

Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental

Anxiety and depression in the caregiver of the family member with mental disorder

Denise Martins Dourado, Josiane Alves Rolim, Neli Machado de Souza Ahnerth, Neuzilane Medeiros Gonzaga, Eraldo Carlos Batista

Resumo

O objetivo com este estudo foi analisar a relação entre sintomas de ansiedade e depressão no cuidador familiar de pessoa em tratamento psiquiátrico. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva realizada com 40 cuidadores de ambos os sexos. Utilizaram-se para a coleta de dados o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI). Os resultados revelaram que a maioria da população estudada apresentava sintomas leves e moderados de ansiedade e depressão, e 47,5% já faziam algum tipo de tratamento. Verificou-se uma correlação significativa entre os resultados do BDI e do BAI, e que os índices de ansiedade estavam positivamente relacionados ao tempo durante o qual o cuidador era responsável pelo paciente. Concluiu-se que a presença de sintomas depressivos e ansiosos entre os cuidadores evidencia a importância da efetivação das estratégias de apoio psicossocial da equipe de saúde mental a esse grupo.

Palavras-chave

Cuidador familiar, ansiedade, depressão, saúde mental.

Abstract

The objective with this study was to analyze the relation between symptoms of anxiety and depression in the family member caregiver in psychiatric treatment. This is a quantitative and descriptive research, performed with 40 caregivers of both genders. For data collection, we used the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI). The results showed that most of the studied population presented minor to moderated symptoms of anxiety and depression, and 47.5% was already in some type of treatment. It was verified a significant correlation between BDI and BAI results and that anxiety indexes were positively related to the time that the caregiver was responsible for the patient. Therefore, it is concluded that the presence of anxiety and depression symptoms among caregivers highlights the importance of using strategies for psychosocial support from the mental health team to this group.

Keywords

Family caregiver, anxiety, depression, mental health.

Denise Dourado

Faculdade de Rolim de Moura - FAROL

Graduada em Psicologia pela Faculdade de Rolim de Moura – FAROL.

denise.dourado.2010@hotmail.com

Josiane Alves Rolim

Faculdade de Rolim de Moura - FAROL

Graduada em Psicologia pela Faculdade de Rolim de Moura – FAROL.

josiane_rolim20@hotmail.com

Neli Ahnerth

Faculdade de Rolim de Moura - FAROL

Graduada em Psicologia pela Faculdade de Rolim de Moura – FAROL.

neli01ahnerth@hotmail.com

Neuzilane Gonzaga

Faculdade de Rolim de Moura - FAROL

Graduada em Psicologia pela Faculdade de Rolim de Moura – FAROL.

lane_cliffe@hotmail.com

Eraldo Carlos Batista

Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica (PUC/RS), Mestre em Psicologia pela Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Especialista em Saúde Mental pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e Professor Substituto da UNIR.

eraldo.cb@hotmail.com

Introdução

As mudanças ocorridas no campo da saúde mental não somente modificaram o modelo de atendimento ao usuário como também proporcionaram uma reflexão sobre o papel desempenhado pelo cuidador familiar nesse percurso. Por meio da implementação do atendimento psiquiátrico comunitário, foi ampliada a participação dos familiares no tratamento dos pacientes em sofrimento psíquico (BONFADA et al., 2013).

Essas mudanças de paradigmas tiveram como marca fundante a Reforma Psiquiátrica, que tinha em seu cerne a desinstitucionalização da pessoa em sofrimento mental. O movimento reformista substituiu o modelo hospitalocêntrico, pautado em internações e na segregação do familiar em tratamento psiquiátrico, por um modelo mais humanizado, dentro de um contexto de atendimento psicossocial com a finalidade de reinserir essas pessoas em seus lares e no meio social (BATISTA, 2016; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

No processo de desinstitucionalização, a pessoa em tratamento psiquiátrico adquire o direito de conviver em sociedade, e a família assume o papel sobre o cuidado e a manutenção, bem como sobre o processo de tratamento. Nessa função a família abrange um contexto de cuidado que envolve a responsabilidade sobre a vida do familiar em sofrimento psíquico, atuando como mediadora das atividades desenvolvidas por ele (BONFADA et al., 2013).

No entanto, cabe ressaltar que, embora a desinstitucionalização tenha o foco na família como protagonista no processo de reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento mental, a delegação dessa função dentro do contexto familiar nem sempre é feita de forma harmônica ou democrática e/ou de forma voluntária. Assim, a figura do cuidador principal surge dentro da família, que geralmente assume sozinho ou com pouco auxílio dos demais a responsabilidade direta pelo cuidado do doente mental. Desse modo, a família escolhe quem é mais capaz ou, quando não há alternativa, quem está disponível, e nesse sentido essa injunção pode provocar um alto nível de estresse, visto que o ato de cuidar não foi instintivo (BAPTISTA et al., 2012). Cabe ao cuidador os principais cuidados primários, como alimentação, vestuário, higiene, administração de remédios e finanças, recaindo sobre ele uma sobrecarga física e emocional, comprometendo sua saúde mental (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

A transferência da responsabilidade do cuidado aos pacientes psiquiátricos para o cuidador representou uma série de dificuldades, uma vez que, diante da complexidade da nova atividade, em razão da natureza grave da doença mental, o cuidador submete-se a constantes eventos estressores, como alterações da rotina doméstica, restrições das atividades sociais e profissionais, sobrecarga financeira, além de reações emocionais, como sentimento de incômodo na realização de tarefas de assistência cotidiana e preocupações com o paciente no curso dessas doenças (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012), situação que quase sempre afeta as relações familiares.

Assim, a rotina cotidiana do cuidador é alterada em detrimento ao exercício do cuidado. Muitas vezes o cuidador precisa abdicar das suas atividades pessoais e sociais e se voltar quase exclusivamente à atenção ao familiar em sofrimento mental. Em outros casos, é necessário ampliar sua jornada produtiva para suprir as novas necessidades financeiras, como o alto custo da medicação, o tratamento, a alimentação, entre outras (PEGORARO; CALDANA, 2008). E, se não houver orientação e preparo desse cuidador por profissionais de saúde mental, o seu sofrimento psíquico poderá ser ainda maior (BESSA; WAIMAN, 2013).

Desse modo, a falta de suporte e apoio da equipe de saúde mental, somada ao despreparo do familiar ao assumir a função de cuidador têm levado este, gradativamente, também ao adoecimento mental. Dentre os sintomas apresentados, destacam-se os de ansiedade e depressão, decorrentes, muitas vezes, do tempo dedicado ao cuidado (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; OSTOJÍĆ et al., 2014).

Ansiedade

A ansiedade, uma das emoções humanas básicas, é uma reação que faz parte do estado emocional e fisiológico do ser humano responsável por alertar, por meio do organismo, quando há perigo iminente, impulsionando-o e motivando-o a se defender. Ou seja, é uma sensação ou sentimento decorrente da excessiva excitação do Sistema Nervoso Central (SNC) que está ligada a uma emoção vazia e desagradável de medo e inquietação, definida por diversas manifestações de tensão e desconforto provenientes de antecipação de perigo ou de algo desconhecido ou estranho que possa vir a ocorrer (CASTILLO et al., 2000).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), o transtorno de ansiedade se caracteriza por medo e ansiedade em excesso que acarretam agitações no comportamento, em que o medo é a resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Ainda segundo o referido Manual, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, sendo o medo mais frequentemente associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, levando o indivíduo à luta ou à fuga, e a ansiedade mais frequentemente associada à tensão muscular ou incubação para futuras ameaças que possam aparecer.

A pessoa com ansiedade, além de ter os sentimentos indesejáveis associados ao transtorno, faz o possível para evitar situações que provoquem essa resposta emocional. Conseqüentemente, ela pode ter dificuldade para realizar trabalhos, desfrutar de seus momentos de lazer ou participar de atividades sociais com seus familiares. Quando a ansiedade é generalizada, ou seja, quando os sintomas excessivos estão presentes na maior parte dos dias, a pessoa vive angustiada, tensa, preocupada, nervosa ou irritada (DALGALARRONDO, 2008).

No entanto, conforme a Classificação Internacional de Doenças – 10, a ansiedade pode ser acompanhada de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que essas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves (CID-10, 2012). Nesse sentido, Beltrami, Souza e Dias (2013) afirmam que a ansiedade, como qualquer outro transtorno, é estabelecida em vários aspectos e em variados níveis de desenvolvimento, pois ocorre que em muitos casos a ansiedade converge para a depressão, uma vez que ela está sujeita a alterações de humor acompanhadas de uma enorme tristeza. A síndrome mista de ansiedade e depressão caracteriza-se pela presença de sintomas das duas síndromes, mas nenhuma é grave o suficiente para, por si só, constituir um diagnóstico (DALGALARRONDO, 2008; CID – 10, 2012).

Depressão

O conceito de depressão é abrangente e pode ser utilizado tanto para caracterizar um sintoma quanto uma síndrome ou uma doença. O seu

desenvolvimento se deu a partir das superações dogmáticas e místicas que explicavam os transtornos mentais até o final da Idade Medieval. Usados inicialmente para designar um estado de desânimo ou perda de interesse, os transtornos depressivos têm como características a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo, com perda do interesse ou do prazer nas atividades, dificuldade para pensar ou se concentrar e com pensamentos recorrentes sobre morte e outros (DSM – V, 2014).

De acordo com a CID – 10 (2012), nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão (leve, moderado ou grave), o paciente apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Surgem também alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse e diminuição da concentração associada geralmente à fadiga acentuada, mesmo após um esforço mínimo. Quanto aos subtipos, a depressão é classificada como transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, episódio ou fase depressiva e transtorno depressivo recorrente, depressão atípica, depressão psicótica, estupor depressivo, depressão agitada ou ansiosa, depressão secundária ou orgânica (DALGALARRONDO, 2008).

Entretanto, cabe ressaltar que o termo depressão pode estar associado a diferentes significados. Ele pode se referir a um sintoma ou queixa equivalente à tristeza ou humor triste, e, nesse caso, vale lembrar que a tristeza pode estar presente em situações patológicas, mas é, antes de tudo, um sentimento humano normal manifestado para expressar um estado afetivo natural. Dessa maneira, quando se fala em síndrome depressiva, pode-se classificá-la como primária e secundária. “A depressão primária (genuína, idiopática ou essencial) caracteriza-se pelo desconhecimento de sua causa. A depressão secundária, por sua vez, é associada a fatores causais bem definidos, como substâncias exógenas”, entre elas está o medicamento anti-hipertensivo (CHENIAUX, 2013).

Quanto a sua prevalência, a depressão é um dos transtornos mais comuns encontrados por profissionais de saúde mental. Na atualidade, é considerada uma das patologias de maior evidência, sendo reconhecida como um problema prioritário de saúde pública. Estimativas atuais sugerem que a depressão é uma das doenças mais caras do mundo, pois acomete cerca de 121 milhões de pessoas, sendo considerada a segunda causa de incapacitação em pessoas de 15 a 44 anos de idade (DALGALARRONDO, 2008).

O tratamento medicamentoso para pacientes depressivos, segundo Romano-Silva et al. (2013), ocorre em três fases: aguda, de continuação e de manutenção. A fase aguda é aquela do início do tratamento, com duração de 6 a 12 semanas; a fase de continuação vem logo em seguida, tendo duração de 4 a 9 meses com o objetivo de prevenir recaídas; e a fase de manutenção serve para evitar a ocorrência de episódios depressivos, mantendo o antidepressivo na mesma dose em que foi alcançada a melhora do paciente, para que o tratamento continue sendo eficaz, e o paciente possa levar uma vida normal como uma pessoa qualquer.

Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em cuidador familiar

Vários estudos têm apontado para a prevalência de algum tipo de transtorno mental, sobretudo de síndromes depressivas e ansiosas, em cuidadores familiares (PAWLOWSKI et al., 2010; BARROSO; BANDEIRA;

NASCIMENTO, 2007; GOMES; SILVA; BATISTA, 2018; GARBELINI, 2014; KUO et al., 2013; SILVA; BATISTA; CERQUEIRA, 2017). Esses estudos têm concluído que o exercício do cuidado à pessoa com transtorno mental ao longo do tempo pode estar associado ao adoecimento do cuidador.

Embora as pesquisas apresentem divergências em seus resultados, estudos voltados para a questão dos cuidadores têm encontrado, em casos de depressão, correlações entre a idade e a gravidade dos sintomas. Pawlowski et al. (2010), ao realizarem um estudo com 101 cuidadores e 84 não cuidadores de pacientes com transtorno mental, encontraram sintomas de depressão nos familiares cuidadores. Na referida pesquisa, foi utilizada a Escala de Beck (BDI), e, por meio dos seus resultados, identificou-se que os cuidadores com faixa etária entre 56 e 64 anos foram os que mais apresentaram índice elevado de depressão.

A sobrecarga do cuidador também tem sido associada ao seu adoecimento psíquico. Segundo a pesquisa de Barroso, Bandeira e Nascimento (2007) com uma amostra de 150 familiares, concluiu-se que a maioria dos familiares participantes que cuidavam dos pacientes sofriam de algum transtorno psicológico. De acordo com os autores, 75,3% avaliaram que a sobrecarga de cuidar de seus familiares em sofrimento mental causava impacto permanente em suas vidas. Foi revelado, ainda, que 84% dos cuidadores residiam com o paciente, e que o fato de ajudar seus familiares com tarefas cotidianas ocasionava elevada carga objetiva; e, em relação à sobrecarga subjetiva, o que mais prevaleceu foi o incômodo de supervisionar seus comportamentos problemáticos e as mudanças permanentes nas vidas social e profissional à que eles tiveram que se submeter.

Estudos evidenciaram que os sintomas apresentados por pacientes com transtornos psiquiátricos, como delírio, ansiedade, depressão e comportamentos agressivos, geram um aumento de sobrecarga no cuidador familiar, interferindo em sua saúde mental e na sua qualidade de vida. Isso demonstra que a depressão do paciente está comumente associada à depressão do cuidador familiar (KUO et al., 2013).

Fava, Silva e Silva (2014), em um estudo com 37 cuidadores familiares, constataram que 78% apresentaram sobrecarga moderada e severa, demonstrando que o ato de cuidar de um familiar com transtorno mental acarreta sérias desordens físicas e mentais na vida dos cuidadores. Pesquisa realizada por Garbelini (2014) com 101 cuidadores familiares apontou que a maioria era do sexo feminino, 49,5% apresentaram sintomas de ansiedade e 45,5% apresentaram sintomas de depressão. Na referida pesquisa foi constatado que os sintomas de depressão não apresentaram associação direta com a funcionalidade familiar, porém essa variável se mostrou avançada quando relacionada à sobrecarga oriunda da função de cuidador; já na ansiedade, a associação ocorreu com a funcionalidade familiar.

Estudos com cuidador familiar de pacientes com outras patologias também têm apontado para a presença de sintomas depressivos e ansiosos. Ferrara et al. (2008), em uma investigação com 200 cuidadores, encontraram aumento no grau de ansiedade e depressão no cuidador proporcional à gravidade da doença do paciente. Estudo realizado com 30 cuidadores de pacientes idosos acamados realizado por Silva, Batista e Cerqueira (2017) constatou que 63,3% dos participantes faziam uso de fármacos ansiolíticos e/ou antidepressivos.

Dessa maneira, ao considerar que a assistência à saúde mental em algumas regiões do País, sobretudo aquelas mais isoladas na região Amazônica, como o local da atual pesquisa, ainda acontece de forma desigual, como aponta Batista (2016), este estudo se justifica pela necessidade de investigar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em cuidador familiar que habita a região da Zona da Mata do

Estado de Rondônia, na Amazônia Ocidental, considerando a vulnerabilidade social, econômica e de acesso à saúde em que se encontra esse grupo.

Assim, o propósito com essa pesquisa foi responder às seguintes questões: qual a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em cuidador de um familiar em tratamento psiquiátrico na região da Zona da Mata do Estado de Rondônia? Quais as relações entre variáveis sociodemográficas e o nível de depressão e ansiedade nesses cuidadores? Para responder a tais questionamentos, neste estudo teve-se por objetivo analisar os níveis de depressão e ansiedade e suas relações com outras variáveis em cuidador familiar de pessoa em tratamento psiquiátrico. Desse modo, com este trabalho se colabora com outros que buscam, por meio de vieses variados, investigar o impacto do cuidado na saúde psíquica do cuidador.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa. A amostra, por conveniência, foi composta por 40 cuidadores familiares de pacientes em tratamento psiquiátrico atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Zona da Mata do Estado de Rondônia. A região é composta por oito municípios e possui uma população superior a 151.000 habitantes; a região local da pesquisa possui apenas uma unidade de referência à saúde mental que faz atendimento psiquiátrico.

Definiu-se como cuidador a pessoa que assume o papel de assistir o familiar que necessita de ajuda no desempenho de suas atividades diárias, como alimentação, locomoção, banho, entre outras. Foram incluídos cuidadores com idades iguais ou superiores a 18 anos e que se identificassem como cuidadores principais. Foram excluídos os cuidadores menores de idade e aqueles que possuísem histórico de depressão e ansiedade anterior ao diagnóstico do familiar.

Para a coleta de dados, utilizaram-se três instrumentos de pesquisa: um questionário sociodemográfico, contendo informações sobre características pessoais, familiares e da dinâmica em relação ao cuidado do familiar em tratamento psiquiátrico; o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI), instrumento constituído por 21 itens com afirmações descritivas de sintomas de ansiedade a serem avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, em escala de 4 pontos, que, conforme o Manual, refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma: 1) “Absolutamente não”; 2) “Levemente: Não me incomodou muito”; 3) “Moderadamente: Foi muito desagradável, mas pude suportar”; 4) “Gravemente: Dificilmente pude suportar”; e o Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI), uma escala de autorrelato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de 0 a 3.

O contato inicial foi realizado com o diretor da Instituição, com o objetivo de fornecer informações a respeito do estudo, combinar procedimentos operacionais e obter consentimento. Em seguida, os participantes foram abordados nos dias de atendimento psiquiátrico do familiar no referido CAPS. Nesse momento, foram feitos todos os esclarecimentos em relação ao estudo e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos foram aplicados de forma individual em uma sala da própria Instituição por aproximadamente 30 minutos. Excepcionalmente, em razão de problemas de ordem pessoal, três participantes responderam aos instrumentos em

suas residências. Os dados foram submetidos à análise estatística, por meio de testes descritivos, para uma análise exploratória, a partir dos quais foram realizados estudos de frequência e percentual, teste de correlação de Spearman's rho e testes de Friedman e de Mann-Whitney no Programa SPSS 15.0.

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Rolim de Moura (FAROL), sob o Parecer de número 1.201.684 e CAAE nº 47439015.2.0000.5605.

Resultados

Na amostra coletada, 50% (n=20) estavam com idades entre 41 e 60 anos; 25% (n=10), com mais de 60 anos; 17,5% (n=7), entre 26 e 40 anos; e 7,5% (n=3), entre 18 e 25 anos. No que se refere ao gênero dos cuidadores, 72,5% (n=29) eram do sexo feminino e 27,5% (n=11), do sexo masculino. Em relação ao estado civil, 65% (n=26) se declararam casados ou em união estável, 15% (n=6), divorciados/separados, 12,5% (n=5), solteiros e 7,5% (n=3), viúvos.

No que se refere à escolaridade dos sujeitos, 17,5% (n=7) informaram que tinham o ensino fundamental incompleto, 10% (n=4), o médio; 27,5% (n=11), eram analfabetos; 17,5% (n=7), o ensino superior; e 27,5% (n=11), o ensino fundamental completo. Dos participantes da pesquisa, 60% (n=24) identificaram-se como provedores da família e 40% (n=16) disseram que não eram responsáveis financeiramente. Quanto ao tempo de cuidado exercido, 12,5% (n=5) dos colaboradores relataram que se encontram na condição de cuidador principal há menos de dois anos; 25% (n=10), entre dois anos e quatro anos e 11 meses; 27,5% (n=11), entre cinco anos e nove anos e 11 meses; e 35% (n=14) cuidavam há mais de 10 anos, como mostrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos cuidadores (2016)

Fonte: os autores.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	Nº	%
Sexo	Feminino	29	72,5
	Masculino	11	27,5
	Total	40	100
Idade	18-25	3	7,5
	26-40	7	17,5
	41-60	20	50
	+60	10	25
	Total	40	100
Estado civil	Solteiro	5	12,5
	Casado/união estável	26	65
	Divorciado/separado	6	15
	Viúvo	3	7,5
	Total	40	100
Renda familiar	Menos de um salário	11	27,5
	Um salário	9	22,5
	Dois salários	14	35
	Mais de dois salários	6	15
	Total	40	100
Provedor principal	Sim	24	60
	Não	16	40
	Total	40	100
Escolaridade	Analfabetos	11	27,5

	Fundamental incompleto	7	17,5
	Fundamental completo	11	27,5
	Médio	4	10
	Superior	7	17,5
	Total	40	100
Cuidador em tratamento	Sim	19	47,5
	Não	21	52,5
	Total	40	100

No que se refere à escolaridade dos sujeitos, 17,5% (n=7) informaram que tinham o ensino fundamental incompleto, 10% (n=4), o médio; 27,5% (n=11), eram analfabetos; 17,5% (n=7), o ensino superior; e 27,5% (n=11), o ensino fundamental completo. Dos participantes da pesquisa, 60% (n=24) identificaram-se como provedores da família e 40% (n=16) disseram que não eram responsáveis financeiramente. Quanto ao tempo de cuidado exercido, 12,5% (n=5) dos colaboradores relataram que se encontram na condição de cuidador principal há menos de dois anos; 25% (n=10), entre dois anos e quatro anos e 11 meses; 27,5% (n=11), entre cinco anos e nove anos e 11 meses; e 35% (n=14) cuidavam há mais de 10 anos, como mostrado na Tabela 1.

Em relação à saúde do cuidador, 52,5% (n=21) dos cuidadores faziam algum tipo de tratamento, e entre as patologias mencionadas estão: ansiedade, depressão, estresse, problemas cardíacos, diabetes, doença de chagas, pressão alta, problemas decorrentes do período da menopausa e doenças ortopédicas e neurológicas.

Quanto ao diagnóstico do familiar em tratamento, os cuidadores relataram que 35% (n=14) foram diagnosticados com esquizofrenia, 32,5% (n=13), com depressão, 12,5% (n=5) afirmaram que o diagnóstico era transtorno psicótico, 7,5% (n=3), outros transtornos e 12,5% (n=5) não sabiam qual era o diagnóstico do paciente, como demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Diagnóstico do familiar apresentado pelo cuidador (2016)

Fonte: os autores.

Diagnóstico do paciente	DESCRIÇÃO	Nº
Esquizofrenia	14	35
Depressão	13	32,5
Transtorno psicótico	5	12,5
Transtorno bipolar	1	2,5
TOC	1	2,5
Demência	1	2,5
Não sabia	5	12,5
Total	40	100

Os resultados referentes à ansiedade, identificada por meio do BAI, indicaram que o estágio mínimo foi de 40% (n=16), o leve apresentou 22,5% (n=9), o moderado apontou 20% (n=8) e o grave, 17,5% (n=7), conforme indicado na Tabela 3.

Tabela 3 – Classificação dos sintomas de ansiedade (2016)

Fonte: elaborada pelos autores com base na Escala de Beck – BAI (CUNHA, 2001).

Sintomas de ansiedade	DESCRIÇÃO	Nº
Mínimo	16	40,0
Leve	9	22,5
Moderado	8	20,0

Grave	7	17,5
Total	40	100,0

Dos sete participantes que se encontravam em estágio grave, seis eram do sexo feminino e apenas um era do sexo masculino, demonstrando predominância feminina. Quanto à faixa etária, os cuidadores estão distribuídos da seguinte maneira: três estão entre 41 e 60 anos, dois estão entre 18 e 25 anos e dois estão com mais de 60 anos.

Na aplicação do Inventário de Depressão de Beck, 42,5% (n=17) evidenciaram uma predominância de sintomas mínimos, enquanto 27,5% (n=11) apresentaram sintomas leves, 20% (n=8), moderados e 10% (n=4), sintomas graves de depressão, conforme mostrado na Tabela 4.

Tabela 4 – Classificação dos sintomas de depressão (2016)

Fonte: elaborada pelos autores com base na Escala de Beck – BDI (CUNHA, 2001).

Sintomas de depressão	DESCRIÇÃO	Nº
Mínimo	17	42,5
Leve	11	27,5
Moderado	8	20,0
Grave	4	10,0
Total	40	100,0

Os cuidadores que se encontravam no estágio grave de depressão eram todos do sexo feminino, distribuídos em todas as faixas etárias. Em relação ao tempo de cuidado, 50% (n=20) eram cuidadores há menos dois anos, 25% (n=10), de cinco a nove anos, 25% (n=10), há mais de 10 anos. Esses dados se assemelham aos achados de Fava, Silva e Silva (2014), ao investigarem a presença de indicadores de sobrecarga em 37 cuidadores informais de pessoas com transtornos mentais. No referido estudo, os autores constataram que 22% dos cuidadores exerciam a função há mais de 25 anos, e 59% eram cuidadores em tempo integral.

Foram realizadas análises de correlação de Spearman's rho entre os índices de ansiedade e de depressão e a idade do cuidador, sua escolaridade e o tempo em que ele é responsável pelo paciente. Os resultados das análises de correlações demonstraram que os índices de ansiedade estavam relacionados aos níveis de depressão, de modo que maiores índices de ansiedade estavam associados a maiores índices de depressão.

Os índices de ansiedade estavam positivamente relacionados ao tempo em que o cuidador era o principal responsável pelo paciente de tal forma que quanto maior o tempo em que o cuidador era o principal responsável pelo paciente, maiores eram os índices de ansiedade. Além disso, a escolaridade esteve positivamente associada à idade, com participantes mais velhos apresentando maiores níveis de escolaridade. Foi observado que todas as outras variáveis investigadas não estavam significativamente relacionadas aos índices de ansiedade e depressão, conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Relações entre os índices de ansiedade e de depressão e a idade do cuidador, sua escolaridade, o tempo de exercício de cuidado, o sexo do cuidador e o sexo do paciente (2016).

Fonte: os autores.

Nota: * - $p \leq 0,001$; a – Correlações de Spearman's rho; b – Correlações Ponto Bisserialis.

	1	2	3	4	5	6
1) Ansiedade						
2) Depressão	0,68 ^{*a}					
3) Idade	- 0,18 ^a	- 0,19 ^a				
4) Escolaridade	0,21 ^a	0,11 ^a	- 0,49 ^{*a}			
5) Tempo	0,41 ^{*a}	0,24 ^a	- 0,02 ^a	- 0,05 ^a		
6) Sexo do cuidador	0,29 ^b	0,15 ^b	0,09 ^a	0,23 ^b	-0,18 ^b	
7) Sexo do paciente	0,10 ^b	0,35 ^b	- 0,23 ^a	-0,07 ^b	-0,02 ^b	- 0,14 ^b

Além dessas análises, foram investigadas as relações entre as variáveis citadas e o sexo do cuidador e sexo do paciente por meio das correlações Ponto Bisserial. Foram utilizadas as correlações Ponto Bisserial, pois sexo dos cuidadores e pacientes se caracteriza como uma variável categórica.

A fim de analisar se os índices de ansiedade e depressão apresentavam diferenças segundo as características dos cuidadores e pacientes, foram realizados os testes de Friedman e de Mann-Whitney. As análises do teste de Friedman foram utilizadas para avaliar se havia diferenças entre os índices de depressão e ansiedade entre os grupos: idade do cuidador, transtorno do paciente, relação de parentesco com o paciente, se o cuidador trabalha ou possui alguma fonte de renda, tempo em que o cuidador é o principal responsável pelo paciente, escolaridade do cuidador e nível socioeconômico deste.

Os resultados da análise do teste de Friedman demonstraram que não foram observadas diferenças entre os índices de depressão e ansiedade nos grupos. Já as análises para investigar as diferenças nos índices de ansiedade e depressão de acordo com o sexo do cuidador e sexo do paciente foram realizadas por meio do teste de Mann-Whitney. Os resultados também demonstraram que não havia diferenças nos níveis de ansiedade e depressão considerando sexo do cuidador e sexo do paciente.

Discussão

Os resultados desta pesquisa permitiram identificar semelhanças e diferenças entre homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos em relação ao grau de sobrecarga que apresentam por exercerem o papel de cuidadores. Alguns desses resultados coincidem com os dados de outros estudos, o que permite consolidar o conhecimento a respeito da sobrecarga dos familiares, como é descrito a seguir.

Os dados encontrados mostraram que a maioria dos participantes se encontra na faixa etária entre 41 e 60 anos de idade. Quanto ao gênero, a predominância foi do sexo feminino em 72,5% da amostra estudada. Esses dados não causam estranheza, visto que já foram observados anteriormente em outros estudos (PEGORARO; CALDANA, 2008; CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; ROSA, 2011; GARCIA-ALBERCA et al., 2012).

Outro fator a ser destacado desse grupo (cuidador do sexo feminino) é o grau de parentesco dessas cuidadoras com o familiar em sofrimento mental, representado, em sua maioria, 47,5% (n=19), pelas mães, seguido de 25% (n=10) pelas filhas. É importante lembrar que o cuidado, historicamente, sempre associado às funções “naturalizadas” na esfera da reprodução social, que tem um componente de gênero, é considerado uma atividade feminina, e, frequentemente, essa função é remetida à mãe; na sua ausência ou na impossibilidade de exercer tal atividade, quem assume o seu lugar, na maioria das vezes, é a filha ou a irmã mais velha (ROSA, 2011). Em acréscimo, Zanello (2014) afirma que a atribuição do cuidado às mulheres

está atrelada aos valores de gênero, precisamente aos traços de caráter relacionais, que envolvem os aspectos de objeto e intensidade expressados pelas mulheres, por meio do hiperinvestimento nas relações e no cuidado com os outros, sobretudo, os filhos e o marido.

O que se observa é que a prática do cuidado à pessoa em sofrimento mental ainda continua se mostrando, direta ou indiretamente, associada à figura feminina como principal cuidadora, mesmo que a prevalência de mulheres cuidadoras que residem junto com o paciente se dê independente da sua condição consanguínea ou de cônjuge (PEGORARO; CALDANA, 2008), ainda que o exercício exclusivo dessa atividade possa convergir em adoecimento. Garcia-Alberca et al. (2012) observaram em seus estudos que após um tempo de cuidado as mulheres cuidadoras de um familiar em sofrimento mental apresentavam sintomas de depressão e ansiedade por tentativas frustradas de enfrentamento da situação.

Outro fator relevante a ser observado neste estudo é o diagnóstico do familiar em sofrimento mental, com destaque para esquizofrenia, 35% (n=14), e depressão, 32,5% (n=13). Ao analisar esse resultado, observou-se que todos os cuidadores que se encontram no estágio grave de ansiedade e/ou depressão cuidam de pacientes com esses diagnósticos, sugerindo que o cuidado ao familiar depressivo ou esquizofrênico parece provocar um desgaste psicoemocional maior no cuidador. A presença superior das hipóteses diagnósticas de esquizofrenia e depressão pode ser entendida como explicação da predominância do grupo com maior tempo de exercício de cuidado (mais de 10 anos) na atual pesquisa. Isso porque tanto a esquizofrenia quanto a depressão grave se enquadram à categoria dos transtornos de tratamento de longa duração, que requerem, na maioria dos casos, um acompanhamento familiar ininterrupto.

Os resultados do BAI apresentados em sua maioria em sintomas de níveis mínimos e leves de ansiedade podem ser interpretados como consequência do estado de alerta e medo das possíveis condutas que possam ser adotadas pelo familiar doente, ocorrendo-lhe alterações físicas e psicológicas ao mesmo tempo no cuidador (BESSA; WAIMAN, 2013). Além disso, é possível que outras comorbidades estejam associadas à origem da ansiedade apresentada, como problemas de coluna, hipertensão arterial, problemas cardíacos, estresse, tensão e nervosismo na família. Já os sintomas moderados e graves podem ser compreendidos como resultados de uma sobrecarga, em forma de enfermidade emocional e física, sendo verificada pela agitação da dinâmica familiar, pelo avanço das demandas oriundas dessa nova condição e pela falta de recursos de enfrentamento (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Os índices de ansiedade relacionados positivamente ao tempo como cuidador principal do paciente podem ser explicados pelo fato de que o cuidado de um familiar em tratamento psiquiátrico é permeado por sentimentos de desespero, preocupação e sofrimento. Esse resultado permite corroborar outros estudos, os quais têm identificado o efeito negativo da sobrecarga na saúde mental dos familiares, podendo originar transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; OSTOJÍĆ et al., 2014). Outros estudos apontam correlações positivas entre tempo de cuidado e adoecimento do cuidador (CAMARGO, 2010; FAVA; SILVA; SILVA, 2014).

Já os níveis de sintomas apresentados no BDI (depressão), apesar de a maioria ser de intensidade mínima e leve, denotam que os cuidadores estão vulneráveis ao adoecimento psíquico em detrimento ao cuidado. E podem estar associados ao tempo dedicado aos pacientes, quando o cuidador deixa de otimizar seus interesses e vida social. Esses resultados estão de acordo com estudos nacionais e internacionais com cuidador familiar de idosos com

Alzheimer e demência (PAWLOWSKI et al., 2010; OSTOJIC, et al., 2014; GARCIA-ALBERCA; LARA; BERTHIER, 2011; GARCIA-ALBERCA, et al., 2012).

A correlação positiva (0,68*) entre os escores das escalas BAI (ansiedade) e BDI (depressão) confirma a coexistência de sintomas depressivos e ansiosos. Essa coexistência pode ser entendida como comorbidade ou uma convergência mútua entre os transtornos (BELTRAMI; SOUZA; DIAS, 2013) ou, ainda mesmo, a existência de uma síndrome mista de ansiedade e depressão (DALGALARRONDO, 2008).

Considerações finais

Neste estudo objetivou-se investigar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em cuidadores de familiares em tratamento psiquiátrico. Os resultados encontrados por meio das escalas de ansiedade (BAI) e depressão (BDI) de Beck mostraram que a maioria dos participantes se encontra em níveis de sintomas ansiosos e depressivos mínimos e leves. Esses dados são possíveis indicadores de que esses cuidadores se encontram em estado de alerta. Já os sintomas de níveis moderados e graves apresentados em ambas as escalas podem ser explicados pelo número de cuidadores que já estão em fase de tratamento.

As análises mostraram correlação positiva entre os escores das escalas BAI e BDI. Não se encontraram relações significativas entre tempo de cuidado e sintomas depressivos, mas associação positiva com os sintomas de ansiedade, sugerindo que a função de cuidador ao longo do tempo pode se tornar estressante para esses sujeitos. Não foram encontradas relações significativas entre variáveis sociodemográficas e níveis de sintomas depressivos e ansiosos presentes nos resultados do BAI e BDI. Contudo, os determinantes e as desigualdades socioeconômicas em que se encontram esses cuidadores podem ser entendidos como fatores mediadores dessa relação.

Nesse caso, é possível pensar que o fato de estar expostos a uma situação de vulnerabilidade social e econômica, bem como de acesso à saúde pública parece contribuir para o agravamento dos quadros depressivos e ansiosos desses cuidadores. Além disso, o longo tempo de espera por atendimento no serviço público de saúde mental, a ausência de suporte domiciliar pela equipe psicossocial, somados à frustração por se sentirem incapacitados a algum tipo de reação, também podem provocar nesses cuidadores sentimentos mistos de tristeza e aflição.

Assim, como recomendação para futuras pesquisas, sugere-se que estudos sejam realizados a fim de avaliar a relação causal entre os determinantes sociais de saúde mental e o surgimento de sintomas de transtornos mentais, sobretudo os ansiosos e depressivos. O reconhecimento dessa possível relação poderá contribuir para o estabelecimento de estratégias e práticas relevantes, tanto em nível de prevenção quanto de intervenção no atendimento ao cuidador familiar. A realização de investigações com metodologias qualitativas e estudos longitudinais pode auxiliar na compreensão de outros aspectos subjetivos, como, por exemplo, a percepção dos cuidadores sobre o seu adoecimento, não contemplados nesta pesquisa.

Este estudo apresentou algumas limitações a serem superadas por pesquisas posteriores, e, portanto, seus resultados não podem ser generalizados. A amostra estudada foi relativamente pequena, e a escolha dos participantes não se constituiu por amostragem probabilística, o que sugere vieses na seleção dos participantes. Apesar dessas limitações, entende-se que este estudo é relevante para o entendimento da influência dos fatores

inerentes ao cuidado no adoecimento do cuidador. Os referidos achados permitirão instrumentalizar os profissionais de saúde mental no planejamento, na implementação e na avaliação de possíveis intervenções, objetivando uma assistência efetiva e qualificada, visando ao apoio e suporte ao cuidador familiar.

Sobre o artigo

Recebido: 22/08/2017

Aceito: 20/09/2017

Referências bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Tradução Maria Inês Correa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAPTISTA, B. O. et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 147-156, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a02.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

BATISTA, E. C. A saúde mental no Brasil e o atual cenário dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 2, n. 16, 2016. Disponível em: <<http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/534>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

BELTRAMI, L.; SOUZA, A. P. R.; DIAS, L. O. Ansiedade e depressão em mães de crianças com distúrbio de linguagens: a importância do trabalho interdisciplinar. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 515-530, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n3/a07v25n3.pdf>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

BONFADA, D. et al. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 227-233, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a04.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2015.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Actual Paul Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 588-594, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

CAMARGO, R. C. V. F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **SMAD – Revista Eletrônica Salud Mental Alcohol y Drogas**, v. 6, n. 2, 2010. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n2/2.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes e egressos de internação psiquiátrica. **Actual Paul Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 517-523, jan. 2012. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n4/v25n4a6.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

CASTILLO, A. R. G. L. et al. Transtorno de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 20-23, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3791.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2016

CHENIAUX, E. Psicopatologia e diagnóstico da depressão. In: QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (Org.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto alegre: Artmed, 2013. p. 39-48.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇA. CID-10. 10. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2012.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FAVA, M. C.; SILVA, N. R.; SILVA, M. L. Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. **Barbarói**, n. 41, p. 41, dez. 2014. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/4690/387>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

FERRARA, M. et al. Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 6, i. 1, p. 93, 2008. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-6-93>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

GARBELINI, A. S. **Funcionamento familiar como mediador da sobrecarga percebida, qualidade de vida, ansiedade e depressão de cuidadores familiares**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências – Programa de Enfermagem Psiquiatria) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-09012015-100223/en.php>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

GARCIA-ALBERCA, J. M. et al. Anxiety and Depression are associated with coping strategies in caregivers of alzheimer’s disease patients: result from the MALAGA-AD study. **International Psychogeriatrics**, v. 24, i. 8, 2012. Disponível em: <http://www.ianec.es/xinha_files/pdfs_publicaciones/2012_2.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2017.

GARCIA-ALBERCA, J. M.; LARA, J. P.; BERTHIER, L.M. Anxiety and depression in caregives are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer’s disease. **The International Journal of Psychiatry in.**, v. 41, i. 1, 2011. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/PM.41.1.f>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

GOMES, M. L. P.; SILVA, J. C. B.; BATISTA, E. C. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 10, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v10n1/v10n1a01.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

KUO, L. M. et al. A home-based training program improves taiwanese family caregivers’ quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.3853/full>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

OSTOJIĆ, D. et al. Prevalence of anxiety and depression in caregivers of Alzheimer's dementia patients. **Acta Clinica Croatica**, v. 53, i. 1, 2014. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/66f6/8a1037e1fe112a714185b829c36dde53390d.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

PAWLOWSKI, J. et al. Depressão e relação com idade em cuidadores de familiares portadores de síndrome demencial. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 15, n. 2, p. 173-180, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v15n2/06.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R, H, L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7579>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

ROMANO-SILVA, M. A. et al. Tratamento farmacológico da depressão. In: QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (Org.). **Depressão teoria e clínica**. Porto alegre: Artmed, 2013. p. 67-81.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, F. M.; BATISTA, E. C.; CERQUEIRA, G. R. O uso de fármacos ansiolíticos e antidepressivos pelo cuidador de idoso acamado. **Saúde em Foco**, v. 3, n. 2, p. 62-76, 2017. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1191/1206>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). **Saúde mental e gênero: diálogo, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.