

# Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil

*Caregiving burden in child psychiatric*

*Adriana Maira Marini<sup>1</sup>, Marielza R. Ismael Martins<sup>2</sup>, Aline Viganô de Souza<sup>3</sup>, Altino Bessa Marques Filho<sup>4</sup>, Hubert Eloy Richard Pontes<sup>5</sup>*

## RESUMO

**Introdução.** O cenário da saúde mental infantil com relação à limitação da vida dos familiares é preocupante. Crianças com estes transtornos levam seus cuidadores a consideráveis restrições nos aspectos físicos, sociais e emocionais podendo aumentar o risco de desenvolvimento de desajustes psicossociais e trazer prejuízos a sua qualidade de vida (QV). **Objetivo.** Este estudo objetivou avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva de cuidadores de crianças com transtornos mentais. **Método.** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de corte transversal realizado a partir de questionários de QV (AUQUEI) para os pacientes, de sobrecarga (FBIS-BR) para cuidadores e entrevista semi estruturada. A amostra constituiu-se de 52 indivíduos (26 pacientes e 26 cuidadores), pertencentes ao Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital de Base de São José do Rio Preto (FAMERP/FUNFARME). **Resultados.** A criança com transtorno mental mostrou uma percepção inferior de QV na dimensão autonomia ( $6.9 \pm 1.29$ ) e um escore global de QV esperada ( $51.95 \pm 5.60$ ). O cuidador desta criança apresentou uma sobrecarga objetiva comprometida com relação à assistência ao paciente na vida cotidiana ( $2.73 \pm 0.65$ ) e subjetiva foi relacionada a preocupações do familiar com o paciente ( $3.14 \pm 0.93$ ). **Conclusão.** A geração destas informações poderá auxiliar no estabelecimento de intervenções para melhorar sua QV.

**Unitermos.** Cuidadores, Saúde Mental, Qualidade de Vida.

**Citação.** Marini AM, Martins MRI, Souza AV, Marques Filho AB, Pontes HER. Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil.

## ABSTRACT

**Introduction.** The setting of child mental health related to restrictions of family life is of concern. Children with psychiatric problems lead their caregivers to considerable restrictions in physical, social, and emotional domains, and may increase the risk of developing psychosocial disorders and impairing their quality of life (QOL). **Objective.** This study aimed to evaluate the objective and subjective burden of caregivers of children with psychiatric disorders. **Method.** This is a descriptive and exploratory cross-sectional study. Patients answered the QOL questionnaire (AUQUEI). The caregivers answered the burden questionnaire (FBIS-BR) and a semi structured interview was conducted. The sample consisted of 52 subjects (26 patients and 26 caregivers), undergoing the Clinic of Child Psychiatry, Hospital de Base de São José do Rio Preto (FAMERP/FUNFARME). **Results.** Children with psychiatric disorders showed a lower perception of their QOL in the autonomy domain ( $6.9 \pm 1.29$ ) and a global score of QOL expected ( $51.95 \pm 5.60$ ). The caregivers had an objective burden affected regarding the patient care in daily life ( $2.73 \pm 0.65$ ) and related to subjective concerns of the family about the patient ( $3.14 \pm 0.93$ ). **Conclusion.** This information may assist the establishment of interventions to improve their QOL.

**Keywords.** Caregivers, Mental Health, Quality of Life.

**Citation.** Marini AM, Martins MRI, Souza AV, Marques Filho AB, Pontes HER. Caregiving burden in child psychiatric.

### Trabalho realizado no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto-SP, Brasil.

1. Terapeuta Ocupacional, Supervisora, Hospital de Base, Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME) e Hospital Psiquiátrico Feminino de Nova Granada, Nova Granada-SP, Brasil.
2. Terapeuta Ocupacional, Doutora, Departamento de Ciências Neurológicas, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São José do Rio Preto-SP, Brasil.
3. Aprimorada de Terapia Ocupacional, Bolsista Fundap, Hospital de Base – FUNFARME, São José do Rio Preto-SP, Brasil.
4. Médico Psiquiatra, Mestre, Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica – FAMERP, São José do Rio Preto-SP, Brasil.
5. Médico Psiquiatra, Mestre, Hospital Psiquiátrico Feminino de Nova Granada, Nova Granada-SP, Brasil.

### Endereço para correspondência:

Marielza RI Martins  
Rua dos Bombeiros, 255, Vila Maria  
CEP 15025-420, São José do Rio Preto-SP, Brasil.  
E-mail: marielzamartins@famerp.br

Artigo Original  
Recebido em: 19/09/09  
Aceito em: 25/02/10  
Conflito de interesses: não

## INTRODUÇÃO

A identificação de problemas de saúde mental deve ocorrer no âmbito da atenção primária. Mapear os problemas de saúde mental nas comunidades de usuários, assim como as condições associadas a esses problemas, constitui uma etapa necessária ao planejamento de ações voltadas para a saúde da população<sup>1</sup>.

Como resultado da política de desinstitucionalização psiquiátrica e a implementação de serviços de saúde mental na comunidade, familiares tem sido cada vez mais presentes no cotidiano de atendimento dos pacientes, por conseguinte, assumindo novas responsabilidades<sup>2</sup>. Verifica-se também crescentes demandas para assistir aos doentes em atividades diárias, para manter a sua medicação e supervisionar seus comportamentos problemáticos os quais contribuem para uma ruptura nas sobrecargas social, profissional e na vida familiar, causando sentimentos de carga<sup>3</sup>.

Zarit<sup>4</sup> define cuidador como sendo a pessoa que possui a principal responsabilidade de cuidado com o paciente e ainda divide seu tempo e atenção entre as novas responsabilidades com o doente e suas funções profissionais, familiares, sociais, conjugais, podendo tornar-se sobrecarregado.

Muitas vezes, os cuidadores não possuem informações adequadas sobre a doença do paciente e as necessárias habilidades para lidar com os mesmos na vida cotidiana. Cuidar desses pacientes representa um papel suplementar para a família e exige que os cuidadores os considerem como prioridade, colocando em segundo lugar suas próprias necessidades<sup>4</sup>.

Atender às necessidades básicas dos pacientes passou a fazer parte do cotidiano dos familiares que incluem coordenar suas atividades diárias, administrar sua medicação, acompanhá-los aos serviços de saúde, lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecer-lhes suporte social, arcar com gastos e superar as dificuldades dessas tarefas. Tornar-se cuidador de um paciente psiquiátrico pode gerar sobrecarga, porque constitui uma quebra no ciclo esperado de vida, que pressupõe que pessoas adultas sejam independentes<sup>5</sup>.

Por abranger aspectos diferentes, o conceito de sobrecarga vem sendo diferenciado em duas dimensões, uma objetiva e outra subjetiva. A sobrecarga objetiva refere-se às consequências negativas observáveis geradas pelo papel de cuidador, tais como alterações na rotina, diminuição da vida social e profissional dos cuidadores, perdas financeiras, realização de tarefas e supervisão de comportamentos problemáticos<sup>6</sup>. O aspecto subjetivo da sobrecarga remete às percepções,

preocupações, sentimentos negativos e incômodo gerados por tornar-se cuidador de um paciente psiquiátrico<sup>6,7</sup>.

Estudos demonstram que a intensidade da sobrecarga dos familiares tem sido relacionada com algumas variáveis, tais como: características dos pacientes (diagnóstico, intensidade dos sintomas, grau de dependência, idade, sexo, duração da doença e número de hospitalizações), parentesco e frequência de contato entre cuidador e paciente<sup>8</sup>, e, características dos cuidadores (sexo, idade, escolaridade e nível socioeconômico)<sup>8,9</sup>. Influem ainda na sobrecarga a disponibilidade de redes de suporte social, as leis socio sanitárias, a estrutura e adequação dos serviços de saúde mental<sup>4,8,9</sup>.

Com relação ao clima emocional, a família pode sentir-se culpada pela doença e também apresentar ansiedade por não saber como lidar com alguns comportamentos apresentados (como por exemplo, o silêncio excessivo, fala contínua e desordenada) ou com a imprevisibilidade em suas ações. Como agravante, raramente a família busca ou recebe informações. Aparece insegurança quanto ao melhor modo possível de cuidar do paciente e de esclarecimentos a serem dados às crianças<sup>10</sup>.

Neste contexto verifica-se que os problemas de saúde mental na infância podem prejudicar o desenvolvimento da criança e estão associados ao risco de transtornos psicossociais na vida adulta<sup>5</sup>.

Os problemas mais frequentes incluem transtornos de conduta, atenção, hiperatividade e emocionais<sup>8</sup>. Os mecanismos causais subjacentes a essas associações não são bem conhecidos, sabe-se que eles podem ter base genética, ambiental ou ambas<sup>8</sup>. Porém, quaisquer que sejam os mecanismos envolvidos, o ambiente familiar instável, incontrolável ou caótico tem sido reconhecido como prejudicial ao desenvolvimento infantil<sup>7,8</sup>. No entanto, como parte da assistência à saúde integral da criança, a atenção à saúde mental infantil ainda constitui um desafio na organização do atendimento cotidiano.

Atualmente é escassa literatura com dados empíricos, principalmente em relação aos escolares, que constituem a maior parte da clientela encaminhada para atendimento psicológico em serviços públicos de saúde. Essas informações podem subsidiar a estruturação dos serviços de atendimento e a implantação de estratégias preventivas.

Diante desta perspectiva, o objetivo deste estudo foi avaliar a sobrecarga de cuidadores de pacientes psiquiátricos infantis, pois a geração de informações sobre estes poderá auxiliar no estabelecimento de inter-

venções para melhorar sua qualidade de vida.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo/exploratório, de corte transversal, realizado com os pacientes e respectivos acompanhantes que comparecem aos grupos de sala de espera no ambulatório da Psiquiatria Infantil do Hospital de Base de São José do Rio Preto (FAMERP/FUNFARME).

O grupo é realizado toda quarta-feira, das 7:30 às 8:30 horas, antes da consulta com o psiquiatra, e é conduzido por uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga. Os pacientes encontram-se em uma sala onde são realizadas atividades lúdicas e esclarecimentos sobre a função do grupo e do funcionamento do ambulatório, e, seus acompanhantes em outra sala, onde também são realizadas orientações sobre o funcionamento do ambulatório e função do grupo, além de orientações psicológicas, atividades terapêuticas e dinâmicas de grupo.

## Amostra

Neste estudo participaram 52 pessoas, sendo 26 pacientes de 4 a 15 anos (média: 9,5 anos), sem restrição de gênero, e 26 acompanhantes sem restrição de faixa etária e gênero. Os critérios adotados para inclusão dos pacientes foram: atendimento no ambulatório da Psiquiatria Infantil do Hospital de Base, participação do grupo de sala de espera, presença de algum tipo de transtorno psiquiátrico, ausência de déficits cognitivos graves e concordância em participar do estudo. Os critérios adotados para inclusão dos acompanhantes foram: serem cuidadores de pacientes psiquiátricos infantis, participação do grupo de sala de espera, ausência de déficits cognitivos e concordância em participar do estudo.

## Procedimento

Após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP – FAMERP: 324/2008), os questionários foram aplicados oralmente, em entrevistas individuais realizadas por equipe previamente treinada.

Os instrumentos utilizados foram, inicialmente, uma entrevista semi-estruturada ao acompanhante (caracterizado cuidador) onde foram obtidos dados quanto às informações pessoais (naturalidade, estado, sexo, data de nascimento, idade, estado civil, grau de escolaridade, grau de parentesco e profissão); dados relacionados a saúde (estado de saúde, tempo de cuidado); renda mensal e informações sobre a patologia do paciente.

A seguir, os pacientes foram avaliados pela Escala de Avaliação de Qualidade de Vida AUQEI<sup>11</sup> (Autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé). O questionário foi baseado no ponto de vista da satisfação da criança, visualizada a partir de quatro figuras que exprimem diferentes estados emocionais (Figura 1) e que são associadas a diversos domínios da vida da criança, e através de 26 questões que exploram relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação. Os escores podem variar de 0 a 3 correspondentes, respectivamente, a muito infeliz, infeliz, feliz, muito feliz, e a escala possibilita a obtenção de um escore único, resultante da somatória dos escores atribuídos aos itens. As questões de números 6, 7, 9, 12, 14, 20, 22 e 26 não estão incluídas nos quatro fatores e detêm importância isolada, pois representam domínios separados dos demais. Para efeito de discussão dos escores totais, utilizou-se a nota de corte 48, obtida e proposta por Assumpção Jr. et al.<sup>11</sup>.

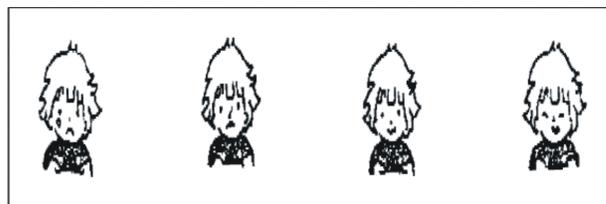


Figura 1. Faces da AUQEI.

Trata-se de uma auto-avaliação que utilizou o suporte de imagens que a própria criança respondeu com cada questão apresentando um domínio e as respostas (em número de 4) sendo representadas com o auxílio de faces que exprimem diferentes estados emocionais. Pediu-se, então, à criança, que respondesse ou assinalasse, sem tempo definido, a resposta que mais correspondesse ao seu sentimento frente ao domínio proposto. A escala permitiu assim obter um perfil de satisfação da criança diante de diferentes situações.

Para mensurar a sobrecarga dos cuidadores, foi utilizada a Escala de Sobrecarga de Familiares de paciente psiquiátricos (FBIS-BR)<sup>12</sup>. A escala original foi adaptada à população brasileira com a denominação de FBIS-BR, foi traduzido e adaptado ao contexto brasileiro seguindo normas propostas pela literatura pertinente.

A FBIS-BR avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva dos familiares em 52 itens, distribuídos em cinco subescalas: a) assistência na vida cotidiana; b) supervisão aos comportamentos problemáticos; c) gastos; d) impacto nas rotinas diárias; e) preocupação com o

paciente. A sobrecarga objetiva é avaliada em escalas Likert (1 = nenhuma vez até 5 = todos os dias), indicando a frequência com que o familiar executou tarefas para cuidar do paciente, lidou com seus comportamentos problemáticos e sofreu alterações diárias na vida. A sobrecarga subjetiva é avaliada em escalas Likert de quatro pontos (1 = nem um pouco até 4 = muito), para o grau de incômodo ao prestar assistência cotidiana e de alterações na vida, e por escalas de cinco pontos (1 = nunca até 5 = sempre ou quase sempre), para a frequência de preocupações e peso das despesas com os pacientes. A FBIS-BR avalia ainda o tipo e valor das despesas com os pacientes, a contribuição dos pacientes para cobrir tais despesas e as alterações permanentes ocorridas na vida do cuidador. A primeira dimensão da escala (Subescala A) avalia as sobrecargas objetivas e subjetivas, por meio respectivamente de nove questões que avaliam a frequência da assistência prestada pelo familiar ao paciente e de nove questões que avaliam o grau de incômodo sentido ao prestar essa assistência.

A segunda dimensão (Subescala B) também avalia as sobrecargas objetivas e subjetivas, por meio respectivamente de oito questões que avaliam a frequência com que o familiar teve que supervisionar os comportamentos problemáticos do paciente e de oito questões que avaliam grau de incômodo sentido pelo familiar ao lidar com esses comportamentos. A terceira dimensão (Subescala C) avalia a sobrecarga financeira e é composta por cinco questões, que não entram no cálculo dos escores de sobrecarga, embora forneçam informações adicionais. A primeira questão dicotômica avalia se o familiar cobriu alguma despesa do paciente sem receber o dinheiro gasto de volta, a segunda questão avalia os gastos que o paciente teve com 14 itens de despesas, tais como transporte, alimentação, medicamentos, moradia, plano de saúde, entre outras. A terceira e a quarta questões são abertas e avaliam a contribuição do paciente para cobrir suas próprias despesas e a quantia gasta pela família com as despesas do paciente. A última questão avalia a frequência com que o familiar sentiu pesados os gastos com o paciente para o orçamento familiar. A quarta dimensão (Subescala D) avalia a sobrecarga objetiva por meio de quatro questões que avaliam o impacto do papel do cuidador na vida do familiar em termos da frequência das alterações ocorridas na rotina familiar nos últimos 30 dias. Além disso, uma quinta questão, que não entra no cálculo dos escores desta subescala, avalia, de forma global, em que grau o cuidador teve mudanças permanentes na sua vida social e ocupacional e uma última questão, avalia quais foram essas mudanças ocorridas em seis

aspectos da vida do cuidador. A quinta dimensão da escala (Subescala E) é constituída por sete questões que avaliam a sobrecarga subjetiva do cuidador, em termos de frequência das suas preocupações com o paciente.

### Análise estatística

O tratamento dos dados foi feito utilizando-se o Software Statistical Package for the Social Sciences 12.0. Os dados obtidos foram agrupados e ordenados, sendo transferidos para um banco de dados (Excel) e então processados, considerando as variáveis estudadas. As análises descritivas e inferenciais foram realizadas a partir da média e desvio padrão.

## RESULTADOS

Foram caracterizados dados demográficos e clínicos de 26 participantes em um questionário desenvolvido para essa finalidade. Os cuidadores eram em sua maioria, mulheres (84,2%), com média de idade de 39,5 anos (dp=9,8 anos), casadas (58,3%) e referiam ter alguma doença como hipertensão arterial, depressão, fibromialgia, entre outras. O tempo como cuidador variou entre 6 meses e 15 anos e 54,5% referiam algum tipo de dor. A renda per capita média foi de \$283,70 (dp = 163,00). Quanto ao controle da medicação, a maior porcentagem ficou com a mãe biológica (77%). Dentre os informantes, 68,2% mostraram conhecimento sobre o diagnóstico da criança. 25,8% exercem algum tipo de atividade remunerada, 43,9% são donas de casa e 18,2% aposentados ou pensionistas. Outros dados apresentam-se na Tabela 1.

Os resultados avaliados através da Escala de Sobrecarga de Familiares de paciente psiquiátricos (FBIS-BR), demonstram que a dimensão que apresentou o escore médio mais elevado de sobrecarga objetiva foi a que avalia a assistência ao paciente na vida cotidiana. A subescala que apresentou o escore médio menos elevado de sobrecarga objetiva foi a referente às alterações ocorridas na rotina social e profissional do familiar, em decorrência de sua condição de cuidador. No que se refere a sobrecarga subjetiva, observa-se que o escore global foi de 2,66 e os escores médios variaram entre 1,73 e 3,14. A subescala que apresentou o escore médio mais elevado de sobrecarga subjetiva foi a das preocupações do familiar com o paciente e a que apresentou o menor escore médio de sobrecarga subjetiva, foi a da assistência ao paciente na vida cotidiana (Tabela 2).

Com relação à QV dos pacientes, a Tabela 3 apresenta os resultados da escala de avaliação de qualidade de vida (AUQUEI). Foi verificado, que de uma variação possível de 0 a 15 nas dimensões função, famí-

**Tabela 1.** Características das famílias (N=26) de crianças de 4 a 15 anos atendidas no grupo de sala de espera do ambulatório de psiquiatria infantil do Hospital de Base.

Variável	%
<b>Parentesco com a criança</b>	
Mãe Biológica	73,2
Pai Biológico	7,7
Avó	3,8
Tia	3,8
Outros	11,5
<b>Sexo</b>	
Masculino	7,7
Feminino	92,3
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	0
Ensino fundamental completo	23,2
Ensino fundamental incompleto	53,8
Ensino médio completo	15,4
Ensino médio incompleto	3,8
Ensino superior (anos)	3,8
<b>Conhecimento do diagnóstico</b>	
Sim	69,2
Não	30,8
<b>Controle da medicação</b>	
Paciente	23,07
Cuidador	76,93

lia e autonomia, os participantes obtiveram médias de 7,9, 10,7 e 6,9, respectivamente e na dimensão lazer, a qual a variação possível é de 0 a 9, a média foi de 7,2. Portanto a dimensão autonomia é a que apresenta valores inferiores na percepção da QV destes indivíduos.

Também na mesma tabela, apresenta-se o escore global da AUQUEI, de uma variação possível de 0 a 78, o escore médio foi de  $51,95 \pm 5,60$ , na ótica das crianças.

## DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa sugerem que crianças com transtorno mental são menos autônomas e causam maior sobrecarga aos seus cuidadores.

A literatura brasileira da área, indica as mães como as principais cuidadoras dos pacientes e que elas sentem mais sobrecarga do que os demais familiares<sup>12,13</sup>.

Os resultados do presente estudo confirmaram essa tendência, na amostra estudada, a maioria dos cuidadores eram mulheres, principalmente representadas pelas mães dos pacientes.

A maior porcentagem de familiares morando com os pacientes pode contribuir para a elevada frequência de tarefas de assistência realizadas pelos cuidadores.

Maes et al.<sup>14</sup> relataram que devido a esta frequência, as tarefas cotidianas de assistência aos pacientes acarretam elevada sobrecarga objetiva para a maioria dos cuidadores.

Neste trabalho, outras fontes de sobrecarga, nesse caso subjetiva, observadas, foram as alterações na vida dos familiares em função do papel do cuidador. Os familiares perceberam um elevado grau de alterações permanentes em suas vidas sociais e profissionais, acarretando elevada sobrecarga. Esses resultados confirmam dados da literatura, pois as restrições do lazer e de atividades sociais são as principais alterações permanentes na vida dos cuidadores e que tais restrições geram elevada sobrecarga nesses familiares<sup>15,16</sup>.

No que se refere a supervisão de comportamentos problemáticos dos pacientes, dentro da vida do cuidador, foi gerada uma sobrecarga subjetiva nos familiares, apesar de não ocorrer frequentemente. Os resultados mostraram que a maioria dos familiares sentiu elevado grau de incômodo ao supervisionar qualquer comportamento problemático dos pacientes, corroborando estudos anteriores que já haviam identificado essa dimensão como geradora de sobrecarga<sup>13,17</sup>. Estes resultados podem contribuir para auxiliar os serviços de saúde mental e adaptarem seu atendimento, fornecendo especial suporte para essas dimensões geradoras de maior sobrecarga aos familiares, particularmente, sobre como lidar com os comportamentos problemáticos dos pacientes.

**Tabela 2.** Médias, desvios-padrão dos escores das subescalas da FBIS-BR dos cuidadores (N=26).

DIMENSÃO		MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Assistência na vida cotidiana	Objetiva	2,73	0,65
	Subjetiva	1,73	0,75
Supervisão aos comportamentos problemáticos	Objetiva	1,65	0,85
	Subjetiva	3,10	0,95
Impacto na rotina	Objetiva	1,52	0,73
Preocupações com o paciente	Subjetiva	3,14	0,93
Escore global objetivo		1,96	0,66
Escore global subjetivo		2,66	0,78

Os dados publicados<sup>18,19</sup>, e também os nossos, demonstram que o reconhecimento da importância da participação dos familiares como cuidadores dos pacientes e a sobrecarga resultante desse papel, de suas contribuições e das dificuldades que enfrentam constitui um passo decisivo para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas de atendimento comunitário sensíveis às necessidades dessa população, tais como implantação de grupos psicoeducativos, visitas domiciliares regulares e auxílio para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da sobrecarga. O auxílio aos familiares constitui uma intervenção importante em saúde mental, e tem a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida deles e aumento da chance de reinserção social dos pacientes<sup>18</sup>.

**Tabela 3.** Medida descritiva dos escores de QV e suas dimensões, segundo a AUQUEI (N = 26).

DIMENSÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Função	7,9	1,55
Família	10,7	2,29
Autonomia	<b>6,9</b>	1,29
Lazer	7,2	2,09
ESCORE GLOBAL DE QV	51,95	5,60

> 48 – qualidade de vida esperada

< 48 – qualidade de vida prejudicada

Outros trabalhos<sup>14,19</sup> também referem a necessidade de identificação de fatores ambientais associados à condição de risco para transtornos emocionais/comportamentais. As análises multivariadas descrevem que, com exceção dos problemas de conduta, diferentes problemas de saúde mental estão associados a fatores ambientais diversos<sup>15,20</sup>. A ansiedade em crianças tem sido associada à imprevisibilidade e incontrolabilidade do ambiente, assim como à ansiedade dos pais, e esta última associação pode refletir influência genética ou ambiental. Estudos anteriores<sup>7,15</sup> encontraram associação entre persistência de sintomas de hiperatividade e indicadores de desvantagem social e instabilidade familiar. Porém, a organização da vida diária, expressa em maior estruturação do ambiente, pode ter efeito benéfico no comportamento.

Portanto parece consensual que estas doenças afetam não só as vidas dos pacientes, como também repercutem na família como um todo, afetando as relações interpessoais e alterando o estilo de vida<sup>20</sup>.

Assim, estudos relacionados aos cuidadores mostram que a presença de uma criança com problemas na saúde mental como comportamentos disruptivos, de ansiedade, de externalização, de afeto de humor, ou ainda hiperatividade e desatenção, entre outros, podem gerar mudanças no ambiente doméstico e causar impacto negativo nos membros da família<sup>21</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados permitiram avaliar a sobrecarga percebida pelo cuidador de crianças com transtornos mentais.

A sobrecarga de ordem emocional evidenciada no estudo, demonstra o sofrimento dos cuidadores frente à tensão cotidiana em seus lares, ao convívio com o sofrimento do outro, a dúvida de como atuar frente aos comportamentos apresentados na crise, tornando dessa forma o cuidador alvo de atenção do serviço de saúde mental.

A geração de informações sobre o cuidador destas crianças poderá auxiliar no estabelecimento de intervenções para melhorar sua QV e, conseqüentemente, influenciar de modo positivo os pacientes a ele vinculados. Porém, é necessária a realização de mais estudos direcionados a esse tema, a fim de buscar estratégias para melhora da QV desse cuidador.

## REFERÊNCIAS

1. Fleitlich B, Goodman R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;4:24-2.
2. Vitolo YRC, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Bordin IAS. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Rev Saúde Pública* 2005;39:716-24.
3. Beck CT. Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis. *J Adv Nurs* 1999;29:623-9.
4. Zarit, S. H. Interventions with family caregivers. In S. H. Zarit & B. G. Knight (Eds.), *A guide to Psychotherapy and Aging*, 1997;3:139-59.
5. Ferriolli S, Marturano E, Puntel L. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2007;41:251-9.
6. Hoher SP, Wagner ADL. Diagnosis and guidance to parents of especial needs children: a professional issue. *Estud psicol* 2006;23:113-25.
7. Gill SK, Coffey BJ, Park KS. Depressão na infância e na adolescência: manifestações clínicas, patogênese e tratamento. In: Lafer B, Almeida OP, Fraguas Jr R, Miguel EC, editores. *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000, p.232-45.
8. Nakamura E. Antropologia. In: Assumpção Junior F, Kuczynski E, organizadores. *Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2003, p.59-62.
9. Pavuluri MN, Naylor MW, Janicak PG. Recognition and Treatment of Pediatric Bipolar Disorder. *Contemporary Psychiatry* 2002;1:1-10.
10. Rowland AS, Umbach DM, Catoe KE. Studying the epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder: screening method and pilot results. *Can J Psychiatry* 2001;46:931-40.

11. Assumpção F JR, Francisco B, Kuckynski E, Sprovieri MH, Aranha EM. Quality of life evaluation scale (AUQEL): validity and reliability of a quality of life scale for children from 4 to 12 years-old. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2000;58:119-27.
12. Bandejas M, Calzavara MGP, Freitas L, Barroso S. Escala de sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos (FBIS-BR): estudo de confiabilidade da versão brasileira. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:47-50.
13. Pegoraro RF, Caldana RH. Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Psicologia em Estudo*. 2006;11:569-77.
14. Maes B, Broekman TG, Dosen A, Nauts J. Caregiving burden of families looking after persons with intellectual disability and behavioural or psychiatric problems. *J Intellect Disabil Res* 2003;47:447-55.
15. Stein E, Evans B, Mazumdar R, Rae-Grant N. The mental health of children in foster care: a comparison with community and clinical samples. *Can J Psychiatry* 1996;41:385-91.
16. Noll JG, Trickett PK, Harris WW, Putnam FW. The cumulative burden borne by offspring whose mothers were sexually abused as children: descriptive results from a multigenerational study. *J Interpers Violence* 2009;24:424-49.
17. McMahon TJ, Luthar SS. Defining characteristics and potential consequences of caretaking burden among children living in urban poverty. *Am J Orthopsychiatry* 2007;77:267-81.
18. Cooper C, Robertson MM, Livingston G. Psychological morbidity and caregiver burden in parents of children with Tourette's disorder and psychiatric comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1370-5.
19. Magnificat S. Quality of life of children and adolescents after kidney or liver transplantation: child, parents and caregivers point of view. *Pediatr Transplant* 2003;7:228-35.
20. Grey IM, Honan R, McClean B, Daly M. Evaluating the effectiveness of teacher training in Applied Behaviour Analysis. *J Intellect Disabil Res* 2005;9:209-27.
21. Takahashi M, Tanaka K, Miyaoka H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:473-80.