior foi a tensão, a preocupação e a supervisão do doente. O facto de o paciente viver na mesma casa com o cuidador tem sido motivo de sobrecarga para os cuidadores (Ukpong, 2012).

Outra importante característica dos cuidadores diz respeito ao nível de escolaridade. Nolasco et al. (2014) apresentaram como um dos fatores preditores da sobrecarga subjetiva o baixo nível de escolaridade dos familiares cuidadores. De acordo com o estudo de Zahid & Ohaeri (2010a), o baixo nível de escolaridade foi significativamente negativo quanto a sobrecarga objetiva, reforçando a relação com a menor possibilidade de entendimento e capacidade de desenvolver estratégias para lidar com os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia.

Quanto ao alto nível de escolaridade, verificou-se maior tensão, preocupação e supervisão dos comportamentos, para os familiares cuidadores. Portanto, entender melhor sobre as questões da doença mental pode acarretar em maior stress para o familiar cuidador. Estes resultados corroboram com estudos de Ukpong (2012).

Das características do paciente, a juventude e o sexo feminino configuram-se como preditores de elevada sobrecarga objetiva para os familiares cuidadores (Zahid & Ohaeri, 2010a). Resultado inverso foi verificado no estudo de Nolasco et al. (2014), em que os pacientes mais velhos e do sexo masculino evidenciaram elevado grau de sobrecarga subjetiva nos familiares cuidadores. O baixo nível de escolaridade dos pacientes foi preditor para elevada sobrecarga em cuidadores (Ukpong, 2012).

Zahid & Ohaeri (2010a) verificaram que o comprometimento psicopatológico do paciente vai determinar o grau de dependência e relaciona-se com a sobrecarga do familiar cuidador, porque é maior a prestação de cuidados.

No entanto, o stress evidenciado pela sobrecarga tanto objetiva, quanto subjetiva, leva a uma vulnerabilidade da saúde dos familiares cuidadores e, conseqüentemente, ao adoecimento físico e mental. Segundo os autores McGilloway et al. (1997) e St. Onge e Lavoie (1997) citados por Barroso, Bandeira, & Nascimento (2007), a elevada sobrecarga em cuidadores de pacientes psiquiátricos pode contribuir para o desenvolvimento de transtornos psicopatológicos nos próprios cuidadores, sendo mais frequente o transtorno depressivo.

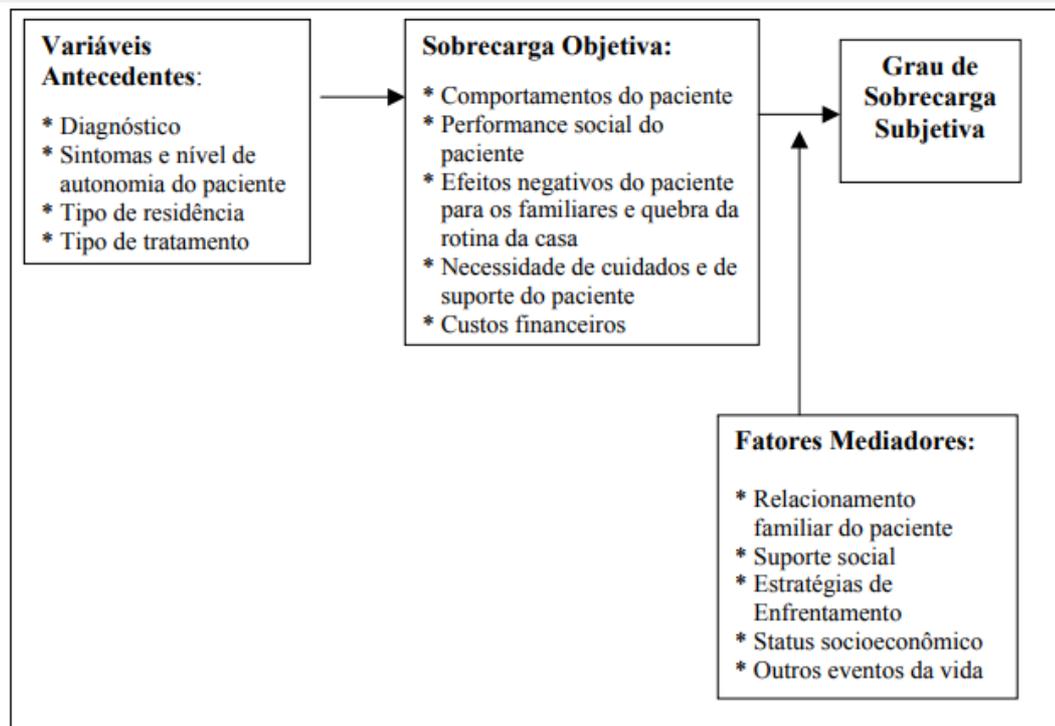
Fatores mediadores da sobrecarga

Alguns factores podem atuar como mediadores atenuando os níveis de sobrecarga em familiares cuidadores. Maurin & Boyd (1990) apresentaram o modelo explicativo da sobrecarga subjetiva dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos, que resulta da interação de três variáveis: variáveis antecedentes, sobrecarga objetiva e os fatores mediadores da sobrecarga. As variáveis antecedentes são aquelas que definem a situação do transtorno psiquiátrico e envolvem o diagnóstico, gravidade dos sintomas, grau de autonomia do paciente, tipo de residência e as características do programa de tratamento em que o paciente está inserido.

Segundo os autores, essas variáveis determinam o grau de sobrecarga objetiva, que está relacionado com a frequência da realização das tarefas quotidianas exigidas no cuidado do paciente e a frequência de supervisões aos seus comportamentos problemáticos. As variáveis antecedentes, juntamente com a sobrecarga objetiva, determinam o grau de sobrecarga subjetiva sentida pelo familiar. Os factores mediadores servem para modular o impacto da sobrecarga objetiva, aumentando ou diminuindo os graus de sobrecarga subjetiva.

Os principais fatores mediadores são: a qualidade do relacionamento entre familiar e paciente, o suporte social recebido pelos cuidadores, o uso de estratégias de enfrentamento, a existência de sentimentos positivos e de satisfação do familiar em cuidar do paciente e a presença de outros eventos stressantes na vida familiar (desemprego, problemas de saúde, problemas com outro elemento integrante da família, alcoolismo, etc.).

Figura 11 - Modelo explicativo da sobrecarga subjetiva.



Fonte: Barroso (2006).

Segundo Barroso (2006), de entre os fatores mediadores, a qualidade do vínculo entre o familiar cuidador, que envolve os sentimentos positivos que o cuidador mantém com o paciente, e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo familiar cuidador destacam-se como os principais factores capazes de minimizar o grau de sobrecarga sentida pelos familiares.

Quanto às estratégias de enfrentamento, as mais utilizadas pelos familiares para lidarem com a situação de cuidador foram: buscar apoio de amigos e parentes, fazer terapia individual, ler livros de autoajuda, inserir-se em grupos de ajuda mútua para familiares de pessoas com transtorno mental e obter informações sobre a doença (Loukissa as cited in Barroso, 2006, p.46).

Reforça-se, portanto, a real necessidade de fomentar a importância de reestruturação organizacional e fortalecimento do trabalho dos serviços de saúde com o objetivo de traçar estratégias de intervenções psicoeducativa. Esta reestruturação é necessária no sentido de envolver as pessoas com transtorno mental, e também os familiares cuidadores, não somente para aprenderem a lidar com as dificuldades da

tarefa do cuidar no seu cotidiano, mas também para aprenderem a trabalhar o autocuidado.

Stress em familiares cuidadores

Figueiredo (2007) apresenta alguns conceitos sobre o stress, na concepção de diferentes autores: segundo Holroyd & Lazarus, a pessoa pode encontrar-se numa situação de stress quando os recursos para manter as exigências internas e externas de enfrentamento se esgotam; para Pierlin, o stress refere-se à resposta do organismo frente a situações ameaçadoras; na visão de Eliot, o stress é uma resposta do organismo de uma pessoa diante de eventos reais ou imaginários que geram a necessidade de uma resposta adaptativa ou a produção de tensão.

Lipp & Malagris (2001) conceituam o stress como sendo uma resposta complexa do organismo, a qual envolve reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais perante a eventos interpretados pelo indivíduo como algo desafiante. Tais eventos, quando interpretados como desafiadores, provocam uma quebra na homeostase do funcionamento interno, criando necessidade de adaptação para manter o bem-estar geral do indivíduo. Para a pessoa se adaptar, ela cria estratégias para lidar com o stress e estas podem ser adequadas ou não.

O conceito de stress apresentado por Serra (2007), refere-se à relação estabelecida entre a “carga” vivenciada pelo sujeito em determinadas situações da vida e a resposta fisiológica e psicológica perante esta carga. Portanto, para o autor, o facto de as pessoas apresentarem diferentes limites de tolerância e de respostas a fatores stressantes e diferentes formas de percepção do stress em determinadas situações torna difícil fazer uma avaliação precisa e fidedigna do stress.

Neste sentido, Figueiredo (2007), apresenta três linhas de investigação que têm orientado os estudos sobre o stress. São elas:

- linha de tradição fisiológica, na qual o stress resulta da análise das reações biológicas frente a estímulos atribulados e, que se enquadra no modelo estímulo-resposta);

- linha de tradição sociológica, em que se estuda os acontecimentos sociais e de patologia que acarretaram o stress;

PARTE I

- linha de tradição psicológica que se encarrega de analisar os processos de ajustes entre o indivíduo e o meio ambiente.

No contexto do cuidado informal, segundo a autora supracitada, os fatores como diversidades, complexidades e especificidades inerentes às características da doença, e a dependência do doente, somados aos escassos recursos de que dispõe o cuidador para prover o cuidado (falta de capacidades e competências do cuidador), podem ser pontos desencadeadores de stress em cuidadores informais.

Mas, também é ressaltado que muitos cuidadores conseguem administrar as dificuldades do cotidiano e sentem-se menos stressados em comparação a outros cuidadores. Para a autora, o que pode diferenciar estes padrões de stress está relacionado com o tempo de cuidados e a resiliência dos familiares perante às contínuas exigências da tarefa de cuidados, ao passo que outros se sentem cada vez mais sobrecarregados. Desta forma, a experiência do cuidado geralmente afeta a saúde e o bem-estar dos familiares cuidadores

Portanto, considerando as peculiaridades vivenciadas pelo familiar cuidador de pessoas com esquizofrenia, quanto às tarefas de cuidados desempenhadas e à relação entre cuidador e doente, percebe-se ser válido verificar sobre o nível de stress nos cuidadores deste estudo.

Parte II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 2 - Opções Metodológicas

A investigação é uma atividade de natureza cognitiva, que ocorre a partir de um processo sistemático, que permite flexibilidade e objetividade de indagação. Através de um estudo pode-se explicar e problematizar questões advindas da prática, da provocação do debate e identificar ideias inovadoras (Coutinho, 2014).

As investigações científicas são necessárias para o conhecimento e compreensão dos aspetos humanos, sociais e tecnológicos. Assim, uma investigação inicia-se a partir da escolha do método e o paradigma (Gil, 2010).

Para Kuhn (2006), o conceito de paradigma baseia-se em realizações científicas que fornecem problemas e soluções para uma comunidade praticante de ciência.

Paradigma de investigação, segundo Coutinho (2014), define-se como um “conjunto articulado de postulados, valores conhecidos, teorias comuns e regras”, aceites pela comunidade científica, considerando o momento histórico.

Nesta investigação em educação para a saúde optou-se por uma perspectiva socioconstrutivista na ótica da percepção dos familiares cuidadores em relação ao seu papel de cuidador, sustentando-se na convicção de que o processo de aprendizagem em qualquer ser humano contribui para a melhoria das suas atitudes.

O paradigma socioconstrutivista, segundo Boiko & Zamberlan (2001), é baseado no efeito da interação social, da linguagem e da cultura na origem e evolução do psiquismo humano, desenvolvido com base em estudos de Vygotsky e seguidores. Este refere o conhecimento como uma não representação da realidade, mas sim como um mapeamento das ações e operações conceptuais, que pretendem comprovar ser viáveis na experiência do indivíduo.

Para o desenvolvimento deste estudo, pretendeu-se estudar a problemática associada ao processo de educação para a saúde no contexto da saúde mental, especificamente junto dos familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia. Nesta perspectiva, procedeu-se à descrição das características dos participantes do estudo por

meio dos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico; Escala de Sobrecarga Familiar; e Escala de stress Percebido. Desta forma pôde-se caracterizar os participantes e realizar uma investigação com rigor científico e de forma sistematizada sobre a sobrecarga e o stress em familiares cuidadores.

No sentido de utilizar a intervenção psicoeducativa para intervir sobre a sobrecarga e o stress em familiares cuidadores, foi necessário conhecer melhor o comportamento e as experiências humanas, de forma a recorrer a uma intervenção educativa através da prática da atividade física sistemática de alongamento e relaxamento. Através desta intervenção, pretendeu-se registar a perceção dos participantes em função da vivência da prática. Esta abordagem aplica-se ao estudo das relações, das representações, das crenças, das perceções e opiniões, que são produtos de interpretações, que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam (Minayo, 2007).

O presente estudo assume orientação de natureza mista, recorrendo aos métodos quantitativo e qualitativo para melhor explorar os dados e obter resultados que possam responder aos objetivos traçados.

Nesta investigação, permitiu-se adotar esta combinação de métodos (quantitativo e qualitativo), na medida em que se decidiu pela utilização de ferramentas metodológicas que pudessem fornecer dados de perspetiva de mensuração e interpretação dos fenómenos. Segundo Salomon (citado em Coutinho, 2014, p. 35), este tipo de investigação é necessária para analisar a complexa realidade social e intervir a partir de variáveis interdependentes como, comportamentos, perceções, atitudes, expectativas humanas, entre outras.

2.1. Método Quantitativo

Segundo Almeida (2007), o método quantitativo tem como objetivo explicar, prever e controlar os fenómenos através da objetividade dos procedimentos e da quantificação das medidas.

Para Coutinho (2014), o método quantitativo centra-se na análise dos factos e fenómenos observáveis e, também, na medição e avaliação de variáveis comportamentais, socioafetivas, ou ambas, que possibilitam ser medidas, comparadas ou relacionadas na investigação empírica. Segundo a autora, no método quantitativo, o investigador descreve os significados que são vistos como intrínsecos aos objetos e atos

de maneira objetiva. Desta forma, o uso deste método permite uma abordagem focalizada, pontual e estruturada no uso dos dados quantitativos e de técnicas de análise dedutivas, voltada para os resultados e que permite generalizar os dados para uma população.

O método quantitativo apresenta vantagens e desvantagens.

Quadro 1 - Vantagens e desvantagens do método quantitativo.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Elevada validade externa; • Replicabilidade; • Possibilidade de generalização; • Recorre a procedimentos que facilitam a sua aceitação pelos pares; • Capaz de abranger maior número de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa validade interna; • Não considera a perspectiva do sujeito; • Não tem em linha de conta a subjetividade do fenómeno observado.

2.2. Método Qualitativo

Historicamente, o método qualitativo surgiu na Alemanha, e os percussores deste método defendem-no como uma opção metodológica para fundamentar estudos sobre a experiência humana e seu contexto social (Minayo, 2016).

No método qualitativo, os dados recolhidos são enquadrados e interpretados em contextos holísticos de situações, acontecimentos de vida ou experiências vividas de particular significado para as pessoas estudadas (Fidalgo, 2003).

Diferente do método quantitativo, o método qualitativo permite aceder aos parâmetros complexos e diversificados da realidade estudada, contextualizado e enriquecido pelos significados que o participante o atribui. Este facto favorece uma elevada validade interna por atentar sobre as especificidades dos grupos sociais estudados (Minayo & Sanches, 1993).

PARTE II

Para Minayo (2016) a abordagem qualitativa caracteriza-se como um tipo de investigação orientada para análise de casos concretos em sua temporalidade e localização, por meio de expressões e significados que as pessoas atribuem aos seus pensamentos, suas atitudes, e seus comportamentos e práticas.

O método qualitativo apresenta algumas características que devem ser consideradas e atendidas para validar a sua utilização numa pesquisa. As características são apresentadas por Bogdan & Birklen (2013), a saber: a) a recolha dos dados deve ser realizada num ambiente natural e o investigador deve ser o principal instrumento na intervenção, se disponibilizar do tempo necessário para os pesquisados, utilizar de mecanismos como vídeo, áudio, e anotações para o registo dos relatos; b) os dados recolhidos podem ser transcrições, notas de campo, fotografias, vídeos, documentos pessoais, memorandos, registos oficiais. o investigador deve estar atento aos detalhes e riquezas dos dados. o pesquisador deve respeitar a forma de como os dados foram registados e transcritos; c) o investigador deve considerar a forma de como os indivíduos percebem os significados atribuídos às ações, ou seja, as formas verbais utilizadas, as crenças e atitudes; d) os dados devem ser analisados de forma indutiva, devem ser organizados e reorganizados de forma que o investigador se oriente e perceba as questões mais relevantes a serem utilizadas em seu estudo; e) o investigador deve estar atento aos significados da vivência atribuídos pelos participantes do estudo.

O método qualitativo também apresenta suas vantagens e desvantagens, e estas são apresentadas por Seabra (2010):

Quadro 2 - Vantagens e desvantagens do método qualitativo.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Elevada validade interna; • Acesso à complexidade; • Contextualização; • Riqueza de significados; • Acesso ao mundo experimental dos participantes; • Descrição; • Interpretação; • Subjetividade – investigador como instrumento de investigação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificil aceitação por alguns setores da comunidade científica; • Limitações técnicas: pela própria natureza, presta-se à compreensão profunda de realidades restritas, não pretende generalizar resultados; • Lida com pequeno número de participantes.

A subjetividade e a imprecisão contidos no método qualitativo exigem do pesquisador uma postura de contínua referenciação dos dados obtidos e uma aproximação dos discursos à realidade dos sujeitos estudados para realizar uma análise não deturpada da realidade. Este é o motivo pelo qual Serapioni (2000) alerta para mais outra desvantagem do método qualitativo, fazendo referência à inexatidão da subjetividade, por exigir do investigador uma conduta rigorosa e contínua para uma análise fidedigna dos dados brutos do discurso dos participantes do estudo, perante a realidade estudada.

Tal como o método quantitativo que utiliza software para analisar e correlacionar dados numéricos, a fim de verificar estatisticamente o nível de significância dos fenómenos a serem estudados, o método qualitativo faz uso de aplicativos, plataforma e *software* que tem conquistado o reconhecimento no meio científico pelos grandes contributos apresentados, como recurso tecnológico na investigação qualitativa (Neri de Souza, Costa, & Neri de Souza, 2015).

Para Costa, Linhares, & Neri de Souza (2012), o estudo qualitativo envolve a interpretação do pesquisador e a utilização de técnicas e instrumentos que facilitam a compreensão de informações pertinentes através do meio científico das tecnologias e os meios de comunicação, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa num ambiente colaborativo que pode ser utilizado pelo grupo de investigadores numa partilha de tarefas, mesmo que à distância.

2.2.1. Método misto

Segundo Paranhos, Filho, Rocha, Junior, & Freitas (2016), tanto o método quantitativo, quanto o qualitativo apresentam potencialidades e limitações. Para os autores, a vantagem da integração destes dois métodos consiste em aproveitar o melhor de cada um deles para uma questão específica de investigação. Os autores ilustram esta ideia de acordo com a figura de interseção entre o objeto de estudo e o método quantitativo e qualitativo.

Figura 12 - Complementaridade das abordagens metodológicas.



Fonte: (Gorard e Taylor as cited in Paranhos, Filho & Rocha, 2016).

Para Paranhos et al. (2016), o objetivo da ciência consiste em descrever, interpretar, explicar e prever um facto estudado. Sendo assim, tanto a abordagem quantitativa, como a qualitativa apresentam suas contribuições específicas e a sua integração permite que o objeto inexplorado, seja incorporado no modelo analítico para favorecer a construção de um desenho de pesquisa mais robusto.

Small (2011) cita dois tipos de abordagens de integração de métodos. Uma trata da combinação dos dados quantitativos e qualitativos e outra é a combinação de técnicas quantitativas e qualitativas. O autor apresenta dois argumentos que justificam a importância desta integração, seja de dados ou técnicas. Um faz referência à confirmação e o outro à complementaridade. Na perspectiva da confirmação, quanto mais convergentes os resultados se apresentarem utilizando diferentes tipos de dados e ou técnicas, mais consistência os resultados obterão. A perspectiva da complementaridade tem como objetivo ponderar as vantagens e limitações de cada técnica e tipo de dado.

Na perspectiva de Paranhos et al. (2016), a vantagem da integração dos métodos qualitativo e quantitativo consiste em elevar a quantidade de informações incorporadas no desenho de pesquisa e favorecer seu aprimoramento, de forma a elevar a qualidade das conclusões do trabalho.

O presente estudo recolheu dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos serão analisados a partir dos resultados da Escala de Sobrecarga Familiar e Escala de Stress Percebido. E os resultados qualitativos serão analisados conforme os relatos dos cuidadores sobre as suas percepções sobre a contribuição da intervenção para a melhoria da qualidade de vida.

2.3. Pergunta de Investigação

Considerando a revisão dos estudos de teor científico desenvolvidos no capítulo I, acerca do tema investigado no presente estudo, foi elaborada a questão norteadora central que busca delinear a trajetória do estudo associada aos objetivos do mesmo. Num estudo é essencial a definição de questões de investigação pelo facto de fornecer ao estudo o rumo e as estratégias de investigação que este deverá seguir (Yin, 1994).

A questão de investigação apresenta o seguinte questionamento:

- 1) O programa de intervenção psicoeducativa, sustentado na prática de atividade física sistemática de alongamento e relaxamento, para cuidadores de pessoas com esquizofrenia, contribui para a diminuição da sobrecarga e do stress advindos da tarefa do cuidado?

Esta questão de investigação foi definida no sentido de compreender as dimensões que podem estar a causar sobrecarga nos familiares cuidadores, tanto num âmbito objetivo, quanto num âmbito subjetivo (incómodo do cuidar diário do ente com

esquizofrenia). Compreender, ainda, de que forma os familiares percebem o programa de intervenção psicoeducativa baseado em atividade física sistemática de alongamento e relaxamento e o impacto do mesmo sobre suas vidas.

2.4. Objetivos do estudo

Para responder à pergunta de investigação, o presente estudo pretendeu verificar o contributo de uma intervenção psicoeducativa sustentada na prática sistemática de atividade física alongamento e relaxamento, sobre o nível de sobrecarga e de stress em familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, inscritos no serviço de saúde mental Centros de Convivência do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Para se alcançar o objetivo proposto, procurou-se:

- 1) Caracterizar os familiares cuidadores através dos dados obtidos pelo questionário sociodemográfico;
- 2) Identificar a presença de sobrecarga e stress em familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia;
- 3) Elaborar e aplicar um programa de intervenção psicoeducativa sustentada na prática sistemática de atividade física de alongamento e relaxamento para os familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia;
- 4) Avaliar a percepção dos familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia sobre possíveis mudanças na capacidade de suporte dos mesmos, após a participação no programa de intervenção psicoeducativa.

2.5. Hipótese da investigação

A hipótese levantada para este estudo centra-se na afirmação de que a intervenção psicoeducativa orientada pela atividade física sistemática de alongamento e relaxamento, contribui para diminuir o impacto de sobrecarga e stress em familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, ampliando a capacidade de suporte do cuidador, tanto nos aspectos fisiológicos, quanto psicológicos.

2.6. Participantes e local do estudo

O estudo foi realizado em 2015 com 31 (trinta e um) familiares cuidadores principais de pessoas com esquizofrenia que frequentavam os serviços de saúde mental Centros de Convivência e Cultura. Segundo Sequeira (2010), o cuidador primário ou principal é considerado a pessoa que se responsabiliza pela prestação de cuidados, que constam de supervisão, orientação e acompanhamento direto das tarefas diárias. O autor chama a atenção para o termo familiar prestador de cuidados, referenciado na literatura, por ser a maioria dos cuidadores os próprios familiares da pessoa que recebe os cuidados.

2.6.1. Seleção dos participantes

A seleção dos participantes foi realizada por convite e adesão e contou-se com a colaboração dos gestores dos nove Centros de Convivência e Cultura. Os gestores elaboraram e enviaram convite para os familiares cuidadores das pessoas com esquizofrenia que frequentavam habitualmente os Centros de Convivência.

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: a) ser o familiar de referência do paciente; b) ser o familiar cuidador principal da pessoa com esquizofrenia cadastrada no Centro.

Em resposta ao convite dos gestores, 46 familiares dispuseram-se a participar do estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam ao questionário sociodemográfico, Escala de Sobrecarga Familiar e a Escala de Stress Percebido (fase I - caracterização).

No entanto, desses 46 familiares cuidadores que aderiram inicialmente ao programa, 31 continuaram no estudo e participaram no programa de intervenção Psicoeducativa (fase II - intervenção) e da segunda aplicação dos instrumentos de recolha de dados (fase III – avaliação). É importante salientar que, de acordo com Almeida (2007), o número mínimo de participantes para um estudo quantitativo e consistência da análise estatística é de 30 sujeitos. Desta forma considera-se que o número da amostra deste estudo responde a este requisito.

2.6.2. Local do estudo

Os serviços de Saúde Mental Centros de Convivência e Cultura (CCC) estão distribuídos nas nove regionais sanitárias que compõem o município de Belo Horizonte, denominadas Centro-sul, Oeste, Leste, Norte, Noroeste, Nordeste, Pampulha, Barreiro, e Venda Nova.

Cada Centro de Convivência e Cultura é referência na sua região e atende a população de inúmeros bairros pertencentes à mesma regional. Os Centros de Convivência e Cultura estão situados em locais de fácil acesso à comunidade. A estrutura física é geralmente uma casa alugada pela prefeitura ou espaços onde funcionam os Centros de Apoio Social Comunitário.

Os espaços físicos têm estrutura interna distribuída para o uso administrativo e atividades terapêuticas alternativas e não medicamentosas, que envolvem aspectos culturais e artísticos. Geralmente possui grande área externa que propicia o uso para as atividades e descontração dos frequentadores.

2.7. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha dos dados quantitativos, foram utilizados o questionário sociodemográfico, a Escala de Stress Percebido – EPS-10 e a Escala de Sobrecarga Familiar – FBIS-BR. Os três instrumentos foram aplicados na fase I do estudo e na fase III após o término da intervenção (fase II).

A aplicação dos instrumentos ocorreu no espaço do Centro de Convivência e Cultura, em sala reservada e de forma individual e com privacidade. O tempo de entrevista durou cerca de 60 minutos.

A intervenção de psicoeducação com aplicação de atividade física de alongamento e relaxamento (Fase II), ocorreu durante um período de seis meses, de julho a dezembro de 2015. Nesta fase, foi gravado em áudio o relato dos familiares sobre suas percepções corporais e sentimentos advindos da prática da atividade física. Finalizando a Fase II, os familiares cuidadores participantes foram convidados a participar da Fase III, ou seja, responder à segunda aplicação da Escala de Sobrecarga Familiar e Escala de Stress Percebido.

2.7.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi construído pela pesquisadora com o objetivo de recolher dados a respeito dos familiares cuidadores e seus entes com esquizofrenia. Pretendeu-se, através do questionário, conhecer os familiares cuidadores quanto à sua situação sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação laboral, relação de parentesco, coabitação com o doente, tempo em anos de prestação de cuidados, horas semanais destinadas às tarefas de cuidado, se recebe ajuda de outras pessoas para exercer as tarefas de cuidado, se cuida de mais outras pessoas dependentes, tipo de ajuda de que o doente necessita).

A formulação das questões teve como base questionários utilizados noutros estudos citados na revisão teórica, que tiveram como objetivo caracterizar o mesmo tipo de população pretendida no presente estudo. O questionário está composto por questões abertas e fechadas.

As questões relativas à pessoa com esquizofrenia, foram sobre os seguintes itens: género, idade, escolaridade.

2.7.2. Escala de Avaliação da Sobrecarga da Família – FBIS-BR

A Escala de Avaliação da Sobrecarga da Família – FBIS-BR tem o objetivo de avaliar a experiência dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno psiquiátrico em relação à tarefa do cuidar e o impacto desta experiência nas suas vidas. A Escala encontra-se validada para ser utilizada no contexto brasileiro para efeito de investigação.

O estudo das propriedades psicométricas da *Family Burden Interview schedule (FBIS)*, elaborada em 1996 por Tessler e Gamache, para a validação e adaptação transcultural da Escala para o Brasil foi realizado por Bandeira et al. (2008). Para a análise de validade da Escala de Sobrecarga Familiar (FBIS-BR), os autores utilizaram dois procedimentos de validação prescritos, em 2003 por Pasquali.

O primeiro procedimento consta da realização da avaliação de Pearson entre os valores obtidos na Escala FBIS-BR e na Escala *Burden Interview* elaborada em 1980 por Zarit, validada para o Brasil em 2004 por Taub, Andreoli e Bertolucci, a qual avalia o mesmo constructo de sobrecarga familiar. O segundo procedimento constou da análise de validade do constructo da FBIS-BR por meio da técnica de validação convergente. O

teste consiste em analisar hipoteticamente se o teste se correlaciona significativamente com outras medidas de constructos diferentes. Para tal, os autores utilizaram a correlação de Pearson com a escala *Self Reporting Questionnaire* SQR-20 desenvolvida, em 1980, por Harding et al. e validada para o Brasil, em 1986, por Mari e Willians, a qual é utilizada para identificar transtornos mentais comuns como insónia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (Bandeira et al., 2008).

A Escala de Sobrecarga Familiar foi submetida ao estudo de sua confiabilidade e apresentou valores alfa de *Cronbach* de 0,82 para o valor da sobrecarga objetiva, valor de 0,92 para a sobrecarga subjetiva, e valores de alfa entre 0,58 a 0,90 para as cinco subescalas. O estudo da estabilidade temporal apresentou valores significativos de correlação de *Pearson* quando comparados os resultados do teste em diferentes momentos, cuja variação foi de 0,54 a 0,90 para as cinco subescalas e para o valor global da Escala. A Escala possibilita o cálculo de valores de medida independentes para cada dimensão da sobrecarga, permitindo avaliar que dimensões apresentam maior ou menor grau de sobrecarga para os familiares e que variáveis afetam diferencialmente as dimensões. A Escala é um instrumento de medida multidimensional, que permite identificar de forma precisa os domínios mais afetados na vida dos familiares cuidadores e suas necessidades quanto ao suporte social e orientação, através das cinco dimensões.

A descrição detalhada da Escala, com instruções de aplicação e formas de correção para cálculo dos valores de sobrecarga encontra-se acessível no site do Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ (www.lapsam.ufs.edu.br). Realizou-se, ainda, consulta via telefone à autora Prof^a Doutora Marina de Bittencourt Bandeira.

A Escala FBIS-BR avalia o grau de sobrecarga dos familiares em cinco dimensões da vida, que consistem nas subescalas:

a) Assistência na vida quotidiana do paciente (questões objetivas que avaliam a frequência da assistência prestada pelo familiar e questões subjetivas que verificam o grau de incómodo sentido com a prestação do cuidado);

b) Supervisão aos comportamentos problemáticos do paciente (questões objetivas que avaliam a frequência com que o familiar teve que supervisionar os comportamentos problemáticos e questões subjetivas que avaliam o grau de incómodo sentido pelo familiar cuidador);

c) Gastos financeiros do familiar com o paciente (não foi interesse de avaliação do estudo);

d) Impacto nas rotinas diárias da família (questões objetivas que verificam o impacto da tarefa do cuidar na vida do familiar cuidador pela frequência das alterações ocorridas na rotina familiar. Existe ainda uma quinta questão que não entra no cálculo dos valores desta subescala, que avalia as mudanças permanentes que ocorreram na vida social e ocupacional do cuidador);

e) Preocupações do familiar com o paciente (questões subjetivas que avaliam a preocupação do familiar cuidador com o ente doente).

A Escala FBIS-BR avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva é avaliada por meio da frequência de assistências e supervisões do familiar no cuidado cotidiano com o paciente e a frequência de alterações na rotina de sua vida. As alternativas de resposta constam de 1 = nenhuma vez, 2 = menos que uma vez por semana, 3 = uma ou duas vezes por semana, 4 = de três a seis vezes por semana e 5 = todos os dias.

A sobrecarga subjetiva é avaliada por meio do grau de incómodo sentido pelo familiar ao exercer o papel de cuidador e das suas preocupações com o paciente. Para a avaliação do grau de incómodo, as opções de resposta são 1 = nem um pouco, 2 = muito pouco, 3 = um pouco e 4 = muito. Para a avaliação das preocupações, as alternativas de resposta são: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre ou quase sempre.

As perguntas referem-se às tarefas realizadas nos últimos 30 dias. Deve ser enfatizado para o familiar responder às perguntas com base na sua própria experiência pessoal, de forma a expressar com sinceridade os seus sentimentos em relação a sobrecarga sentida em cuidar do ente com transtorno mental.

Segundo Bandeira et al. (2008), os resultados obtidos na validação da Escala FBIS-BR sugerem que a escala possui propriedades psicométricas adequadas de validade de critério e de constructo, de forma a constituir-se num instrumento de medida válido para avaliar as sobrecargas objetiva e subjetiva, nos diversos domínios da vida dos familiares cuidadores de pessoas com doenças mentais. Os autores reforçam que o facto de a escala ser multidimensional, contribui para avaliar de forma mais completa e diferenciada esse constructo por meio das subescalas que a compõem. Portanto, a Escala pode ser também utilizada em familiares cuidadores de pacientes que se submeteram a programas

de intervenção, de forma a avaliar a eficácia do programa, relacionando-o com o nível de sobrecarga observado em familiares, podendo ser verificado pela aplicação da escala antes e após a intervenção.

2.7.3. Escala de Percepção de Stress (EPS-10)

A Escala de Percepção de stress (EPS-10) foi desenvolvida por Cohen, Kamarck, Mermelstein em 1983 e publicada no estudo *A global measure of perceived stress* publicado no *Journal of Health and Social Behavior*. Os autores avaliaram três grupos, sendo dois constituídos por estudantes universitários e um grupo mais heterogéneo de pessoas inscritas num programa de cessação do tabagismo, cujo coeficiente alfa para a Escala de PSS foi de 0,84; 0,85 e 0,86, respetivamente para cada uma das três amostras.

A Escala foi validada no Brasil por Reis, Hino, Anexo (2010) e publicada no artigo *Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil*, no *Journal Health Psychol*.

A confiabilidade e validade da escala de percepção de stress (EPS-10) foram avaliadas em 793 professores universitários brasileiros. Realizou-se o procedimento de tradução em duas etapas para se alcançar a versão em português. A análise fatorial exploratória mostrou dois fatores com valores superiores a 1,0 (56,8% da variância). Os coeficientes alfa de *Cronbach* foram 0,83 (Fator 1), 0,77 (Fator 2) e 0,87 (Pontuação Total). Os escores de confiabilidade test-retest foram 0,83 (Fator 1), 0,68 (Fator 2) e 0,86 (Pontuação Total). O EPS-10 como correlações de saúde percebidas variaram de -0,22 a -0,35. O EPS-10 mostrou uma confiabilidade e validade adequada, apoiando so eu uso para a população.

A EPS-10 contém 10 questões a respeito dos sentimentos e a frequência com que se sentiu ou pensou a respeito de diversas situações durante os últimos 30 dias. Os itens 1,2,3,6,9,10 (nomeados como fator 1) expressam sentimentos negativos resultantes do stress. Enquanto que as respostas 4,5,7 e 8 (fator2) expressam sentimentos positivos e, por esta razão, deve-se ter a pontuação invertida.

Segundo Selye (2002), estímulos provocados por agentes externos geram respostas psicológicas internas e automáticas do organismo do indivíduo. Neste sentido, o autor afirma que a pessoa reage aos estímulos externos e, conseqüentemente, o seu organismo esforçar-se-á para se adaptar aos estímulos que causam o stress, e nomeia

este processo de síndrome geral de adaptação. De acordo com Ramos (2001), esta adaptação é uma reação de defesa do organismo contra a vários agentes externos.

Seyle (2002) considerou que o stress não tem necessariamente uma conotação negativa. Então, o autor distinguiu o stress em duas dimensões:

- O distress que se refere a uma má adaptação do organismo a um estímulo externo perturbador, que de forma prejudicial é responsável pelo desencadeamento de várias patologias. Esta é a forma negativa de reação do indivíduo sobre o stress.

- O eustress que é considerado a otimização do funcionamento adaptativo diante de experiências problemáticas, que se apresentam como desafios para o indivíduo.

Neste sentido, o autor afirma que a presença do stress pode beneficiar o sujeito em relação à sua dinamização para reagir (ação) diante de eventos que causam stress. Para Ramos (2005), o stress pode ter uma conotação de agradável e curativo.

2.7.4. Registo dos relatos dos familiares sobre o programa de intervenção Psicoeducativa

O registo dos relatos dos participantes do estudo a respeito de suas auto percepções sobre o seu estado físico e mental, em consequência do programa de intervenção psicoeducativo, vivenciado a partir das experiências práticas com as aulas de alongamento e relaxamento, foi realizado através de gravação em áudio nos últimos 10 - 15 minutos das sessões, fornecendo os dados qualitativos ao estudo.

2.8. Considerações Éticas

Os procedimentos éticos adotados no presente estudo seguiram as indicações da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde para realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte via Plataforma Brasil, registro CAAE nº 41787015.6.3001.5140.

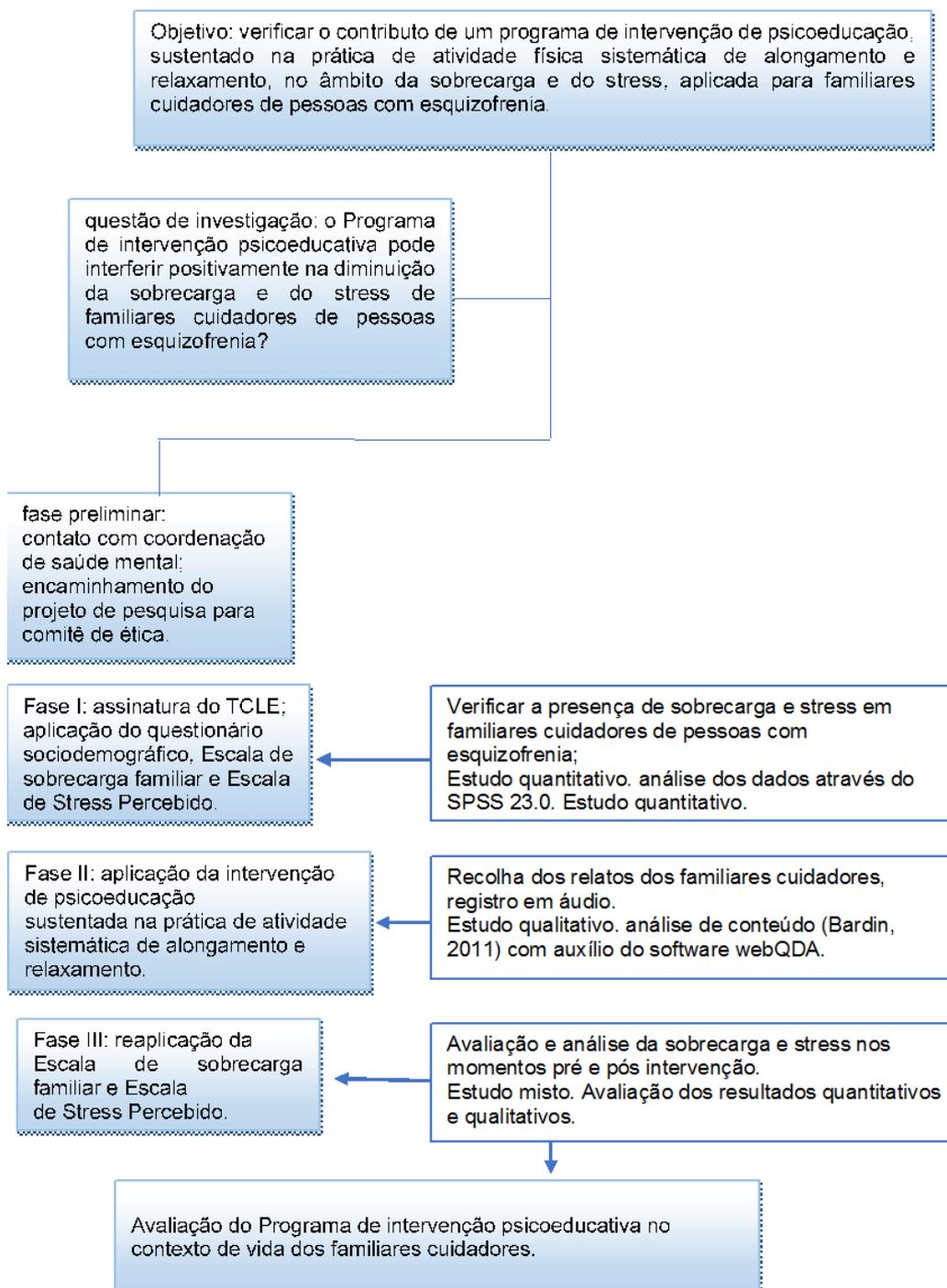
PARTE II

No primeiro encontro os familiares foram informados sobre os objetivos do estudo e os procedimentos, tendo sido esclarecidos todos os detalhes das fases que o compõem.

Foi dito aos familiares que a participação era voluntária e que tinham liberdade para desistir no decorrer do desenvolvimento do estudo sem qualquer tipo de penalização. Alertou-se que, durante a aplicação dos instrumentos, poderiam sentir algum desconforto ao responder a algumas das perguntas da Escala de Sobrecarga Familiar. Foi ressaltado que a participação no estudo poderia proporcionar benefícios, como ganhos quanto aos aspetos físicos e psicológicos, e melhoria na qualidade de vida. Foram, ainda, informados que o conteúdo dos instrumentos e as gravações em áudio eram estritamente confidenciais, e que seriam somente utilizados para compor o estudo e para divulgação de resultados em publicações de âmbito científico. No final das explicações e esclarecimento de dúvidas, foi solicitado a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.9. Desenho do Estudo

Figura 13 – Fluxograma do estudo.



PARTE II

As atividades preliminares constaram de ações que viabilizaram o desenvolvimento do estudo. A princípio foi realizado o contacto com a Coordenação da Rede de Saúde Mental do município de Belo Horizonte em Minas Gerais, que ocorreu durante o mês de janeiro de 2015. Neste período a coordenação agendou uma reunião com a pesquisadora para a apresentação do projeto de pesquisa, seus objetivos e a importância do estudo tanto para o âmbito acadêmico como para o âmbito da saúde da comunidade assistida pelos serviços de saúde mental.

Após análise do projeto de pesquisa, a coordenação da Rede de Saúde mental apresentou o parecer favorável para o desenvolvimento do estudo, cuja comunicação formal se deu via Carta de Anuência (Anexo 1), e comunicou aos gestores dos nove Centros de Convivência a respeito do estudo, autorizando o acesso da pesquisadora a estes serviços.

Neste mesmo período, foi solicitado à Coordenação do Curso de Doutorado do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro o preenchimento do documento Folha de Rosto (Anexo 2), para compor os documentos exigidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Com posse do projeto de pesquisa e de todos os documentos exigidos pelo Comitê de Ética, utilizou-se a Plataforma Brasil para postá-los e encaminhá-los para apreciação.

Durante o período em que se aguardou a avaliação do projeto pelo Comitê de Ética, a pesquisadora foi convidada a participar em reuniões com os gestores dos Centros de Convivência. A primeira reunião ocorreu com os nove gestores e teve o objetivo de apresentar o projeto de pesquisa e discutir sobre o desenvolvimento do estudo. Os gestores se colocaram disponíveis e solícitos para contribuir para o desenvolvimento do estudo.

A partir desta reunião, outras foram agendadas em cada um dos serviços Centros de Convivência e Cultura (CCC) para se conhecerem os espaços físicos disponíveis para desenvolver a intervenção (fase II) do estudo, que constou da aplicação da atividade de Educação em saúde através da prática sistemática da atividade física alongamento e relaxamento para os familiares das pessoas com esquizofrenia.

Nos encontros em cada CCC, juntamente com o gestor local, foi discutido sobre a maneira de abordar e convidar os familiares para a participação na pesquisa. Como estratégia, os gestores agendaram o primeiro encontro da pesquisadora com os familiares nas mesmas datas previstas para as reuniões mensais que cada Centro realiza

com os seus familiares, acrescentando na pauta a apresentação do estudo pela pesquisadora, bem como o convite aos familiares.

Outros meios de convite utilizados durante os meses de março a abril foram através de encaminhamentos de carta convite dos gestores, enviadas aos familiares pelos próprios pacientes. Utilizou-se ainda o contacto telefónico com os familiares, realizado por profissionais da equipa dos Centros e pela pesquisadora.

Durante todo o processo de desenvolvimento do estudo, a pesquisa foi apoiada por um profissional da equipa da Coordenação da Saúde Mental.

2.9.1. Fase I do estudo - Caracterização

Ao receber o parecer favorável do Comité de Ética (Anexo3), iniciou-se a fase I do estudo.

Foram agendados encontros com os familiares de acordo com a disponibilidade destes, para a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Anexo 4), Questionário Sociodemográfico (Anexo 5), Escala de Perceção de stress (Anexo 6), e Escala de Sobrecarga Familiar (Anexo 7).

Os agendamentos para a aplicação dos instrumentos foram realizados de acordo com os horários disponibilizados pelos familiares. Alguns familiares desmarcaram ou não compareceram sem aviso prévio. Este facto contribuiu para que o processo se tornasse mais demorado, pois houve a necessidade de reagendamentos.

A recolha da assinatura no TCLE e a aplicação do questionário sociodemográfico e das duas Escalas foram realizados pela própria pesquisadora. A coordenação de cada Centro de Convivência e Cultura disponibilizou um local reservado para a aplicação dos instrumentos. O tempo total de aplicação ficou em cerca de 60 minutos para cada familiar. Algumas vezes foi necessário de um período maior de tempo, quando muitos dos familiares aproveitaram o momento para desabafar sobre as suas angústias relativas ao cuidado.

Após a aplicação dos instrumentos (questionário sociodemográfico, Escala de Sobrecarga Familiar e Escala de Stress Percebido), foi solicitado aos familiares que sugerissem dias da semana e horários para participação na intervenção psicoeducativa por meio das práticas de exercícios de alongamento e relaxamento (fase II).

PARTE II

As sugestões dos familiares foram analisadas para se definir um consenso entre os dias e horários, que posteriormente foi comunicado aos mesmos. O processo de ajustamento dos horários disponibilizados pelos familiares nos distintos Centros de Convivência foi realizado com bastante cautela para favorecer a todos a oportunidade de participação. No entanto, para aqueles que não se adequavam aos dias e horários da grande maioria, foi solicitado que revessem tal possibilidade para estarem incluídos, uma vez que demonstraram interesse na participação.

Embora a Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte seja composta por nove Centros de Convivência e Cultura (CCC), distribuídos em cada uma das regionais sanitárias, familiares de dois Centros, ou seja, CCC Oeste e CCC Centro Sul, não aderiram ao estudo. Mesmo com a apresentação e esclarecimentos sobre os benefícios das atividades e esforços dos gestores para convencê-los, não houve interesse de participação pelos familiares destes Centros. Portanto, participaram no estudo os familiares dos Centros de Convivência das regionais: Norte, Nordeste, Leste, Noroeste, Pampulha, Barreiro, e Venda Nova.

Os dias e horários das atividades de Educação para a Saúde (alongamento e relaxamento), de acordo com sugestão e disponibilidade dos familiares, foram distribuídos ao longo da semana conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3 - Cronograma semanal da intervenção psicoeducativa nos CCC.

Segunda feira	Quarta feira	Quinta feira	Sexta feira
CCC São Paulo (Regional Nordeste)	CCC Venda Nova (Regional Venda Nova) CC Carlos Prates (Regional Noroeste)	CCC Leste (Regional Leste) CC Providência (Regional Norte) CC Pampulha (Regional Pampulha)	CC Venda Nova (Regional Venda Nova) CC Barreiro (Regional Barreiro)

2.9.2. Fase II do Estudo – Intervenção Psicoeducativa

A fase II tratou da aplicação de um programa de intervenção psicoeducativa (Anexo 8) com práticas sistemáticas de atividade física de alongamento e relaxamento para os familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, atendidas em sete Centros de Convivência e Cultura de Belo Horizonte.

A intervenção foi ministrada pela própria pesquisadora e ocorreu durante o período de seis meses, a contar de julho a dezembro de 2015. A frequência semanal desejada para a realização das atividades em cada CCC foi de, no mínimo duas vezes semanais. No entanto, entre os sete Centros participantes do estudo, apenas no CCC Venda Nova, os familiares tiveram disponibilidade para realizar a atividade duas vezes por semana. Assim, nos demais seis Centros de Convivência, os familiares disponibilizaram-se para frequentar as atividades uma vez por semana.

Ao final dos seis meses de intervenção, foi computado o total de 24 sessões (aulas com exercícios de alongamento e relaxamento) para os familiares de seis Centros de Convivência que participaram das atividades uma vez por semana, e 48 sessões para os familiares de um CCC que o fizeram duas vezes semanais.

As aulas foram ministradas semanalmente, utilizando-se tanto o turno da manhã como o da tarde. A duração das sessões foi de uma hora/aula, distribuída da seguinte forma: 30 minutos de exercícios de alongamento, 15 minutos de relaxamento (descritas no Apêndice) e 15 minutos de escuta dos relatos dos participantes sobre a percepção corporal e sentimentos advindos da prática das atividades. Este momento foi registrado em áudio para fornecer dados para a avaliação qualitativa do estudo.

2.9.3. Fase III do Estudo - Avaliação

A fase III tratou da reaplicação da Escala de Percepção de Stress, e Escala de Sobrecarga Familiar, que ocorreu após ter terminado a fase II.

Os familiares cuidadores foram informados no início do estudo que seriam submetidos à reaplicação das duas Escalas no final da fase II. Os dias e horários para os encontros individuais foram agendados de acordo com a disponibilidade dos familiares e o local foi o próprio Centro de Convivência e Cultura.

PARTE III – Atividade Física e Saúde do Cuidador

CAPÍTULO 3 - A saúde do cuidador

Os resultados quantitativos do estudo foram obtidos através dos dados recolhidos pelos instrumentos: questionário sociodemográfico, Escala de sobrecarga familiar e Escala de percepção de stress, sendo que os mesmos foram tratados através do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 23.0.

Os resultados sociodemográficos estão apresentados em forma de frequências. Realizou-se estatística inferencial para análise de correlação de *Pearson* para as correlações entre valores das médias da sobrecarga, e análise de correlação de *Spearman* para as correlações entre variáveis sociodemográficas e valores das médias de sobrecarga familiar e de stress. Foi adotado o nível de significância $p < 0,05$.

3.1. Dados Sociodemográficos - Dados pessoais

As características pessoais dos 31 familiares cuidadores estão apresentadas na tabela 1:

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos familiares cuidadores.

Variáveis	N	%
Sexo		
<i>Feminino</i>	25	80,6
<i>Masculino</i>	6	19,4
Faixa etária		
<i>De 51 a 60 anos</i>	4	12,9
<i>De 61 a 70 anos</i>	17	54,8
<i>De 71 a 80 anos</i>	10	32,3

PARTE III

Idade média	67 anos		
Situação conjugal			
	<i>Casado(a) / União de fato</i>	13	41,9
	<i>Viúvo(a)</i>	8	25,8
	<i>Solteiro(a)</i>	6	19,4
	<i>Divorciado(a) / Separado(a)</i>	4	12,9
Situação ocupacional			
	<i>Aposentado(a)</i>	20	64,5
	<i>Empregado(a) a tempo inteiro</i>	3	9,7
	<i>Desempregado(a)</i>	8	25,8
Ocupação secundária			
	<i>Não</i>	22	71,0
	<i>Sim</i>	9	29,0
Escolaridade			
	<i>Não frequentou ensino formal</i>	2	6,5
	<i>Ensino fundamental incompleto</i>	18	58,1
	<i>Ensino fundamental</i>	4	12,9
	<i>Ensino médio incompleto</i>	1	3,2
	<i>Ensino médio</i>	3	9,6
	<i>Ensino superior incompleto</i>	1	3,2
	<i>Ensino superior</i>	2	6,5
Parentesco			
	<i>Mãe</i>	17	54,9
	<i>Pai</i>	5	16,1
	<i>Irmão/Irmã</i>	5	16,1
	<i>Cônjuge/Companheiro(a)</i>	4	12,9
Distância de moradia			
	<i>Vivem na mesma casa</i>	27	87,1
	<i>Vivem em casas diferentes e próximas</i>	2	6,5
	<i>A uma distância possível</i>	1	3,2

de ir a pé

Até 30 minutos de autocarro 1 3,2

Os resultados sociodemográficos apontam que a idade média dos 31 familiares cuidadores é de 67 anos. A idade mínima foi de 51 anos e a idade máxima de 79 anos, com predominância da faixa etária entre os 61 a 70 anos (54,8%). A maioria dos familiares é do sexo feminino (80,6%).

Quanto ao estado civil, 41,9% dos familiares são casados e o somatório da condição viúvo, divorciado e solteiro foi de 58,1%. Mais de metade dos familiares (64,5%) encontra-se reformada e 25,8% desempregados. Ainda, 29,0% dos familiares relataram exercer alguma atividade informal, como trabalhos voluntários na igreja, costura, entre outros.

Quanto ao nível educacional, 58,1% dos familiares possuem ensino fundamental incompleto. Os cuidados, na sua maioria, são exercidos pelas mães (54,9%), e pelos pais (16,1%), pelos irmãos/irmãs (16,1%), e pelos cônjuges (12,9%).

Quanto a moradia, a maioria dos familiares (87,1%) vive na mesma casa com o ente com esquizofrenia.

Relativamente às pessoas com esquizofrenia que receberam os cuidados dos familiares, a maioria (67,7%) é do sexo masculino. A idade média das pessoas com esquizofrenia foi de 43 anos, com baixo nível de escolaridade, sendo que 51,6% possuem ensino fundamental incompleto e 12,9% não frequentaram o ensino formal.

Tabela 2 - Características sociodemográficas das pessoas com esquizofrenia.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	10	32,3
Masculino	21	67,7
Idade		
<i>De 20 a 30 anos</i>	5	16,1
<i>De 31 a 40 anos</i>	11	35,5
<i>De 41 a 50 anos</i>	7	22,6
<i>De 51 a 60 anos</i>	4	12,9
<i>De 61anos a 70 anos</i>	3	9,7
<i>De 71anos a 80 anos</i>	1	3,2
Escolaridade		
Não frequentou o ensino formal	4	12,9
Ensino fundamental incompleto	16	51,6
Ensino fundamental	6	19,4
Ensino secundário incompleto	2	6,5
Ensino secundário	2	6,5
Ensino superior	1	3,2

3.2. Dados Sociodemográficos - Atividades de cuidados

As características referentes aos cuidados prestados pelos familiares cuidadores das pessoas com esquizofrenia estão representadas na tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização dos cuidados.

Variáveis	N	%
Anos de cuidados		
<i>De 1 a 10 anos</i>	3	9,7
<i>De 11 a 20 anos</i>	13	41,9
<i>De 21 a 30 anos</i>	5	16,1
<i>De 31 a 40 anos</i>	9	29,0
<i>Mais de 40 anos</i>	1	3,2
Apoio do cuidador ao ente com esquizofrenia		
<i>Físicos / Pessoais</i>	6	19,4
<i>Domésticos</i>	25	80,6
<i>Emocional / Psicológico</i>	28	90,3
<i>Social</i>	21	67,7
<i>Financeiro</i>	12	38,7
Horas semanais de cuidados		
<i>De 12 a 24 horas</i>	7	22,6
<i>De 25 a 72 horas</i>	9	29,0
<i>De 73 a 144 horas</i>	9	29,0
<i>Mais de 144 horas</i>	6	19,4
Percepção do grau de dependência do usuário		
<i>Gravemente dependente</i>	3	9,7
<i>Moderadamente dependente</i>	10	32,3
<i>Parcialmente dependente</i>	18	58,1
Limitações na vida profissional/ Ocupacional		
<i>Não</i>	18	58,1
<i>Sim</i>	13	41,9

PARTE III

Relativamente aos anos de cuidados prestados ao ente com esquizofrenia, verificou-se longos períodos em anos de cuidados, destacando o maior período de entre 11 a 20 anos (41,9%) de cuidados.

Quanto ao tipo de apoio prestado ao ente com esquizofrenia, nota-se uma maior frequência do apoio emocional/psicológico (90,3%), respondido por 28 familiares cuidadores, e apoio doméstico (80,6%), respondido por 25 familiares. Em menor proporção, o apoio nas atividades físicas/pessoal (19,4%), foi respondido por 6 familiares.

Grande parte dos familiares cuidadores despendem de 25 a 72 horas semanais (29,0%) e 73 a 144 horas (29,0%) com as tarefas de cuidados.

Na perceção da maioria dos familiares cuidadores, o grau de dependência do ente com esquizofrenia, quanto à demanda de cuidados apontou para grande parte de pessoas parcialmente dependentes (58,1%).

O quantitativo de 58,1% dos familiares cuidadores relatou que prestar os cuidados lhe causa limitações nas atividades profissionais/ocupacionais.

3.3. Dados Sociodemográficos - Suporte Percebido

O suporte percebido pelos familiares cuidadores está caracterizado na tabela 4.

Tabela 4 - Suporte recebido pelos familiares cuidadores.

Variáveis	n	%
Apoio ao familiar por parte dos Serviços		
<i>Não</i>	12	38,7
<i>Sim</i>	19	61,3
Apoio de outros com as tarefas de cuidado		
<i>Não</i>	18	58,1
<i>Sim</i>	13	41,9
Cuidar de mais outra pessoa		
<i>Não</i>	24	77,4
<i>Sim</i>	7	22,6
Auto percepção da saúde		
<i>Muito boa</i>	2	6,5
<i>Boa</i>	15	48,4
<i>Razoável</i>	13	41,9
<i>Muito fraca</i>	1	3,2
Momentos livres para lazer		
<i>Não</i>	13	41,9
<i>Sim</i>	18	58,1

Quanto ao apoio de serviços sociais/saúde, 61,3% dos familiares afirmaram receber apoio do Centro de Convivência e Cultura, por meio de informações e orientações. Os familiares que relataram receber algum tipo de ajuda por parte de outros familiares para a realização dos cuidados foram 41,9%.

Dos 31 familiares, apenas 22,6% prestam cuidados a mais outra pessoa além de seu ente com esquizofrenia, sendo que esses cuidados são direcionados à mãe, filho, cônjuge e, outro membro familiar.

Em relação à própria saúde, os familiares cuidadores consideraram-na de razoável (41,9%) a boa (48,4%).

Quanto a disponibilidade de momentos livres para realizar atividades de lazer 58,1% dos familiares relatou desfrutar destes momentos em companhia do ente com esquizofrenia.

3.4. Respostas do programa de intervenção psicoeducativa perante a sobrecarga familiar

Os resultados da Escala de Sobrecarga Familiar – FBIS-BR estão apresentados através das médias da frequência de respostas dos 31 familiares cuidadores para cada uma das subescalas que se referem às dimensões da vida: Assistência na vida cotidiana (dimensão objetiva e subjetiva); Supervisão dos comportamentos problemáticos (dimensão objetiva e subjetiva); Impacto nas rotinas diárias (dimensão objetiva); Preocupação com o paciente (dimensão subjetiva), compreendendo o momento Pré e Pós intervenção psicoeducativa.

3.4.1. Assistência na vida cotidiana

As tabelas 5 e 6 apresentam as médias e Desvio Padrão das respostas da subescala Assistência na vida cotidiana, nas dimensões objetiva e subjetiva, referentes à “Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares – FBIS-BR” na pré e Pós-intervenção de psicoeducação para os 31 familiares cuidadores.

Tabela 5 - Média e Desvio Padrão da subescala “Assistência na vida cotidiana na dimensão objetiva na pré e pós intervenção.

Assistência na vida cotidiana	Pré-intervenção	Pós-intervenção
Questões	Médias(dp)	Médias(dp)
<i>Higiene pessoal</i>	3,1(1,83)	2,5(1,71)
<i>Administração de medicação</i>	2,9(1,89)	2,6(1,82)
<i>Tarefas de casa</i>	2,2(1,56)	2,2(1,64)
<i>Compras</i>	2,2(1,62)	1,6(1,11)
<i>Cozinhar refeições</i>	3,9(1,83)	3,0(1,87)
levar a algum lugar	2,2(1,26)	2,3(1,34)
<i>Cuidar do dinheiro</i>	1,9(0,99)	1,8(0,93)
<i>Ocupar o tempo</i>	2,9(1,61)	3,0(1,60)
<i>Levar à consulta médica</i>	1,7(1,10)	1,5(0,67)

No momento da Pré-intervenção, quanto à Assistência cotidiana na dimensão objetiva, os familiares apresentaram, uma maior média para a tarefa de “cozinhar as refeições” todos os dias (3,9). Na Pós-intervenção, a maior sobrecarga foi apresentada para as tarefas de “cozinhar refeições” (3,0) e, solicitar o paciente a “Ocupar o tempo” (3,0).

Tabela 6 - Média e Desvio Padrão da subescala “Assistência na vida cotidiana, na dimensão subjetiva, na pré e pós intervenção.

Assistência na vida cotidiana	Pré-intervenção	Pós-intervenção
Questões	Médias (Dp)	Médias (Dp)
<i>Higiene pessoal</i>	1,2(1,35)	1,1(1,45)
<i>Administração de medicação</i>	0,9(1,21)	0,8(1,06)
<i>Tarefas de casa</i>	1,0(1,47)	0,8(1,29)
<i>Compras</i>	0,7(0,97)	0,5(0,85)
<i>Cozinhar refeições</i>	0,8(0,49)	0,6(0,56)
levar a algum lugar	0,6(0,56)	0,6(0,50)
<i>Cuidar do dinheiro</i>	0,7(0,93)	0,8(0,92)
<i>Ocupar o tempo</i>	1,6(1,45)	1,5(1,50)
<i>Levar à consulta médica</i>	0,5(0,72)	0,4(0,49)

Na dimensão subjetiva, no momento da Pré-intervenção, os familiares cuidadores apresentaram maior sentimento de incómodo em relação à tarefa de solicitar a “Ocupar o tempo” (1,6) e na Pós-intervenção, a maior média foi apresentada para a mesma tarefa, ou seja, solicitar para “Ocupar o tempo” (1,5).

3.4.2. Supervisão dos comportamentos problemáticos

As tabelas 7 e 8 apresentam as médias e Desvio padrão referentes às questões da subescala Supervisão dos comportamentos problemáticos, nas dimensões objetiva e subjetiva, compostas na “Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares – FBIS-BR” na pré e na pós-intervenção psicoeducativa com os familiares cuidadores.

Tabela 7 - Média e Desvio padrão da subescala “Supervisão dos comportamentos problemáticos”, dimensão objetiva, na pré e pós intervenção.

Supervisãodos comportamentos problemáticos	Pré-intervenção	Pós-intervenção
Questões	Médias (Dp)	Médias (Dp)
<i>Comportamentos vergonhosos</i>	2,1(1,49)	1,4(0,84)
<i>Pedir atenção excessiva</i>	2,2(1,55)	2,0(1,62)
<i>Comportamentos noturnos perturbadores</i>	1,7(1,41)	1,2(0,62)
<i>Comportameto heteroagressivo</i>	1,3(0,83)	1,1(0,34)
<i>Comportameto autoagressivo</i>	1,3(0,82)	1,2(0,62)
Excesso uso bebida alcoolica	1,3(0,78)	1,1(0,50)
<i>Uso excessivo cigarro</i>	2,1(1,45)	1,7(1,24)
<i>Uso de drogas</i>	2,1(0,56)	1,4(0,72)

A distribuição das médias das questões subescala Supervisão dos comportamentos problemáticos na dimensão subjetiva apontou uma maior sobrecarga para os familiares cuidadores quanto a supervisionar o comportamento “Pedir atenção excessiva” (2,2) na pré-intervenção, e este mesmo comportamento se apresentou-se com média mais elevada (2,0) na pré-intervenção.

Tabela 8 - Média e Desvio padrão da subescala “Supervisão dos comportamentos problemáticos”, dimensão subjetiva, na pré e pós intervenção psicoeducativa.

Supervisãodos comportamentos problemáticos	Pré-intervenção	Pós-intervenção
	Médias (Dp)	Médias (Dp)
Questões		
<i>Comportamentos vergonhosos</i>	1,5(1,82)	0,9(1,57)
<i>Pedir atenção excessiva</i>	1,0(1,46)	1,0(1,47)
<i>Comportamentos noturnos perturbadores</i>	0,9(1,56)	0,3(0,95)
<i>Comportameto heteroagressivo</i>	0,6(1,36)	0,5(1,21)
<i>Comportameto autoagressivo</i>	0,5(1,36)	0,5(1,23)
Excesso uso bebida alcoólica	0,5(1,28)	0,2(0,79)
<i>Uso excessivo cigarro</i>	1,1(1,52)	0,8(1,28)
<i>Uso de drogas</i>	0,3(0,99)	0,3(0,72)

Verifica-se que a subescala Supervisão dos comportamentos problemáticos na dimensão subjetiva apontou maior valor da média para a supervisão dos “Comportamentos vergonhosos” (1,5) na pré-intervenção, e apresentou diminuição desta mesma tarefa na pré-intervenção (0,9).

3.4.3. Impacto nas rotinas diárias

A tabela 9 apresenta os valores das médias e Desvio padrão para as questões da subescala Impacto nas rotinas diárias, de dimensão objetiva, referentes à “Escala de Avaliação da Sobrecarga Familiar – FBIS-BR” na pré e pós-intervenção psicoeducativa com os familiares cuidadores.

Tabela 9 - Média e Desvio padrão das questões da subescala “Impacto nas rotinas diárias” na pré e pós-intervenção psicoeducativa.

Impacto nas rotinas diárias	Pré-intervenção	Pós-intervenção
Questões	Médias (Dp)	Médias (Dp)
<i>Atraso ou ausência a compromissos</i>	1,3(0,70)	1,4(0,92)
<i>Lazer</i>	1,3(0,87)	1,1(0,43)
<i>Rotina da casa</i>	1,5(1,17)	1,2(0,75)
<i>Dedicar atenção a outros familiares</i>	1,3(0,82)	1,2(0,76)

Os valores das médias das questões que compõem a subescala Impacto nas rotinas diárias de dimensão objetiva apontou uma maior média para a tarefa de “Rotina da casa” (1,5) na pré-intervenção, e apresentou diminuição desta média na pós-intervenção (1,2).

3.4.4. Preocupação com o paciente

A tabela 10 apresenta os valores das médias e Desvio padrão das questões da subescala Preocupação com o paciente, de dimensão subjetiva referentes à “Escala de Avaliação da Sobrecarga Familiar – FBIS-BR” na pré e pós-intervenção com os familiares cuidadores.

PARTE III

Tabela 10 - Médias e Desvio padrão das questões da subescala “Preocupação com o paciente”, dimensão subjetiva, na pré e pós intervenção psicoeducativa.

Preocupação com o paciente Questões	Pré-intervenção Médias (Dp)	Pós-intervenção Médias (Dp)
<i>Segurança física</i>	3,9(1,37)	3,6(1,52)
<i>Tipo de tratamento</i>	1,9(1,47)	1,5(0,96)
<i>Vida social</i>	2,9(1,75)	2,7(1,83)
<i>Saúde física</i>	3,9(1,30)	3,5(1,41)
<i>Condições de moradia</i>	1,3(0,99)	1,2(0,81)
Condições financeiras	3,8(1,55)	3,7(1,48)
<i>Futuro do paciente</i>	4,2(1,35)	4,3(1,27)

Na subescala Supervisão dos comportamentos problemáticos de dimensão subjetiva, a questão preocupação com o “Futuro do paciente” apresentou maior média (4,2) na pré-intervenção. No entanto, o valor da média desta mesma questão apresentou aumento na pós-intervenção (4,3).

Realizou-se a análise descritiva e comparativa entre os valores das médias das subescalas de sobrecarga objetiva nos momentos pré e pós-intervenção psicoeducativa com os 31 familiares cuidadores. Os resultados estão apresentados na tabela 11.

Tabela 11 - Estatística descritiva e comparativa dos valores de sobrecarga Objetiva referentes à FBIS-BR, na Pré e Pós-intervenção.

Subescalas de Sobrecarga Objetiva	Período	Medidas descritivas					P
		Mínimo	Máximo	Média	Dp	IC _{95%} média	
Assistência na vida quotidiana	<i>Pré</i>	1,0	4,6	2,6	0,9	(2,2; 2,9)	0,001*
	<i>Pós</i>	1,0	4,4	2,3	0,9	(1,2; 2,9)	
Diferença	Pré - Pós	-0,7	1,3	0,3	0,5	(0,1; 0,5)	
Supervisão aos comportamentos problemáticos	<i>Pré</i>	1,0	3,5	1,6	1,6	(1,4; 1,9)	0,0105**
	<i>Pós</i>	1,0	2,6	1,4	0,4	(1,4; 1,9)	
Diferença	Pré - Pós	-1,3	2,2	0,2	0,7	(0,1; 0,6)	
Impacto nas rotinas diárias da família	<i>Pré</i>	1,0	3,5	1,4	0,7	(1,1; 1,6)	0,259**
	<i>Pós</i>	1,0	3,3	1,2	0,5	(1,1; 1,6)	
Diferença	Pré - Pós	-1,8	2,0	0,2	0,7	(-0,1; 0,4)	
Sobrecarga Objetiva Global	<i>Pré</i>	1,1	2,8	1,9	0,5	(1,7; 2,0)	0,0005*
	<i>Pós</i>	1,0	3,0	1,6	0,4	(1,7; 2,0)	
Diferença	Pré - Pós	-0,3	1,1	0,3	0,4	(0,1; 0,4)	

valor de **p*** refere-se à probabilidade de significância do teste *t de student* para amostras emparelhadas (teste paramétrico) e **p**** refere-se à probabilidade de significância do teste *wilcoxon* (não paramétrico).

PARTE III

Verificou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as medidas das médias de **sobrecarga objetiva** na pré e pós-intervenção no que se refere aos valores da subescala *Assistência na vida quotidiana* ($p = 0,001^*$), *Supervisão aos comportamentos problemáticos* ($p = 0,0105^{**}$) e, sobrecarga objetiva global ($p = 0,0005^*$). Em relação à subescala *Impacto nas rotinas diárias do familiar cuidador*, os resultados mostraram que não existe diferença estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre as medidas da pré e pós-intervenção de psicoeducação.

Portanto, na dimensão *Assistência na vida quotidiana* houve uma diminuição da média de sobrecarga quando comparado com o valor da média encontrado na pré-intervenção (2,6) e pós-intervenção (2,4). No aspecto *Supervisão aos comportamentos problemáticos*, também ficou evidenciado a ocorrência da diminuição do valor da média de sobrecarga da pré-intervenção, cujo valor de média foi (1,6) e na pós (1,4). Nesta mesma lógica, a diminuição do valor da média de sobrecarga para a dimensão *Impacto na rotina diária do cuidador* foi de (1,4) na pré-intervenção, para (1,2) na pós-intervenção. Assim, o valor da *sobrecarga objetiva global* apresentou uma diminuição da média de (1,9) na pré-intervenção para (1,6) na pós.

O valor de média de maior sobrecarga objetiva para os familiares cuidadores foi verificado para a subescala *Assistência na vida quotidiana* (2,6) que, mesmo diminuída após intervenção (2,3), continuou a apresentar uma maior média entre as demais subescalas.

Quanto a *sobrecarga subjetiva*, a análise descritiva e comparativa entre os valores das subescalas nos momentos Pré e Pós intervenção psicoeducativa está apresentado na tabela 12.

Tabela 12 - Estatística descritiva e comparativa dos valores de sobrecarga subjetiva referentes à “Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares – FBIS-BR” antes e após a intervenção.

Medidas descritivas							
<i>Subescalas de Sobrecarga Subjetiva</i>	Período	Mínimo	Máximo	Média	d.p.	IC _{95%} média	P
Assistência na vida quotidiana	<i>Pré</i>	0,0	2,3	0,9	0,6	(0,7; 1,1)	0,033* Pré>Pós
	<i>Pós</i>	0,0	2,2	0,8	0,6	(0,6; 1,0)	
Diferença	Pré - Pós	-1,2	0,7	0,1	0,4	(-0,0; 0,2)	
Supervisão aos comportamentos problemáticos	<i>Pré</i>	0,0	3,5	0,8	0,9	(0,5; 1,1)	0,111** Pré=Pós
	<i>Pós</i>	0,0	3,0	0,5	0,6	(0,3; 0,7)	
Diferença	Pré - Pós	-1,1	3,3	0,3	0,9	(0,0; 0,6)	
Preocupações do familiar com o paciente	<i>Pré</i>	1,1	4,4	3,1	1,0	(2,7; 3,5)	0,150** Pré=Pós
	<i>Pós</i>	1,0	4,0	2,9	0,8	(2,6; 3,2)	
Diferença	Pré - Pós	-1,9	1,9	0,2	0,8	(-0,1; 0,5)	
Sobrecarga Subjetiva Global	<i>Pré</i>	0,6	3,1	1,6	0,6	(1,4; 1,8)	0,0195* Pré>Pós
	<i>Pós</i>	0,5	3,0	1,4	0,5	(1,2; 1,6)	
Diferença	Pré - Pós	-1,1	1,4	0,2	0,5	(0,0; 0,4)	

Nota: O valor de **p*** na tabela refere-se à probabilidade de significância do teste *t de student* para amostras pareadas (teste paramétrico) e **p**** refere-se à probabilidade de significância do teste *wilcoxon* (não paramétrico).

No que diz respeito aos valores das médias de sobrecarga subjetiva, foi verificado diferenças significativas entre o momento pré e pós-intervenção psicoeducativa em relação à subescala *Assistência na vida quotidiana* ($p=0,033$), e o valor da média da *sobrecarga subjetiva global* ($p=0,0195^*$).

Verificou-se, ainda, que não existe diferença estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre as medidas pré e pós-intervenção psicoeducativa no que se refere aos valores da subescala *Supervisão aos comportamentos problemáticos* ($p=0,111^{**}$) e *Preocupação do familiar com a pessoa com esquizofrenia* ($p=0,150^{**}$).

Verificou-se a ocorrência de diminuição do valor da média em todas as subescalas, quando comparado o momento pré como o momento pós-intervenção psicoeducativa. A subescala *Assistência na vida quotidiana* apresentou o valor da média de (0,9) na pré-intervenção e (0,8) na pós-intervenção. Para a subescala *Supervisão aos comportamentos problemáticos* foi verificado o valor de média (0,8) na pré e (0,5) na pós-intervenção. Quanto à subescala *Preocupação do familiar com o paciente*, verificou-se valor da média de (3,1) na pré-intervenção e (2,9) na pós-intervenção. Neste sentido, o valor da *sobrecarga subjetiva global* apresentou uma diminuição da média de (1,6) na Pré intervenção para (1,4) na pós-intervenção.

O valor de média de maior sobrecarga subjetiva para os familiares cuidadores foi verificado para a subescala *Preocupação com o paciente* (3,1) que, mesmo diminuído após a intervenção (2,9), continuou a apresentar uma maior média entre as demais subescalas.

3.5. Percepção do stress pelos familiares cuidadores

A percepção do stress foi avaliada pela Escala de Percepção de Stress – EPS-10 (Reis et al., 2010). Realizou-se a análise descritiva e comparativa entre as médias do stress nos momentos pré e pós-intervenção educativa com os 31 familiares cuidadores. A tabela 13 apresenta o mínimo, o máximo e a média dos valores, e ainda, o desvio padrão (dp), o Intervalo de confiança de 95% para a média ($IC_{95\%}$ média), e valor de p.

Tabela 13 - Análise descritiva e comparativa das Médias do stress (Escala de Percepção de stress - EPS-10) antes e após a intervenção educativa.

Stress percebido	Período	Medidas descritivas					p
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.	IC _{95%} média	
Stress Global	<i>Pré</i>	0,1	2,1	2,4	0,6	(1,0; 1,4)	0,359 Pré=Pós
	<i>Pós</i>	0,0	2,5	2,3	0,6	(0,8; 1,4)	
Diferença	Pré - Pós	-0,9	1,7	0,1	0,6	(-0,1; 0,4)	

O valor de p^* na tabela refere-se à probabilidade de significância do teste *t de student para amostras* emparelhadas (teste paramétrico) e p^{**} na tabela refere-se à probabilidade de significância do teste wilcoxon (não paramétrico).

Os valores das médias do Stress apresentaram diminuição quando comparado o momento pré-intervenção (2,4) com o momento pós-intervenção (2,3). No entanto, não foi verificada a existência de diferença estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre as medidas dos valores de stress que compõem a “Escala de Percepção de Stress - EPS-10”, obtidos na Pré e Pós intervenção.

3.6. A sobrecarga familiar e dados sociodemográficos

Realizou-se a análise de correlação de *Spearman* para testes não paramétricos entre a sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva e as variáveis sociodemográficas na pré e pós-intervenção. A tabela 14 apresenta as variáveis sociodemográficas que demonstraram correlação com a sobrecarga objetiva e subjetiva na pré e pós-intervenção:

PARTE III

Tabela 14 - Correlação de *Spearman* entre características cuidador e sobrecarga familiar, na Pré e Pós intervenção educacional.

Variáveis sociodemográficas	Sobrecarga Objetiva		Sobrecarga Subjetiva	
	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
Pré intervenção				
Idade	-0,393*	0,029	—	—
Parentesco	—	—	0,409*	0,022
Perceção do grau de dependência	-0,388*	0,031	—	—
Limitações na vida profissional/ Ocupacional	0,496**	0,005	0,522**	0,003
Pós intervenção				
Apoio social do cuidador para com o doente	0,391*	0,030	—	—
Limitações na vida profissional/ Ocupacional	0,421*	0,018	0,360*	0,047

** correlação significativa no nível 0,01 (bilateral) * correlação significativa no nível 0,05 (bilateral)

Verificou-se que a variável idade apresentou correlação significativa e negativa para sobrecarga subjetiva ($r=-0,393$; $p=0,029$).

O vínculo parental apresentou correlação significativa e positiva ($r=0,409^*$; $p=0,022$) com a sobrecarga subjetiva.

A perceção do grau de dependência do familiar com esquizofrenia apresentou correlação significativa e negativa com a sobrecarga objetiva ($r=-0,388^*$; $p=0,031$).

A variável Limitações na vida profissional e ocupacional do familiar cuidador apresentou correlação significativa com a sobrecarga objetiva ($0,496^{**}$; $0,005$) e com a sobrecarga subjetiva ($0,522^{**}$; $0,003$).

O apoio Social do familiar cuidador para com a pessoa com esquizofrenia apresentou correlação significativa com a sobrecarga objetiva ($r=0,391^*$; $p=0,030$).

No que concerne às Limitações na vida profissional/ocupacional do familiar cuidador causadas pela tarefa do cuidar, ocorreu correlação significativa de forma positiva tanto com a sobrecarga objetiva ($r=0,421^*$; $p=0,018$), quanto com a sobrecarga subjetiva ($r=0,360^*$; $p=0,047$). Não foi verificada correlação significativa entre as demais variáveis sociodemográficas e a sobrecarga objetiva ou subjetiva.

3.7. O stress percebido e a sobrecarga familiar

Realizou-se a análise de correlação de *Spearman* entre os valores da sobrecarga objetiva, subjetiva e sobrecarga global, com o valor da média de stress percebido nos momentos pré e pós-intervenção psicoeducativa.

Através da tabela 15, pôde-se verificar que não houve correlação estatisticamente significativa entre o stress e a sobrecarga familiar, no momento pré-intervenção.

PARTE III

Tabela 15 - Correlação de Spearman entre os valores de sobrecarga objetiva, subjetiva, e stress percebido, na Pré intervenção.

Subescalas de Sobrecarga	stress Percebido	
	<i>r</i>	<i>P</i>
Sobrecarga Objetiva		
Assistência na vida quotidiana	-0,03	0,893
Supervisão dos comportamentos problemáticos	0,360	0,064
Impacto nas rotinas diárias	0,30	0,131
<i>Valor sobrecarga objetiva (Global)</i>	0,190	0,333
Sobrecarga Subjetiva		
Assistência na vida quotidiana	0,390	0,057
Supervisão dos comportamentos problemáticos	-0,00	0,996
Preocupação com o ente com esquizofrenia	0,130	0,518
<i>Sobrecarga Subjetiva Global</i>	0,180	0,446

A tabela 16 apresenta a correlação entre as Médias das subescalas de sobrecarga Objetiva e subjetiva com a Média de stress percebido, na pós-intervenção.

Tabela 16 - Correlação de Spearman entre valores de sobrecarga objetiva, subjetiva e stress percebido, na Pós intervenção.

Subescalas de sobrecarga	stress Percebido	
	r	P
Sobrecarga Objetiva		
Assistência na vida quotidiana	0,360	0,047
Supervisão dos comportamentos problemáticos	0,500	0,004
Impacto nas rotinas diárias	0,230	0,236
<i>Sobrecarga Objetiva (Global)</i>	0,510	0,005
Sobrecarga Subjetiva		
Assistência na vida quotidiana	0,34	0,072
Supervisão dos comportamentos problemáticos	-0,03	0,898
Preocupações do familiar com o ente com esquizofrenia	0,33	0,083
<i>Sobrecarga Subjetiva (Global)</i>	0,16	0,499

Verificou-se correlação estatisticamente significativa e positiva ($p < 0,05$) entre o stress percebido e a subescala de sobrecarga objetiva “Assistência na vida quotidiana do paciente” ($r=0,360$; $p=0,047$) e “Supervisão aos comportamentos problemáticos” ($r=0,500$; $p=0,004$).

3.8. Estudo qualitativo

Os dados obtidos a partir dos relatos dos familiares cuidadores foram analisados por meio do método de análise de conteúdo de Bardin (2011), com o auxílio do *software* webQDA[®]. Este *software* é um programa de apoio a análise qualitativa, que permite a

PARTE III

analisar textos, vídeos, áudios e imagens num ambiente colaborativo e com base na internet, de forma que o pesquisador possa criar, codificar, controlar e filtrar as categorias, e em seguida, questionar os dados com o objetivo de responder às suas questões de investigação (Costa et al., 2012).

A Análise de Conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações que permite descobrir o verdadeiro significado do texto e, atingir um nível de compreensão mais amplo em comparação a quando da primeira leitura dos dados (Bardin, 2011). Neste sentido, a análise de conteúdo dos dados qualitativos do presente estudo foi realizada por meio da análise temática ou categorial, uma vez que se apresentou como a técnica mais pertinente aos propósitos do estudo: verificar a percepção dos familiares cuidadores quanto aos contributos do programa de intervenção psicoeducativa sobre a própria saúde. Portanto, a análise foi realizada em duas etapas, a saber: 1ª) Pré-Análise, 2ª) Exploração dos dados.

- 1) Pré-Análise: nesta fase foi organizado o material a ser analisado, tornando-o operacional, ou seja, a operacionalização do conteúdo da transcrição dos relatos dos familiares, seguido da identificação das subcategorias;
- 2) Exploração: Numa segunda leitura, as subcategorias foram agrupadas e distribuídas em três categorias.

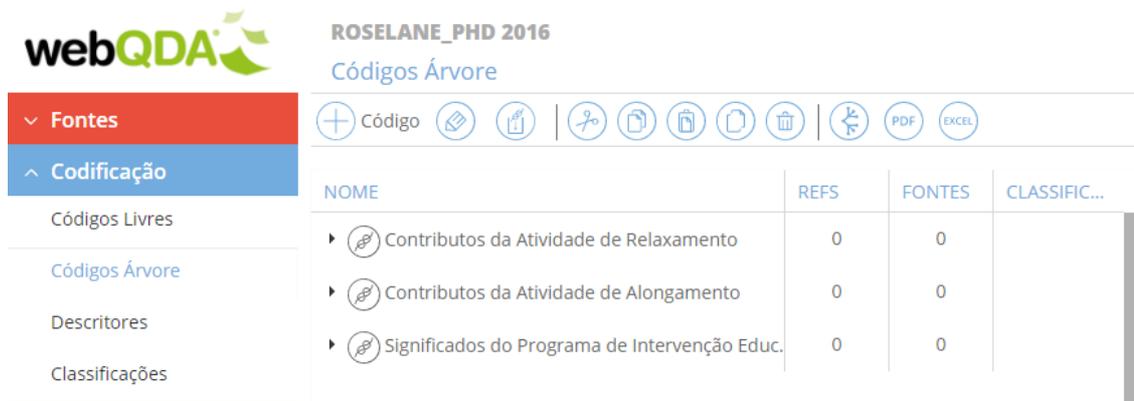
A tabela 17 apresenta as categorias e suas subcategorias.

Tabela 17 - Construção das categorias.

Categorias	Subcategorias	Descrição
Atividade relaxamento	- <i>Sensação de Bem-estar</i>	Respostas percebidas sobre si em relação à prática do relaxamento.
	- <i>Sensação de relaxamento</i>	
	- <i>Fortalecimento da Autoestima</i>	
	- <i>Percepção de Si na Visão do Outro</i>	
	- <i>Autocontrole do Impulso</i>	
	- <i>Suporte Social Entre os Membros do Grupo</i>	
	- <i>Percepção Corporal</i>	
- <i>Benefícios Físicos Percebidos</i>		
- <i>Percepção de Diminuição das Dores</i>		
Significados do Programa de Intervenção psicoeducação	- <i>Aprendizagem com o programa</i> - <i>Valorização da Intervenção</i>	Avaliação do programa pelos familiares cuidadores, e autoavaliação.

A imagem da plataforma do *software* webQDA[®] mostra as categorias: (I) Contributos da Atividade Relaxamento, (II) Contributos da Atividade Alongamento, (III) Significado do Programa de psicoeducação, e os números correspondentes de referências, ou seja, o número de vezes que os familiares cuidadores se referenciaram às categorias.

Figura 14 - Árvore de categorias do webQDA.



Fonte: WebQDA

Os resultados estão apresentados em tabelas por categorias e respectivos números de referências. As unidades de texto referentes aos relatos dos familiares cuidadores associados à participação no programa psicoeducativo, estão representadas por meio da sigla FC (familiar cuidador), seguido de um número, representando o familiar, de forma a respeitar os princípios éticos e de anonimato.

3.8.1 Categoria Atividade de Relaxamento e subcategorias

A categoria Atividade Relaxamento está composta por seis subcategorias que representam a percepção dos familiares cuidadores sobre os sentimentos de bem-estar, relaxamento e autoestima. A tabela 18 apresenta as seis subcategorias com os números de vezes em que os familiares referiram sentimentos sobre as determinadas subcategorias.

Tabela 18 - Categoria Atividade de Relaxamento e subcategorias.

Atividade Relaxamento	Número de referências
Subcategorias:	
<i>Sensação de Bem-estar</i>	421
<i>Sensação de Relaxamento</i>	145
<i>Fortalecimento da Autoestima</i>	101
<i>Perceção positiva de si na visão do outro</i>	13
<i>Autocontrolo do impulse</i>	85
<i>Suporte social entre os membros do Grupo</i>	10

A subcategoria *Sensação de bem-estar* apresentou o maior número de apontamentos dos familiares, em relação às demais subcategorias. abaixo estão representadas as subcategorias da categoria Atividade Relaxamento, em relação à participação dos familiares no programa psicoeducativo com apresentação de alguns dos relatos:

Sensação de bem-estar

FC28 – “dá para perceber que relaxa, que tranquiliza, que deixa mais tranquilo, assim tenho estado sempre disposta também, com um bem-estar tanto físico, como mental.”

FC5 – “Depois que eu comecei a participar deste relaxamento, eu estou me sentindo muito bem no físico(...) a dor que eu sentia atrás das pernas e que me incomodava muito, acabou.”

Sensação de Relaxamento

FC7 – “Para mim foi excelente, consegui relaxar, descansei, estou me sentindo muito bem. Relaxei, foi muito bom.”

FC16- “A cada dia eu estou conseguindo me desligar. ... quando eu percebo, eu já estava em outro lugar, numa montanha linda e eu fui longe.”

Fortalecimento da Autoestima

PARTE III

FC29 – *“Eu me sinto uma pessoa valorosa, depois que eu passei a fazer essa ginástica eu tenho me valorizado mais, eu estou me sentindo muito bem e quero continuar.”*

FC7 – *“Estou me sentindo felizarda por estar aqui. Feliz de estar cuidando de mim...”*

Percepção positiva de si na visão do outro

FC29 – *“meu filho disse que está me achando bastante disposta, mais alegre. Estou assim porque estou participando destas aulas. Estou ficando mais alegre, fazendo algo que me faz bem. Eu quero prosseguir. Penso até em entrar no ginásio.”*

FC13 – *“Esse exercício está sendo muito bom mesmo. Meu genro disse que está me achando mais calmo com as pessoas e com o JB (pessoa com esquizofrenia), porque eu era muito agitado com ele. Eu estou mesmo mais calmo.”*

Autocontrole do Impulso

FC4 – *“Eu estou muito mais tranquila. Hoje a G (pessoa com esquizofrenia). me fez muita raiva, ..., mas eu não dei atenção a ela. E isso é um sinal de que estou conseguindo me controlar. É difícil, mas estou tendo mais paciência com ela.”*

FC21 – *“... melhorei o cuidado com a minha esposa (pessoa com esquizofrenia), tenho mais calma, mais paciência.”*

3.8.2. Categoria Atividade de Alongamento e subcategorias

A categoria **Atividades de Alongamento** foi composta por três subcategorias, sendo elas: *Percepção corporal*, *Percepção da diminuição das dores*, *Percepção dos benefícios físicos*. Verificou-se que a subescala *Percepção dos benefícios físicos* apresentou o maior número de relatos dos familiares cuidadores participantes da intervenção psicoeducativa.

Tabela 19 - Atividades de Alongamento e subcategorias

Categoria Atividade de Alongamento	Número de referências
Subcategorias:	
<i>Percepção corporal</i>	68
<i>Percepção de diminuição das dores</i>	85
<i>Percepção dos benefícios físicos</i>	196

A seguir, encontram-se as subescalas com algumas frases proferidas pelos familiares cuidadores:

Percepção Corporal

FC15 - *“Eu me senti bem diferente, uma diferença boa, nos braços, nas pernas. Estou percebendo que ganho mais movimentos aos poucos.”*

FC9 – *“A gente vê que a postura começa a ficar diferente, a gente vai perceber isto, que tem postura para sentar, deitar, caminhar. A gente sente que a postura já está melhor.”*

Percepção de diminuição das dores

FC6 – *“Eu estava com uma dor na lombar e essa dor ficava incomodando. Depois que eu estou fazendo os exercícios aqui, não sinto mais a dor. É sinal que tá trabalhando com o corpo e tá melhor.”*

FC25 – *“Minha coluna tá bem melhor. Um alívio na coluna e nas pernas, e estou-me sentindo bem melhor.”*

Estas subescalas apresentaram-se como prováveis benefícios físicos e mentais percebidos pelos familiares participantes da intervenção psicoeducativa.

Percepção dos benefícios físicos

FC26 – *“Então, mudou mesmo. Eu andava com problema de coluna muito sério, com muita dificuldade. E aquilo passou, não doeu mais. Também a insônia, eu ficava revirando na cama, esperando o sono e não achava, agora eu durmo atoa. Eu durmo muito bem mesmo, assim descansada. Para mim valeu. Muito, muito bom.”*

FC22 – *“Eu às vezes levantava da cama meio curvado, tinha que colocar um pé no chão, depois o outro, dava uns quatro ou cinco passos curvado até conseguir esticar a coluna. Mas agora não. Eu levanto normal, aprumado, é resultado desses exercícios que a gente faz aqui.”*

3.8.3. Categoria Significado do Programa de Intervenção Psicoeducação e subcategorias

A categoria **Significado do Programa Educação para a Saúde** foi composta por duas subcategorias: *Aprendizagem com o programa de intervenção* e *Valorização do programa de intervenção*, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 20 - Significado do Programa Educação para a Saúde e suas subcategorias.

Categoria	Número de referências
Significado do Programa Educação Para Saúde	
<i>Valorização do programa de intervenção</i>	201
<i>Aprendizagem com o programa de intervenção</i>	143

A subcategoria *Valorização do programa de intervenção* apresentou maior número de relatos dos familiares.

Aprendizagem com o programa de intervenção

FC6 – *“estou me sentindo bem, acho que é bom estar aqui. Cuidamos só dos filhos e não cuidamos da gente... tenho que me cuidar mais.”*

FC5 – *“Eu estou fazendo os exercícios em casa e a minha filha está fazendo junto. Quero continuar.”*

Valorização do programa de intervenção

FC5 – *“Vou sentir saudades, eu aprendi muitas coisas com estas aulas. A minha pressão arterial está melhor controlada depois que eu comecei a participar desta atividade. Eu melhorei muito, foi muito bom.”*

FC13 – “...esta atividade me reviveu. Se eu pudesse não deixava acabar. É sério, para mim foi muito bom. Me ajudou muito (...)”

A partir dos relatos dos familiares cuidadores foi possível construir as categorias e suas subcategorias evidenciando os possíveis benefícios que a intervenção psicoeducativa pôde atribuir aos participantes do estudo.

Parte IV – Atividade Física no Contexto da Educação para a Saúde: Promoção da Saúde do Cuidador da Pessoa com Esquizofrenia

Neste capítulo, serão discutidos os resultados quantitativos e qualitativos, de forma a responder aos objetivos do estudo e à questão de investigação. Neste sentido, a organização do capítulo foi distribuída em cinco subcapítulos:

(4.1) A realidade dos familiares cuidadores – este subcapítulo diz respeito às características sociodemográficas, atividades de cuidados, e suporte percebido, dos 31 familiares cuidadores das pessoas com esquizofrenia, utentes de sete serviços de saúde mental Centros de Convivência e Cultura - CCC, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

(4.2) Perspetiva sobre a sobrecarga do familiar cuidador – trata-se da discussão em torno da questão de investigação, no sentido de compreender quais as dimensões da vida do familiar cuidador que apresentaram maior grau de sobrecarga nos familiares, tanto num âmbito objetivo, quanto num âmbito subjetivo, causado pelo incomódo do cuidar diário do ente com esquizofrenia. Portanto, a discussão está centrada nos resultados obtidos com a “Escala de sobrecarga – FBIS-BR” (Bandeira et al., 2008).

(4.3) Perceção do stress vivenciado – neste subcapítulo, apresenta-se a discussão sobre os níveis de stress observados nos familiares cuidadores, obtidos pela “Escala de Perceção de stresse – EPS- 10” (Reis et al., 2010).

(4.4) Discurso dos familiares cuidadores – Este subcapítulo apresenta o relato dos familiares quanto às perceções da intervenção psicoeducativa.

(4.5) Avaliação integrada da intervenção – Discussão centrada na integração dos resultados qualitativos e quantitativos. Tem como objetivo compreender de que forma os familiares cuidadores percecionaram o programa de intervenção psicoeducativa, e os contributos para o cuidado com a pessoa com esquizofrenia.

A integração dos dois métodos apresentou vantagens como, elevar a quantidade de informações incorporadas ao desenho do estudo e favorecer o seu aprimoramento, de forma a obter a máxima qualidade das conclusões.

(5) Intervenção psicoeducativa e gestão da sobrecarga sobre o cuidar – o presente subcapítulo se estrutura-se num texto conclusivo das discussões, cuja

interpretação está a confirmar a hipótese levantada neste estudo em que se afirmou ser o programa de intervenção psicoeducativa, sustentado por atividade física sistemática de alongamento e relaxamento, um meio de trabalhar com os familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, no sentido de amenizar o impacto de sobrecarga e stress sobre os mesmos, e propiciar melhorias quanto aos aspectos físico e mental e na capacidade de exercer de melhor forma as tarefas de cuidados.

4.1. A realidade dos familiares cuidadores

A desconstrução do formato de tratamento das pessoas com transtorno mental, apontou novas possibilidades para a humanização dos cuidados em saúde mental. Em contrapartida, a instituição família foi introduzida como agente mediador entre o doente e a sociedade, e como parceira dos serviços de saúde mental frente a responsabilidade dos cuidados do doente no âmbito familiar (Melman, 2008, p.59-61).

No que concerne à escolha do familiar como cuidador na prestação dos cuidados do ente adoecido, segundo Sequeira (2010) é influenciada por características e experiências pessoais dos membros familiares e o contexto de vida. Portanto, compartilhar a mesma habitação, estar desempregado e ter boa relação afetiva com o doente, podem favorecer o convívio entre ambos.

Especificamente, no contexto da saúde mental, não há uma definição para a escolha do familiar cuidador de pessoas com esquizofrenia, mas considerando que a incidência dos primeiros surtos ocorre por volta da adolescência, o cuidado tende a direcionar-se para os pais, recaindo comumente sobre a mãe (Rosa, 2008).

Relativamente ao perfil dos familiares cuidadores deste estudo, verificou-se pontos comuns identificados na maioria dos estudos revisados na literatura. Fundamentalmente, a maior percentagem dos cuidadores são do sexo feminino; as mães são as responsáveis pelos cuidados; a idade média dos participantes foi de 67 anos, com baixo nível de escolaridade, e vivendo na mesma casa com o familiar com esquizofrenia. Estes dados corroboram com os estudos de Barroso et al. (2007), Fallahi, Sheikhona, Rahgouy, Rahgozar, & Sodagari (2014), Figueiredo (2007), Rosa (2008), Shein & Boeckel (2012), Sequeira (2010).

A predominância da mulher como responsável pelos cuidados das pessoas com esquizofrenia no presente estudo, foi também constatada em outras investigações acerca

PARTE IV

do tema (Cardoso et al., 2012; Hansen et al., 2014; Jagannathan, Thirthalli, Hamza, Nagendra, & Gangadhar, 2014; Koutra et al., 2016; Shein & Boeckel, 2012; Caqueo-Urizar et al., 2016). Este fato pode estar relacionado a divisão das tarefas entre homens e mulheres na sociedade, que historicamente, coloca o cuidado como uma prática culturalmente atribuída a mulher (Rosa, 2008). A autora sublinha que desde a idade moderna, no século XVII, o papel da mulher esteve associado aos cuidados da casa, dos filhos, caracterizando-se o seu trabalho como ato de amor, realizado de forma gratuita.

As hipóteses apresentadas por Finley (as cited in Martín et al., 2015), evidenciaram a representação do papel do homem e da mulher: Hipótese da disponibilidade de tempo, em que coloca o homem como provedor da família e menos disponível para ajudar nas tarefas domésticas; hipótese da socialização ideológica, a qual a responsabilidade feminina está culturalmente inserida nas atividades da casa; hipótese dos recursos externos que está associada às questões de recursos económicos e à capacidade de negociação de tarefas familiares; e a hipótese de especialização por tarefas diferenciadas, que determinam os papéis do homem e da mulher contribuindo para o bem-estar da família como um todo.

No que se refere a idade de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental, tanto no presente estudo, como em estudos recentes: Caqueo-Urizar et al. (2016), Kokurcan, Gül, Özpolat, & Göğüş (2015), Koutra et al., (2016), Nolasco et al. (2014), Palli, Kontoangelos, Richardson, & Economou (2015), Shein & Boeckel (2012), foi verificado média de idade acima dos cinquenta anos.

Figueiredo (2007) chama a atenção para a realidade observada na literatura em que, a média de idade dos cuidadores informais, geralmente, se apresenta entre 45 e 60 anos, referindo que quanto maior for a idade do familiar doente, maior será a idade do familiar cuidador. Esta relação que a autora apresenta pode ser verificada no presente estudo, uma vez que a média de idade dos familiares cuidadores foi sessenta e sete anos e das pessoas com esquizofrenia foi de 43 anos.

Figueiredo (2007) ressalta que na maioria das vezes, os cuidados prestados às pessoas idosas e às pessoas com Alzheimer são realizados pelos cônjuges. No que se refere aos cuidados no âmbito da saúde mental, a realidade evidenciada apontou os pais e as mães como os principais cuidadores. Esta característica parece ser um perfil dos cuidadores de pessoas com esquizofrenia, que corrobora com os autores Caqueo-Urizar et al. (2016), Hansen et al. (2014), Kokurcan, Gül, Özpolat, & Göğüş (2015), Koutra et al., (2016), Martín et al. (2015), Nolasco et al. (2014), Palli, Kontoangelos, Richardson, &

Economou (2015), Rofail et al. (2016), Shein & Boeckel (2012), considerando que a incidência da esquizofrenia acomete o indivíduo na faixa etária da adolescência, quando ainda, a pessoa se encontra dependentes dos pais.

Os familiares casados constituíram, em maioria, a condição do estado civil dos cuidadores. No geral, este foi o panorama que se encontrou nos estudos com familiares cuidadores (Caqueo-Urizar et al., 2016; Cardoso et al., 2012; Hansen et al., 2014; Kokurcan et al., 2015; Koutra et al., 2016; Martín et al., 2015; Zhou et al., 2016). No entanto, no presente estudo, embora os cuidadores apresentem este perfil, a somatória da condição solteiro, viúvo e separado, representou um número maior de familiares sem um companheiro para ajudar nas tarefas de cuidado.

No que concerne à morada, a maioria dos familiares cuidadores coabitavam com o familiar doente. Esta realidade verificada no presente estudo, foi também observada na literatura (Koutra et al., (2016), Palli, Koutangelos, Richardson, & Economou (2015), Ukpong (2012), Zhou et al. (2016). Os autores não apresentaram uma justificativa para a ocorrência deste facto, mas no presente estudo esta característica poderia ser atribuída à presença da mãe como provedora do cuidado.

Os familiares cuidadores, na sua maioria, não se encontravam empregados. Os familiares do estudo de Caqueo-Urizar et al., 2016, Hansen et al. (2014), Koutra et al., (2016), Boyer et al. (2012), também apresentaram esta característica. No entanto, os autores não apresentaram alguma explicação. A justificação para a ocorrência deste facto no presente estudo, pode ser por a maioria dos cuidadores estar reformada/aposentada.

Outra característica que realça comentários diz respeito ao nível educacional dos familiares cuidadores. Os achados no presente estudo indicaram baixo nível de escolaridade, ou seja, menos de nove anos de estudo. Este resultado foi verificado em estudos realizados em países culturalmente e economicamente diferenciados (Caqueo-Urizar et al., 2016; Geriani et al., 2015; Hansen et al., 2014; Koutra et al., 2016; Nolasco et al., 2014; Ukpong, 2012; Zhou et al., 2016). Nestes estudos, os autores verificaram que o baixo nível de escolaridade do familiar cuidador estava correlacionado com a sobrecarga, mas no presente estudo não foi observada esta correlação.

Ukpong (2012) aponta que o nível elevado de educação em cuidadores garante melhores oportunidades de emprego e vantagem económica que pode influenciar no comportamento de procura de elaboração de estratégias de enfrentamento nas tarefas

PARTE IV

de cuidados. O autor referiu que um cuidador com um baixo nível de educação teria menor possibilidade de acesso às instalações de saúde mental devido a recursos limitados e hipótese de desenvolver sofrimento emocional por causa dessa desvantagem. No entanto, esta segunda justificativa, não condiz com a realidade dos familiares cuidadores do presente estudo, uma vez que a política de saúde mental no Brasil está fundamentada nos princípios dos SUS, em que a equidade no atendimento gratuito para a população brasileira assegura a inclusão do paciente com transtorno mental no contexto social (Ministério da Saúde, 2002).

Relativamente aos anos de cuidados, foi identificado que grande parte dos familiares cuidam de seus entes com esquizofrenia há mais de dez anos, como se constatou também noutros estudos (Filho et al., 2010; Kokurcan et al., 2015), assegurando o cuidado a nível emocional/psicológico e doméstico às pessoas com esquizofrenia.

No que se refere às horas semanais despendidas com o cuidado, a maioria dos familiares se dividiu em igual percentagem quanto ao dispêndio de 25 a 72 horas, e 73 a 144 horas semanais de cuidados. Segundo Rosa (2008, p.298), a dependência da pessoa com transtorno mental em relação aos cuidados, exige maior envolvimento temporal do cuidador em vigilância. Este tempo se acentua quando as possibilidades de negociação entre as partes são reduzidas. Embora, no presente estudo, os familiares cuidadores terem percebido que as pessoas com esquizofrenia apresentavam grau parcialmente dependente de cuidados, a maioria dos familiares relataram que as tarefas de cuidados não causaram limitação nas suas atividades de vida profissional/ocupacional.

Os participantes do estudo, em grande maioria, sublinharam que receberam de forma satisfatória, o apoio dos serviços sociais/saúde dos Centros de Convivência e Cultura. O suporte oferecido pelos CCC constou de reuniões familiares mensais, realizadas pelos profissionais da saúde. Nestas reuniões, são partilhadas as informações e orientações acerca da doença e estratégias de enfrentamento dos sintomas da doença. No estudo de Jagannathan et al. (2014) foi verificado que o baixo suporte social aos familiares cuidadores interferiu negativamente no estado de saúde dos mesmos.

A percepção dos familiares sobre a própria saúde e bem-estar geral, foi relatada como sendo boa a razoável. Esta afirmação pode ser justificada pelo grau parcialmente

dependente das pessoas com esquizofrenia percebido pelos cuidadores, no sentido de terem menos incómodos relacionados com as tarefas de cuidado e momentos de livres para o lazer.

Tal como evidenciado em estudos de Figueiredo (2007) e Sequeira (2010), a maioria dos familiares não recebeu ajuda de outros familiares nas tarefas de cuidados, e foram poucos os familiares que cuidam de mais outro indivíduo, além da pessoa com esquizofrenia.

As características relativas às pessoas com esquizofrenia demonstraram similaridade com outros estudos, no que diz respeito à maioria ser do sexo masculino, ter idade média em torno de 40 anos e ter baixo nível de escolaridade (Barroso et al., 2007).

É importante ressaltar que nas investigações de âmbito nacional e internacional, referenciadas no presente estudo, mesmo considerando as diferenças culturais, observou-se similaridades quanto às características sociodemográficas dos familiares cuidadores.

O tipo de atendimento às pessoas com transtorno mental, prestado pelos serviços públicos de saúde mental, interfere sobre a sobrecarga em familiares cuidadores, como foi evidenciado no estudo de Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo (2009), Zahid & Ohaeri (2010), Grandón et al. (2008). Portanto, a participação das pessoas com esquizofrenia nos Centros de Convivência e Cultura, sugeriu ser um fator amenizador da sobrecarga em familiares cuidadores do presente estudo, devido à proposta de atendimento com caráter inclusive.

4.2. Perspetiva sobre a sobrecarga do familiar cuidador

Como já apresentado no capítulo teórico, a sobrecarga é uma resposta aos efeitos da tarefa de cuidados prestados à pessoa com transtorno mental, sob os aspetos psicossociais, físicos, emocionais e financeiros. É de referir, igualmente, o decréscimo no sentimento de bem-estar e o aumento dos problemas de saúde do cuidador, assim como o stress multidimensional (Rosa, 2008, p.119).

A abordagem sobre a sobrecarga considera os constructos que compõem a Escala de Sobrecarga Familiar – FBIS-BR, ou seja, *Assistência na vida quotidiana; Supervisão dos comportamentos problemáticos; Impacto nas rotinas diárias; e Preocupação com o paciente.*

A discussão foca a sobrecarga em familiares cuidadores quanto às tarefas de prestação do cuidado e os sentimentos acerca dos cuidados, compreendendo o momento pré e pós-intervenção psicoeducativa.

4.2.1. Assistência na vida quotidiana

Ao analisar os domínios de vida dos familiares, verificou-se que a Assistência na vida quotidiana apresentou sobrecarga objetiva mais elevada relativamente aos outros domínios. Resultados similares foram verificados em estudos de Albuquerque et al. (2010); Barroso et al. (2009); Shein & Boeckel (2012).

No que diz respeito às tarefas que compõem o domínio *Assistência na vida quotidiana*, “Preparar ou ajudar a preparar as refeições”, apresentou maior sobrecarga objetiva para os familiares cuidadores, corroborando com resultados de outros estudos (Albuquerque et al., 2010; Barroso et al., 2007; Cardoso et al., 2012; Filho et al., 2010). Uma das justificações apresentadas pelos autores foi atribuída ao facto de o familiar cuidador não preparar as refeições apenas para a pessoa com esquizofrenia, mas também para toda a família.

Quanto à sobrecarga subjetiva, “Insistir para que se ocupe do tempo”, apresentou maior sobrecarga, corroborando com resultados encontrados no estudo com pacientes egressos de internação psiquiátrica, desenvolvido por Cardoso et al. (2012).

Outro fator que foi observado no presente estudo e na literatura, já mencionado neste capítulo, faz referência ao facto de a maioria dos cuidadores serem mães e geralmente responsáveis pelo cuidado da família, que inclui, inclusive, a preparação das refeições. E quanto ao facto de ter que insistir para que a pessoa com esquizofrenia se ocupe do tempo, pode-se justificar pela falta de autonomia da pessoa com esquizofrenia, o que segundo Bandeira & Barroso (2005), é visto como um aspeto negativo que gera tensão e preocupação ao familiar cuidador, acarretando uma sobrecarga subjetiva.

Ao comparar as médias da sobrecarga dos familiares a nível da Assistência na vida quotidiana em relação à pré e pós-intervenção psicoeducativa, verificou-se que após a intervenção ocorreu uma diminuição da sobrecarga objetiva e subjetiva para as tarefas de cuidados, evidenciando que a intervenção contribuiu para esta alteração, de uma forma positiva.

4.2.2. Supervisão dos comportamentos problemáticos

Embora o domínio Supervisão dos comportamentos problemáticos tenha apresentado menor média de sobrecarga dentre todos os outros domínios, vale a pena sublinhar que supervisionar o comportamento das pessoas com esquizofrenia é sempre um gerador de sobrecarga subjetiva, mesmo que em menor grau (Albuquerque et al., 2010). Em outros estudos, a frequência da tarefa de supervisionar os comportamentos problemáticos das pessoas com esquizofrenia foi motivo de elevada sobrecarga objetiva e subjetiva em familiares cuidadores, como Cardoso et al., 2012 e Barroso et al. (2007), e elevada sobrecarga subjetiva em cuidadores do estudo de Nolasco et al. (2014), indicando que os familiares sentiram maior grau de incómodo ao supervisionarem os comportamentos problemáticos dos doentes, em comparação com o desempenho de outras tarefas de cuidados.

No entanto, deve-se considerar o facto de que os pacientes do estudo de Cardoso et al. (2012), embora estáveis, tinham saído do internamento psiquiátrico, e no estudo de Barroso et al. (2009) e Nolasco et al. (2014), os pacientes eram atendidos em Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, enquanto que no presente estudo as pessoas com esquizofrenia estavam inseridas nos Centros de Convivência e Cultura, cuja característica de atendimento, já mencionada anteriormente, proporciona melhor ajustamento dos pacientes a nível social, relacional e afetivo. Portanto, pode-se sugerir que as modalidades de atendimento dos CCC podem influenciar na melhoria do comportamento das pessoas com esquizofrenia, justificando as médias mais baixas de sobrecarga em familiares cuidadores quanto ao domínio supervisão do comportamento problemático.

Na conclusão do estudo de Zahid & Ohaeri (2010), os autores salientaram que o atendimento aos pacientes, em espaços fora dos serviços clínicos de saúde mental, foi associado a uma menor média de sobrecarga nos familiares cuidadores.

Entre as atividades que compõem o domínio Supervisão dos comportamentos problemáticos, a tarefa “Evitar ou impedir que ficasse exigindo demasiada atenção”, apresentou a maior média para sobrecarga objetiva e subjetiva. Este resultado corrobora o estudo de Cardoso et al. (2012) em que foi verificada média elevada de sobrecarga subjetiva para esta mesma tarefa de cuidado.

Quanto à comparação entre as médias das atividades que constituem o domínio Supervisão dos comportamentos problemáticos, nos momentos pré e pós-intervenção

psicoeducativa, não foram verificadas diferenças significativas. No entanto, pôde-se observar uma diminuição das médias, tanto na sobrecarga objetiva, como subjetiva, para todas as tarefas que compõem este domínio, na pós-intervenção.

4.2.3. Impacto nas rotinas diárias

Uma menor sobrecarga objetiva foi verificada para o domínio Impacto nas rotinas diárias do familiar cuidador, em comparação com os demais domínios, corroborando os estudos de Barroso et al. (2007) e Shein & Boeckel (2012).

Este facto pode indicar que cuidar de pessoas com esquizofrenia com grau parcialmente moderado de dependência, na perspetiva dos cuidadores, pode ter influenciado de forma positiva sobre as tarefas na rotina diária dos familiares cuidadores, em especial após uma intervenção psicoeducativa.

Quando verificada a sobrecarga entre as atividades que compõem o domínio Impacto nas rotinas diárias, a maior sobrecarga objetiva foi verificada para “Rotina alterada” na Pré intervenção e, “Chegar atrasado ou cancelar compromisso” na pós-intervenção.

Não houve diferença significativa entre a pré e a pós-intervenção para este domínio.

4.2.4. Preocupação com o paciente

Embora não tenha apresentado diferença significativa entre a pré e a pós-intervenção para o domínio *Preocupação com o paciente*, foi verificada média mais elevada de sobrecarga subjetiva dentre os demais domínios.

Quanto às tarefas que constituem este domínio, a “Preocupação com o futuro do paciente” apresentou a média de sobrecarga subjetiva mais elevada dentre os demais itens, corroborando com outros estudos (Barroso et al., 2007; Filho et al., 2010; Shein & Boeckel, 2012). Inclusivamente, houve similaridade entre o valor da média do presente estudo (3,1), com o estudo de Shein & Boeckel (2012).

Outros dois itens que constituem o domínio *Preocupação com o paciente*, que também apresentaram médias um pouco mais elevadas de sobrecarga subjetiva, foram:

“Preocupação com a saúde física” e a “Preocupação com a sobrevivência financeira do paciente após a ausência (morte) do cuidador”, corroborando com as médias de sobrecarga verificadas no estudo de Barroso et al. (2007) e Filho et al. (2010).

Neste domínio, em relação ao item “Preocupação com o futuro do paciente”, quando comparado os valores das médias entre o momento pré e pós-intervenção, foi evidenciada uma diminuição da sobrecarga na pós-intervenção.

Ao verificar em quais domínios da vida dos familiares foi evidenciado sobrecarga objetiva e subjetiva mais elevadas nos momentos pré e pós-intervenção, observou-se que:

Os familiares cuidadores apresentaram sobrecarga objetiva mais elevada para os domínios da vida *Assistência na vida quotidiana*, e sobrecarga subjetiva mais elevada para o domínio *Preocupação com o paciente*.

Embora os familiares cuidadores não tenham apresentado média elevada de Sobrecarga Objetiva, e de Sobrecarga Subjetiva, quando analisados os momentos pré e pós-intervenção com o teste t de Student, foram verificadas diferenças significativas entre a pré e a pós-intervenção com o programa psicoeducativo.

Estes resultados corroboram com o estudo de Grandón et al. (2008), que também não verificaram níveis elevados de sobrecarga global em familiares cuidadores. Para justificar este resultado, os autores atribuíram os baixos níveis globais de sobrecarga em familiares cuidadores, ao facto de as pessoas com esquizofrenia cuidadas pelos familiares, estarem inseridas em atendimento ambulatorio e por serem considerados pacientes crónicos e estáveis. Neste sentido, é importante sublinhar que as pessoas com esquizofrenia cuidadas pelos familiares cuidadores do presente estudo também estiveram estáveis durante todo o período de duração da intervenção psicoeducativa, além de participarem nas atividades ofertadas pelo Centro de Convivência e Cultura. Esta pode ser uma evidência que justifica a não elevada sobrecarga dos familiares.

Os estudos de Caqueo-Urizar et al. (2016) e Grandón et al. (2008), realizados em região norte e sul do Chile, respetivamente, apresentaram diferenças quanto ao nível de sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes com esquizofrenia. Enquanto Caqueo-Urizar et al. (2016) encontraram níveis de sobrecarga mais elevados no estudo com os familiares cuidadores, Grandón et al. (2008) verificaram baixa sobrecarga em familiares. Uma possível razão para esta diferença foi apresentada por Caqueo-Urizar et al. (2016), que referiram a interferência de questões políticas nos recursos direcionados para os

serviços de saúde mental entre as duas regiões. Então, esta pode ser uma justificção para os níveis não elevados de sobrecarga em familiares cuidadores do presente estudo, pelo facto de a política de saúde mental no estado de Minas Gerais se apresentar eficaz e ter como diferencial dentre os demais estados brasileiros, a implantação dos Centros de Convivência e Cultura desde o ano de 1993, quando foi criada a rede de serviços substitutivos dos “manicômios”, dito hospital psiquiátrico.

A correlação entre as variáveis sociodemográficas dos familiares cuidadores e a sobrecarga objetiva, foi verificada para: idade, percepção do grau de dependência do doente, limitações na vida profissional/ocupacional, e apoio social prestado pelo cuidador ao doente. Quanto à sobrecarga subjetiva, a correlação ocorreu entre: parentesco e limitações na vida profissional/ocupacional.

A relação entre a idade dos familiares cuidadores e a sobrecarga apresenta diferentes resultados na literatura. Foi verificada no estudo de Martín et al. (2015), a associação entre idade do cuidador acima dos 60 anos com elevada sobrecarga, decorrente da assistência na vida quotidiana ao paciente. Para os autores, a explicação para este resultado tem a ver com a diminuição da composição dos membros da família com o passar dos anos, o que resulta somente na permanência dos pais com idade mais avançada a prestar cuidados ao doente por mais tempo.

Nolasco et al. (2014) verificaram, também, semelhante resultado por evidenciar nível mais elevado de sobrecarga em familiares cuidadores com mais idade.

Hansen et al. (2014) observaram que os cuidadores mais velhos apresentaram maiores níveis de sobrecarga objetiva. Os autores explicam que, com o avanço da idade, ocorre uma maior deterioração natural da saúde física dos indivíduos e maiores dificuldades nas atividades da vida quotidiana. Outra explicação apresentada pelos autores aponta que, com o passar dos anos, a pessoa com esquizofrenia passa a apresentar maior dependência devido à doença ser crónica.

No entanto, divergindo dos resultados dos autores supracitados, o presente estudo apresentou correlação significativa e negativa entre a idade dos familiares cuidadores com a sobrecarga objetiva, ou seja, idade média de 65 anos dos familiares e sobrecarga não elevada. Uma justificção para este resultado pode estar sustentada no facto de que, os cuidadores mais velhos apresentam maior experiência ou resiliência com as estratégias para lidar com as tarefas de cuidado, não se sobrecarregando ao desenvolver o papel de cuidador, e pelo facto de a maioria dos cuidadores serem mães dos doentes e

assumirem este papel como uma tarefa pertencente exclusivamente a si, e de se acostumarem a esta situação. Esta correlação foi verificada somente na pré-intervenção.

No presente estudo, o valor da média da sobrecarga subjetiva apresentou-se baixo e não foi encontrada correlação com a idade elevada dos familiares cuidadores, corroborando resultados de Hansen et al. (2014), em que verificou baixa sobrecarga subjetiva nos seus cuidadores de elevada idade. Por outro lado, no estudo de Nolasco et al. (2014) foi observado nível elevado de sobrecarga subjetiva correlacionado com idade mais elevada. Talvez esta diferença possa ser atribuída ao facto de que as pessoas com esquizofrenia, no estudo de Nolasco et al. (2014), apresentaram vários episódios de crises e comportamentos problemáticos, influenciando na sobrecarga subjetiva dos cuidadores.

Após a intervenção foi verificada correlação significativa e positiva entre o parentesco e a sobrecarga subjetiva, corroborando o resultado verificado por Barroso et al. (2009) e Martín et al. (2015). Uma possível explicação para estes dados poderia ser atribuída ao facto de que, quanto maior o envolvimento afetivo dos cuidadores com a pessoa com esquizofrenia, mais elevada pode-se apresentar a sobrecarga subjetiva, principalmente por serem as mães os principais cuidadores no presente estudo. Segundo Martín et al. (2015), foram observados níveis mais altos de sobrecarga subjetiva em mães cuidadoras de pacientes mais velhos, por estarem mais resignadas aos efeitos da doença e aceitar a execução das tarefas de cuidados dos filhos doentes, mas não percecionarem a sobrecarga nesta função.

Relação inversa verificou-se no estudo de Nolasco et al. (2014), em que foi evidenciada sobrecarga mais elevada para os cuidadores que não eram pais dos pacientes, ou seja, os irmãos, os cônjuges e filhos.

O suporte social do familiar cuidador para com a pessoa com esquizofrenia apresentou correlação significativa e negativa com a sobrecarga objetiva, sugerindo que a pessoa com esquizofrenia, quanto melhor assistida pelo familiar cuidador, menos comportamento problemático apresentará, mantendo uma boa relação entre as partes e, menor sobrecarga objetiva percecionada pelo cuidador.

A maioria dos familiares cuidadores assinalaram ter limitações na vida profissional/laboral por motivo das tarefas do cuidado, e esta variável apresentou correlação significativa e positiva para sobrecarga objetiva e subjetiva, tanto na pré como na pós-intervenção. Sugere-se que, quanto mais tarefas de cuidados os familiares

PARTE IV

cuidadores exercem, mais elevada será a sobrecarga. Segundo Palli et al. (2015), os pais que experimentam várias emoções negativas por causa da doença do filho, apresentaram-se mais isolados do círculo social. Para Zahid & Ohaeri (2010), o comprometimento psicopatológico do paciente vai determinar o seu grau de dependência e estará relacionado com a sobrecarga do familiar cuidador. No presente estudo, os familiares perceberam as pessoas com esquizofrenia como parcialmente dependentes de cuidados, e a correlação entre o grau de dependência e a sobrecarga objetiva foi significativa e negativa.

No entanto, uma explicação para este resultado pode ser verificada no argumento de Figueiredo (2007), em que elevado grau de dependência pode apresentar sobrecarga com níveis pouco significativos, enquanto que baixo ou moderado nível de dependência pode significar sobrecarga com elevados níveis para o cuidador. A autora reforça que estes diferentes padrões estão relacionados com o tempo de cuidado, pois alguns familiares, com o passar do tempo se adaptam-se com maior facilidade às contínuas exigências da tarefa de cuidados, ao passo que outros se sentem cada vez mais sobrecarregados.

Relativamente aos anos de cuidados, Palli et al. (2015) salientaram que familiares que cuidaram de pessoas com esquizofrenia durante mais de dez anos apresentaram uma melhoria nos seus sintomas depressivos, além da diminuição da média da sobrecarga global, sobrecarga objetiva e subjetiva após uma intervenção de psicoeducação. Talvez esta seja uma razão pela qual, não foi verificada correlação desta variável com a sobrecarga, no presente estudo, uma vez que a maioria dos familiares cuidam de seus entes com esquizofrenia há mais de dez anos.

Quanto à variável escolaridade, os familiares do presente estudo apresentaram um baixo nível de escolaridade, sendo esta uma característica encontrada nos estudos revisados em Jagannathan et al. (2014), Martín et al. (2015), Nolasco et al. (2014) e Ukpong (2012). Para estes autores, a escolaridade foi fator preditor de sobrecarga, enquanto que no presente estudo, não foi observado correlação significativa com a sobrecarga.

Para Zahid & Ohaeri (2010), o baixo nível de escolaridade pode apresentar para os cuidadores uma menor possibilidade de entendimento e capacidade de desenvolver estratégias para lidar com os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia. Enquanto para Ukpong (2012), o nível elevado de escolaridade pode fazer subir os níveis de tensão, preocupação e supervisão dos comportamentos, para os familiares cuidadores.

4.3. Percepção do stress vivenciado

A análise do Teste T de Student mostrou que não houve diferença significativa entre as Médias do Stress na comparação do momento pré e pós-intervenção. No entanto houve diminuição da Média após a intervenção, mesmo que pequena. Este resultado indicou que a intervenção psicoeducativa contribuiu para fortalecer a capacidade dos familiares cuidadores em lidar com o stress do quotidiano. Segundo Roede 2003), o exercício físico dá ao indivíduo aumento da capacidade de tolerância, de resolução de problemas e receptividade a novas ideias e experiências.

Foi verificada a existência de correlação entre o stress e a sobrecarga objetiva, relativamente à assistência na vida quotidiana e supervisão dos comportamentos problemáticos, corroborando os estudos de Kokurcan et al. (2015) e Martín et al. (2015). Segundo Martín et al. (2015), cuidar de uma pessoa com esquizofrenia pode ser um fator gerador de stress para o cuidador e, conseqüentemente, gerar sobrecarga por dificuldades na execução das tarefas de cuidados.

No estudo de Martín et al. (2015), as mães cuidadoras de filhos com esquizofrenia apresentaram elevado nível de stress, preocupação com o paciente e sobrecarga global. Segundo os autores, as mães apresentaram maior sobrecarga de cuidados devido ao facto de estabelecerem proximidade com os filhos; de se sentirem responsáveis pela doença e de serem mais afetadas pelos problemas ou crises do filho. Assim, as tarefas de prestação de cuidado diário, como, supervisionar os comportamentos, prestar assistência na administração farmacológica, controlar o uso de álcool ou outros medicamentos, ajudar a gerir o tempo livre do paciente e lidar com dificuldades quotidianas podem constituir-se como meio significativo de stress. No presente estudo, embora a maioria dos cuidadores sejam as mães das pessoas com esquizofrenia, o nível de stress e de sobrecarga não foram elevados.

As variáveis sociodemográficas dos familiares cuidadores do presente estudo não apresentaram correlação significativa com o stress Percebido.

4.4. Discussão dos familiares cuidadores

Os resultados qualitativos foram obtidos a partir da análise de conteúdo de Bardin (2011), através da qual foi possível verificar a percepção dos familiares cuidadores quanto aos contributos do programa de intervenção psicoeducativa sobre a sua saúde e a ampliação da capacidade de exercer a tarefa de cuidador com menor sobrecarga.

A subcategoria que apresentou um maior número de apontamentos dos familiares entre todas as que compõem a categoria **Atividades de Relaxamento**, foi *Sensação de bem-estar*.

Segundo Roeder (2003), os exercícios de relaxamento promovem a redução da ansiedade e do stress, o aumento do sentimento de autoestima e a melhoria da capacidade de gerir o stress psicossocial, conduzindo o indivíduo à percepção de bem-estar físico e mental.

Neste sentido, verifica-se através dos resultados do presente estudo que o programa de intervenção psicoeducativa, sustentado com a atividade de relaxamento, proporcionou bem-estar físico e mental aos familiares cuidadores, corroborando os estudos de Hansen et al. (2014), que sublinham ser a intervenção psicoeducativa, um meio de proporcionar bem-estar ao familiar cuidador, uma vez que o protege do impacto físico e mental causado pelas tarefas do cuidado na vida pessoal, social e laboral.

FC28 – “...dá para perceber que relaxa, que tranquiliza, que deixa mais tranquilo, assim tenho estado sempre disposta também, com um bem-estar tanto físico, como mental.”

Questões como cansaço físico e mental, e a falta de sono foram relatadas pelos familiares cuidadores. No entanto, no decorrer do desenvolvimento do programa psicoeducativo com exercícios de relaxamento, os familiares percecionaram sensação de tranquilidade e bem-estar atribuída aos exercícios. Tal resultado está de acordo com o que defende Vancampfort et al.(2011). Segundo estes autores, os exercícios de relaxamento promovem melhorias na saúde física e saúde mental do indivíduo.

FC16- “A cada dia eu estou conseguindo me desligar. ... quando eu percebo, eu já estava em outro lugar, numa montanha linda e eu fui longe.”

Relativamente às subcategorias *Fortalecimento da Autoestima* e *Percepção positiva de si na visão do outro*, permite-se discutir sobre uma importante temática que

envolve a auto valorização a partir da auto percepção e do reforço advindo de pessoas que convivem com o familiar cuidador.

As melhorias desencadeadas por exercícios de relaxamento foram descritas por Payne (2003) como percepção do sentimentos de paz, alívio da tensão e da ansiedade, que favorece ao praticante equilíbrio emocional, melhoria do humor, redução da tensão muscular, melhoria do sono, sendo, portanto, um importante meio de alcançar aumento da autoestima. Segundo Brieghel-Muller (1998), o aumento da autoestima compreende uma mudança positiva sobre vários aspetos da vida do cuidador, que interfere sobre a própria saúde e, no desempenho do cuidado com a pessoa doente.

FC29 – “Eu me sinto uma pessoa valorosa, depois que eu passei a fazer essa ginástica eu tenho me valorizado mais, eu estou me sentindo muito bem e quero continuar.”

Segundo Jardim & Pereira (2006), a autoestima é a valorização que cada indivíduo tem sobre si próprio, que envolve fatores físicos, emocionais e sentimentos que a pessoa enfrenta ao longo da vida.

Constatou-se nos relatos dos familiares, que a participação na intervenção lhes proporcionou melhorias quanto ao aumento da autoestima, consciência da auto valorização, adesão a hábitos saudáveis, sentimentos de felicidade, reconhecimento das mudanças provenientes de uma nova conduta face ao exercício da tarefa de cuidador e na vida social.

FC13 – “Esse exercício está sendo muito bom mesmo. Meu genro disse que está me achando mais calmo com as pessoas e com o JB (pessoa com esquizofrenia), porque eu era muito agitado com ele. Eu estou mesmo mais calmo.”

O envolvimento do familiar com o cuidado de pessoas com esquizofrenia tem sido realçado pela literatura como sendo uma experiência geradora de stress, sobrecarga, desgaste físico e mental, que interfere na vida pessoal e na qualidade de vida dos cuidadores. A intervenção psicoeducativa é uma estratégia apontada para contribuir para a diminuição destes sintomas. Este tipo de intervenção, sustentada na prática de exercícios de relaxamento, pode promover igualmente o aumento do autocontrolo dos cuidadores (Filho, Sousa, Parente, & Martins, 2010; Shein & Boeckel, 2012; (Zahid & Ohaeri, 2010a); Zhou et al., 2016).

No presente estudo, os relatos dos familiares cuidadores confirmaram a influência positiva que a intervenção psicoeducativa proporcionou no seu estado emocional que respeita ao controlo das emoções, pois, verificou-se que, durante os meses em que decorreu da intervenção, os familiares demonstraram maior sensibilização em relação à necessidade de se autocontrolarem diante de situações stress, ocorridas no quotidiano. Segundo Roeder (2003), a resposta do relaxamento normaliza os processos físicos, mentais e emocionais. Quando se tem consciência da resposta ao stress e se aprende a controlá-lo, aprende-se, então, a relaxar, a reduzir situações de crise e a viver melhor.

FC21 – “... melhorei o cuidado com a minha esposa, tenho mais calma, mais paciência.”

Face ao cansaço físico corporal que acompanha os cuidadores nos afazeres quotidianos das tarefas de cuidado, associado aos possíveis problemas de saúde apresentados pelos cuidadores, foram proferidos relatos acerca dos benefícios percebidos com a prática do programa de intervenção, em especial, dos exercícios de alongamento. A categoria **Atividades de Alongamento** apresentou três subcategorias: *Percepção corporal*, *percepção da diminuição das dores*, *Percepção dos benefícios físicos*, sendo que esta última foi a categoria mais referida pelos familiares.

Os exercícios de alongamento são recomendados por favorecerem o trabalho de diferentes grupos musculares, de articulações, e da flexibilidade, de uma forma progressiva, evitando-se lesões e desconfortos. Os exercícios auxiliam no despertar da consciência muscular, aumentando a percepção corporal, além de atuar no plano psicofisiológico e psicoafectivo (Roeder, 2003).

Neste sentido, analisando os relatos dos familiares cuidadores, observa-se que eles foram capazes de reconhecer os estímulos proporcionados pelos exercícios de alongamento, perceber e identificar alterações no próprio corpo, além de obter maior consciência corporal a partir do ganho de amplitude de movimentos articulares e da melhora da postura corporal.

FC15 - “Eu me senti bem diferente, uma diferença boa, nos braços, nas pernas. Estou percebendo que aos poucos, ganho mais movimentos.”

A junção das subcategorias *Percepção de diminuição das dores* e *Percepção dos benefícios físicos* permite analisar os prováveis benefícios que abrangem os aspetos físicos e mentais que a intervenção psicoeducativa, sustentada pela prática de exercícios

de alongamento, pôde proporcionar aos familiares cuidadores, a partir das suas percepções mais objetivas.

FC6 – *“Eu estava com uma dor na lombar e essa dor ficava incomodando. Depois que eu estou fazendo os exercícios aqui, não sinto mais a dor. É sinal que tá trabalhando com o corpo e tá melhor.”*

O exercício físico está associado com à redução de respostas emocionais perante o stress que, conseqüentemente, reduzirá a tensão muscular (Roeder, 2003).

A medida que os familiares se envolviam com a prática dos exercícios de alongamento, as dores corporais que os acompanhavam - dor em regiões da coluna, articulações, e tensões musculares - foram sendo amenizadas e houve maior sensibilização das respostas corporais aos exercícios. Desta forma, os efeitos dos exercícios de alongamento apresentaram benefícios que foram revelados em seus relatos.

FC22 – *“Eu às vezes levantava da cama meio curvado, tinha que colocar um pé no chão, depois o outro, dava uns quatro ou cinco passos curvado até conseguir esticar a coluna. Mas agora não. Eu levanto normal, ‘aprumado’, é resultado desses exercícios que a gente faz aqui.”*

A categoria **Significado do Programa Educação para Saúde** apresenta duas subcategorias: *Aprendizagem com o programa de intervenção* e *Valorização do programa de intervenção*. Estas subcategorias representam a avaliação do programa de intervenção psicoeducativa, na percepção dos familiares cuidadores. Os relatos dos cuidadores dizem respeito aos benefícios que as atividades desenvolvidas de alongamento e relaxamento puderam proporcionar-lhes em vários aspetos da vida, como físico, mental, pessoal. Estas melhorias podem afetar diretamente os cuidados prestados, beneficiando também as pessoas com esquizofrenia, a quem os cuidados são atribuídos. Uma vez que o familiar cuidador sente bem-estar físico e emocional e se preocupa com o autocuidado, tal vai refletir-se nos cuidados prestados.

FC6 – *“estou me sentindo bem, acho que é bom estar aqui. Cuidamos só dos filhos e não cuidamos da gente... tenho que me cuidar mais.”*

Como já evidenciado, a intervenção psicoeducativa é um importante instrumento de apoio no que se refere a formar/informar cuidadores, habilitando-os para o aumento de sua capacidade de enfrentar e resolver problemas, o que implicará numa melhor gestão

da doença, por via da redução dos níveis de stress na família (Hansen et al., 2014; Rahmani et al., 2015). Neste sentido, os familiares cuidadores participantes deste estudo, através de seus relatos, confirmaram que melhoraram a sua aprendizagem no que respeita a lidar com os comportamentos problemáticos da pessoa com esquizofrenia, adquiriram maior controlo sobre o stress, perceberam melhorias físicas e mentais e a necessidade do autocuidado.

FC13 – *“...esta atividade me reviveu. Se eu pudesse não deixava acabar. É sério, para mim foi muito bom. Me ajudou muito (...).”*

Uma grande contribuição do Programa de intervenção pode ser atribuída às mudanças de postura e atitudes no comportamento dos cuidadores perante as situações quotidianas stressantes.

4.5. Avaliação integrada da intervenção psicoeducativa

Segundo Figueiredo (2013), as dificuldades do familiar cuidador na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia estão relacionadas, de sobremaneira, com a falta de conhecimentos sobre as várias questões que compõem a doença mental. Outro constrangimento importante diz respeito a falta de recursos que não possibilitam a família a desenvolver estratégias para enfrentar os problemas e à falta de suporte social que pode assegurar um bom desempenho do papel de cuidador, visando a qualidade dos cuidados prestados.

No entanto, não se pode subestimar a atenção ao cuidador, considerando que ele é o promotor dos cuidados, e a sua saúde física e mental deve estar equilibrada, para que ele possa desempenhar os cuidados, com qualidade, à pessoa com esquizofrenia.

O familiar cuidador deve ser amparado pelos serviços de saúde para, também, ser cuidado. Neste sentido, este estudo propôs um programa de intervenção psicoeducativa para promover a saúde do cuidador de uma forma integral, descontraída e acordada com ele próprio.

O ponto-chave para o desenvolvimento do programa de intervenção foi trabalhar a saúde do cuidador amparada na educação para a saúde, a qual consiste em dotar o ser humano de conhecimentos, atitudes e valores que o auxilie a fazer escolhas e a tomar decisões adequadas para promover a sua saúde e o seu bem-estar físico, mental e social, bem como das pessoas com quem convive (Loureiro & Pessoa, 2009).

Neste sentido, é consenso na literatura a necessidade de apoio aos familiares cuidadores, quanto à execução das suas tarefas quotidianas de cuidados por via de intervenção psicoeducativa. A partir desta importante ferramenta, os profissionais da saúde empoderam os familiares cuidadores com informações sobre a doença, melhor compreensão sobre os sintomas, habilidades para resolução de problemas, melhor comunicação entre cuidador/doente e treino de assertividade (Reis, 2004; Sampaio, 2011). No entanto, a intervenção deve ter também o objetivo de atuar sobre o bem-estar físico e psicológico dos cuidadores, fornecendo-lhes condições para compreender a importância do seu autocuidado.

Os participantes deste estudo representam uma parcela da população de familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, sendo representativos para a compreensão de como os familiares cuidadores respondem a uma intervenção psicoeducativa, sustentada por atividade física.

Algumas características dos familiares cuidadores são percebidas como variáveis comuns em investigações realizadas em muitos países (Barroso et al., 2009; Figueiredo, 2007; Rosa, 2008; Shein & Boeckel, 2012; Sequeira, 2010).

A partir da análise da sobrecarga em familiares cuidadores deste estudo, foram verificadas características dos cuidadores como possíveis variáveis preditoras da sobrecarga objetiva e subjetiva. Vale salientar que a sobrecarga na dimensão objetiva diz respeito ao fardo sentido pela execução de tarefas de cuidado e a sobrecarga subjetiva se refere ao sentimento atribuído às tarefas.

Na correlação da idade dos familiares cuidadores com a sobrecarga, observou-se que, para idade mais avançada dos familiares cuidadores, prevaleceu uma baixa sobrecarga objetiva. Este facto pode significar que os anos de convivência com o doente, propiciaram experiência com a vivência, resiliência e aprendizado, principalmente considerando que os cuidadores recebem apoio social dos Centros de Convivência e Cultura.

Como a maioria dos familiares cuidadores era mãe das pessoas com esquizofrenia, pode-se sugerir uma maior proximidade do cuidador com o doente, favorecendo a correlação significativa e positiva entre parentesco e sobrecarga subjetiva, uma vez que as mães podem sentir-se incomodadas com a doença do próprio filho (Martín et al., 2015).

PARTE IV

Os familiares cuidadores desenvolvem um conjunto de atividades que visam a manutenção da vida e da saúde da pessoa com esquizofrenia (Figueiredo, 2013). Tais atividades podem ser identificadas nos domínios de vida dos familiares cuidadores, que são partes constituintes da Escala de Sobrecarga Familiar (FBIS-BR), e investigados neste estudo.

O domínio *Assistência na vida cotidiana* apresenta diversas tarefas desempenhadas no dia a dia do familiar cuidador como prestação de cuidados. Foi destaque entre estas tarefas, com maior frequência durante a semana, o cuidador precisar de “cozinhar as refeições” e “solicitar que a pessoa com esquizofrenia se ocupe do tempo com alguma atividade”. Como já mencionado anteriormente, estas tarefas podem ser justificadas, porque na maioria dos casos é a mãe a cuidadora e prepara as refeições da família e, ainda, pelo fato de a pessoa com esquizofrenia sentir dificuldade em se interessar e sentir prazer nas atividades habituais, com grande tendência ao isolamento social (Carpenter & Tandon, 2013). Segundo Tandon (2014), na maioria dos casos de esquizofrenia, os sintomas positivos são mais fáceis de tratar através dos fármacos, enquanto os sintomas negativos se mostram mais resistentes e persistentes ao tratamento, tendo como característica o isolamento social.

As tarefas constituintes da *Assistência na vida cotidiana* apresentaram diminuição das médias que foram constatadas na comparação entre a pré e a pós-intervenção com o programa psicoeducativo.

Os comportamentos inadequados também estão relacionados com as características da esquizofrenia. São fruto dos sintomas positivos da doença, resultando em alucinações, incoerência do afeto e do pensamento, comportamento desorganizado e bizarro, agitação psicomotora, cuidados pessoais negligenciados (Carpenter & Tandon, 2013). Neste sentido, o domínio *Supervisão dos comportamentos* demonstrou exercer maior incômodo sobre os familiares cuidadores, principalmente, com “demanda de atenção excessiva por parte do doente”, assim como supervisionar o doente quanto a “Comer e fumar em demasiado”.

Da mesma forma, os familiares cuidadores sentiram-se incomodados nas suas rotinas diárias, quando demonstraram maior frequência em “Atrasar ou cancelar compromisso” por causa de se ocuparem com tarefas de cuidados.

Quanto ao domínio *Preocupação com o paciente*, os familiares cuidadores demonstraram preocupar-se com mais frequência com “Sobrevivência da pessoa com esquizofrenia na ausência do cuidador”, e “Preocupação com o futuro”.

Para todos os domínios que compõem a sobrecarga, quando comparados, observou-se diminuição dos valores das médias após a intervenção psicoeducativa, sugerindo que os familiares cuidadores se sentiram com menos sobrecarga. Neste sentido, percebe-se que a intervenção psicoeducativa contribuiu para este resultado, sustentado na percepção subjetiva dos familiares, ao relatarem os benefícios destas práticas sobre a sensação de bem-estar físico e mental:

FC45: *“Eu tenho estado sempre disposta também, um bem-estar, tanto físico como mental também.”*

FC25: *“Estou cansada porque lavei muita roupa, mas consegui sentir o alongamento e agora tou sentindo bem. Tá melhor que das outras vezes, relaxei muito, foi muito bom.”*

Quando avaliada a correlação entre a pré e a pós-intervenção para os domínios da sobrecarga, foi verificada diferença significativa para Sobrecarga Objetiva Global e Sobrecarga Subjetiva Global. Estes resultados podem ser justificados pelos relatos dos cuidadores realçados nas frases que constituem o fortalecimento da autoestima e a percepção dos benefícios dos exercícios.

FC5: *“Eu comecei a me sentir assim, que eu tinha um valor e que estar aqui está me fazendo um bem danado.”*

FC1: *“Então, mudou mesmo, assim. Eu andava com problema de coluna muito sério, com muita dificuldade. E aquilo passou, não doeu mais. Também tinha insônia, eu ficava revirando na cama, esperando o sono e não dormia, agora eu durmo facilmente. Eu durmo muito bem mesmo, e fico descansada. Pra mim valeu. Muito, muito bom.”*

O stress foi outro fator investigado nos familiares cuidadores deste estudo. Segundo Selye (1983), o stress é um conjunto de reações que o organismo desenvolve para adaptar-se a eventos físicos, psicológicos ou cognitivos de natureza negativa (adversa) ou positiva (satisfação) que resulta numa resposta fisiológica que exige uma adaptação homeostática. Assim, o stress em familiares cuidadores, foi avaliado pela Escala de Percepção de Stress (EPS-10).

PARTE IV

O stress foi representativo na frequência de vezes em que o familiar cuidador “esteve nervoso ou stressado”, e “achou que não conseguiria lidar com afazeres importantes”. Ocorreu diminuição das medidas de todos os itens que compõem a Escala de Stress, verificada após a intervenção psicoeducativa. Este resultado vai ao encontro do estado de Fortalecimento da autoestima, percebido e relatado pelos familiares cuidadores durante o período de participação no programa psicoeducativo, que constou de exercícios de alongamento e relaxamento.

FC1- *“Eu me sinto privilegiada. É muito bom a gente ter esse momento pra nós né. Estou me sentindo felizada por estar aqui, ter esse momento, esse tempo tão bom pra revigorar e relaxar mesmo. Eu estou me sentindo super bem.”*

Os exercícios de alongamento e relaxamento propiciam, no âmbito da relação intercultural, o entendimento entre as pessoas com culturas diferentes, o enriquecimento das relações, o fortalecimento da identidade própria, do autocuidado, da autoestima, da valorização da diversidade e das diferenças (Ministério da Saúde, 2016).

É coerente apontar mudanças positivas em relação ao stress, proporcionadas pelo programa de intervenção, uma vez que se observou que os familiares cuidadores referiram, com maior frequência, perceberem o bem-estar geral, sensação de relaxamento e fortalecimento da autoestima:

FC15 – *“É muito bom quando eu venho aqui, eu fico mais disposta, mais animada, e menos cansada.”*

FC22 – *“Estou me sentindo maravilhosa. Relaxei bastante. Estou sentindo bem com os exercícios, apesar de serem mais intensos agora.”*

O apoio social fornecido pelo familiar cuidador à pessoa com esquizofrenia mostrou correlação significativa e positiva com a sobrecarga objetiva. Este resultado sugere que as pessoas com esquizofrenia necessitaram de apoio para realizar atividades fora de casa, como ir às consultas médicas ou a outros locais. Este tipo de tarefa pode ter contribuído para sobrecarregar um pouco o familiar cuidador.

Com as evidências apresentadas nos resultados obtidos pelas Escala de Sobrecarga Familiar e Escala de Percepção de Stress, pôde-se perceber que ocorreu diminuição das médias de sobrecarga e de stress após a intervenção. Estas evidências também foram constatadas qualitativamente através dos relatos dos familiares

cuidadores, que ocorreram durante todo o período de desenvolvimento do programa de intervenção.

Os efeitos da intervenção psicoeducativa, sobre a sobrecarga e o stress, foram evidentes no presente estudo durante os seis meses de aplicação da intervenção.

Embora existam resultados divergentes na literatura especializada, sobre a diminuição ou não de sobrecarga após a intervenção psicoeducativa, o presente estudo mostrou a existência de uma relação positiva entre a prática de atividade física e a redução dos níveis de stress e sobrecarga em familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia.

A constituição do programa de intervenção psicoeducativa, sustentado em atividade física composta por exercícios sistemáticos de alongamento e de relaxamento, contribuiu para proporcionar melhorias das capacidades física, emocional, educacional e social, com uma abordagem realizada de forma agradável, respeitando a opinião e os limites físicos dos familiares cuidadores e a valorização das suas capacidades.

Portanto, justifica-se a escolha da associação destas duas atividades, visto que, através de exercícios sistematizados de alongamento, se alcança a flexibilidade dos diferentes grupos musculares e desenvolve um trabalho progressivo que auxilia na percepção da musculatura e do despertar da consciência corporal, atuando no plano psicofisiológico e percepção do bem-estar geral.

O relaxamento ajuda a minimizar ações do stress, a reforçar a homeostase, a diminuir sentimentos de angústia e emotividade, além de apresentar grande significado na reeducação, que vai desde a supressão de tensões musculares à contribuição para a elaboração da imagem corporal. A prática do relaxamento pode contribuir como efeito restaurador que permite o descanso, normalizando os processos físicos, mentais e emocionais (Roeder, 2003).

Acredita-se que os efeitos proporcionados pelos exercícios de alongamento e relaxamento, percebidos pelos familiares cuidadores, ao longo do desenvolvimento da intervenção psicoeducativa, promoveu a percepção do autocuidado e o reconhecimento da melhoria no cuidar da pessoa com esquizofrenia, reforçando a participação assídua durante os seis meses de atividades.

CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES

5.1. Intervenção educativa e gestão da sobrecarga no cuidar

As inovações na política de saúde mental, provocadas pela mudança de paradigma na assistência psiquiátrica, determinaram para a família a mudança no papel de cuidador das pessoas com transtorno mental. No entanto, a falta de preparação para esta nova responsabilidade teve consequências nas áreas do funcionamento familiar, comprometendo a saúde física e mental do cuidador.

A partir da revisão da literatura, percebeu-se a utilidade das várias indicações de aplicação de programas de intervenção para familiares cuidadores.

A conclusão deste estudo encontra-se subdividida em caracterização dos familiares cuidadores das pessoas com esquizofrenia, a sobrecarga e o stress verificados nos cuidadores, e percepção destes familiares sobre a intervenção psicoeducativa sustentada por exercícios sistematizados de alongamento e relaxamento.

1. Caracterização dos familiares cuidadores

As características sociodemográficas dos familiares cuidadores das pessoas com esquizofrenia deste estudo apresentaram semelhanças com estudos realizados tanto no Brasil, como noutros países, as quais diferem pelas peculiaridades culturais que interferem na atenção dos serviços de saúde mental local. Muitos autores identificaram características sociodemográficas como preditores de sobrecarga em familiares cuidadores. No presente estudo, características como a idade, parentesco, percepção do grau de dependência do doente, limitação na vida ocupacional/profissional do cuidador e o apoio social relativamente ao doente, foram consideradas como preditores de sobrecarga.

De uma maneira geral, a maioria dos cuidadores era do sexo feminino, com predominância da mãe do doente, de idade acima dos 60 anos. Esta conclusão corroborou outras investigações e foram apresentadas justificações a este respeito, por vários autores, e inclusivamente, o presente estudo pôde também fundamentar-se na realidade social e cultural dos familiares participantes, somado às características da doença da esquizofrenia.

2. Identificar a presença de sobrecarga e stress em familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia.

A identificação da sobrecarga objetiva e subjetiva foi evidenciada em todos os domínios de vida dos familiares cuidadores, referidos na Escala de Sobrecarga Familiar. No entanto, pôde-se verificar que os cuidadores sentiram, de maneira mais significativa, a sobrecarga objetiva quanto à *Assistência na vida quotidiana*. Em relação a sobrecarga subjetiva foi mais significativo o domínio *Preocupação com o familiar*.

Foi identificado nos familiares a satisfação por se percecionarem confiantes na capacidade de lidar com os problemas e controlar as suas irritações.

Embora na avaliação quantitativa da sobrecarga e do stress, antes da intervenção psicoeducativa, os familiares cuidadores não apresentassem médias elevadas de sobrecarga, não foi inviabilizada a aplicação da intervenção, por ser a prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia uma tarefa árdua, causadora de sofrimento ao cuidador quanto aos aspetos físico e psicológico. Aspetos amenizados pela intervenção, quando avaliados de forma subjetiva, conforme os resultados da análise qualitativa verificados nos depoimentos dos familiares cuidadores.

O *burden* reduzido constatado nos familiares cuidadores pode ser atribuído à inserção dos pacientes no CCC e o tipo de atenção que lhes foi dada neste serviço, que contribuiu para a não ocorrência de crises durante o período em que decorreu o estudo. Estes factos contribuem de sobremaneira, para a saúde física e psíquica dos cuidadores.

Constatou-se que a intervenção psicoeducativa proporcionou uma diminuição das medidas de sobrecarga e de stress nos familiares cuidadores participantes da pesquisa, sugerindo que a atenção dos Centros de Convivência e Cultura em relação às pessoas com transtorno mental pode estar a contribuir para este resultado de forma indireta, beneficiando a saúde dos familiares cuidadores.

3. Elaborar e aplicar um programa de psicoeducação sustentado na prática sistemática de exercícios de alongamento e relaxamento

A escolha das atividades de alongamento e relaxamento para a intervenção psicoeducativa foi sustentada nos benefícios fisiológicos e psicológicos que estas atividades proporcionam ao praticante, considerando que, ao melhorar estes aspetos no cuidador, aumentará a capacidade de suporte do mesmo para cuidar da pessoa com esquizofrenia.

A elaboração do programa dos exercícios de alongamento e relaxamento respeitou os princípios básicos componentes da aptidão física, que dizem respeito à individualidade biológica, sobrecarga e intensidade do exercício, continuidade, reversibilidade e especificidade sobre a saúde do praticante e do grupo.

4. Avaliar a percepção dos familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, sobre a participação na intervenção psicoeducativa

Dos vários estudos lidos sobre familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, os autores recomendaram, aos serviços de saúde mental, intervenções psicoeducativas para os cuidadores, visando a orientá-los com informações a respeito da doença e como lidar com os comportamentos problemáticos característicos da esquizofrenia.

Embora as intervenções psicoeducativas sejam consideradas uma excelente indicação para ajudar na elaboração de estratégias para fazer face aos sintomas da doença, é necessária uma abordagem mais holística, no sentido de intervir sobre a saúde física e mental dos cuidadores, objetivando despertar sentimentos de autoestima, autoconfiança, auto valorização, bem-estar físico e mental e autocuidado.

Sobre a ótica do familiar cuidador, a participação no programa de intervenção psicoeducativa foi significativa quando observados os aspetos subjetivos relacionados com as categorias emergentes do discurso dos familiares, como: sensação de bem-estar, sensação de relaxamento, fortalecimento da autoestima, autocontrolo do impulso, percepção dos benefícios físicos, valorização da intervenção, etc.

Percebe-se, ainda, nos relatos dos cuidadores, uma avaliação positiva do programa de intervenção psicoeducativa, porque foram atribuídos valor e sentimento de gratidão pela participação no programa. Além das categorias reportadas anteriormente, o programa de intervenção proporcionou ao cuidador autoconhecimento, melhoria das suas capacidades físicas, aptidões e competências enquanto cuidador.

Os resultados reforçam a hipótese de que, através da Educação para a Saúde, o desenvolvimento do programa de intervenção psicoeducativa, sustentado em atividades de alongamento e relaxamento, contribuiu de forma positiva para a capacidade de suporte do cuidador, embora o impacto de sobrecarga e stress medidos pelas Escalas, não tivessem apresentado variação representativa.

Neste sentido, o estudo alcançou os seus objetivos. No entanto, torna-se necessário fomentar, nos serviços de saúde mental, a necessidade implantar e manter programas psicoeducativos cuja atenção esteja centrada no familiar cuidador.

É evidente que a partir do desfecho da intervenção, os familiares cuidadores expressem a vontade e a necessidade de continuar a praticar as atividades propostas pelo programa de intervenção psicoeducativa, uma vez que os mesmos relataram ter adotado estas práticas mesmo nas suas casas.

Espera-se que intervenções psicoeducativas sustentadas em atividades de alongamento e relaxamento possam fazer parte do programa de atividades organizadas nos serviços de saúde mental dos municípios brasileiros, como uma estratégia de intervenção direcionada para os familiares cuidadores.

5.2. Limitações do estudo

O facto da participação dos familiares cuidadores no estudo ter sido por adesão, fez com que tivéssemos que aplicar o programa de intervenção a 31 participantes.

Outra limitação do estudo foi não haver dados sobre o grau de dependência dos pacientes com esquizofrenia, nos Centros de Convivência, uma vez que o grau de dependência implica uma maior ou menor sobrecarga em familiares cuidadores. Assim, esta variável foi apenas avaliada sob o aspeto subjetivo, a partir da percepção dos familiares.

5.3. Sugestões para futuras investigações

Seria importante disseminar este modelo de programa de intervenção psicoeducativa nos diversos serviços de saúde mental em todo o Brasil, de forma a possibilitar o mapeamento do impacto do programa sobre a sobrecarga e o stress em familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, através de estudos comparativos das regiões brasileiras.

Referências Bibliográficas

- Achour, A. J. (2009). *Exercícios de Alongamento*. Manole.
- Adityanjee, M., Yekeen, A. A. ., Theodoridis, D., & Wictor, R. V. (1999). Dementia praecox to schizophrenia: The first 100 years. *Physichiatry and Clinical Neurociences*, 53, 437–448.
- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia: para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Princípia.
- Albuquerque, E. P. T. de, Cintra, A. M. de O., & Bandeira, M. (2010). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. *J Bras Psiquiatr*, 59(4), 308–316. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/07.pdf>
- Almeida, L. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4th ed.).
- Almeida, M. M. De. (2009). *Cuidadores de pacientes com esquizofrenia: a sobrecarga e a atenção em saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Retrieved from http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_10.pdf
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2nd ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz. Retrieved from https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=CNkXAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=reforma+psiquiatica+italiana&ots=q08KhbAFI8&sig=ZNIhI8Cg3Lh4_WeO17W4OCNWL4A&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- American College of Sports Medicine. (2016). Improving Your Flexibility and Balance. Retrieved December 15, 2016, from <http://www.acsm.org/public-information/articles/2016/10/07/improving-your-flexibility-and-balance>
- Aranda-Reneo, I., Oliva-Moreno, J., Vilaplana-Prieto, C., Hidalgo-Vega, Á., & González-Domínguez, A. (2013). Informal care of patients with schizophrenia. *J Ment Health*, 16(3), 99–108.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro*. Sao Paulo: Geração.
- Bagrichevsky, M., Castiel, L. D., Vasconcellos-Silva, P. R., & Estevão, A. (2010). Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15((Supl. 1)), 1699–1708. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/081.pdf>
- Bandeira, M., & Barroso, S. M. (2005). Sobrecarga das Famílias de Pacientes Psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 54(1), 34–46.
- Bandeira, M., Calzavara, G. P., & Varella, A. A. B. (2005). Escala de Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 54(3), 206–214. Retrieved from http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Artigos_digitalizados/Escala_FBIS-BR.PDF

- Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., & Castro, I. (2008). Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr*, 57(2), 98–104. <https://doi.org/10.1590/S0104-452X.2008.00010>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barroso, S. M. (2006). *Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: fatores associados*. Universidade Federal de Minas Gerais.
- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga da família de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(6), 270–277. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03.pdf>
- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2009). Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte , Minas Gerais , Brasil Predictors of subjective burden for families of psychiatric patients treated in the public health care, 25(9), 1957–1968.
- Bessa, J. B., & Waidman, M. A. P. (2013). Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(1), 61–70. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100008>
- Boeckel, G., Catarina, S., Schein, S., & Boeckel, M. G. (2012). Saúde & Transformação Social Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental Family overburden analyze in mental disorder ' s family member care, 3, 32–42.
- Bogdan, R., & Birklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos* (reempresã). Porto: Porto Editora.
- Boiko, V. A. T., & Zamberlan, M. A. T. (2001). A perspectiva sócio-construtivista na psicologia e na educação : o brincar na pré-escola. the social constructivist approach in psychology and education : playing in preschool. *Psicologia Em Estudo*, 6(1), 51–58.
- Borba, L. O., Schwartz, E., & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul. Enferm.*, 21(4), 588–594.
- Bouchard, C., Blair, S.N., Haskell, W. illia. L. (2012). *Physical Activity and Health* (2^a). Human kinetics. Retrieved from https://books.google.ca/books?id=BpKE8PpcPR4C&pg=PA1&hl=pt-BR&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false
- Boyer, L., Caqueo-Urizar, A., Richieri, R., Lancon, C., Gutiérrez-Maldonado, J., & Auquier, P. (2012). Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Family Practice*, 13, 42. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-42>
- Brieghel-Muller, G. (1998). *Eutonia e Relaxamento*. São Paulo: Summus.
- Brito, M. L. S. (2006). Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de*

Enfermagem, 5, 15–24.

- Bueno, G. N., & Britto, I. A. G. S. (2011). Uma Abordagem Funcional para os Comportamentos Delirar e Alucinar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental E Cognitiva*, XIII(3), 4–15. <https://doi.org/1982-3541>
- Buss, P. M. (1999). P romoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Caderno de Saúde Pública*, 15(2), 177–185.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 15–38). Rio de Janeiro: Fiocruz. Retrieved from <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-05.pdf>
- Caires, J. S., Andrade, T. A., Amaral, J. B., Calasans, M. T. A., & Rocha, M. D. (2014). A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades. *Cogitare Enferm.*, 19(3), 514–20. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.33861>
- Caponi, S. (2009). Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico Michel Foucault and the persistence of psychiatric power. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 95–103. <https://doi.org/ISSN 1413-8123>
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes*, 7. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-84>
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Jamett, P. R., & Irrarazaval, M. (2016). Objective and subjective burden in relatives of patients with schizophrenia and its influence on care relationships in Chile. *Psychiatry Research*, 237, 361–5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.013>
- Carcel, C. (2000). Paradigma holístico. *Revista Trajectos E Projectos*, 2(31–35).
- Cardoso, L., Galera, S. A. F., & Vieira, M. V. (2012). O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400006>
- Cardoso, M. J. S. P. O. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador: Programa de intervenção estruturado*. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.
- Carpenter, W. T., & Tandon, R. (2013). Psychotic disorders in DSM-5: summary of changes. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(3), 266–8. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.04.001>
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: lusodidacta.
- Carvalho, F. F. B., & Nogueira, J. A. D. (2016). Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6). <https://doi.org/1678-4561>

- Castiel, L. D. (1999). *A medida do possível....saúde, risco e tecnobiociência*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Chien, W. T., Leung, S. F., Yeung, F. K., & Wong, W. K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1463–81. <https://doi.org/10.2147/NDT.S49263>
- Coelho, J. S., & Braga, P. R. (2010). Formação Política dos Usuários e Familiares da Saúde Mental. In *Saúde Mental: Os desafios da formação. Caderno de Saúde Mental 3* (pp. 151–156). Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.
- Costa, A. P., Linhares, R., & Neri de Souza, F. (2012). Possibilidades de análise qualitativa no webqda e Colaboração entre pesquisadores em educação em Comunicação. *Simpósio Educação E Comunicação. Infoinclusão : Possibilidades de Ensinar E Aprender*. Retrieved from <https://www.webqda.net/wp-content/uploads/2016/10/PossibilidadesAnaliseQualitativa.pdf>
- Costa, N. do R., Siqueira, S. V., Uhr, D., Silva, P. F. da, & Molinaro, A. A. (2011). Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4603–4614. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300009>
- Costardi Ide, C. A., Fonseca, A. S. &, & Domenico, E. B. (2010). *O cuidar em transformação*. São Paulo: Atheneu.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2ª)*. Coimbra: Almedina.
- Dantas, E. H. M. (2005). *A Prática da Preparação Física (3ª)*. Shape.
- Danucalov, M. A. D., Kozasa, E. H., Ribas, K. T., Galduróz, J. C. F., Garcia, M. C., Verreschi, I. T. N., ... Leite, and J. R. (2013). A Yoga and Compassion Meditation Program Reduces Stress in Familial Caregivers of Alzheimer's Disease Patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23690846>
- Delgado, P. G. (2011). Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4701–4706. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/19.pdf>
- Dessen, M. A., & Braz, M. . (2005). *A Família e suas Interrelações com o Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Artmed.
- Dias, J. R. (1993). Filosofia da Educação: Pressupostos, funções, método, estatuto. *Revista Portuguesa de Filosofia*, 49((1/2)), 3–28.
- Dickerson, F. B., & Lehman, A. F. (2011). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia: 2011 update. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(8), 520–526. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318225ee78>

- Donti, O., Tsolakis, C., & Bogdanis, G. C. (2014). Effects of Baseline Levels of Flexibility and Vertical Jump Ability on Performance Following Different Volumes of Static Stretching and Potentiating Exercises in Elite Gymnasts. *J Sports Sci Med.*, 13(1), 105–113. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3918545/?tool=pubmed>
- Etkin, C.D., Prohaska, T.R., Connell, C.M., Edelman, P., Hughes, S. L. (2008). Antecedents of Physical Activity Among Family Caregivers. *J Appl Gerontol*, 27(3), 350–367. <https://doi.org/10.1177/0733464808315276>
- Fallahi, K. M., Sheikhona, M., Rahgouy, A., Rahgozar, M., & Sodagari, F. (2014). The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(5), 438–446. <https://doi.org/10.1111/jpm.12107>
- Farquharson, C., & Greig, M. (2015). TEMPORAL EFFICACY OF KINESIOLOGY TAPE VS. TRADITIONAL STRETCHING METHODS ON HAMSTRING EXTENSIBILITY. *Int J Sports Phys Ther.*, 10(1), 45–51. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4325287/pdf/ijst-01-045.pdf>
- Fava, M. C., Silva, N. R., & Silva, M. L. (2014). Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial. *Barbarói*, (41), 41–55. <https://doi.org/ISSN 0104-6578>
- Fenollar, J. (2007). *An examination of the relationship between family Leisure that includes physical activity and Family functioning*. Brigham Young University.
- Fernandes, A. (2002). *Cinesiologia do Alongamento*. Sprinter.
- Ferreira, A. B. de H. (2010). Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa. <https://doi.org/978-85-385-4198-1>.
- Fidalgo, L. (2003). *(Re)Construir a Maternidade Numa Perspectiva Discursiva*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Figueiredo, M. (2013). *Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lisiciência.
- Filho, M. D. S., Sousa, A. O., Parente, A. C. B. V., & Martins, M. C. C. (2010). Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Psicologia Em Estudo*, 15(3), 639–647. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-71>
- Flyckt, H., Fatouros-Bergman, H., & Koernig, T. (2015). Determinants of subjective and objective burden of informal caregiving of patients with psychotic disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(7). <https://doi.org/10.1177/0020764015573088>
- Frontera, W. R., Dawson, D. M., & Slovic, D. M. (2001). *Exercício Físico e Reabilitação*. Porto Alegre: Artmed.

- Gama, Z. A. S., Dantas, A. V. R., & Souza, T. O. (2009). Influência do intervalo de tempo entre as sessões de alongamento no ganho de flexibilidade dos isquiotibiais. *Rev Bras Med Esporte*, 15(2). Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922009000200005>
- Geriani, D., Satish, K., & Savithry, B. (2015). Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(3), 1–4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/11342.5654>
- Gil, A. C. (2010). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (5th ed.). São Paulo: Atlas.
- Gomes, E., Bastos, T., Probst, M., Ribeiro, J. C., Silva, G., & Corredeira, R. (2014). A CONTRIBUTION TO DESIGNING EFFECTIVE AND ENJOYABLE PHYSICAL ACTIVITY PROGRAMS FOR INDIVIDUALS WITH SCHIZOPHRENIA. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 7(2), 24 – 31. <https://doi.org/1803-3857>
- Gomes, J. C. R. (2010). Saúde Mental no Ciclo Vital. In *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental* (pp. 19–35). Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia: dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. *Acta Med Port*, 19, 1–18. Retrieved from <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/911/584>
- Gonçalves, D.A. Ballester, D., Tófoli, L.F., Chazan, L.F., Almeida, N., Fortes, S. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Goulart, M. S. B., & Durães, F. (2010). A REFORMA E OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS: HISTÓRIAS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 112–120.
- Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V., & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res.*, 48(2–3), 335–42. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11295385>
- Grandón, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158(3), 335–43. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.12.013>
- Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, Hu B, Sun X, Lv L, Lu Z, Ma C, He X, Guo T, Xie S, Wu R, Xue Z, Chen J, Twamley EW, Jin H, Z. J. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *actSend to Arch Gen Psychiatry*, 67(9), 895–904. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.105>
- Hansen, N. F., Vedana, K. G. G., Miasso, A. I., Donato, E. C. da S. G., & Zanetti, A. C. G. (2014). A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 220–7. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20965>

- Hasan, A. A., Cllaghan, P., & Lymn, J. S. (2015). Evaluation of the Impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(72). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0444-7>
- Humberto, P., Campos, F., & Soares, C. B. (2005). Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental, 219–237.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, I. (2016). Cidades. Retrieved October 10, 2016, from <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310620>
- Jagannathan, A., Thirthalli, J., Hamza, A., Nagendra, H. R., & Gangadhar, B. N. (2014). Predictors of family caregiver burden in schizophrenia: Study from an in-patient tertiary care hospital in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 94–8. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.12.018>
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. Porto: Edições ASA.
- Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M., & Rodgers, B. (2002). Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Medical Journal of Australia*, 5(176), S84-96. Retrieved from <https://www.mja.com.au/journal/2002/176/10/effectiveness-complementary-and-self-help-treatments-depression>
- Junqueira, M. F. R. (2006). *A viagem ao relaxamento: técnicas e dinâmicas*. Goiania: UCG.
- Känel, R. Von, Mausbach, B. T., Dimsdale, J. E., Mills, P. J., Patterson, T. L., Ancoli-israel, S., ... Grant, I. (2012). REGULAR PHYSICAL ACTIVITY MODERATES CARDIOMETABOLIC RISK IN ALZHEIMER'S CAREGIVERS. *Med Sci Sports Exerc*, 43(1), 181–189. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181e6d478.REGULAR>
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Greeb, J. A. (2015). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11^a). Walters Kluwer.
- King, A. C., Baumann, K., O'Sullivan, P., Wilcox, S., & Castro, C. (2002). Effects of Moderate-Intensity Exercise on Physiological, Behavioral, and Emotional Responses to Family Caregiving: A Randomized Controlled Trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(1), M26–M36. <https://doi.org/10.1093/gerona/57.1.M26>
- Kisner, C., & Colby, L. A. (1998). *Exercícios terapêuticos.Fundamentos e técnicas*. São Paulo: Manole.
- Kokurcan, A., Gül, A., Özpolat, Y., & Göğüş, A. K. (2015). Burnout in caregivers of patients with schizophrenia, 678–685. <https://doi.org/10.3906/sag-1403-98>
- Koutra, K., Simos, P., Triliva, S., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2016). Linking family cohesion and flexibility with expressed emotion, family burden and psychological distress in caregivers of patients with psychosis: a path analytic model. *Psychiatry*

Research, 240, 66–75. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.017>

- Kuhn, T. S. (2006). *A estrutura das revoluções científicas* (9ª). São Paulo: Perspectiva.
- La Casas, R. C. R., Guimarães, V. R., Cotta, R. F., Moreira, C. M., Lopes, A. C. S., Fernandes, C. P., ... Mendes, T. T. eixeir. (2014). O Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. In *O profissional de educação física na área da saúde* (pp. 85–113). Belo Horizonte: UFMG.
- Liberman, R. P., Gutkind, D., Mintz, J., Green, M., Marshall, B.D. Jr. Robertson, M. J., & Hayden, J. (2002). Impact of risperidone versus haloperidol on activities of daily living in the treatment of refractory schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 43(6). <https://doi.org/469-732002>
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. In *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (p. 800). São Paulo: Artmed.
- Longman. (2002). *Dicionário de língua Inglês-português*.
- Lopes, J., & Cachioni, M. (2013). Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Temas Em Psicologia*, 21(1), 165–181. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a12.pdf>
- Loureiro, N. V. A. Z., & Pessoa, U. F. (2009). A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência.
- Machado, A. G. M., & Wanderley, L. C. S. (2012). Educação em Saúde. Retrieved October 13, 2016, from <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/13461/1/30.pdf>
- Malta, D. C., Andrade, S. S. C. A., Stopa, S. R., Pereira, C. A., Szwarcwald, C. L., Júnior, J. B. S., & Reis, A. A. C. (2015). Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 24(2). Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200217
- Manrique-Garcia, E., Zammit, S., Dalman, C., Hemmingsson, T. Andreasson, S., & Allebeck, P. (2014). Prognosis of schizophrenia in persons with and without a history of cannabis use. *Psychological Medicine*, 44(12), 2513–2521. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000191>
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinar, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(41). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-41>
- Marques-Teixeira, J. (2003). *Défice cognitivo na esquizofrenia - dos consensos às incertezas*. Vale & Vale Editores.
- Marquez, D. X., Bustamante, E. E., Kozey-Keadle, S., Kraemer, J., & Carrion, I. (2012). Physical activity and psychosocial and mental health of older caregivers and non-caregivers. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 33(5), 358–65. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.03.003>

- Martín, J., Padierna, A., Wijngaarden, B. Van, Aguirre, U., Anton, A., Muñoz, P., & Quintana, J. M. (2015). Caregivers consequences of care among patients with eating disorders , depression or schizophrenia, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0507-9>
- Martinez, J. F. N. . (2013). Práticas corporais no SUS: tensões teóricas e práticas. In *As práticas corporais no campo da saúde* (pp. 139–177). São Paulo: Hucitec. Retrieved from <http://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/58174/37391>
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia Da Saúde & Doenças*, 4(1), 131–148.
- Mateus, M. D. (2013). *Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira*. (Instituto de Saúde, Ed.). São Paulo. Retrieved from http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf
- Mauerberg-deCastro, E. (2011). *Atividade Física Adaptada (2ª)*. Ribeirão Preto: Novo Conceito Saúde.
- Maurin, J. T., & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99–107. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(90\)90016-E](https://doi.org/10.1016/0883-9417(90)90016-E)
- McGinnis, P. M. (2002). *Biomecânica do Esporte e do Exercício*. Porto Alegre: Artmed.
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148–156.
- Melman, J. (2008). *A Família e Doença Mental: Repensando a relação/ensaios transversais* (Escrituras). São Paulo: 3ª.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*.
- Minayo, M. C. S. (2016). Fundamentos, percalços e expansão das abordagens qualitativas. In *Investigação Qualitativa: Inovação, dilemas e desafios* (pp. 17–47). Aveiro: Ludomedia.
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Qualitativo-Quantitativo: oposição ou complementariedade? *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 239–262. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>
- Ministério da Saúde. (2002). *III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, Excluir não. Caderno Informativo*. (Ministério da Saúde, Ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/iii_conferencia.pdf
- Ministério da Saúde. (2005a). *Projeto MultiplicaSUS: oficina de capa- citação pedagógica para a formação de multiplicadores*. Ministério da Saúde. Retrieved from http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/educacao_saude_

multiplicasus.pdf

- Ministério da Saúde. (2005b). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Retrieved October 11, 2016, from <http://docplayer.com.br/1445232-Reforma-psiquiatrica-e-politica-de-saude-mental-no-brasil-conferencia-regional-de-reforma-dos-servicos-de-saude-mental-15-anos-depois-de-caracas.html>
- Ministério da Saúde. (2007). *Caderno de educação popular e saúde - Série B. Textos Básicos de Saúde*. Ministério da Saúde. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2011). portaria 3.088. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from <http://bibliofarma.com/portaria-no-3088-de-23-de-dezembro-de-2011/>
- Ministério da Saúde. (2014). Portal da Saúde SUS. Retrieved from <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>
- Ministério da Saúde. (2016). Programa Academia da Saúde. Retrieved November 1, 2016, from <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>
- Ministério da Saúde. (2010). *Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010*. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf
- Monteiro, C. P. P. (2016). *Cuidadores informais de pessoas com demência - percepções e necessidades socioeducativas*. Escola Superior de Educação de Bragança. Retrieved from https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13909/1/CM_cuidadores-informais.pdf
- Montero-Marin, J., Asún, S., & Estrada-Marcen, N. (2013). Effectiveness of a stretching program on anxiety levels of workers in a logistic platform: A randomized controlled study. *Atencion Primaria*, 45(7), 376–83. <https://doi.org/Doi:10.1016/j.aprim.2013.03.002>
- Moreno, V. (2009). Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. *Revista Esc. de Enfermagem*, 43(3), 566–72. <https://doi.org/566-572>
- Moretil, M. C., Almeida, V., Westphal, M. F., & Bógus, C. M. (2009). Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. *Saúde Soc.*, 18(2), 346–354. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/17.pdf>
- Morosini, M. V., Fonseca, A. F., & Pereira, I. B. (2009). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Retrieved from <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>

- Nahas, M. (2001). *Atividade física, saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo* (2a ed.). Londrina: Midiograf.
- Neri de Souza, D., Costa, A. P., & Neri de Souza, F. (2015). Desafios e inovação do estudo de caso com apoio das tecnologias. In *Investigação Qualitativa: Inovação, dilemas e desafios* (pp. 143–162). Aracaju: Universitária Tiradentes.
- Nogueira, M. D. P., Mendes, S. R., Meirelles, F. S. C., Serrano, R. M. S. M., Marques, M. J. T. F., & Menestrina, T. C. (2007). *Institucionalização da extensão nas universidades públicas brasileiras: estudo comparativo 1993/2004 / Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Comissão Permanente de Avaliação da Extensão Universitária* (2nd ed.). Belo Horizonte: Copmed.
- Nolasco, M., Bandeira, M., Oliveira, M. S. De, & Vidal, C. E. L. (2014). Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 89–97. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000011>
- North, C. S., & Yutzy, S. H. (2010). *Goodwin and Guze's psychiatric diagnosis* (6th ed.). Oxford: Oxford University.
- Novaes, A. P., Zacché, K., & Soares, M. (2008). Centros de Convivência: Novos Contornos na Cidade. In *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O Cotidiano de uma Utopia* (1ª, p. 161). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Retrieved from https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+Política+de+saúde+mental+de+Belo+Horizonte:+o+cotidiano+de+uma+utopia&author=Nilo+K.&author=Morais+M.+A.+B.&author=Guimarães+M.+B.+L.&publication_year=2008
- Oliveira, G. L., Caiaffa, W. T., & Cherchiglia, M. L. (2008). Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 707–16.
- Oliveira, L. C., Oliveira, R. G., & Pires-Oliveira, D. A. A. (2016). Comparison between static stretching and the Pilates method on the flexibility of older women. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 20(800–806). Retrieved from http://ac.els-cdn.com/S1360859216000097/1-s2.0-S1360859216000097-main.pdf?_tid=bc93c422-e4bf-11e6-b5c1-00000aacb35e&acdnat=1485542463_16e36272a03f6bbfc1eddbffaf8b83df
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra. Retrieved from http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Orgeta, V., & Miranda-Castillo, C. (2014). Does physical activity reduce burden in carers of people with dementia? A literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(8), 771–783. <https://doi.org/10.1002/gps.4060>
- Palli, A., Konstantinos, K., Richardson, C., & Economou, M. P. (2015). Effects of Group Psychoeducational Intervention for Family Members of People with Schizophrenia

- Spectrum Disorders: Results on Family Cohesion, Caregiver Burden, and Caregiver Depressive Symptoms. *International Journal of Mental Health*, 44, 277–289. <https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1076291>
- Palli, A., Kontoangelos, K., Richardson, C., & Economou, M. P. (2015). Effects of Group Psychoeducational Intervention for Family Members of People with Schizophrenia Spectrum Disorders: Results on Family Cohesion, Caregiver Burden, and Caregiver Depressive Symptoms. *International Journal of Mental Health*, 44(4), 277–289. <https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1076291>
- Paranhos, F., Filho, D. B. F., Rocha, E. C., Junior, J. A. S., & Freitas, D. (2016). Uma introdução aos métodos mistos. *Interface*, 18(42), 384–411. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/15174522-018004221>
- Patterson, T. L. O. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res.*, 100(1–3), 108–119. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.12.468>
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento. um guia prático para profissionais da saúde*. Loures: Lusociência.
- Pereira, A. A., & Viana, P. C. N. (2013). *Saúde Mental. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (2ª)*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. Retrieved from https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_Mental/3
- Pereira, H. R. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais: Dando voz(es) experiências vividas*. Lusociência.
- Pfammatter, M., Andres, K., & Brenner, H. (2012). *Manual de Psicoeducação e Gestão da Doença na esquizofrenia*. Encontrar-se.
- Pollio, D. E., North, C. S., Reid, D. L., Miletic, M. M., & McClendon, J. R. (2006). Living with Severe Mental Illness—What Families and Friends Must Know: Evaluation of a One-Day Psychoeducation Workshop, 51(1), 31–8.
- Psychiatric Association American. (2014). *MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - DSM 5 (5th ed.)*. Porto Alegre: Artmed. Retrieved from <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaodeducador/2015/DSM V.pdf>
- Rahmani, F., Ranjbar, F., Ebrahimi, H., & Hosseinzadeh, M. (2015). The Effects of Group Psychoeducational Programme on Attitude toward Mental Illness in Families of Patients with Schizophrenia, 2014. *Tabriz University of Medical Sciences*, 4(3), 243–251. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.025>
- Ramminger, T., & Brito, J. C. (2008). O trabalho em saúde mental : uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, 33(117), 36–49.

- Reis, F. (2004). Intervenção Psicoeducativa nas Famílias de Esquizofrênicos. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 1(1), 19–41. Retrieved from Psilogos Vol.01 N°1 (Jul 2004)
- Reis, R. S., Hino, A., & Rodrigues-Añez, C. R. (2010). Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Brazil. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 107–114. <https://doi.org/10.1177/1359105309346343>
- Rissardi, G. G. ., & Godoy, M. F. (2007). A study on the application of a modified version of the Jacobson's technique of progressive muscular relaxation in responses of cardiovascular and respiratory variables of lepers. *Arq Ciênc Saúde*, 14(3), 175–80.
- Roach, M. S. (2002). *Caring, the human mode of being: blueprint for the health professions* (2nd ed.). Ottawa: Cha Press. Retrieved from [http://nursing.fau.edu/uploads/images/Caring the human mode of being_smallsize-PW.pdf](http://nursing.fau.edu/uploads/images/Caring_the_human_mode_of_being_smallsize-PW.pdf)
- Rodrigues, A. A., & Abeche, L. P. C. (2011). As multifaces da instituição família “formatadas” por sistemas econômicos. *Psico*, 41(3), 374–384.
- Roeder, M. A. (2003). *Atividade Física, Saúde Mental & Qualidade de Vida*. (Shape, Ed.) (1ª). Rio de Janeiro: Shape.
- Rofail, D., Regnault, A., Scouiller, S. L., Lambert, J., & Zarit, S. H. (2016). Assessing the impact on caregivers of patients with schizophrenia: psychometric validation of the Schizophrenia Caregiver Questionnaire (SCQ). *BMC Psychiatry*, 16(245). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0951-1>
- Rosa, L. (2008). *Transtorno Mental e o Cuidado na Família*. Sao Paulo: Cortez.
- Salci, M. A., Maceno, P., Rozza, S. G., Silva, D. M. G. V., Boehs, A. E., & Heidemann, I. T. S. B. (2013). Educação em Saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm*, 22(1), 224–30.
- Sampaio, F. M. C. (2011). A psicoeducação e a sobrecarga dos cuidadores informais do idoso com demência: análise baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5.
- Samson, M., Button, D. C., Chaouachi, A., & Behm, D. G. (2012). Effects of Dynamic and Static Stretching Within General and Activity Specific Warm-Up Protocols. *Journal of Sports Science and Medicine*, 11, 279–285. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3737866/pdf/jssm-11-279.pdf>
- Saviani, D. (2008). *Escola e Democracia*. Campinas.
- Seabra, F. I. B. (2010). *Ensaio básico: Repercursões da organização curricular por competências na estruturação das aprendizagens escolares e nas políticas curriculares de avaliação*.
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. (n.d.-a). Lei nº12684 de 01 de dezembro de 1997. Retrieved October 15, 2016, from http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=8

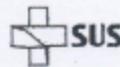
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. (n.d.-b). Sistema Único de Saúde. Retrieved September 2, 2016, from <http://www.saude.mg.gov.br/sus#navigation-start>
- Selye, H. (1983). *The Stress of life* (2nd ed.). Nova Iorque: MacGraw-Hill.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 187–192. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>
- Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias*.
- Shein, S., & Boeckel, M. G. (2012). Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. *Health & Social Change*, 3(2), 32–42.
- Small, M. L. (2011). How to Conduct a Mixed Methods Study : Recent Trends in a Rapidly Growing Literature. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102657>
- Soucard, F. E. (1998). *Reeducação Postural Global: método do campo fechado* (4th ed.). São Paulo: ICONA EDITORA.
- Sousa, L., Relvas, A. P., & Mendes, A. (2007). *Enfrentar a Velhice e a Doença Crônica* (1st ed.). Climepsi.
- Souza, M. E. (2010). Seminário Nacional de Saúde Mental: os desafios da formação. In *Caderno de Saúde Mental* 3 (pp. 133–136). Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.
- Souza, P. J. C. (2008). Resposta à Crise: A experiência de Belo Horizonte. In P. de B. Horizonte (Ed.), *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte (1ª, pp. 161–166). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Retrieved from file:///C:/Users/Roselane/Downloads/politica_de_saude_mental_de_belo_horizonte_o_cotidiano_de_um.pdf
- Squire, A. (2004). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas. Fundamentos básicos para a prática*. (1st ed.). Loures: Lusociência. Retrieved from Loures
- Tandon, R. (2014). Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5: Clinical Implications of Revisions from DSM-IV. *Indian J Psychol Med.*, 36(3), 223–225. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.135365>
- Taniguchi, K., Shinohara, M., Nozaki, S., & Katayose, M. (2015). Acute decrease in the stiffness of resting muscle belly due to static stretching. *Scand J Med Sci Sports*, 25, 32–40. <https://doi.org/10.1111/sms.12146>
- Taylor, D. C., Dalton, J. D. J., Seaber, A. V., & Garrett, W. E. J. (1990). Viscoelastic properties of muscle-tendon units. The biomechanical effects of stretching. *Am J Sports Med.*, 18(3), 300–9.

- Tessler, R. C., & Gamache, G. . (2000). *Family Experiences with Mental Illness*. ABC-CLIO.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6th ed.). Loures.
- Trew, M. (2005). Tension and relaxation. In *Human Movement an introductory text* (5th ed., pp. 255–268). Elsevier Churchill Livingstone.
- Tubino, M. J. G. (1984). *Metodologia Científica do Treinamento Desportivo* (3ª). São Paulo: Ibrasa.
- UFMG, E. de E. F. e F. e T. O. da. (2016). Programa Academia da Cidade. Retrieved November 1, 2016, from http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/extensao/cenex_-_centro_de_extensao/projetos_extensao/14/programa_academia_da_cidade
- Ukpong, D. (2012). Burden and psychological distress among Nigerian family caregivers of schizophrenic patients: the role of positive and negative symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*, 23(1), 40–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22374630>
- Vancampfort, D., Sweers, K., Probst, M., Mitchell, A., Knapen, J., & Hert, M. (2011). Considering a frame of reference for physical activity research related to the cardiometabolic risk profile in schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 47(6), 703–710.
- Vancampfort, D., Sweers, K., Probst, M., Mitchell, A. J., Knapen, J., & De Hert, M. (2011). Quality Assessment of Physical Activity Recommendations Within Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Treatment of Cardio-metabolic Risk Factors in People With Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 47(6), 703–710. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9431-8>
- Vasconcellos, V. C. De. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas*, 6(1), 1–16.
- Vasconcelos, M., Grillo, M. J. C., & Soares, S. M. (2009). *Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. (UFMG, Ed.) (4th ed.). Belo Horizonte: NESCON/UFMG. Retrieved from <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>
- Volpe, F. M., Eliane, M. S., Leonardo, S. C., & Santos, T. N. (2010). Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. *J Bras Psiquiatr.*, 59(3), 203–209.
- Waldow, V. R., & Borges, R. F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm.*, 24(3), 414–8.
- Warikoo, N., Chakrabarti, K., Grover, S. (2014). Adherence and Continuation of Treatment with First- and Second-generation Antipsychotics in Schizophrenia. *Indian J Psychol Med.*, 36(1), 33–39. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.127244>

- Weineck, J. (1989). *Manual do Treinamento Esportivo*. (Manole, Ed.) (2^a).
- Woods, S. W., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., Heinssen, R., ... McGlashan, T. H. (2009). Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: Findings from the north american prodrome longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 894–908. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp027>
- World Health Organization. (2002). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. *World Health Report*.
- World Health Organization. (2014). *World Health Report*. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
- Zahid, M. A., & Ohaeri, J. U. (2010a). Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10(1), 71. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-71>
- Zahid, M. A., & Ohaeri, J. U. (2010b). Schizophrenia psychopathology in a Kuwaiti Arab sample. *Psychopathol*, 43. <https://doi.org/10.1159/000320349>
- Zambenedetti, G. (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia Em Revista*, 14(1), 131–150.
- Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I., & Glyn, L. (2002). Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*, 325(1199), Zammit Stanley, Allebeck Peter, Andreasson Sven, L.
- Zhou, Y., Ning, Y., Rosenheck, R., Sun, B., Zhang, J., Ou, Y., & Hongbo, H. (2016). Effect of living with patients on caregiver burden of individual with shizophrenia in China. *Psychiatry Research*, 245, 230–237. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.046>

ANEXOS

Anexo I - Carta de anuência



Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Carta de Anuência Institucional

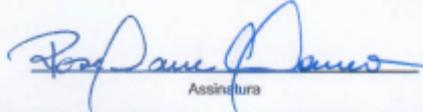
Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado **ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Promoção da saúde do cuidador do usuário com Esquizofrenia**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Roselane da Conceição Lomeo**, CPF 594.900.716-68, a ser executado nos Centros de Convivência da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, MG.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Luiz Carlos Penne Chaves
RM 41.15-X
Coordenador de Saúde Mental
GPEP - SMSA-SUS

Assinatura e Carimbo
Belo Horizonte, 06 de junho de 2015

Anexo II - Folha de Rosto

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				
1. Projeto de Pesquisa: ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Promoção da saúde do cuidador do usuário com Esquizofrenia			2. Número de Participantes da Pesquisa: 90	
3. Área Temática:				
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde				
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
5. Nome: Roselane da Conceição Lomeo				
6. CPF: 594.900.716-68		7. Endereço (Rua, n.º): INGA IPIRANGA 300 BELO HORIZONTE MINAS GERAIS 31160100		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (31) 9146-9592	10. Outro Telefone:	11. Email: lomeoroselane@yahoo.com.br
12. Cargo:				
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.				
Data: <u>09 / 02 / 2015</u>		 Assinatura		
INSTITUIÇÃO PROPONENTE				
13. Nome: Universidade de Aveiro - <u>Depto Educação</u>		14. CNPJ:		15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (02) 3437-0200		17. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.				
Responsável: _____		CPF: _____		
Cargo/Função: _____				
Data: ____ / ____ / ____		_____		
Assinatura				
PATROCINADOR PRINCIPAL				
Não se aplica.				

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Promoção da saúde do cuidador do usuário com Esquizofrenia

Pesquisador: Roselane da Conceição Lomeo

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 1

CAAE: 41787015.6.3001.5140

Instituição Proponente: Universidade de Aveiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.091.651

Data da Relatoria: 16/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso, uma vez que se pretende identificar os processos experienciais presentes nos familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia cadastrados nos serviços de saúde mental do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, em resultado da vivência com Atividade Física, cujo "enfoque está sobre um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real" (Yin, 2010, p.22).

Participarão do estudo 90 familiares de pacientes com transtorno mental atendidos na rede de saúde mental de Belo Horizonte, MG. A seleção será realizada em articulação com a equipa de saúde mental. O critério de inclusão consiste em serem familiares identificados como cuidadores de usuários com esquizofrenia pelos serviços de saúde mental.

O desenho de Investigação inclui um conjunto de atividades:

Atividades preliminares: incluem contato com a coordenação da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, encaminhamento do projeto para avaliação do Comitê de Ética da Secretaria do Município, e a organização dos espaços físicos para a prática da atividade física alongamento e relaxamento.

Fase 1 - diagnóstico: compreende a seleção dos cuidadores informais de usuários com esquizofrenia cadastrados no serviço via equipe de saúde mental e o contacto com os

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

Bairro: Funcionários

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

Continuação do Parecer: 1.091.651

participantes para assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido, seguido da aplicação de instrumentos: - Questionário sociodemográfico para caracterização do cuidador informal e dos usuários com esquizofrenia; - Escala de Avaliação da Sobrecarga da Família adaptada e validada para o Brasil por Bandeira et al. (2005); - Inventário de Escala de Stress Percebido validado por Reis, Hino, Añez (2010). Nesta fase será realizada a análise dos dados do questionário sociodemográfico e das Escalas com o apoio do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22. A coleta dos dados será realizada pela pesquisadora. A divulgação dos resultados poderão ser descritivos através da publicação de um artigo.

Fase 2 - intervenção: organização dos espaços a serem utilizados para a aplicação da atividade física alongamento e relaxamento e divisão dos 90 participantes em subgrupos de 15 a 20 familiares a serem distribuídos nos vários dias da semana, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. As atividades serão ministradas pela pesquisadora e ocorrerão durante um período de seis meses com frequência de duas vezes por semana, duração de 40 minutos, com acréscimo de mais 20 minutos para o momento da escuta do discurso dos participantes sobre a percepção dos seus sentimentos tendo em consideração a aula e o modo como as atividades poderiam ser reaplicadas no cotidiano. Este momento será gravado em áudio e no final será registrado no diário de campo o comportamento dos participantes durante os seus discursos.

Ao finalizar os seis meses das sessões de atividade física será realizada a análise de conteúdo dos dados qualitativos recolhidos nas gravações e dados do diário de campo com o apoio do software webQDA para análise de dados qualitativos.

Os resultados preliminares poderão ser publicados através de um artigo.

Fase 3 - avaliação: Após o término dos seis meses, os participantes serão convidados a responderem a segunda aplicação da Escala de sobrecarga Familiar e Escala de Stress Percebido.

Os resultados da Escala de sobrecarga Familiar e Escala de Stress Percebido serão comparados (1º e 2º momentos). Recorreremos ao tratamento estatístico por meio do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.

Em seguida, será realizada a triangulação dos dados obtidos pela Escala de Sobrecarga Familiar e Escala de Stress Percebido com o conjunto de categorias observadas nos momentos da escuta do discurso dos participantes sobre a percepção dos seus sentimentos, tendo em consideração a aula e as anotações no diário de campo, com o apoio do software webQDA para análise de dados qualitativos. Estes resultados

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

poderão ser apresentados através de publicação de um artigo.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

verifica-se na literatura uma carência de estudos sobre o recurso à atividade física como fator de promoção da saúde dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental. Desta forma, identificamos o seguinte problema de investigação: Que impacto possui a atividade física dirigida ao cuidador informal, no sentido do alívio da sobrecarga e promoção do ajustamento à condição de cuidador?

Objetivo Primário:

1. Caracterizar os familiares cuidadores, conhecer as suas principais problemáticas e o contexto do usuário com transtorno esquizofrênico; 2. Avaliar as respostas corporais e psicológicas dos cuidadores informais às atividades físicas de natureza terapêutica; 3. Avaliar o impacto da Atividade Física nos processos de sobrecarga familiar, ajustamento e estresse percebido em familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

De acordo com a Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012, todas as pesquisas apresentam riscos mesmo que mínimos para os participantes, assim, durante a aplicação dos instrumentos (questionário e escalas de Percepção do Stress e de Sobrecarga da família) o familiar poderá se sentir desconfortável ao relatar sobre os incômodos causados pela vivência de ser cuidador. Portanto, será esclarecido que, caso o familiar cuidador

necessite de maiores cuidados será devidamente encaminhado ou será oferecido suporte, e que sua participação poderá ser encerrada a qualquer momento sem que ele seja penalizado.

Benefícios:

O estudo pretende proporcionar aos participantes o bem estar físico e psíquico através da participação das aulas de alongamento e relaxamento; despertar sobre a importância de incluir atividades deste cunho no cotidiano, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Após diligenciamento, foram corrigidas as seguintes pendências:

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

Continuação do Parecer: 1.091.651

- Reenviar o formulário questionário sociodemográfico, visto que em comunicação por email com este CEP a Pesquisadora informa que na postagem original teria anexado a versão errada.
 - Incluir no TCLE informações relativas à garantia de reparação dos danos causados na execução da pesquisa e do reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa, segundo a Resolução 466/12:IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ...
 - g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.
 - esclarecer se a Pesquisadora Responsável será a única profissional com atribuições de executar as fases da pesquisa relacionadas com seres humanos (aplicação de instrumentos de coleta de dados e realização das sessões de alongamento e relaxamento) - incluir demais membros da equipe no Projeto submetido na Plataforma Brasil, se for o caso; - Esclarecer quais os critérios para escolha dos locais de realização das atividades de alongamento e relaxamento e a responsabilidades pelo custeio da viabilização da disponibilização dos mesmos aos participantes da pesquisa - apresentar termo de compromisso destes eventuais patrocinadores, se for o caso;
 - Refazer o enquadramento da pesquisa na categoria de área temática especial no grupo "Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro", visto que segundo a CONEP "Pesquisas propostas por programas de pós-graduação de instituições estrangeiras se enquadram como "cooperação estrangeira", submetendo-se pois ao prescrito no prevista no subitem 8 do item IX da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.
- Portanto, após as correções efetuadas, o projeto aborda temática de relevância social e a metodologia proposta mostra coerência em relação aos objetivos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Roselane da Conceição Lomeo e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador e do CEP.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

Continuação do Parecer: 1.091.651

Recomendações:

Somos pela aprovação do Projeto, considerando-se o ponderado no PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP 1.076.233 e parecer deste CEP/SMSA-PBH nº 1.055.286.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Promoção da saúde do cuidador do usuário com Esquizofrenia.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

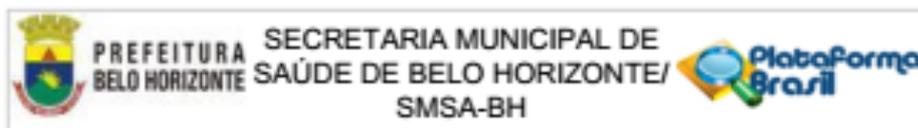
Continuação do Parecer: 1.091.651

BELO HORIZONTE, 02 de Junho de 2015

**Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)**

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

Anexo III - Parecer do comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Promoção da saúde do cuidador do usuário com Esquizofrenia

Pesquisador: Roselane da Conceição Lomeo

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 1

CAAE: 41787015.6.3001.5140

Instituição Proponente: Universidade de Aveiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.091.651

Data da Relatoria: 16/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso, uma vez que se pretende identificar os processos experienciais presentes nos familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia cadastrados nos serviços de saúde mental do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, em resultado da vivência com Atividade Física, cujo "enfoque está sobre um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real" (Yin, 2010, p.22).

Participarão do estudo 90 familiares de pacientes com transtorno mental atendidos na rede de saúde mental de Belo Horizonte, MG. A seleção será realizada em articulação com a equipe de saúde mental. O critério de inclusão consiste em serem familiares identificados como cuidadores de usuários com esquizofrenia pelos serviços de saúde mental.

O desenho de Investigação inclui um conjunto de atividades:

Atividades preliminares: incluem contato com a coordenação da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, encaminhamento do projeto para avaliação do Comitê de Ética da Secretaria do Município, e a organização dos espaços físicos para a prática da atividade física alongamento e relaxamento.

Fase 1 - diagnóstico: compreende a seleção dos cuidadores informais de usuários com esquizofrenia cadastrados no serviço via equipe de saúde mental e o contacto com os

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.091.651

participantes para assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido, seguido da aplicação de instrumentos: - Questionário sociodemográfico para caracterização do cuidador informal e dos usuários com esquizofrenia; - Escala de Avaliação da Sobrecarga da Família adaptada e validada para o Brasil por Bandeira et al. (2005); - Inventário de Escala de Stress Percebido validado por Reis, Hino, Afetz (2010). Nesta fase será realizada a análise dos dados do questionário sociodemográfico e das Escalas com o apoio do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22. A coleta dos dados será realizada pela pesquisadora. A divulgação dos resultados poderão ser descritivos através da publicação de um artigo.

Fase 2 - intervenção: organização dos espaços a serem utilizados para a aplicação da atividade física alongamento e relaxamento e divisão dos 90 participantes em subgrupos de 15 a 20 familiares a serem distribuídos nos vários dias da semana, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. As atividades serão ministradas pela pesquisadora e ocorrerão durante um período de seis meses com frequência de duas vezes por semana, duração de 40 minutos, com acréscimo de mais 20 minutos para o momento da escuta do discurso dos participantes sobre a percepção dos seus sentimentos tendo em consideração a aula e o modo como as atividades poderiam ser replicadas no cotidiano. Este momento será gravado em áudio e no final será registrado no diário de campo o comportamento dos participantes durante os seus discursos.

Após finalizar os seis meses das sessões de atividade física será realizada a análise de conteúdo dos dados qualitativos recolhidos nas gravações e dados do diário de campo com o apoio do software webQDA para análise de dados qualitativos.

Os resultados preliminares poderão ser publicados através de um artigo.

Fase 3 - avaliação: Após o término dos seis meses, os participantes serão convidados a responderem a segunda aplicação da Escala de sobrecarga Familiar e Escala de Stress Percebido.

Os resultados da Escala de sobrecarga Familiar e Escala de Stress Percebido serão comparados (1º e 2º momentos). Recorreremos ao tratamento estatístico por meio do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.

Em seguida, será realizada a triangulação dos dados obtidos pela Escala de Sobrecarga Familiar e Escala de Stress Percebido com o conjunto de categorias observadas nos momentos da escuta do discurso dos participantes sobre a percepção dos seus sentimentos, tendo em consideração a aula e as anotações no diário de campo, com o apoio do software webQDA para análise de dados qualitativos. Estes resultados

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários CEP: 30.130-027
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: cosp@pbh.gov.br

Continuação do Parecer: 1.891.651

poderão ser apresentados através de publicação de um artigo.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

verifica-se na literatura uma carência de estudos sobre o recurso à atividade física como fator de promoção da saúde dos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental. Desta forma, identificamos o seguinte problema de investigação: Que impacto possui a atividade física dirigida ao cuidador informal, no sentido do alívio da sobrecarga e promoção do ajustamento à condição de cuidador?

Objetivo Primário:

1. Caracterizar os familiares cuidadores, conhecer as suas principais problemáticas e o contexto do usuário com transtorno esquizofrênico; 2. Avaliar as respostas corporais e psicológicas dos cuidadores informais às atividades físicas de natureza terapêutica; 3. Avaliar o impacto da Atividade Física nos processos de sobrecarga familiar, ajustamento e estresse percebido em familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

De acordo com a Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012, todas as pesquisas apresentam riscos mesmo que mínimos para os participantes, assim, durante a aplicação dos instrumentos (questionário e escalas de Percepção do Stress e de Sobrecarga da família) o familiar poderá se sentir desconfortável ao relatar sobre os incômodos causados pela vivência de ser cuidador. Portanto, será esclarecido que, caso o familiar cuidador

necessite de maiores cuidados será devidamente encaminhado ou será oferecido suporte, e que sua participação poderá ser encerrada a qualquer momento sem que ele seja penalizado.

Benefícios:

O estudo pretende proporcionar aos participantes o bem estar físico e psíquico através da participação das aulas de alongamento e relaxamento; despertar sobre a importância de incluir atividades deste cunho no cotidiano, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Após diligenciamento, foram corrigidas as seguintes pendências:

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

Continuação do Parecer: 1.891.651

- Reenviar o formulário questionário sociodemográfico, visto que em comunicação por email com esta CEP a Pesquisadora informa que na postagem original teria anexado a versão errada.

- Incluir no TCLE informações relativas à garantia de reparação dos danos causados na execução da pesquisa e do reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa, segundo a Resolução 466/12J.V.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ...

g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

- esclarecer se a Pesquisadora Responsável será a única profissional com atribuições de executar as fases da pesquisa relacionadas com seres humanos (aplicação de instrumentos de coleta de dados e realização das sessões de alongamento e relaxamento) - incluir demais membros da equipe no Projeto submetido na Plataforma Brasil, se for o caso; - Esclarecer quais os critérios para escolha dos locais de realização das atividades de alongamento e

relaxamento e a responsabilidades pelo custeio da viabilização da disponibilização dos mesmos aos participantes da pesquisa - apresentar termo de compromisso destes eventuais patrocinadores, se for o caso;

- Refazer o enquadramento da pesquisa na categoria de área temática especial no grupo "Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro", visto que segundo a CONEP "Pesquisas propostas por programas de pós-graduação de instituições estrangeiras se enquadram como "cooperação estrangeira", submetendo-se pois ao prescrito na prevista no subitem 8 do item IX da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.

Portanto, após as correções efetuadas, o projeto aborda temática de relevância social e a metodologia proposta mostra coerência em relação aos objetivos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Roselane da Conceição Lomeo e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador e do CEP.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

Continuação do Parecer: 1.091.661

Recomendações:

Somos pela aprovação do Projeto, considerando-se o ponderado no PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP 1.076.233 e parecer deste CEP/SMSA-PBH nº 1.055.286.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto **ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Promoção da saúde do cuidador do usuário com Esquizofrenia.**

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

BELO HORIZONTE, 02 de Junho de 2015

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: cosp@pbh.gov.br

Anexo IV - Escala de Stress Percebido

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE-10 (EPS-10)

As questões nesta escala perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os **últimos 30 dias** (último mês). Em cada questão **indique a frequência** com que você se **sentiu ou pensou** a respeito da situação.

1. Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
 2. Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
 3. Com que frequência você esteve nervoso ou estressado? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
 4. Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
 5. Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
 6. Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
 7. Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
 8. Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
 9. Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
 10. Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
-

COMPUTAÇÃO DOS ESCORES DA ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Reis

1. Os itens 4, 5, 7 e 8 são positivos e por esta razão devem ter a pontuação revertida

Ex: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 e 4 = 0

2. Após a reversão todos os itens devem ser somados.

3. O escore, obtido com a soma de todos o itens, é utilizado como medida de estresse percebido.

OBS: O resultado final não é uma medida critério-concorrente. No entanto, os escores podem ser comparados com a tabela normativa da população americana (COHEN, 1984) ou ainda com a população de professores do Sul do Brasil (REIS; PETROSKI, 2004)

Tabela 1. Dados Normativos da População Americana (COHEN, 1984) e de Professores do Sul do Brasil (REIS; PETROSKI, 2005).

	Cohen (1984)		Reis e Petroski (2004)	
	n	Média (desvio-padrão)	n	Média (desvio-padrão)
Sexo				
Masculino	926	12,1 (5,9)	451	16,3 (0,6)
Feminino	1406	13,7 (6,6)	334	18,3 (0,3)
Idade				
18-29	645	14,2 (6,2)	11	21,3 (2,1)
30-44	750	13,0 (6,2)	356	17,8 (0,4)
45-54	285	12,6 (6,1)	311	17,2 (0,4)
55-64	282	11,9 (6,9)	88	14,5 (0,7)
65 e acima	296	12,0 (6,3)	16	15,7 (1,8)

REFERÊNCIAS

Artigo Original

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Artigo de Validação da versão brasileira

Reis, R.S., Hino, A., Rodríguez-Añez, C.R. (in press). Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in Brazil. *Journal of Health Psychology*.

Anexo V- Escala de Sobrecarga Familiar

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES - FBIS-BR

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

Departamento de Psicologia da UFSJ- São João del Rei - 2006

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

Instruções de aplicação

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

O questionário deve ser aplicado em situação de entrevista, por um entrevistador previamente treinado. O tempo de aplicação dura aproximadamente 30 minutos.

Para a realização da entrevista, uma situação de privacidade deve ser buscada. O respondente deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento e o destino dos dados obtidos. Deve também se sentir à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação. Em situações de pesquisa, uma vez que o familiar concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento livre e esclarecido.

Durante a entrevista, deve ser enfatizado que o questionário se refere aos **últimos 30 dias da vida** do paciente, independente do local onde o indivíduo se encontre. O instrumento deve ser respondido em apenas um encontro. Todas as questões do questionário devem ser respondidas.

Deve ser enfatizado para o respondente que não há respostas certas nem erradas e que ele deve responder com base em sua própria experiência pessoal, de forma a expressar sinceramente seus sentimentos, com relação à sobrecarga sentida em cuidar do paciente.

As respostas de cada item devem ser anotadas no questionário pelo entrevistador. Os usuários devem ser lembrados de que, usando esta escala não devem modificar as orientações, questões e layout de nenhuma forma.

PARTE A: ASSISTÊNCIA NA VIDA COTIDIANA

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

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os

(PASSE P/ A2a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os

(PASSE P/ A3a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os

(PASSE P/ A4a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

1 2 3 4 5
Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os
(PASSE P/ A5a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias ?

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

1 2 3 4
Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

1 2 3 4 5
Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os
(PASSE P/ A6a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias ?

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

1 2 3 4
Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

1 2 3 4 5
Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os ?
(PASSE P/ A7a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias

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

1 2 3 4
Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

1 2 3 4 5
Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os
(PASSE P/ A8a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias ?

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

1 2 3 4
Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

1 2 3 4 5
Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os
(PASSE P/ A9a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias ?

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

1 2 3 4
Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

1 2 3 4 5
Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os
(PASSE P/ B1a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

PARTE B: SUPERVISÃO AOS COMPORTAMENTOS PROBLEMÁTICOS

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

B1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de apresentar algum comportamento que te deixasse envergonhado(a) ou incomodado(a) ou teve que lidar com estes comportamentos ou com suas conseqüências? Foram quantas vezes? _____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____

_____5_____

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

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

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

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

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

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

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

B4b. Quanto lhe incomodou ter que fazer isso?

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____

Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____

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

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____
 Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____
 Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os
 (PASSE P/ B7a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____
 Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____
 Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os
 (PASSE P/ B8a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____
 Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____ _____5_____
 Nenhuma vez menos que uma 1 ou 2 vezes de 3 a 6 vezes Todos os
 (PASSE P/ C1a) vez p/ semana p/ semana p/semana dias ?

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

_____1_____ _____2_____ _____3_____ _____4_____
 Nem um pouco muito pouco um pouco muito ?

PARTE C : GASTOS FINANCEIROS - Este item não foi utilizado no estudo

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).

	SIM	NÃO	Gastos nos Últimos 30 dias
e- Moradia (aluguel , prestação da casa) ?.....	1	2	\$-----
(se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a parcela desta despesa correspondente ao paciente)			
f- Medicamentos ?.....	1	2	\$-----
g- Tratamento de saúde mental ?	1	2	\$-----
h- Outros gastos médicos (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	\$-----

C2-Total: \$ _____

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

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

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

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

PARTE D. IMPACTO NAS ROTINAS DIÁRIAS

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

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Nenhuma vez menos que uma vez p/ semana 1 ou 2 vezes p/ semana de 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?

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Nenhuma vez menos que uma vez p/ semana 1 ou 2 vezes p/ semana de 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?

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Nenhuma vez menos que uma vez p/ semana 1 ou 2 vezes p/ semana de 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 de 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)

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

PARTE E: PREOCUPAÇÃO COM O PACIENTE

Mesmo quando as pessoas não se vêem 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 freqüentemente 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 freqüentemente 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 freqüentemente 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 freqüentemente 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 freqüentemente 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 freqüentemente sempre ou quase sempre?

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

1 2 3 4 5
nunca raramente às vezes freqüentemente sempre ou quase sempre?

Bandeira, M., Calzavara, M.G., Varella, A. (2005). Escala de Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos – FBIS-Br: Adaptação Transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(3):206-214.

APÊNDICES

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

No âmbito do doutorado em Educação, ramo Diversidade e Educação Especial, Eu Roselane da Conceição Lomeo estou realizando um estudo que visa verificar o nível de sobrecarga e stress advindo do cuidado informal exercido pelo familiar cuidador do usuário com esquizofrenia e intervir ofertando atividades de alongamento e relaxamento. Este estudo tem como orientadores os professores Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa da Universidade de Aveiro e o Doutor Wilson Jorge Correia de Abreu da Escola de Enfermagem do Porto, Portugal. Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a) deste estudo, e após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte, assine ao final deste documento que está em duas vias (uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável). O estudo consta de três fases e todas elas serão desenvolvidas pela própria pesquisadora que contará com orientação a distancia dos orientadores quanto ao desenvolvimento do estudo, com a supervisão da coordenação de saúde mental e colaboração dos gerentes dos Centros de Convivência quanto a operacionalização da pesquisa (indicação dos familiares cuidadores, organização de encontro destes com a pesquisadora, convite formal dos familiares para a participação no estudo, e providencia do espaço físico dentro do Centro de Convivência e Cultura para a realização da intervenção prática de alongamento e relaxamento). Em caso de recusa ou desistência durante o percurso de desenvolvimento do estudo, você não será penalizado(a) de forma alguma. Caso tenha alguma dúvida poderá entrar em contato com a pesquisadora Roselane C. Lomeo pelo telefone 993933156, fixo 3444-3156 ou e-mail: lomeoroselane@yahoo.com.br; e também com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde/SMSA-BH pelo telefone 32775309, ou à rua Frederico Bracher Júnior, 103 -3º andar - Padre Eustáquio-BH/MG, e-mail: coep@pbh.gov.br.

INFORMAÇÕES SOBRE O ESTUDO:

Título: A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: O FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA COM ESQUIOFRENIA E A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA.

1. Envolvimento no estudo: ao participar deste estudo o(a) Sr. (Sra.), numa primeira etapa irá responder a um questionário sobre dados sociodemográficos, uma Escala de sobrecarga familiar e uma Escala de Stress Percebido. A segunda etapa consta da participação em atividade física de alongamento e relaxamento, seguidas de um momento para reflexão e relatos sobre a prática, que será gravado em áudio. As atividades serão desenvolvidas durante um período de 6 meses em horário e dia da semana que melhor lhe for conveniente. Na terceira etapa irá responder novamente as duas Escalas. Desta forma, estará contribuindo, através de suas vivências e opiniões, para atender aos objetivos do estudo. A pesquisa não possui patrocínio institucional, sendo a pesquisadora a responsável pelos gastos eventuais. O (a) Sr.(Sra.) não receberá nenhum valor em espécie e não terá que pagar quantias para participar da pesquisa. A pesquisadora será a única profissional com atribuições de executar as fases da pesquisa (aplicação de instrumentos de recolha de dados e realização das sessões de alongamento e relaxamento).

2. Riscos: durante a aplicação dos questionários você poderá sentir desconforto ao relatar sobre os incômodos causados pela vivência de ser cuidador. Portanto, se você se sentir incomodado a responder as perguntas dos questionários ou não sentir interesse nas atividades de alongamento e relaxamento, poderá encerrar a sua participação no estudo a qualquer momento sem que isto lhe cause algum dano.

3. Benefícios: ao participar deste estudo espera-se que o (a) Sr.(Sra.) obtenha ganhos quanto aos aspetos físicos e psicológicos, e tenha uma melhora na sua qualidade de vida. Além de tomar esta prática como uma atividade de seu cotidiano mesmo após o término do estudo.

4. Confidencialidade: todas as informações referidas no questionário e Escalas, e gravações serão estritamente confidenciais, utilizadas somente para compor o estudo e divulgados seus resultados em publicações de âmbito científico.

5. Nota: fica garantido a reparação de eventuais danos causados na execução da pesquisa e reembolso no caso de algum gasto em decorrência de sua participação.

Roselane da Conceição Lomeo

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____
_____, concordo em participar do estudo sobre ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Promoção da saúde do cuidador do usuário com Esquizofrenia.
Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre os
procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis benefícios decorrentes de
minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer
momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Sei da total confidencialidade do
estudo, meu nome não será citado em nenhum momento da pesquisa.

Assinatura do participante

Belo Horizonte, ____ / ____ / ____

Apêndice II – Questionário sociodemográfico

QUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Este questionário faz parte do estudo de doutorado da Universidade de Aveiro, Portugal, sobre “ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Promoção da saúde do familiar cuidador do usuário com Esquizofrenia” cujo objetivo é recolher informações acerca do familiar prestador de cuidados e da pessoa a quem presta cuidados. O pesquisador fará a leitura das perguntas e marcará as respostas. Fique ciente de que seu nome permanecerá no anonimato e que os resultados obtidos serão utilizados apenas em âmbito científico.

INFORMAÇÕES ACERCA DO PRESTADOR INFORMAL DE CUIDADOS

Nome: _____ questionário nº _____ 1)

SEXO: () Feminino () Masculino

2) IDADE: _____

3) SITUAÇÃO CONJUGAL: () Casado(a)/União de Facto () Viúvo(a) () Solteiro(a) () divorciado/Separado 4)

PROFISSÃO: _____

5) SITUAÇÃO OCUPACIONAL: () Empregado(a) a tempo inteiro () Empregado(a) a tempo parcial

() Aposentado(a)/reformado(a) () Desempregado(a) () Estudante a tempo inteiro () Doméstica () Outra

6) TEM ALGUMA OCUPAÇÃO SECUNDÁRIA? () Não () Sim. Qual?

7) GRAU DE ESCOLARIDADE: () Não frequentou o ensino formal () Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo

() Curso profissionalizante () Graduação incompleta () Graduação completa () Pós-graduação

8) QUAL É A SUA RELAÇÃO COM A PESSOA A QUEM PRESTA CUIDADOS? () Cônjuge/Companheiro(a)

() Irmão/Irmã () Filho(a) () Mãe/pai () Genro/Nora () Outro membro da família () Outros.

Especificar: _____

9) QUAL A DISTÂNCIA ENTRE SI E A PESSOA A QUEM PRESTA CUIDADOS? () Vivem na mesma casa

() Vivem em casas diferentes, mas no mesmo edifício (ou geminadas) () A uma distância passível de ir a pé ()

Até 10 minutos de carro/ônibus () Até 30 minutos de carro/ônibus () Até 1 hora de carro/ônibus

() A mais de 1 hora de carro/ônibus

10) HÁ QUANTO TEMPO PRESTA CUIDADOS A ESTA PESSOA? Anos: _____ Meses: _____

11) QUE TIPO DE APOIO OU CUIDADOS É QUE PROPORCIONA? (Pode ser assinalado mais do que uma alternativa de resposta) () Físicos/Pessoais (p. ex.: lavar, vestir) () Domésticos (p. ex.: cozinhar, limpar a casa) Apoio Emocional/Psicológico (p. ex.: companhia, encorajamento, ânimo) Apoio Social (p. ex.: acompa() hamento ao

médico, ao banco) () Apoio Financeiro. Especificar: _____

12) EM MÉDIA, QUANTAS HORAS POR SEMANA OCUPA A PRESTAR CUIDADOS A ESTA PESSOA?

_____ Horas

13) NA SUA PERSPECTIVA, QUAL O GRAU DE DEPENDÊNCIA DA PESSOA RELATIVAMENTE AOS SEUS CUIDADOS? ()Gravemente dependente ()Moderadamente dependente ()Parcialmente dependente

()Independente

14) OS CUIDADOS QUE PRESTA A ESTA PESSOA CAUSAM LIMITAÇÕES NA SUA VIDA PROFISSIONAL/OCUPACIONAL? ()Não ()Sim. Quais? _____

15) OS SERVIÇOS SOCIAIS OU DE SAÚDE PROPORCIONAM ALGUM TIPO DE APOIO A SI? ()Não ()Sim. Quais? _____

16) MAIS ALGUÉM (P. EX.: FAMÍLIA, AMIGOS, VIZINHOS, ETC.) COLABORA NA TAREFA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS? ()Não ()Sim. Quem? _____ Em que tarefas? _____ 17) EXISTE MAIS ALGUÉM A QUEM VOCÊ TENHA DE PRESTAR ESTE TIPO DE APOIO/CUIDADOS? (p. EX.: PARENTES DOENTES OU INVÁLIDOS, OU A UM AMIGO)? ()Não ()Sim. Quem? _____

18) DE UM MODO GERAL, PODERÁ DIZER QUE A SUA SAÚDE É: ()Muito boa ()Boa ()Razoável

()Fraca ()Muito fraca

19) VOCÊ TEM MOMENTOS LIVRES PARA ATIVIDADES DE LAZER? ()Não ()Sim. QUAIS ATIVIDADES COSTUMA FAZER? _____

INFORMAÇÕES ACERCA DA PESSOA A QUEM PRESTA CUIDADOS Nome: _____

20) SEXO: ()Feminino ()Masculino

21) IDADE: _____

22) CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE VIVE: ()Sozinho(a) ()Com a família ()Outra. Especificar: _____

23) GRAU DE ESCOLARIDADE: ()Não frequentou o ensino formal ()Ensino fundamental incompleto

()Ensino fundamental ()Ensino médio incompleto ()Ensino médio ()Ensino superior

Agradecemos a participação e colaboração com nosso estudo.

Apêndice III - Programa de Intervenção



Programa Doutoral em Educação
Ramo Diversidade e Educação Especial

**Intervenção Psicoeducativa orientada para Atividades de Alongamento e
Relaxamento**

Coordenação: Roselane da Conceição Lomeo

Orientação/supervisão: Professora Doutora Nilza Costa

Professor Doutor Wilson Abreu

2015

1- Enquadramento Teórico

O modelo atual de atenção à saúde mental atende às diretrizes da reforma psiquiátrica que prima por melhor qualidade de vida para as pessoas com transtorno mental. Através da desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental, a partir da década de 1980, possibilitou-se o retorno dos pacientes psiquiátricos ao ambiente familiar e a emersão do familiar com o papel de cuidador. As tarefas dos cuidados exercidos pelos familiares cuidadores, segundo vários autores, têm gerado stress e sobrecarga, interferindo sobremaneira na vida profissional, ocupacional e na saúde dos mesmos (Fava, Silva, & Silva, 2014; Nolasco, Bandeira, Oliveira, & Vidal, 2014; Zhou et al., 2016).

Neste sentido, em estudos sobre o tema, os autores sugerem intervenções psicoeducativas direcionadas ao cuidador para amenizar a sobrecarga e o stress desses. Na sua maioria, as intervenções psicoeducativas estão centradas em atividades informativas para ampliar o conhecimento dos cuidadores sobre a doença e estratégias para administrar os cuidados à pessoa com transtorno mental (Bessa & Waidman, 2013, Palli, Kontoangelos, Richardson, & Economou, 2015).

Após as pesquisas efetuadas percebe-se ser importante manter os cuidadores fornecidos de saberes e, também, ser necessário prezar pela saúde e bem-estar destes, valorizando-os como sujeito autónomo, com necessidades pessoais, que pensa, reflete e tem sentimentos, reconhecendo as suas subjetividades (Castiel, 1999).

Portanto, definiu-se elaborar um programa de intervenção psicoeducativa baseado em atividade física, contemplando exercícios sistematizados de Alongamento e de Relaxamento, que possibilite promover a saúde dos familiares cuidadores e despertar a consciência quanto ao autocuidado (Costardi Ide, Fonseca, & Domenico, 2010; Roeder, 2003).

2- Atividade Física Alongamento

A escolha dos exercícios de alongamento tem como justificação o facto de esta atividade ser precisa para obter melhoras das capacidades físicas que envolvem o trabalho sobre as tensões musculares e ganho da flexibilidade, aumento da amplitude do movimento das articulações e despertar a perceção corporal, pois atua no plano psicofisiológico e psicoafetivo (Dantas, 2005).

A atividade de alongamento pode ser composta por exercícios que trabalham a elasticidade dos músculos corporais e a mobilidade das articulações corporais, de forma a promover o desenvolvimento e manutenção da flexibilidade dos músculos e das articulações. Os exercícios aumentam a elasticidade muscular e ajudam a manter a mobilidade das articulações pela estimulação da circulação do líquido sinovial que lubrifica as articulações e facilita o movimento (Payne, 2003).

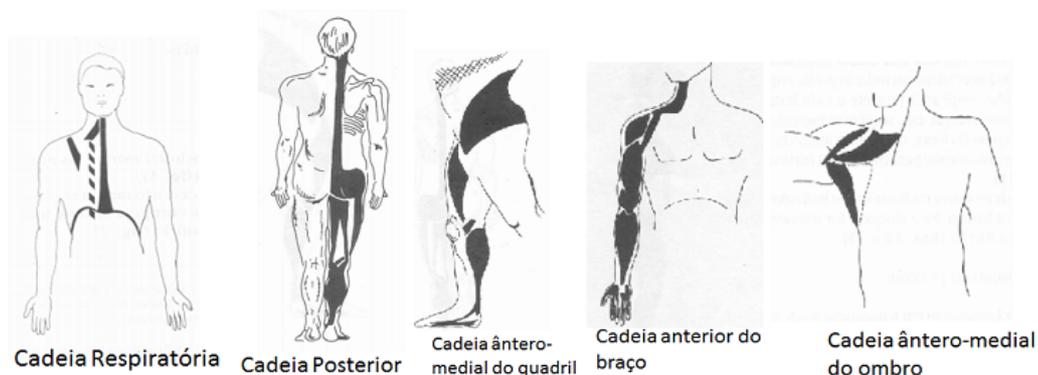
Os músculos são organizados em cadeias musculares que são responsáveis por manter o corpo em equilíbrio. Cadeia muscular é definida como conjunto de músculos de mesma direção e sentido, geralmente poliarticulares, que participam do movimento corporal (Souchard, 1998).

Segundo o autor, são cinco as cadeias musculares: respiratória, posterior, ântero-medial do quadril, anterior do braço e ântero-medial do ombro. Todas as cadeias são constituídas por grupos musculares específicos:

- Cadeia respiratória: compreende os músculos escalenos, peitoral menor, intercostais, diafragma e o seu tendão.
- Cadeia posterior: músculos espinhais, glúteo máximo, isquiotibiais, poplíteo, tríceps sural e os músculos da planta do pé.
- Cadeia ântero-medial do quadril: iliopsoas, adutores pubianos (pectíneo, adutor curto, adutor longo, grácil e porção anterior do adutor maior).
- Cadeia anterior do braço: suspensores do braço, do antebraço, da mão e dedos. Trapézio superior, deltóide médio, coracobraquial, bíceps, braquiorradial, pronador redondo, palmares, flexores dos dedos e os músculos da região tenar e hipotenar.
- Cadeia ântero-medial do ombro: subescapular, coracobraquial e peitoral maior.

Deste grupo de 5 cadeias musculares, são consideradas cadeias anteriores (parte frontal do corpo): cadeia respiratória, ântero-medial do ombro, anterior do braço e ântero-medial do quadril.

Figura 15 - Ilustração das cadeias musculares.



Fonte: (Souchard, 1998).

Deverão ser aplicados exercícios que trabalhem o alongamento das cadeias anterior e posterior. A atividade de alongamento é composta pelos exercícios:

Exercícios de percepção do corpo com deslocamentos por todo o espaço da sala com mudança de apoio dos pés, nas posições: plantar, lateral externa, lateral interna e calcanhar; movimentos de extensão de membros superiores (MMSS) à frente do tronco; acima da cabeça; para os lados e para trás; rotação de MMSS para frente e para trás; extensão da musculatura do pescoço; alongamento da musculatura paravertebral; alongamento da musculatura da região lombar com flexão de tronco; alongamento dos glúteos; extensão dos músculos peitorais; flexão lateral do tronco. Alongamento da musculatura posterior das pernas, repetir com a perna esquerda. Apoiar as mãos no encosto da cadeira, executar flexão de tronco para alongamento da cadeia muscular posterior

As formas de execução dos exercícios estão descritas em cada uma das sessões que se encontram apresentadas no item 10.2 (Desenvolvimento das sessões do programa de intervenção psicoeducativo).

A composição dos exercícios deve respeitar uma progressão dos mesmos ao longo do período dos seis meses, programado para o desenvolvimento da intervenção. Este fator deve ser compreendido respeitando as individualidades dos participantes, protegendo-os de possíveis lesões que podem ser causadas pela exposição do indivíduo à execução de movimentos que estejam além da sua capacidade corporal. Os exercícios deverão ser adaptados para as pessoas que apresentarem algum tipo de dificuldade para a sua execução.

Os exercícios devem constar de movimentos lentos e suaves até atingir uma determinada postura e permanecer 15 a 30 segundos, mantendo a respiração tranquila e confortável. Segundo o American College of Sports Medicine - ACMS (2016), os exercícios de alongamento devem proporcionar um estiramento estático do músculo e a posição deve ser mantida 15 a 30 segundos, sem causar dor.

Todos os exercícios de alongamento são realizados focados na respiração, de forma que ao iniciar o movimento deve-se realizar a inspiração profunda, seguida da expiração, para que seja facilitado o relaxamento da musculatura comprometida no trabalho, levando ao ganho de flexibilidade.

3- Atividade Física Relaxamento

Foram escolhidos os exercícios de relaxamento, na composição do Programa de intervenção, pelos vários contributos que esta atividade pode proporcionar ao indivíduo, principalmente atuando sobre o stress e a sobrecarga.

Payne (2003) considera que o relaxamento desempenha papel importante na reeducação respiratória e, também, como uma ferramenta para lidar com o stress

O relaxamento, segundo Roeder (2003), é um método de condicionamento psicofisiológico, que tem o objetivo de proporcionar aos sujeitos descontração, tranquilização, autoconhecimento, recreação e bem-estar, através de um processo restaurador e reconstituente, o qual tem grande importância na área da saúde mental. Em geral, por via do relaxamento consegue-se trabalhar, não só a reeducação do indivíduo a nível de refinamento e controlo dos gestos corporais pela supressão de tensões musculares, mas também a elaboração da imagem corporal pela percepção da sensação dos efeitos dos exercícios sobre os músculos do corpo. As técnicas de relaxamento permitem que o indivíduo perceba as tensões musculares, o que contribui para o resultado no relaxamento das tensões psíquicas e domínio sobre as reações psicossomáticas. Assim, esta atividade é capaz de proporcionar um efeito restaurador que permite alívio das tensões, leva ao aprendizado do controlo emocional e deixa uma sensação de bem-estar físico e mental.

Para Roeder (2003, p.134), a respiração é considerada como um “antídoto contra o stress”, por ser capaz de ajudar a reduzir a ansiedade, a depressão, a irritabilidade, a

tensão muscular e a fadiga, além de propiciar ao indivíduo a consciência do próprio corpo, percebida pelas sensações corporais na área do abdômen, peito e narinas, nos momentos da inspiração e expiração. A autora sublinha que esta consciência vai mais além, por estar presente nos movimentos quotidianos do sentar e levantar-se, caminhar, executar movimentos na higiene corporal, e também, na sucessão de pensamentos, planeamentos e diálogos.

Referente às técnicas de relaxamento, segundo Trew (2005), existem diferentes métodos de indução ao relaxamento. No entanto, todos podem ser agrupados em três categorias principais: relaxamento muscular progressivo de Jacobsen, técnicas cognitiva/imaginativas e massagem.

De acordo com o autor supracitado, a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobsen, é baseada na diminuição da tensão muscular por meio da contração e relaxamento da musculatura. Para o autor, existe uma ligação entre a tensão mental e física que pode ser alterada fisiologicamente pelo relaxamento dos músculos levando a reduzir o tônus muscular, o que causa um efeito positivo e simultâneo na mente. Portanto, nesta técnica é solicitado ao indivíduo que faça contração isométrica da musculatura (contração do músculo sem encurtamento e sem movimento articular), mantenha por um tempo e em seguida relaxe.

A técnica imaginativa requer o foco do pensamento numa atividade, num lugar, num som ou, movimento repetitivo. O indivíduo pode praticar a visualização, imaginando ou uma situação estressante ou não estressante, não ameaçadora (Trew, 2005). Esta técnica é definida por Achterberg, como “processo de pensamento que invoca e utiliza os sentidos”, como a visão, audição, olfato, paladar e tato, que podem ocorrer sem a influência de estímulos externos (cited in Payne, 2003, p.161).

Para Jorm, Christensen, Griffiths, & Rodgers (2002), o efeito da massagem sobre a redução da tensão é de curto prazo, mas é um meio de proporcionar ao indivíduo a sensação de relaxamento.

Considerando os métodos de indução ao relaxamento, acima mencionados, elaborou-se os exercícios de relaxamento, adaptando-os de acordo com a realidade e contexto dos participantes. Assim, constou na metodologia do programa, aplicar o relaxamento utilizando os seguintes exercícios:

- Contração/relaxamento – adaptação do método de Relaxamento Progressivo de Jacobsen (1979). Requer que seja contraída a musculatura numa sequência de

trabalho das partes do corpo: pés, panturrilhas, coxas, mãos, braços, ombros, quadris, abdómen, tórax, ombros, pescoço, boca, olhos, face. Manter a contração por 10 a 15 segundos, e em seguida relaxar. Entre a contração e o relaxamento, solicitar que façam uma inspiração profunda, seguida da expiração, para facilitar a percepção da sensação de relaxamento.

- Imagens mentais – Ao iniciar o relaxamento, o facilitador deve solicitar aos participantes que desviem a atenção de pensamentos desagradáveis, das preocupações, dos barulhos externos, e se deixem levar ao ponto de relaxar. Neste processo, o facilitador poderá conduzir o relaxamento de forma induzida fornecendo algumas características com orientação detalhada da cena (sugerir aos participantes a imaginação de lugares, situações, usar música de sons da natureza e solicitar que se transportem para aquele local), ou deixar a imaginação livre, fluir por conta do próprio participante. Deve-se utilizar músicas que dão tranquilidade. A partir da técnica da imaginação, pode-se criar várias situações que propiciam o relaxamento.
- Relaxamento com automassagem – Utilização de Noodle (rolo de espuma de 60 cm de comprimento e 10 cm de diâmetro), verticalmente, sob a coluna vertebral, mantendo-o no meio das costas, sob a coluna vertebral torácica e a cabeça. O objetivo irá causar uma leve pressão provocada pelo peso do corpo sobre o Noodle, e a extensão da musculatura peitoral, ao mesmo tempo que mantém os ombros voltados para trás (chão). O tempo de permanência nesta postura não excederá 5 minutos, e de acordo com a resposta percebida por cada indivíduo, este tempo poderá ser diminuído. Não deve haver incômodo algum nesta postura, caso contrário não se deverá permanecer nela. Em seguida, retirar o Noodle e perceber a sensação provocada na musculatura das costas e ombros e permanecer no relaxamento.
- Relaxamento com massagem – a massagem é realizada por estimulação cutânea com o objetivo de promover o alívio da dor, o relaxamento, e o bem-estar físico e mental. Caires, Andrade, Amaral, Calasans, & Rocha (2014), sublinham que a massagem, como uma terapêutica complementar no tratamento do controlo de sintomas psicológicos, emocionais e físicos, como a ansiedade, depressão e dor, é capaz de proporcionar o relaxamento, o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos participantes, além do fortalecimento do vínculo entre os participantes, e entre participantes e facilitadora. Para o programa de intervenção psicoeducativa, o facilitador poderá utilizar bolas de ténis macias para realizar a massagem. Solicitar que o participante permaneça deitado em decúbito ventral, para que o facilitador

coloque duas bolas de ténis macias sobre a musculatura paravertebral, e com as mãos direitas e esquerda sobre as bolas, faça pequena pressão com movimentos circulares por toda a extensão das costas. Antes de iniciar a massagem, informar o participante que, após o término da mesma, ele poderá permanecer na posição que mais conforto lhe proporcionar.

Para todos os métodos de relaxamento trabalhado, é fundamental solicitar aos participantes que fiquem deitados confortavelmente, com o corpo relaxado, braços estendidos ao longo do corpo, olhos fechados, respiração tranquila.

- **Exercícios de respiração**

O processo educativo na respiração consta da conscientização da mesma a partir de exercícios respiratórios que ajudam o indivíduo a controlar a respiração ofegante, provocada por reação química natural ao stress. O indivíduo poderá corrigir o padrão respiratório aprendendo a identificar os fatores que o provocam (Payne, 2003).

Segundo o autor, é importante trabalhar a consciencialização da respiração, solicitando ao participante para manter a atenção no seu padrão respiratório, de forma a ajudá-lo a obter controlo sobre o mesmo. Por meio de exercícios respiratórios, pode-se explorar os movimentos da respiração:

Primeiro passo: cada participante mantér os olhos fechados e concentra-se para perceber a própria respiração. Este exercício poderá ser realizado nas posições: em pé, sentado e deitado.

Segundo passo: orientar os participantes para manterem a mão direita sobre o abdómen e a mão esquerda sobre o peito, de forma que percebam os movimentos da inspiração (entrada do ar) provocando a expansão do abdómen e depois do tórax. Depois, a partir da expiração (saída do ar), deixar esvaziar-se lentamente.

4 - Objetivos da Intervenção

- Promover o autocuidado dos familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia através da prática sistemática de exercícios de alongamento e relaxamento de forma progressiva.

- Utilizar exercícios de alongamento de forma sistemática, consciente e progressiva, respeitando os limites corporais dos participantes.

- Fazer relaxamento através de exercícios de diferentes técnicas.

5 - O Contexto Local e Aplicação do Programa

O programa de intervenção psicoeducativa foi proposto na investigação “A educação para a saúde: a saúde do familiar cuidador da pessoa com esquizofrenia e a importância da atividade física” que faz parte do doutoramento em Educação, Ramo: Diversidade e Educação Especial do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, Portugal. O programa é fruto do interesse em promover a saúde dos familiares cuidadores e despertar a consciência quanto ao autocuidado. Para tal foi elaborado e baseado em atividade física, contemplando exercícios sistematizados de alongamento e de relaxamento.

O programa foi aplicado em Centros de Convivência e Cultura (CCC), do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Os gestores de cada CCC foram responsáveis por convidar os familiares, cuidadores principais das pessoas com esquizofrenia, cadastradas nos CCC.

6 - Coordenação da Intervenção

As atividades contidas neste programa de intervenção devem ser administradas por profissionais da Educação Física e/ou profissionais de áreas afins, com formação voltada para práticas corporais e que tenham conhecimentos acerca da realidade envolvida nos cuidados informais praticados pelos familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia. As sessões devem ser cumpridas, estabelecendo boa relação entre o facilitador e os familiares, confiança mútua, valorização das experiências e história de vida dos participantes.

7- Características do Grupo Envolvido na Intervenção

O grupo será formado por familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia inseridos nos CCC, que sejam considerados pelos gestores dos Centros como o principal cuidador.

Como critério de inclusão, deverão ser convidados para participação na intervenção psicoeducativa, apenas familiares de pessoas com esquizofrenia.

8 - Dimensão do Grupo

Considerando que o município de Belo Horizonte, atualmente, tem nove CCC, estima-se compor grupos de 10 familiares em cada um dos CCC, totalizando 90 participantes. O quantitativo de 10 participantes por CCC facilitará o desenvolvimento das atividades com maior atenção aos familiares e maior conforto, devido à inexistência de um local apropriado, uma vez que os espaços disponíveis para a prática nos Centros não oferecem capacidade para número maior de participantes.

9 - Processo

Devido ao programa decorrer durante o período de seis meses, com duração de 60 minutos por sessão, é imprescindível esclarecer aos participantes, antes do seu início, que é desejada uma participação assídua e comprometida, principalmente pelo facto de que o programa consta de progressão dos exercícios. Portanto, trata-se de sensibilizar os participantes para o autocuidado.

Deverá ser estimulada a participação dos familiares na intervenção, pelo menos duas vezes por semana. Segundo as diretrizes do American College of Sports Medicine – ACSM (2016), é recomendado que as atividades de alongamento sejam realizadas pelo menos dois dias por semana.

10 - Etapas do processo de intervenção

O Programa está composto por sessões com exercícios de alongamento, relaxamento e momento de relatos dos participantes. Cada sessão está estruturada em 3 partes:

Parte I – (duração de 30 minutos) sequências de exercícios de alongamento dos grupos musculares da cadeia anterior e posterior), realizados de uma forma progressiva. Ao aplicar os exercícios, o facilitador deverá estar atento às respostas individuais dos participantes, respeitando as limitações de cada pessoa e, quando necessário, adaptar o exercício, estimulando a realização de forma confortável. Deverão ser realizados exercícios de alongamento estático, com permanência de 30 segundos em cada exercício. Os exercícios poderão ser realizados nas posições em pé, sentado na cadeira, sentado e deitado no chão.

Parte II – (duração de 15 a 20 minutos) aplicação do relaxamento. Deverá utilizar-se exercícios contidos em técnicas de relaxamento.

Parte III – (duração de 10 a 15 minutos). Registo em áudio dos relatos dos familiares acerca das atividades desenvolvidas em cada sessão.

Os últimos 10 a 15 minutos das sessões devem ser dedicados à exposição dos familiares quanto aos seus sentimentos relativos às respostas físicas e psíquicas resultantes das sessões de intervenção. Deve-se estimular os familiares a refletirem e a relatarem sobre as suas percepções a respeito das suas capacidades em lidar com as tensões, estratégias de condução de situações de stress causadas pelas atividades habituais dos seus quotidianos. Para direcionar os relatos dos familiares, o facilitador deverá lançar as seguintes indagações:

- “como vocês passaram a semana desde a última sessão de intervenção?”

- “como vocês se sentiram durante a aula e como foi o relaxamento?”

No fim dos seis meses de atividades, na última sessão, deverá ser realizada uma avaliação do programa. O facilitador deve solicitar aos participantes que façam uma reflexão e uma síntese de auto percepção de âmbito físico e mental verificadas ao longo desses seis meses.

Espera-se que os familiares cuidadores tenham disponibilidade para participar na intervenção, duas vezes por semana, o que contabilizará em 48 sessões. Caso os familiares se disponibilizarem para participar só uma vez por semana, as sessões somaram em 24.

10.1- Materiais utilizados nas sessões

Foram utilizados materiais para auxiliar no desenvolvimento dos exercícios, que constaram de: colchonetes (pequenos colchões), cadeiras, bola de Pilates 65 cm de diâmetro, bastões de Noodle, bolas de tênis macias, aparelho de som, CD de músicas, gravador de áudio, folha com desenho de exercícios.

Figura 16 - Ilustração de materiais.



Durante todas as sessões utilizou-se de acompanhamento musical adaptado aos exercícios, ou seja, músicas mais suaves (clássicas, new age, instrumentais, sons da natureza, entre outras).

Uma folha com o desenho de alguns exercícios, em que os participantes já apresentavam domínio na sua execução, poderá ser distribuída para que levem para casa e criem o hábito de realizá-los durante os outros dias da semana.

10.2 - Desenvolvimento das sessões do programa de intervenção psicoeducativa.

SESSÃO 1 Familiarização com o programa	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo Geral	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Exercícios de percepção corpo com deslocamentos por todo o espaço da sala com mudança de apoio dos pés, nas posições: plantar, lateral externa, lateral interna e calcanhar.</p> <p>Sentado em cadeira, executar movimentos de extensão de membros superiores (MMSS) à frente do tronco; acima da cabeça; para os lados e para trás; rotação de MMSS para frente e para trás; extensão da musculatura do pescoço; alongamento da musculatura paravertebral e lombar com flexão de tronco apoiado nas coxas; extensão dos músculos peitorais; com flexão lateral do tronco para D e E para alongar musculatura intercostal.</p> <p>Alongamento dos membros inferiores (MMII): sentado, cruzar perna D sobre a E, e alongar musculatura da lombar e glúteos, repetir com outra perna; cadeira à frente do corpo, apoiar o pé D, alongar musculatura posterior da perna, repetir com a perna Esquerda. Apoiar as mãos no encosto da cadeira, executar</p>	Proporcionar o primeiro contacto com exercícios de alongamento com ênfase em movimentos executados no dia a dia.	Trabalhar a descontração e a interação entre os participantes do estudo e a familiarização com os exercícios, para um melhor envolvimento com a intervenção psicoeducativa.

	flexão de tronco para alongamento da cadeia muscular posterior.		
Relaxamento 15 min.	Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, braços estendidos ao longo do corpo, olhos fechados. Responder ao comando de voz do facilitador para focar a atenção em cada uma das partes do corpo que for solicitada. Tentar mantê-las relaxadas.	Proporcionar a experiência com atividade de relaxamento.	
Momento do relato dos participantes	Relato dos participantes sobre sensações percebidas no corpo e de incômodos de caráter físico e psíquico.	Verificar respostas dos familiares quanto à primeira experiência com a intervenção.	
Observação de campo	Foi observado o comportamento dos participantes quanto ao primeiro contato com a atividade em grupo. Verificou-se em algumas pessoas, dificuldades de movimentos devido a dores articulares e queixas de dor crônica. A maioria dos participantes nunca teve experiências com atividade física, principalmente com relaxamento.		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 2 Familiarização com o programa	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo Geral	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Exercícios de percepção do corpo com deslocamentos por todo espaço da sala com mudança de apoio dos pés, nas posições: plantar, lateral externa, lateral interna e calcanhar.</p> <p>Sentado em cadeira, executar movimentos de extensão de membros superiores (MMSS) à frente do tronco; acima da cabeça; para os lados e para trás; rotação de MMSS para frente e para trás; extensão da musculatura do pescoço; alongamento da musculatura paravertebral e lombar com flexão de tronco apoiado nas coxas; extensão dos músculos peitorais; com flexão lateral do tronco para D e E para alongar musculatura intercostal.</p> <p>Alongamento dos membros inferiores (MMII): sentado, cruzar perna D sobre a E, e alongar musculatura da lombar e glúteos, repetir com outra perna; cadeira à frente do corpo, apoiar o pé D, alongar musculatura posterior da perna, repetir com a perna E. apoiar as mãos no encosto da cadeira, executar flexão de</p>	Proporcionar o contacto com exercícios de alongamento com ênfase em movimentos executados no dia a dia.	Trabalhar a descontração e a interação entre os participantes do estudo e a familiarização com os exercícios, para um melhor envolvimento e adaptação com a intervenção psicoeducativa.

	tronco para alongamento da cadeia muscular posterior.		
Relaxamento 15 min.	Deitar em decúbito dorsal sobre o colchão, braços estendidos ao longo do corpo, olhos fechados. Responder ao comando de voz do facilitador para focar a atenção em cada uma das partes do corpo que for solicitada. Tentar mantê-las relaxadas.	Proporcionar a experiência com atividade de relaxamento.	
Momento do relato dos participantes 15 min.	Relato dos participantes sobre sensações percebidas no corpo e de incômodos de caráter físico e psíquico.	Verificar respostas dos familiares quanto a primeira experiência com à intervenção.	
Observação de campo	Foi observado o comportamento dos participantes quanto ao contacto com os exercícios de alongamento e de relaxamento. Foi necessário adaptar alguns exercícios para pessoas que tiveram dificuldade com a sua execução, mantendo o objetivo do mesmo. Verificou-se em algumas pessoas, dificuldades de movimentos devido às dores articulares e queixas de dor crónica. A dificuldade em relaxar, deixar as preocupações e manter a mente tranquila é evidente na maioria dos participantes.		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 3 Adaptação ao programa	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Sentado em cadeira. Executar movimentos de extensão de MMSS à frente do tronco, acima da cabeça, para os lados e para trás; rotação de MMSS frente e para trás; extensão da musculatura do pescoço.</p> <p>Sentado no chão, pernas cruzadas, apoiar as mãos na cadeira e empurrá-la para frente, mantendo a coluna alinhada para alongar a musculatura paravertebral e lombar.</p> <p>Alongamento dos MMII: Deitado no chão em decúbito dorsal, joelhos fletidos, apoiar as pernas no assento da cadeira, estender os braços para trás apoiados no chão.</p> <p>Abraçar a perna D junto ao tronco; depois E; estender perna D para cima e trocar; manter joelhos fletidos com as pernas juntas, e tombar as pernas para o lado D e E. Manter as pernas apoiadas na cadeira, elevar o quadril e descer lentamente. Repetir os exercícios duas vezes.</p>	<p>Proporcionar o contato com exercícios de alongamento com ênfase em movimentos que ajudem a melhorar a amplitude das articulações corporais.</p> <p>Trabalhar a percepção e a coordenação corporal através movimentos alternados de braços e pernas.</p>	<p>trabalhar de forma descontraída, a interação entre os participantes do estudo e a familiarização com os novos exercícios. Possibilitar melhor envolvimento e adaptação com o Programa de intervenção psicoeducativa.</p>
Relaxamento 15 min.	<p>Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas e braços estendidos ao longo do corpo, olhos fechados. Responder ao comando de voz do facilitador para focar a</p>	<p>Proporcionar a experiência com atividade de relaxamento com exercícios de contração e</p>	

	atenção em cada uma das partes do corpo e perceber o peso do próprio corpo sobre o chão. Depois manter todo o corpo relaxado.	relaxamento da musculatura de partes corporais.	
Momento do relato dos participantes 15 min.	Relato dos participantes sobre sensações percebidas no corpo com a execução dos exercícios de alongamento e do relaxamento com contração/relaxamento muscular.	Verificar respostas dos familiares quanto as novas experiências com os exercícios de relaxamento.	
Observação de campo	<p>Foi observado melhora na habilidade de execução de vários exercícios de alongamento. Pessoas que não conseguiam se sentar no chão passaram a obter melhoras e a conseguir com ajuda.</p> <p>Houve relatos de melhora nos movimentos de elevar os braços para pentear os cabelos e apanhar coisas em locais altos.</p> <p>Foi necessário adaptar alguns exercícios para pessoas que tiveram dificuldade com sua execução, mantendo o objetivo dos mesmos. Verificou-se em algumas pessoas, dificuldades de movimentos devido à dores articulares e queixas de dor crónica.</p> <p>A dificuldade em relaxar, deixar as preocupações e manter a mente tranquila foi evidente na maioria dos participantes.</p>		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 4 Adaptação aos novos exercícios do programa	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Sentados no chão, costas apoiadas na parede, pernas cruzadas, executar sequência de movimentos com MMSS: extensão dos braços à frente do tronco; acima da cabeça; braços abertos estendidos para os lados. Repetir os exercícios dos braços, mantendo as pernas estendidas no chão. Flexionar os joelhos, apoiar pés no chão e abraçar as pernas, tombar a cabeça em direção aos joelhos.</p> <p>Deitados, joelhos fletidos, apoio dos pés no chão, estender braços no chão acima da cabeça; abraçar as duas pernas mantendo os joelhos flexionados para alongar a musculatura lombar. Braços abertos, apoiados no chão, quadril, e joelhos flexionados, pés fora do chão, tombar as pernas para lado D, e depois para o lado E.</p> <p>Alongamento dos MMII: manter o apoio do pé D no chão, e abraçar a perna E junto ao tronco, repetir com E. Estender pernas e braços forçando uma extensão em sentidos contrários (direção aos pés e mãos). Abraçar as</p>	<p>Proporcionar o contato com exercícios de alongamento com ênfase em movimentos que ajudem a melhorar a amplitude das articulações corporais.</p> <p>Trabalhar a percepção e a coordenação corporal através movimentos alternados de braços e pernas.</p>	<p>trabalhar de forma descontraída, a interação entre os participantes do estudo e a familiarização com os novos exercícios. Possibilitar melhor envolvimento e adaptação com o Programa de intervenção psicoeducativa através da modificação dos exercícios.</p>

	duas pernas junto ao peito; estender as duas pernas para cima com o apoio das mãos por trás das coxas. Joelhos fletidos, pés apoiados no chão, braços abertos ao nível do peito e apoiados no chão, deixar tombar as duas pernas para lado D e E, manter cabeça voltada para lado contrário das pernas. Pés em contato com o chão, elevar o quadril do chão e manter por algum tempo, descer lentamente percebendo o contato primeiro das costas, lombar e quadril. Todos os exercícios são repetidos duas vezes.		
Relaxamento 15 min.	Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas estendidas, e braços ao longo do corpo, olhos fechados. Responder ao comando de voz do facilitador para focar a atenção em cada uma das partes do corpo e perceber o seu peso sobre o chão. Depois manter todo o corpo relaxado.	Proporcionar a experiência com atividade de relaxamento.	
Momento do relato dos participantes 15 min.	Relato dos participantes sobre sensações percebidas no corpo e de qualquer incômodo de caráter físico e mental. Relato sobre as dificuldades no relaxamento.	Verificar respostas dos familiares quanto aos exercícios de alongamento e relaxamento.	
Observação de	Foi observado que os participantes permaneceram mais tranquilos no relaxamento e		

campo	<p>relataram sobre a diminuição das dores articulares.</p> <p>Verificou-se que os participantes gostam muito das músicas durante as sessões.</p> <p>Disseram que a música os transmite sensação de tranquilidade.</p>	
--------------	---	--

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 5	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
<p>Atuar sobre a tensão muscular</p>			
<p>Alongamento</p> <p>30 min.</p>	<p>Sentados no chão, costas apoiadas na parede, pernas cruzadas, executar sequência de movimentos com MMSS: extensão dos braços à frente do tronco; acima da cabeça; braços abertos estendidos para os lados. Repetir os exercícios dos braços, mantendo as pernas estendidas no chão. Flexionar os joelhos, apoiar pés no chão e abraçar as pernas, tombar a cabeça em direção aos joelhos.</p> <p>Deitados, joelhos fletidos, apoio dos pés no chão, estender braços no chão acima da cabeça; abraçar as duas pernas mantendo os joelhos flexionados para alongar a musculatura lombar. Braços abertos,</p>	<p>Proporcionar alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.</p>	<p>trabalhar de forma descontraída, a interação entre os participantes do estudo e a familiarização com os exercícios. Possibilitar melhor envolvimento e adaptação com o Programa de intervenção psicoeducativa através da modificação dos exercícios e o uso de</p>

	<p>apoiados no chão, quadril, e joelhos flexionados, pés fora do chão, tombar as pernas para lado D, e depois para o lado E.</p> <p>Alongamento dos MMII: manter o apoio do pé D no chão, e abraçar a perna E junto ao tronco, repetir com E. Estender pernas e braços forçando uma extensão em sentidos contrários (direção aos pés e mãos). Abraçar as duas pernas junto ao peito; estender as duas pernas para cima com o apoio das mãos por trás das coxas. Joelhos fletidos, pés apoiados no chão, braços abertos ao nível do peito e apoiados no chão, deixar tombar as duas pernas para lado D e E, manter cabeça voltada para lado contrário das pernas. Pés em contato com o chão, elevar o quadril do chão e manter por algum tempo, descer lentamente percebendo o contato primeiro das costas, lombar e quadril. Todos os exercícios são repetidos duas vezes.</p>		<p>materiais que auxiliam na execução dos exercícios (Noodle). Entre cada exercício, relaxar todo o corpo trabalhando a respiração para descansar.</p>
<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas e braços estendidos, olhos fechados. Responder ao comando do facilitador para perceber o peso de todo o corpo sobre o chão e a partir da respiração</p>	<p>Proporcionar a experiência com os exercícios de relaxamento e percepção do corpo relaxado.</p>	

	profunda, começar a percebê-lo mais leve.		
Momento do relato dos participantes 15 min.	Relato dos participantes sobre sensações percebidas no corpo e de qualquer incômodo de caráter físico e mental, e sobre a experiência com o uso do Noodle nos exercícios de alongamento, e sobre o relaxamento.	Verificar respostas dos familiares quanto aos exercícios de alongamento e relaxamento.	
Observação de campo	<p>Foi observado que os participantes perceberam maior intensidade nos exercícios de alongamento com o apoio na parede e o uso do Noodle de espuma.</p> <p>Ainda se observou inquietação em três dos participantes, no momento do relaxamento.</p>		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 6 Atuar sobre a tensão muscular	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Sentados no chão, costas apoiadas na parede, pernas cruzadas, executar sequência de movimentos com MMSS: extensão dos braços à frente do tronco, segurando o Noodle, relaxar; elevar acima da cabeça e tentar encostar na parede. Abrir os braços ao nível do peito, e tentar mantê-los encostados na parede. Com as pernas estendidas, flexionar o tronco a frente. Passar o Noodle por detrás dos pés (alongar cadeia posterior). Flexionar os joelhos e abraçar as pernas junto ao peito, tombar a cabeça sobre os joelhos para alongar a cervical.</p> <p>Deitados, joelhos fletidos, apoio dos pés no chão, estender ao máximo os braços acima da cabeça e apoiados no chão, segurando o Noodle. Perna D com joelho fletido e pé apoiado no chão, abraçar perna E, e mantê-la o mais próximo do tronco e presa com o apoio do noodle. Passar o Noodle por trás da coxa, puxar a coxa para junto do peito e forçar estender a perna. Passar o Noodle por trás do pé D e estender a</p>	<p>Proporcionar alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.</p>	<p>trabalhar de forma descontraída, a interação entre os participantes do estudo e a familiarização com os exercícios. Possibilitar melhor envolvimento e adaptação com o Programa de intervenção psicoeducativa através da modificação dos exercícios e o uso de materiais que auxiliem na execução dos exercícios (noodle de espuma). Entre cada exercício, relaxar todo o corpo trabalhando a respiração para descansar.</p>

	<p>perna para cima. Repetir com a perna E. Repetir este exercício com as duas pernas juntas.</p> <p>Estender pernas e braços com apoio no chão, forçar a extensão dos braços e pernas em sentidos contrários (direção aos pés e mãos), relaxar em seguida e repetir mais vezes. Abraçar as duas pernas junto ao peito, retornar e deixar o corpo relaxar e descansar.</p>		
<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas e braços estendidos, olhos fechados. Responder ao comando para perceber o peso de partes do corpo sobre o chão e a partir da respiração profunda, começar a perceber todo o corpo mais leve.</p>	<p>Proporcionar a experiência com os exercícios de relaxamento e percepção do corpo relaxado.</p>	
<p>Momento do relato dos participantes</p> <p>15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre sensações percebidas no corpo e de qualquer incômodo de caráter físico e mental e sobre a experiência com o relaxamento.</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto aos exercícios de alongamento e relaxamento.</p>	
<p>Observação de campo</p>	<p>Foi observado que os participantes perceberam maior intensidade nos exercícios de alongamento com o apoio na parede e o uso do Noodle.</p> <p>Verificou-se tranquilidade nos participantes quanto aos exercícios de relaxamento.</p>		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 7 Atuar sobre a tensão muscular	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Sentados no chão, costas apoiadas na parede, pernas cruzadas, executar sequência de movimentos com MMSS: extensão dos braços à frente do tronco, segurando o Noodle, relaxar; elevar acima da cabeça e tentar encostar na parede. Abrir os braços ao nível do peito, e tentar mantê-los encostados na parede. Com as pernas estendidas, flexionar o tronco a frente, passar o Noodle por detrás dos pés (alongar cadeia posterior). Flexionar os joelhos e abraça-los junto ao peito, tombar a cabeça sobre os joelhos.</p> <p>Deitados, joelhos fletidos, apoio das pernas sobre uma cadeira, estender ao máximo, os braços acima da cabeça, apoiados no chão, segurando o Noodle. Abraçar perna D junto ao tronco e mantê-la presa com o apoio do noodle. Passar o Noodle por trás da coxa, puxar a coxa para junto do peito e tentar a estender a perna para cima. Passar o Noodle por trás do pé e estender a perna D para cima. Repetir com perna E.</p>	<p>Proporcionar alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.</p>	<p>trabalhar com as pernas apoiadas na cadeira para proporcionar maior alívio a coluna lombar durante a execução dos exercícios. Manter descontração na aula e interação entre os participantes. Possibilitar melhor envolvimento e adaptação com o Programa de intervenção psicoeducativa através da modificação dos exercícios e o uso de materiais que auxiliam na execução dos exercícios (Noodle).</p> <p>Utilizar o método de contração/relaxamento</p>

	Retirar a cadeira, estender pernas e braços com apoio no chão, forçar extensão em sentidos contrários (direção aos pés e mãos), relaxar em seguida e repetir mais vezes. Abraçar as duas pernas junto ao peito, retornar e deixar o corpo relaxar e descansar.		para melhor percepção corporal.
Relaxamento 15 min.	Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas e braços estendidos ao longo do corpo, olhos fechados. Responder ao comando para contrair partes do corpo, manter contração, relaxar, ao mesmo tempo que trabalha a respiração (inspiração profunda, e expiração lenta).	Proporcionar alívio de tensão muscular através do método contração/relaxamento e execução da respiração mais consciente.	
Momento do relato dos participantes 15 min.	Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento da musculatura corporal proporcionada pelo método de contração/relaxamento muscular e da respiração.	Verificar respostas dos familiares quanto aos exercícios de alongamento e relaxamento e as possíveis contribuições percebidas no dia a dia.	
Observação de campo	Foi observado que os participantes perceberam maior intensidade nos exercícios de alongamento com o apoio das costas na parede e o uso do Noodle, além de maior facilidade na execução dos exercícios. Verificou-se que a técnica de contração/relaxamento da musculatura, deixou os		

	participantes com a corpo mais relaxado ao final da sessão. Os participantes relataram sentir alívio das dores de coluna, e articulação dos ombros.	
--	--	--

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 8	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Atuar sobre a tensão muscular			
Alongamento 30 min.	<p>Sentados no chão, costas apoiadas na parede, pernas cruzadas, executar sequência de movimentos com MMSS: extensão dos braços à frente do tronco, segurando o Noodle, relaxar; elevar acima da cabeça e tentar encostar na parede. Abrir os braços ao nível do peito, e tentar mantê-los encostados na parede. Com as pernas estendidas, flexionar o tronco a frente, passar o Noodle por detrás dos pés (alongar cadeia posterior). Flexionar os joelhos e abraça-los junto ao peito, tombar a cabeça sobre os joelhos.</p> <p>Deitados, joelhos fletidos, apoio das pernas sobre uma cadeira, estender ao máximo, os braços acima da cabeça, apoiados no chão, segurando o Noodle.</p>	<p>Proporcionar alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.</p>	<p>trabalhar com as pernas apoiadas na cadeira para proporcionar maior alívio a coluna lombar durante a execução dos exercícios com o uso do Noodle. Manter descontração na aula e interação entre os participantes. Possibilitar melhor envolvimento e adaptação com o Programa de intervenção psicoeducativa através da</p>

	<p>Abraçar perna D junto ao tronco e mantê-la presa com o apoio do noodle. Passar o Noodle por trás da coxa, puxar a coxa para junto do peito e tentar a estender a perna para cima. Passar o Noodle por trás do pé e estender a perna D para cima. Repetir com perna E.</p> <p>Retirar a cadeira, estender pernas e braços com apoio no chão, forçar extensão em sentidos contrários (direção aos pés e mãos), relaxar em seguida e repetir mais vezes. Abraçar as duas pernas junto ao peito, retornar e deixar o corpo relaxar e descansar.</p>		<p>modificação dos exercícios e o uso de materiais que auxiliem na execução dos exercícios (Noodle).</p> <p>Utilizar o método de contração/relaxamento para melhor percepção corporal.</p>
<p>Relaxamento 15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas e braços estendidos, olhos fechados. Responder ao comando para contrair partes do corpo, manter contração, relaxar, ao mesmo tempo que trabalha a respiração profunda.</p>	<p>Proporcionar alívio de tensão muscular através do método contração/relaxamento.</p>	
<p>Momento do relato dos participantes 15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento da musculatura corporal proporcionadas pelo método de contração/relaxamento muscular.</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto aos exercícios de alongamento e relaxamento e as possíveis contribuições percebidas no dia a dia.</p>	

Observação de campo	<p>Foi observado que os participantes perceberam maior intensidade nos exercícios de alongamento com o apoio das costas na parede e o uso do Noodle, no entanto, com maior facilidade na sua execução.</p> <p>Verificou-se que a técnica de contração/relaxamento da musculatura, deixou os participantes com o corpo mais relaxado ao final da sessão.</p>	
----------------------------	---	--

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 9 Focar na percepção corporal	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Em pé, com o uso de uma bola de tênis, realizar a massagem no pé D. Ao término, deixar os dois pés apoiados no chão, olhos fechados, solicitar aos participantes que percebam a diferença entre o pé massageado e o não massageado, e relatem a sensação. Em seguida, realizar a massagem no pé E.</p> <p>Em pé, segurar o Noodle com as duas mãos, elevar os braços acima da cabeça, retornar e relaxar; elevar os braços à altura do peito, retornar e relaxar, passar o Noodle para trás das costas segurando-o com as duas mãos.</p> <p>Braços relaxados, segurando Noodle, relaxar a coluna e se curvar para frente, e deixar os braços descenderem até o chão; estender a coluna e os braços, mantendo os joelhos em flexão, e permanecer de forma confortável. Relaxar a coluna e braços e retornar o tronco lentamente até estender toda a coluna e elevar</p>	Proporcionar melhor percepção corporal através da automassagem e alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.	<p>trabalhar com as pernas apoiadas na parede para exigir maior controle sobre o corpo, e contração isométrica de grupos musculares durante os exercícios de alongamento, para proporcionar maior alívio à coluna lombar durante a execução dos exercícios.</p> <p>Utilizar o Noodle para manter maior exigência de postura correta nos exercícios de alongamento.</p> <p>Possibilitar maior</p>

	<p>a cabeça.</p> <p>Deitados, pés apoiados na parede, joelhos fletidos, estender ao máximo, os braços para o alto a altura do peito, segurando o Noodle; estender os braços acima da cabeça, apoiados no chão, segurando o Noodle. Abraçar perna D e mantê-la presa junto ao peito com o apoio do noodle; passar o Noodle por trás da coxa, puxar a coxa para junto do peito e forçar estender a perna; passar o Noodle por trás do pé e estender a perna para cima. Repetir toda a sequência com a perna E.</p> <p>Pé E apoiado na parede, cruzar a perna D sobre a perna E, apoiar a mão D sobre a região do joelho e empurrar para frente, forçando o alongamento da musculatura da virilha. Repetir com a perna E.</p> <p>Deslizar os pés sobre a parede, até que as pernas fletidas cheguem ao chão, manter os braços abertos ao nível do peito e apoiados ao chão. Repetir para o lado E.</p> <p>Estender as pernas e braços e espreguiçar.</p>		<p>envolvimento dos participantes ao Programa de intervenção psicoeducativa através da modificação dos exercícios e o uso de materiais que auxiliem na execução dos exercícios (Bola de tênis, Noodle de espuma).</p> <p>Utilizar o método de Imagem para maior concentração no relaxamento.</p>
Relaxamento	Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas	Proporcionar	maior

15 min.	e braços estendidos, olhos fechados. Iniciar o alongamento com a respiração profunda, e aplicar o relaxamento. Solicitar que os participantes se concentrem em Imagem ou situações e tentem relaxar.	concentração na respiração e manter a mente mais descansada.	
Momento do relato dos participantes 15 min.	Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento da musculatura corporal proporcionado pelo uso da automassagem com a bola de tênis, e sobre o modo de relaxamento a partir da concentração em imagem/situações.	Verificar respostas dos familiares quanto a automassagem e o relaxamento.	
Observação de campo	Foi observado que os participantes perceberam sensações de alívio de dor muscular a partir da automassagem. O método de relaxamento utilizado foi bem aceito pelos participantes, pois conseguiram concentrar e se desligarem dos problemas do cotidiano.		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 10 Focar na percepção corporal	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Em pé, com o uso de uma bola de tênis, realizar a massagem no pé D, e após o intervalo para perceber a sensação de relaxamento, fazer a massagem no pé E.</p> <p>Em pé, utilizando-se do Noodle de espuma, segurando com as duas mãos, elevar os braços acima da cabeça, retornar e relaxar, elevar os braços à altura do peito, retornar e relaxar, passar o Noodle para trás das costas segurando-o com as duas mãos.</p> <p>Braços relaxados, segurando Noodle, relaxar a coluna e se curvar para frente, e deixar os braços descerem até o chão; estender a coluna e os braços, mantendo os joelhos em pouca flexão, de forma confortável. Relaxar a coluna e braços e retornar o tronco lentamente.</p> <p>Deitados, pés apoiados na parede, joelhos fletidos, estender ao máximo, os braços para o alto a altura do</p>	Proporcionar melhor percepção corporal através da automassagem e alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.	<p>trabalhar com as pernas apoiadas na parede para exigir maior controle sobre o corpo, e contração isométrica de grupos musculares durante os exercícios de alongamento, além de proporcionar maior alívio para a coluna lombar durante a execução dos exercícios.</p> <p>Utilizar o Noodle para manter maior exigência de postura correta nos exercícios de alongamento.</p>

	<p>peito, segurando o Noodle; estender os braços acima da cabeça, apoiados no chão, segurando o Noodle. Abraçar perna D e mantê-la presa com o apoio do noodle; passar o Noodle por trás da coxa, puxar a coxa para junto do peito e forçar estender a perna; passar o Noodle por trás do pé e estender a perna para cima. Repetir com perna E.</p> <p>Pé E apoiado na parede, cruzar a perna D sobre a perna E, apoiar a mão D sobre a região do joelho e empurrar, forçando o alongamento da musculatura da virilha. Repetir com a perna E.</p> <p>Deslizar os pés sobre a parede, até que as pernas fletidas cheguem ao chão, manter os braços abertos ao nível do peito e apoiados ao chão. Repetir para o lado E.</p> <p>Estender as pernas e braços e espreguiçar.</p>		<p>Possibilitar maior envolvimento dos participantes ao Programa de intervenção psicoeducativa através da modificação dos exercícios e o uso de materiais que auxiliem na execução dos exercícios (Bola de tênis, Noodle de espuma).</p> <p>O método de Imagem para o relaxamento deverá ser utilizado mais vezes para maior concentração no relaxamento.</p>
<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas e braços estendidos ao longo do corpo, olhos fechados. Iniciar o alongamento com a respiração profunda, e aplicar o relaxamento com concentração dos participantes em Imagem/situações.</p>	<p>Proporcionar maior concentração na respiração e manter a mente mais descansada.</p>	

<p>Momento do relato dos participantes</p> <p>15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento da musculatura corporal proporcionado pelo uso da automassagem com a bola de tênis, e sobre o método de relaxamento a partir da concentração em imagem/situações.</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto a automassagem e o relaxamento.</p>	
<p>Observação de campo</p>	<p>Foi observado que os participantes gostaram muito da automassagem com a bola de tênis. A concentração no relaxamento foi melhor nesta aula e percebe-se a necessidade de manter este método por mais algumas aulas.</p>		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 11 Incentivo ao autocuidado	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Em pé, com o uso do Noodle para realizar automassagem nos pés.</p> <p>Sentado sobre o colchonete, utilizar o Noodle para executar alongamento da musculatura dos MMSS e dorsal. Utilizar exercícios de elevação, extensão, rotação de braços; alongar musculatura do peitoral, e cervical.</p> <p>Deitado sobre o colchonete, pés apoiados no chão, joelhos fletidos, estender ao máximo, os braços para o alto a altura do peito, segurando o Noodle; estender os braços acima da cabeça e apoiá-los no chão, segurando o Noodle. Abraçar perna D e mantê-la presa com o apoio do Noodle; passar o Noodle por trás da coxa, puxar a coxa para junto do peito e forçar estender a perna; passar o Noodle por trás do pé e estender a perna para cima. Repetir com perna E.</p> <p>Pé E apoiado no chão, cruzar a perna D sobre a</p>	Proporcionar melhor percepção corporal através da automassagem e alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.	trabalhar com automassagem utilizando o Noodle para propiciar alívio da tensão muscular dos pés e pernas. Utilizar o auxílio do Noodle para trabalhar o relaxamento, favorecendo o alívio da tensão muscular.

	perna E, apoiar a mão D sobre a região do joelho e empurrar, forçando o alongamento da musculatura da virilha. Repetir com a perna E.		
Relaxamento 15 min.	Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas e braços estendidos, olhos fechados. Iniciar o alongamento com a respiração profunda. Utilizar o Noodle para trabalhar o alongamento e relaxamento da musculatura dorsal. Deitar sobre o Noodle, mantendo-o acima da região lombar, bem ao meio das costas. Manter por 5 min., retirar e deixar o corpo relaxado.	Proporcionar relaxamento da musculatura dorsal e alívio da tensão muscular.	
Momento do relato dos participantes 15 min.	Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento proporcionado pelos exercícios e automassagem. Relato sobre a sensação de bem-estar proporcionado pela intervenção.	Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar provocada pela automassagem e o relaxamento.	
Observação de campo	Os participantes perceberam alívio de cansaço nos pés e pernas provocado pela automassagem nos pés, uma melhora na tensão muscular dorsal com o relaxamento. Foi apresentado aos participantes, uma folha constando desenhos de exercícios que já estavam familiarizados e que praticavam com habilidade, para que criassem o hábito de praticá-los em casa.		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 12 Incentivo ao autocuidado	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Em pé, com o uso do Noodle para realizar automassagem nos pés.</p> <p>Sentado sobre o colchonete, utilizar o Noodle para executar alongamento da musculatura dos MMSS e dorsal. Utilizar exercícios de elevação, extensão, rotação de braços; alongar musculatura do peitoral, e cervical.</p> <p>Deitado sobre o colchonete, pés apoiados no chão, joelhos fletidos, estender ao máximo, os braços para o alto à altura do peito, segurando o Noodle; estender os braços acima da cabeça, apoiados no chão, segurando o Noodle. Abraçar perna D e mantê-la presa junto ao peito, com o apoio do Noodle; passar o Noodle por trás da coxa, puxar a coxa para junto do peito e forçar estender a perna; passar o Noodle por trás do pé e estender a perna para cima. Repetir com perna E.</p>	Proporcionar melhor percepção corporal através da automassagem e alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.	trabalhar com automassagem utilizando o Noodle para propiciar alívio da tensão muscular dos pés e pernas. Utilizar o auxílio do Noodle para trabalhar o relaxamento, favorecendo o alívio da tensão muscular.

	Pé E apoiado no chão, cruzar a perna D sobre a perna E, apoiar a mão D sobre a região do joelho e empurrar, forçando o alongamento da musculatura da virilha. Repetir com a perna E.		
Relaxamento 15 min.	Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas e braços estendidos ao longo do corpo, olhos fechados. Iniciar o alongamento com a respiração profunda. Utilizar o Noodle para trabalhar o alongamento e relaxamento da musculatura dorsal. Deitar sobre o Noodle, mantendo-o acima da região lombar, bem ao meio das costas. Manter por 5 min., retirar e deixar o corpo relaxado.	Proporcionar relaxamento da musculatura dorsal e alívio da tensão muscular.	
Momento do relato dos participantes 15 min.	Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento proporcionado pelos exercícios e automassagem. Relato sobre a sensação de bem-estar proporcionado pela intervenção.	Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar provocada pela automassagem e o relaxamento.	
Observação de campo	Alguns dos participantes lembraram de fazer os exercícios orientados pelo desenho e disseram ter gostado, mas que não foi tão bom como fazer com o grupo no CCC.		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 13 Incentivo ao autocuidado	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Sentado sobre a bola de Pilates encostada na parede e apoiada sobre o colchonete, pés apoiados no chão, executar alongamento da musculatura dos MMSS e dorsal. Utilizar exercícios de elevação, extensão; alongar musculatura do peitoral, cervical e intercostais. Relaxar o tronco, pescoço e braços, deixar o tronco tombar para frente.</p> <p>Bola de Pilates apoiada sobre o colchonete, deitar em decúbito dorsal sobre a bola. Manter pernas e braços relaxados. Estender braços para trás, forçando alongamento da musculatura interna dos braços; braços abertos ao nível do peito para alongar a musculatura do peitoral.</p> <p>Deitar no colchonete e apoiar as pernas sobre a bola de Pilates, joelhos fletidos, estender ao máximo os braços acima da cabeça, apoiados no chão. Elevar quadril, e manter pernas estendidas. Abraçar a perna D junto ao peito. Repetir com perna E.</p>	<p>Proporcionar melhor percepção corporal através do equilíbrio sobre a bola de Pilates, e alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.</p>	<p>trabalhar com o auxílio da bola de Pilates para os exercícios de alongamento e relaxamento.</p> <p>Usar o colchonete sob a bola para evitar que a mesma escorregue. Dar as dicas de como sentar, deitar, escorregar sobre a bola e se levantar da bola para se evitar quedas.</p>

<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas apoiadas sobre a bola de Pilates, joelhos fletidos ou estendidos, braços estendidos ao longo do corpo, olhos fechados. Iniciar a respiração profunda, e relaxar o corpo.</p> <p>Depois de uns 5 minutos, retirar as pernas de cima da bola e deixar relaxar estendidas no chão.</p>	<p>Proporcionar relaxamento da musculatura da cadeia posterior e anterior com o apoio da bola de Pilates para aliviar a tensão muscular.</p>	
<p>Momento do relato dos participantes</p> <p>15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento proporcionado pelos exercícios com a bola de Pilates. Relato sobre a sensação de bem-estar proporcionado pela intervenção.</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar provocado pelos exercícios, e o trabalho de equilíbrio.</p>	
<p>Observação de campo</p>	<p>Alguns dos participantes tiveram dificuldades em trabalhar com a bola de Pilates, mas gostaram da novidade com a nova proposta de exercícios que proporcionam tanto o alongamento quanto o relaxamento. perceberam alívio na musculatura da coluna. Foi lembrado sobre a realização dos exercícios em casa, e algumas pessoas disseram ter iniciado.</p>		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 14 Incentivo ao autocuidado	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Sentado sobre a bola de Pilates encostada na parede e apoiada sobre o colchonete, pés apoiados no chão, executar alongamento da musculatura dos MMSS e dorsal. Utilizar exercícios de elevação, extensão; alongar musculatura do peitoral, cervical e intercostais. Relaxar o tronco, pescoço e braços, deixar tombar para frente.</p> <p>Bola de Pilates apoiada sobre o colchonete, deitar sobre a bola em decubito dorsal. Manter pernas e braços relaxados. Estender braços para trás, forçando alongamento da musculatura interna dos braços; braços abertos ao nível do peito para alongar a musculatura do peitoral.</p> <p>Deitar no colchonete e apoiar as pernas sobre a bola de Pilates, joelhos fletidos, estender ao máximo, os braços acima da cabeça, apoiados no chão. Elevar quadril, e manter pernas estendidas. Abraçar perna D junto ao peito. Repetir com perna E.</p>	<p>Proporcionar melhor percepção corporal através do equilíbrio sobre a bola de Pilates, e alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.</p>	<p>trabalhar com o auxílio da bola de Pilates para os exercícios de alongamento e relaxamento.</p> <p>Usar o colchonete sob a bola para evitar que a mesma escorregue. Dar as dicas de como sentar, deitar, escorregar sobre a bola e se levantar da bola para se evitar quedas.</p> <p>Incentivar a execução das atividades em casa, utilizando-se da folha com os exercícios.</p>

<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas apoiadas sobre a bola de Pilates, joelhos fletidos ou estendidos, braços estendidos ao longo do corpo, olhos fechados. Iniciar a respiração profunda, e relaxar o corpo.</p> <p>Depois de uns 5 minutos, retirar as pernas de cima da bola e deixar relaxar estendidas no chão.</p>	<p>Proporcionar relaxamento da musculatura da cadeia posterior e anterior com o apoio da bola de Pilates para aliviar a tensão muscular.</p>	
<p>Momento do relato dos participantes</p> <p>15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento proporcionado pelos exercícios com a bola de Pilates. Relato sobre a sensação de bem-estar proporcionado pela intervenção.</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar provocado pelos exercícios, e o trabalho de equilíbrio.</p>	
<p>Observação de campo</p>	<p>Os participantes mostraram melhor adaptados com os exercícios com a bola de Pilates. Relataram gostar do trabalho com a bola e alívio com as tensões da musculatura na região do pescoço, ombros e coluna lombar. Continua sendo lembrado sobre a realização dos exercícios em casa com o auxílio da folha de exercícios.</p>		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 15 Incentivo a meditação e ao autocuidado	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Sentado sobre a bola de Pilates encostada na parede e apoiada sobre o colchonete, pés apoiados no chão, segurar o Noodle com as duas mãos para executar alongamento da musculatura dos MMSS e dorsal. Utilizar exercícios de elevação, extensão, rotação de braços; alongar musculatura do peitoral, cervical e intercostais. Relaxar o tronco, pescoço e braços; deixar tombar o tronco para frente.</p> <p>Bola de Pilates apoiada sobre o colchonete, deitar sobre a bola, em decubito dorsal. Manter pernas e braços relaxados. Segurar o Noodle com as duas mãos e estender braços para cima; levar os braços estendidos para trás, forçando alongamento da musculatura interna dos braços; braços abertos ao nível do peito para alongar a musculatura do peitoral, com as mãos soltas. Movimentar-se sobre a bola, massageando as costas.</p> <p>Deitar no colchonete e apoiar as pernas sobre a bola</p>	<p>Proporcionar melhor percepção e controlo corporal através do equilíbrio sobre a bola de Pilates, e alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento. Incentivar o hábito de se exercitar em casa com a ajuda de uma folha com exercícios.</p>	<p>Trabalhar com o auxílio da bola de Pilates para os exercícios de equilíbrio, controlo do corpo e automassagem.</p> <p>Usar o colchonete sob a bola para evitar que a mesma escorregue.</p> <p>Passar dicas de como se sentar, deitar, escorregar sobre a bola, automassagear, e se levantar da bola para se evitar quedas.</p> <p>Incentivar a execução das atividades em casa, utilizando-se da folha com</p>

	de Pilates, joelhos fletidos, estender ao máximo os braços acima da cabeça, apoiados no chão. Elevar quadril, e manter pernas estendidas. Abraçar perna D junto ao peito, Repetir com perna E.		os exercícios.
Relaxamento 15 min.	Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas apoiadas sobre a bola de Pilates, joelhos fletidos ou estendidos, braços estendidos ao longo do corpo, olhos fechados. Iniciar a respiração profunda, e relaxar o corpo. Utilizar música com sons da natureza. Solicitar aos participantes que criem imagens que os deixem tranquilos e relaxados.	Proporcionar relaxamento a partir da meditação.	
Momento do relato dos participantes 15 min.	Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento proporcionado pelos exercícios com a bola de Pilates, e por via da meditação. Relato sobre a sensação de bem-estar geral proporcionado pela intervenção.	Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar físico e mental provocado pelos exercícios de alongamento e relaxamento.	
Observação de campo	Os participantes se mostraram mais adaptados aos exercícios com a bola de Pilates. Relataram ter sido muito boa a experiência com a meditação utilizando a música com sons da natureza. Verificou-se que estão mais envolvidos com o compromisso de fazer os exercícios em casa.		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 16 Incentivo a meditação e ao autocuidado	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Sentado sobre a bola de Pilates encostada na parede e apoiada sobre o colchonete, pés apoiados no chão, segurar o Noodle com as duas mãos para executar alongamento da musculatura dos MMSS e dorsal. Utilizar exercícios de elevação, extensão, rotação de braços; alongar musculatura do peitoral, cervical e intercostais. Relaxar o tronco, pescoço e braços, tombando-os para frente.</p> <p>Bola de Pilates apoiada sobre o colchonete, deitar sobre a bola, em decubito dorsal. Manter pernas e braços relaxados. Segurar o Noodle com as duas mãos e estender braços para cima; levar os braços estendidos para trás, forçando alongamento da musculatura interna dos braços; braços abertos ao nível do peito para alongar a musculatura do peitoral, com as mãos soltas. Movimentar-se sobre a bola, massageando as costas.</p> <p>Deitar no colchonete e apoiar as pernas sobre a bola</p>	<p>Proporcionar melhor percepção e controlo corporal através do equilíbrio sobre a bola de Pilates, e alívio sobre as tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento. Incentivar o hábito de se exercitar em casa com a ajuda da folha com exercícios.</p>	<p>focar nos exercícios respiratórios para facilitar o desempenho no alongamento e relaxamento.</p> <p>trabalhar com o auxílio da bola de Pilates para os exercícios de equilíbrio e controlo do corpo e automassagem.</p> <p>Usar o colchonete sob a bola para evitar que a mesma escorregue. passar dicas de como se sentar, deitar, escorregar sobre a bola, automassagear, e se levantar da bola para se</p>

	de Pilates, joelhos fletidos, estender ao máximo os braços acima da cabeça e apoiados no chão. Elevar quadril, e manter pernas estendidas. Abraçar perna D junto ao peito, Repetir com perna E.		evitar quedas. Incentivar a execução das atividades em casa, utilizando-se da folha com os exercícios.
Relaxamento 15 min.	Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, pernas apoiadas sobre a bola de Pilates, joelhos fletidos ou estendidos, braços estendidos ao longo do corpo, olhos fechados. Iniciar a respiração profunda, e relaxar o corpo. Utilizar música com sons da natureza. Solicitar aos participantes que criem imagens que os deixem tranquilos e relaxados.	Proporcionar relaxamento a partir da meditação.	
Momento do relato dos participantes 15 min.	Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento proporcionado pelos exercícios com a bola de Pilates, e por via da meditação. Relato sobre a sensação de bem-estar geral proporcionado pela intervenção.	Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar físico e mental provocado pelos exercícios de alongamento e relaxamento.	
Observação de campo	Os participantes se mostraram mais adaptados aos exercícios com a bola de Pilates. Relataram ter sido muito boa a experiência com a meditação utilizando a música com sons da natureza. Os participantes relatam sobre a melhora da respiração em momentos de atividades exaustivas, como subir ladeira, caminhar muito e em		

	momentos de agitação.	
--	-----------------------	--

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 17	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
<p>Massagem e Incentivo ao autocuidado</p>	<p>Com a bola de Pilates afastada da parede e apoiada sobre o colchonete, sentar sobre a bola com o apoio dos pés no chão e pernas afastadas, segurar o Noodle com as duas mãos para executar alongamento da musculatura dos MMSS e dorsal. Executar exercícios de elevação, extensão, rotação de braços; rotação de tronco, flexão lateral de tronco, alongar musculatura do peitoral, cervical e intercostais. Relaxar o tronco, pescoço e braços, deixar tombar para frente.</p> <p>Bola de Pilates apoiada sobre o colchonete, deitar sobre a bola em decubito dorsal. Manter pernas e braços relaxados. Estender braços para trás, forçando alongamento da musculatura interna dos braços;</p>	<p>Proporcionar percepção corporal e equilíbrio com o auxílio da bola de Pilates, e alívio das tensões musculares através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.</p>	<p>Aplicar massagem nos participantes com o auxílio de bolas de tênis. Proporcionar massagem nas áreas de maior tensão, região dos ombros, paravertebrais e lombar.</p> <p>Incentivar a execução das atividades em casa utilizando-se da folha com os exercícios.</p>
<p>Alongamento</p> <p>30 min.</p>			

	<p>braços abertos ao nível do peito para alongar a musculatura do peitoral.</p> <p>Deitar no colchonete, manter a bola de Pilates entre os pés, segurar a bola de Pilates pressionadas com os pés, elevar a bola com os joelhos flexionados, elevar a bola com as pernas estendidas. Apoiar as pernas sobre a bola de Pilates, manter pernas estendidas, elevar o quadril.</p>		
<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito ventral sobre o colchonete para receber massagem do facilitador.</p> <p>Depois, permanecer em uma posição confortável para continuar em relaxamento.</p>	<p>Proporcionar relaxamento da musculatura através da massagem realizada pela facilitadora.</p>	
<p>Momento do relato dos participantes</p> <p>15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento proporcionado pela massagem recebida.</p> <p>Relatos sobre a sensação de bem-estar geral proporcionado pelos exercícios e massagem.</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar provocado pelos exercícios e massagem.</p>	
<p>Observação de campo</p>	<p>Os participantes perceberam a massagem recebida do facilitador como algo inédito, maravilhoso, sensação de tranquilidade, de bem-estar geral. Relataram gostar do trabalho com a bola de Pilates e do alívio das tensões da musculatura na região do pescoço, ombros e coluna lombar. Observou-se maior envolvimento dos participantes com o compromisso de realizar os exercícios em casa com o auxílio da folha de</p>		

	exercícios elaborada pela facilitadora.	
--	---	--

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 18	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
<p>Massagem e Incentivo ao autocuidado</p>			
<p>Alongamento 30 min.</p>	<p>Com a bola de Pilates afastada da parede e apoiada sobre o colchonete, sentar sobre a bola com o apoio dos pés no chão e pernas afastadas, segurar o Noodle com as duas mãos para executar alongamento da musculatura dos MMSS e dorsal. Executar exercícios de elevação, extensão, rotação de braços; rotação de tronco, flexão lateral de tronco, alongar musculatura do peitoral, cervical e intercostais. Manter o tronco, pescoço e braços relaxados e tombá-los para frente.</p> <p>Bola de Pilates apoiada sobre o colchonete, deitar sobre a bola, em decubito dorsal. Manter pernas e braços relaxados. Estender braços para trás, forçando alongamento da musculatura interna dos braços;</p>	<p>Proporcionar percepção da postura e alívio das tensões musculares através dos exercícios de alongamento com o uso da bola de Pilates.</p>	<p>Aplicar massagem nos participantes com o auxílio de bolas de tênis. Proporcionar massagem nas áreas de maior tensão, como ombros, região do pescoço, paravertebrais, região lombar.</p> <p>Incentivar a execução das atividades em casa, a partir da entrega da folha 2 contendo outros exercícios de</p>

	<p>braços abertos ao nível do peito para alongar a musculatura do peitoral.</p> <p>Deitar no colchonete, manter a bola de Pilates entre os pés, segurar a bola de Pilates com os pés, elevar a bola com os joelhos flexionados; depois elevar a bola com as pernas estendidas. Apoiar as pernas sobre a bola de Pilates, manter pernas estendidas, elevar o quadril.</p>		alongamento.
<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito ventral sobre o colchonete para receber massagem do facilitador.</p> <p>Depois, permanecer em uma posição confortável para continuar em relaxamento.</p>	<p>Proporcionar relaxamento da musculatura através da massagem realizada pela facilitadora.</p>	
<p>Momento do relato dos participantes</p> <p>15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento proporcionado pela massagem recebida.</p> <p>Relatos sobre a sensação de bem-estar geral proporcionado pelos exercícios e massagem.</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar provocado pelos exercícios e massagem.</p>	
<p>Observação de campo</p>	<p>Os participantes relataram alívio da tensão muscular percebido durante toda a semana seguida da última sessão, e atribuíram este resultado ao programa de intervenção psicoeducativa, principalmente à massagem recebida pela facilitadora.</p> <p>Entrega da folha 2 com desenhos com outros exercícios para serem realizados em</p>		

	casa.	
--	-------	--

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 19	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
<p>Conscientização da respiração na execução dos exercícios</p>			
<p>Alongamento 30 min.</p>	<p>Deitados, pés apoiados no chão, executar exercícios de elevação de quadril; extensão da musculatura lombar (abraçar perna D, e estender a perna E sobre o chão, repetir com a perna E. Usar o Noodle para apoiar por trás da coxa D, trazendo-a para junto do tronco; Manter o Noodle apoiado na planta do pé D, e tentar estender a D para cima; tentar estender toda a perna respeitando o limite individual. Repetir a sequência dos exercícios com a perna E. Manter a flexão do quadril e dos joelhos, deixar as duas pernas tombarem para a D, manter os braços abertos ao nível do peito e apoiados no chão, repetir para o lado E.</p>	<p>Trabalhar com ênfase na respiração profunda durante a execução dos exercícios de alongamento.</p>	<p>Focar na respiração profunda durante o desenvolvimento dos exercícios de alongamento. Utilizar a bola de tênis macia para realizar a automassagem na musculatura lateral da coluna para proporcionar alívio da tensão na área dos ombros e costas.</p> <p>Incentivar a execução das atividades em casa,</p>

	<p>Estender as duas pernas para cima, tentando manter os joelhos estendidos, usar o Noodle para apoiar por trás das pernas.</p> <p>Estender as duas pernas e os braços apoiados no chão, fazendo forças contrárias no sentido dos pé e mãos.</p> <p>Relaxar o corpo e permanecer deitado em decúbito dorsal.</p>		utilizando-se da folha 2 com os exercícios.
<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete e realizar automassagem na musculatura paravertebral.</p> <p>Depois, permanecer em uma posição confortável para continuar em relaxamento.</p>	<p>Proporcionar relaxamento da musculatura através da automassagem realizada com bola de tênis macia.</p>	
<p>Momento do relato dos participantes</p> <p>15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre sensações de pressão sobre a musculatura causada pelo uso da bola de tênis macia, e a sensação de relaxamento proporcionado pela massagem. Relatos sobre a sensação de bem-estar geral proporcionado pelos exercícios e pela reeducação da postura e da respiração.</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar provocado pelos exercícios e massagem.</p>	
<p>Observação de</p>	<p>Os participantes relataram um pouco de incômodo ao usar a bola de tênis macia para a automassagem na musculatura paravertebral, quando havia tensão muscular no</p>		

campo	local. Relataram perceberem que a respiração é melhor controlada em momentos de stress.	
--------------	--	--

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 20 Conscientização da respiração na execução dos exercícios	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	Deitados, pés apoiados no chão, executar exercícios de elevação de quadril, extensão da musculatura da região lombar, abraçar perna D, estender a perna E sobre o chão, repetir com a perna E. Usar o Noodle para apoiar por trás da coxa D, trazendo-a para junto do tronco; Manter o Noodle apoiado na planta do pé D, e tentar estender a perna D para cima; tentar estender toda a perna respeitando o limite individual. Repetir a sequência dos exercícios com a perna E. Manter a flexão do quadril e dos joelhos, deixar as duas pernas tombarem para a D, manter os braços abertos ao nível do peito e apoiados no chão, repetir para o lado E.	Trabalhar com ênfase na respiração profunda durante a execução dos exercícios de alongamento.	Focar na respiração profunda durante o desenvolvimento dos exercícios de alongamento. Utilizar a bola de tênis macia para realizar a automassagem na musculatura paravertebral para proporcionar alívio da tensão na área dos ombros e costas. Incentivar a execução das

	<p>Estender as duas pernas para cima, tentando manter os joelhos estendidos, usar o Noodle para apoiar por trás das pernas.</p> <p>Estender as duas pernas e os braços apoiados no chão, fazendo forças contrárias no sentido dos pé e mãos.</p> <p>Relaxar o corpo e permanecer deitado em decúbito dorsal.</p>		atividades em casa, utilizando-se da folha 2 com os exercícios.
<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito dorsal, massagear a musculatura paravertebral com a bola de tênis macia sob as costas, mudando-a de local ao longo da extensão da coluna.</p> <p>Depois, permanecer em uma posição confortável para continuar em relaxamento.</p>	<p>Proporcionar relaxamento da musculatura através da automassagem realizada com bola de tênis macia.</p>	
<p>Momento do relato dos participantes</p> <p>15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre sensações de diminuição da pressão provocada sobre a musculatura, causada pelo uso da bola de tênis macia, e aumento da sensação de relaxamento proporcionado pela massagem. Relatos sobre as mudanças percebidas de tranquilidade e diminuição do stress e ansiedade, maior sensação de</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar provocado pelos exercícios e pela massagem.</p>	

	bem-estar geral proporcionado pelos exercícios e pela reeducação da postura e da respiração.		
Observação de campo	Os participantes relataram melhorias quando a postura, respiração, diminuição de incômodos com a musculatura da coluna, e com a fadiga muscular durante atividade cotidianas.		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 21	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Conscientização da importância do autocuidado			
Alongamento 30 min.	Deitados, pés apoiados no chão, executar exercícios de elevação de quadril, extensão da musculatura da região lombar, abraçar perna D, estender a perna E sobre o chão, repetir com a perna E. Usar o Noodle para apoiar por trás da coxa D, trazendo-a para junto do tronco; Manter o Noodle apoiado na planta do pé D, e tentar estender a perna D para cima; tentar estender toda a perna respeitando o limite individual. Repetir a sequência dos exercícios com a perna E. Manter a flexão do quadril e dos joelhos, deixar as duas pernas tombarem para a D, manter os braços	Trabalhar com ênfase na respiração profunda durante a execução dos exercícios de alongamento e na conscientização da postura.	Direcionar o foco na respiração profunda durante o desenvolvimento dos exercícios de alongamento. Utilizar aparelho eletrônico para realizar massagem na musculatura da coluna. Incentivar a execução das

	<p>abertos ao nível do peito e apoiados no chão, repetir para o lado E.</p> <p>Estender as duas pernas para cima, tentando manter os joelhos estendidos, usar o Noodle para apoiar por trás das pernas.</p> <p>Estender as duas pernas e os braços apoiados no chão, fazendo forças contrárias no sentido dos pés e mãos.</p> <p>Relaxar o corpo e permanecer deitado em decúbito dorsal.</p>		<p>atividades em casa, utilizando-se da folha 2 com os exercícios. incentivar a observação sobre o comportamento em relação a tomadas de decisão, auto controlo das situações stressantes vivenciadas no quotidiano.</p>
<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito ventral sobre o colchonete para receber massagem da facilitadora.</p> <p>Depois, permanecer em uma posição confortável para continuar em relaxamento.</p>	<p>Proporcionar relaxamento da musculatura através da massagem realizada pela facilitadora.</p>	
<p>Momento do relato dos participantes</p> <p>15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento após a massagem.</p> <p>Relato sobre a diminuição das dores articulares, maior percepção corporal, melhora da respiração, melhora do sono.</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar provocado pelos exercícios e massagem.</p>	
<p>Observação de</p>	<p>Os participantes relataram melhorias em relação a postura, respiração, diminuição de</p>		

campo	incômodos com a coluna, e com as dores articulares, proporcionando melhoria nos movimentos das articulações, em especial dos ombros. Observou-se maior envolvimento com a prática das atividades realizadas em casa seguindo as figuras ilustrativas na folha de exercícios.	
--------------	--	--

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 22	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Conscientização da importância do autocuidado			
Alongamento 30 min.	Deitados, pés apoiados no chão, executar exercícios de elevação de quadril, extensão da musculatura da região lombar, abraçar perna D, estender a perna E sobre o chão, repetir com a perna E. Usar o Noodle para apoiar por trás da coxa D, trazendo-a para junto do tronco; Manter o Noodle apoiado na planta do pé D, e tentar estender a perna D para cima; tentar estender toda a perna respeitando o limite individual. Repetir a sequência dos exercícios com a perna E. Manter a flexão do quadril e dos joelhos, deixar as duas pernas tombarem para a D, manter os braços	Trabalhar com ênfase na respiração profunda durante a execução dos exercícios de alongamento e na conscientização da postura.	Direcionar o foco na respiração profunda durante o desenvolvimento dos exercícios de alongamento. Utilizar aparelho eletrônico para realizar massagem na musculatura da coluna. Incentivar a execução das

	<p>abertos ao nível do peito e apoiados no chão, repetir para o lado E.</p> <p>Estender as duas pernas para cima, tentando manter os joelhos estendidos, usar o Noodle para apoiar por trás das pernas.</p> <p>Estender as duas pernas e os braços apoiados no chão, fazendo forças contrárias no sentido dos pés e mãos.</p> <p>Relaxar o corpo e permanecer deitado em decúbito dorsal.</p>		<p>atividades em casa, utilizando-se da folha 2 com os exercícios. incentivar a observação sobre o comportamento em relação a tomadas de decisão, auto controlo das situações stressantes vivenciadas no cotidiano.</p>
<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito ventral sobre o colchonete para receber massagem da facilitadora.</p> <p>Depois, permanecer em uma posição confortável para continuar em relaxamento.</p>	<p>Proporcionar relaxamento da musculatura através da massagem realizada pela facilitadora.</p>	
<p>Momento do relato dos participantes</p> <p>15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre sensações de relaxamento após a massagem com o aparelho eletrônico.</p> <p>Relato sobre a diminuição das dores articulares, maior percepção corporal, melhora da respiração, maior controle sobre o stress.</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto a sensação de bem-estar provocado pelos exercícios e massagem.</p>	

Observação de campo	Os participantes relataram percepção de melhorias quando a postura, respiração, diminuição de incômodos com a coluna, e maior envolvimento com a prática das atividades realizadas em casa.	
----------------------------	---	--

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

SESSÃO 23 Avaliação do programa de intervenção psicoeducativa	Exercícios desenvolvidos na sessão	Objetivo	Estratégias
Alongamento 30 min.	<p>Sentado sobre a bola de Pilates apoiada sobre o colchonete, pés apoiados no chão, segurar o Noodle com as duas mãos para executar alongamento da musculatura dos MMSS e dorsal. Utilizar exercícios de elevação, extensão, rotação de braços; alongar musculatura do peitoral, cervical e intercostais. Relaxar o tronco, pescoço e braços, tombar o tronco para baixo, em direção ao chão.</p> <p>Deitar em decúbito dorsal sobre a bola de Pilates, apoiada sobre o colchonete. Manter pernas e braços relaxados, pés apoiados no chão. Segurar o Noodle com as duas mãos e estender braços para cima; levar os braços estendidos para trás, forçando alongamento da musculatura interna dos braços; braços abertos ao nível do peito para alongar a musculatura do peitoral, com as mãos soltas. Movimentar-se sobre a bola,</p>	Trabalhar com ênfase na respiração profunda durante a execução dos exercícios de alongamento e na conscientização da postura.	<p>Direcionar o foco na respiração profunda durante o desenvolvimento dos exercícios de alongamento.</p> <p>Incentivar a execução das atividades em casa, utilizando-se das instruções das folhas 1 e 2 com os exercícios.</p> <p>Incentivar a observação sobre o comportamento em relação a tomadas de decisão, auto controle das</p>

	<p>massageando as costas.</p> <p>Deitar no colchonete e apoiar as pernas sobre a bola de Pilates, joelhos fletidos, estender ao máximo, os braços acima da cabeça, apoiados no chão. Elevar quadril, e manter pernas estendidas sobre a bola. Manter a perna E sobre a bola, abraçar perna D junto ao peito, repetir com perna E.</p> <p>Estender as duas pernas e os braços apoiados no chão, fazendo forças contrárias no sentido dos pés e mãos.</p> <p>Relaxar o corpo e permanecer deitado em decúbito dorsal.</p>		<p>situações stressantes vivenciadas no quotidiano.</p> <p>Perceber na fala dos participantes, a avaliação do programa.</p>
<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, manter os olhos fechados. Concentrar-se na respiração e na música, relaxar o corpo, desviar os pensamentos de problemas.</p>	<p>Proporcionar relaxamento através da meditação (concentração na respiração e na música).</p>	
<p>Momento do relato dos participantes</p> <p>15 min.</p>	<p>Relato dos participantes sobre a melhora das dores corporais, conscientização da postura, melhora no condicionamento físico, sentimento de bem-estar geral, autocontrolo sobre o stress, autovalorização, melhora da respiração, melhora do sono.</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto a avaliação das atividades desenvolvidas ao longo das sessões.</p>	

Observação de campo	Os participantes relataram vários contributos percebidos com a prática das atividades desenvolvidas no programa de intervenção psicoeducativa. Agradeceram pela proposta do projeto, solicitaram continuidade do programa, mesmo com o término da intervenção. Disseram que continuaram a realizar os exercícios em casa, uma vez que passou a ser parte da rotina dos mesmos. Alguns disseram que se sentem incentivados a participarem de atividades ofertadas à comunidade (academias da Cidade), ou em Ginásios. Também, disseram continuar a realizar as atividades sugeridas nas folhas 1 e 2 de exercícios fornecidas pelo facilitador.	
----------------------------	--	--

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

<p>SESSÃO 24</p> <p>Avaliação do programa de intervenção psicoeducativa</p>	<p>Exercícios desenvolvidos na sessão</p>	<p>Objetivo</p>	<p>Estratégias</p>
<p>Alongamento</p> <p>30 min.</p>	<p>Sentado sobre a bola de Pilates apoiada sobre o colchonete, pés apoiados no chão, executar alongamento da musculatura dos MMSS e dorsal. Utilizar exercícios de elevação, extensão, rotação de braços; alongar musculatura do peitoral, cervical e intercostais. Relaxar o tronco, pescoço e braços, tombar o tronco para frente e descer lentamente.</p> <p>Deitar em decúbito dorsal sobre a bola de Pilates, apoiada sobre o colchonete. Manter pernas e braços relaxados. Estender braços para cima; levar os braços estendidos para trás, forçando alongamento da musculatura interna dos braços; manter braços abertos ao nível do peito para alongar a musculatura do peitoral, com as mãos soltas. Movimentar-se sobre a bola, massageando as costas.</p>	<p>Trabalhar com ênfase na respiração profunda durante a execução dos exercícios de alongamento e na conscientização da postura.</p>	<p>Direcionar o foco na respiração profunda durante o desenvolvimento dos exercícios de alongamento.</p> <p>Incentivar a execução das atividades em casa, utilizando-se das instruções das folhas 1 e 2 com os exercícios.</p> <p>Incentivar a observação sobre o comportamento em relação a tomadas de decisão, auto controle das</p>

	<p>Deitar no colchonete e apoiar as pernas sobre a bola de Pilates, joelhos fletidos, estender ao máximo os braços acima da cabeça, apoiados no chão. Elevar quadril, e manter pernas estendidas sobre a bola. Manter a perna E sobre a bola, abraçar perna D junto ao peito, repetir com perna E.</p> <p>Estender as duas pernas e os braços apoiados no chão, fazendo forças contrárias no sentido dos pés e mãos.</p> <p>Relaxar o corpo e permanecer deitado em decúbito dorsal.</p>		<p>situações stressantes vivenciadas no cotidiano.</p> <p>Perceber na fala dos participantes, a avaliação do programa.</p>
<p>Relaxamento</p> <p>15 min.</p>	<p>Deitar em decúbito dorsal sobre o colchonete, manter os olhos fechados. Concentrar-se na respiração profunda e na música, relaxar o corpo, tentar concentrar-se na respiração, música e no corpo a relaxar.</p>	<p>Proporcionar relaxamento através da meditação (concentração na respiração e na música).</p>	
<p>Momento do relato dos participantes</p>	<p>Relato dos participantes sobre a melhora das dores corporais, conscientização da postura, melhora no condicionamento físico, sentimento de bem-estar físico e mental, autocontrolo sobre o stress</p>	<p>Verificar respostas dos familiares quanto a avaliação das atividades desenvolvidas ao longo das sessões.</p>	

15 min.	percecionado em várias situações cotidianas, autovalorização, melhora da respiração e do sono, percepção da necessidade de autocuidado.		
Observação de campo	Os participantes relataram vários contributos percebidos com a prática das atividades desenvolvidas no programa de intervenção psicoeducativa. Agradeceram pela proposta do projeto, solicitaram continuidade do programa para o CCC. Demonstraram percepção das melhorias de suas habilidades, da necessidade do autocuidado e de autovalorização.		

Legenda: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); direita (D); esquerda (E).

