

SOBRECARGA DE FAMILIARES EM PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA

SOBRECARGA DE LOS FAMILIARES SOMETIDOS A HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA OBLIGATORIA

OVERBURDEN OF FAMILY MEMBERS UNDERGOING COMPULSORY PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION

MANUELLA
CARDINAL ¹

ANA LAURA
EGGERS ¹

THAÍS CAROLINE
GUEDES LUCINI ¹

GABRIELA RUMI
GROSSI HARADA ¹

TAUANE PICININI ¹

ROGÉRIO LESSA
HORTA ²

¹ Universidade Feevale,
Novo Hamburgo, Rio
Grande do Sul, Brasil

² Secretaria Municipal de
Saúde - Alvorada - RS
- Brasil

RESUMO: Este artigo procura compreender como as famílias em processo de hospitalização compulsória manifestam a sobrecarga vivida no cuidado com o familiar adoecido. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, do tipo observacional, que acompanhou 87 famílias em processo de hospitalização psiquiátrica compulsória. Foram acompanhados os atendimentos com as famílias e depois, realizadas entrevistas de seguimento de 30, 90 e 180 dias. A partir da análise emergiram 5 categorias temáticas: o cuidado que se impõe, dificuldades de comunicação, riscos percebidos, expectativas mágicas e afastamento. O processo de cuidar traz mudanças complexas para a família e, a partir dos resultados, pode-se identificar os principais fatores da sobrecarga física, emocional e social. Pode-se concluir que o afastamento percebido nas falas dos cuidadores ocorre não pelo fato de desistirem, mas por adoecerem psiquicamente por estarem nessa condição de cuidador.

Palavras-chave: desgaste do cuidador; familiar cuidador; saúde mental; hospitalização.

RESUMEN: Este artículo busca comprender cómo las familias en hospitalización obligatoria expresan la sobrecarga vivida en el cuidado de su familiar enfermo. Se trata de un estudio observacional de casos múltiples, que siguió a 87 familias sometidas a hospitalización psiquiátrica obligatoria. Se monitorearon las consultas a las familias y luego se realizaron entrevistas de seguimiento a los 30, 90 y 180 días. Del análisis surgieron 5 categorías temáticas: los cuidados requeridos, las dificultades de comunicación, los riesgos percibidos, las expectativas mágicas y la separación. El proceso de cuidado trae cambios complejos a la familia y, a partir de los resultados, se pueden identificar los principales factores de sobrecarga física, emocional y social. Se puede concluir que el retraimiento percibido en los discursos de los cuidadores ocurre no porque desistan, sino porque enferman mentalmente por estar en esa condición de cuidadores.

Palabras clave: burnout del cuidador; cuidador familiar; salud mental; hospitalización.

ABSTRACT: The article aims to understand how families undergoing compulsory hospitalization manifest the burden they experience in caring for a sick family member. This is a multiple-case, observational study that followed 87 families undergoing compulsory psychiatric hospitalization. The care provided to the families was monitored and then follow-up interviews were carried out at 30, 90 and 180 days. Five thematic categories emerged from the analysis: self-imposed care, communication difficulties, perceived risks, magical expectations and withdrawal. The caregiving process brings complex changes to the family and, based on the results, the main factors of physical, emotional and social overburden can be identified. It can be concluded that the perceived distancing in the caregivers' statements occurs not because they give up, but because they become mentally ill as a result of being in this caregiver role.

Keywords: caregiver burnout; family caregiver; mental health; hospitalization.

<https://www.doi.org/10.38034/nps.v33i80.748>

Recebido em: 24/07/2023
Aceito em: 01/11/2024.

Quando há falha na articulação entre serviços, famílias e usuários, evidenciam-se as crises, que eventualmente mobilizam os pedidos de hospitalizações psiquiátricas compulsórias (Cardoso, Galera & Vieira, 2012). Hospitalizar alguém contra sua vontade deve ser indicado apenas quando há sinais de gravidade e risco no quadro clínico, sem possibilidade de retomada de cuidados em serviços não hospitalares, por desarticulação ou conflitos entre paciente, família e equipe técnica (Cardoso, Galera & Vieira, 2012).

Nos períodos críticos, com a intensificação da sintomatologia no adoecimento psíquico, as primeiras manifestações geralmente são percebidas no ambiente doméstico. Isso torna a família especialmente relevante na atenção às pessoas que vivem com transtornos mentais (Silva et al., 2021). A falta de amparo e dificuldades de aceitação do adoecimento, tanto pelos cuidadores quanto pelos próprios pacientes, pode intensificar o sofrimento de quem está envolvido no processo, prejudicando a integralidade do cuidado (Ferreira, Sampaio, Oliveira, & Gomes, 2019).

O ciclo pode ser mais amplo, uma vez que o paciente que vive com o adoecimento psíquico pode receber estímulos, informações e respostas de todos os membros do grupo familiar e de quem compartilha seu ambiente de domicílio. Uma crise ou agravamento do quadro clínico de uma das pessoas da família pode ser indicativo de outras formas de desequilíbrio ou sofrimento presente no grupo familiar como um todo.

A responsabilidade e a demanda contínua pelo cuidado podem promover o adoecimento, sobrecarregar o cuidador e prejudicar a pessoa que recebe os cuidados (SIN et al., 2021). A sobrecarga de alguns familiares pode trazer vulnerabilidades na relação paciente-família-serviço, consequentes das dificuldades vivenciadas, dos ajustes necessários na dinâmica familiar (Paula, Jorge, & Vasconcelos, 2019) e das preocupações que o excesso de tarefas impõe (Silva et al., 2021).

Os profissionais de saúde, por vezes, não percebem a família como um sistema de apoio, o que pode gerar menos proximidade e interações entre família e serviço (Paula et al., 2019; Pinho; Hernandez; & Kantorski, 2010). Os estudos conhecidos sobre os papéis das famílias nos cenários de atenção à saúde mental ainda não abordaram, de forma clara, o momento específico da eclosão de uma crise que leve à demanda de hospitalização psiquiátrica compulsória, tampouco as condições dos familiares responsáveis pelo cuidado. Ainda é um desafio inserir a família como protagonista no modelo atual de assistência à saúde mental, considerando as dificuldades que perpassam a manutenção do cuidado (Rosa, 2005) e, em um cenário crítico como o da hospitalização compulsória, o desafio pode ser ainda maior. Considerando isso, este estudo tem como objetivo compreender como as famílias em processo de hospitalização compulsória manifestam a sobrecarga vivida no cuidado a quem é identificado como paciente naquele momento.

MÉTODO

Este é um estudo observacional, do tipo estudo de casos múltiplos, onde 87 avaliações de famílias com demandas de hospitalização psiquiátrica compulsória foram acompanhadas, entre junho de 2020 e fevereiro de 2022. Os atendimentos ocorreram no ambulatório de saúde mental do município de Alvorada, Rio Grande do Sul, conhecido como CAIS, que possui atendimento integralmente voltado à rede pública de saúde. O CAIS é a referência para avaliação de demandas de hospitalização

psiquiátrica compulsória no município para pacientes não vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ao ser intimado a proceder avaliação em processo de hospitalização psiquiátrica compulsória, o serviço faz contato com a pessoa identificada como requerente e propõe atendimento conjunto de familiares (ou grupo de apoio equivalente) e paciente identificado, considerando a demanda judicial como expressão de conflito familiar. O atendimento pode ser realizado no ambulatório ou em visitas domiciliares (VD).

Tal proposta é fundamentada no atendimento sistêmico, promovendo diálogos que possibilitam emergir opiniões ou posições desses familiares em relação ao que está ocorrendo. A partir disso, tentar fazer emergir um consenso quanto à definição de problemas que os envolvem o grupo familiar, consolidando um contexto de autonomia em que os envolvidos podem desenvolver relações de colaboração para resolução da problemática instalada (Aun et al., 2010; Esteves De Vasconcellos, 2015). Nesse processo, o grupo familiar explora possibilidades de manter ou retomar os cuidados fora de um hospital ou confirma a hospitalização como melhor ou única alternativa naquele momento.

No primeiro encontro, era informada a natureza da pesquisa e, se todos estivessem de acordo, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as famílias ou grupos de apoio que ingressaram no programa eram elegíveis para o acompanhamento no estudo. A equipe do estudo era composta por médico psiquiatra e psicóloga, assim como acadêmicos do curso de medicina e psicologia, que acompanhavam os atendimentos e produziam diários de campo. Nesses, eram narrados livremente suas percepções, englobando dados específicos e objetivos de cada caso, mas, principalmente, impressões e questões observadas, como emoções expressas, movimentos e comunicação não verbal na cena terapêutica.

Foram realizadas entrevistas em profundidade, como seguimento de cada caso, nos intervalos de 30, 90 e 180 dias após o atendimento no CAIS, via chamada telefônica. Quem aceitava realizar a entrevista era convidado a falar livremente sobre a situação do paciente e da família, sendo empregadas, quando necessárias, indagações acerca do atendimento, dos motivos que a família compreendia como geradores da demanda da internação compulsória e qual fora o caminho percorrido até chegar nesse serviço de saúde, além de como se dava a divisão de tarefas para o cuidado com o paciente e as expectativas da família quanto ao tratamento. As entrevistas foram gravadas em arquivo de áudio e transcritas na íntegra.

Este artigo examina dados do acompanhamento de 87 avaliações em demandas de hospitalização compulsória e das 64 primeiras entrevistas de seguimento, focado no estudo de como se estabelecem as condições de inviabilidade de atendimentos extra-hospitalares, que levam pacientes e famílias a avaliações por demandas de hospitalizações psiquiátricas compulsórias. A primeira série de análises foi interrompida com base nos critérios de repetição e saturação da análise. Houve uma recusa ao longo do período em que se deu o estudo. Aquele grupo familiar não foi acompanhado pela equipe de pesquisa, nem seus dados incluídos no estudo, sem qualquer prejuízo para seu atendimento no serviço (CAIS).

Entrevistas com familiares e diários de campo foram submetidos à análise argumentativa, que consiste em identificação, em cada parágrafo ou porção de fala, de proposição principal, dados, apoios e refutações. A análise de cada arquivo foi feita sempre por duas pessoas da equipe de pesquisa; após comparadas suas marcações, as dúvidas foram sanadas com o julgamento de um terceiro membro sempre que surgiam dúvidas. O objetivo da análise argumentativa é condensar uma grande quantidade de material em registros significativamente menores, que permitam a análise sem perda da essência original (Bauer & Gaskell, 2017). Como base teórica, a análise adota

referencial sistêmico, na qual o interesse central é o foco na relação entre participantes das cenas familiares e entre estes e seu ambiente (Esteves De Vasconcellos, 2015).

As categorias a serem apresentadas foram definidas a partir da leitura e análises das entrevistas, alinhadas com os objetivos da pesquisa. A apresentação será composta de extratos de falas dos familiares entrevistados, sem disponibilização de qualquer dado que os identifique. Para fins de organização da análise, as pessoas foram distinguidas por combinações de letras, de forma aleatória, informando o grau de parentesco do entrevistado familiar do paciente e a qual entrevista de seguimento corresponde aquele recorte (30, 90 ou 180 dias após o atendimento).

A investigação obedece a critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 13 de abril de 2020 e vem sendo desenvolvido com recursos próprios dos pesquisadores e da Universidade Feevale.

RESULTADOS

A partir da análise das entrevistas, surgiram 5 temáticas principais que foram agrupadas na análise: o cuidado que se impõe, dificuldades de comunicação, riscos percebidos, expectativas mágicas e afastamento. A análise qualitativa dos resultados permite o reconhecimento de que a busca das famílias pela hospitalização compulsória se manifesta como sobrecarga em diferentes áreas, as quais sofrem influências entre si. De tal modo, a própria sobrecarga do cuidador pode se manifestar expressivamente através do pedido de hospitalização compulsória, indicando a dificuldade dos familiares em perpetuar o cuidado de maneira integral.

A confluência de fatores de sobrecarga está ativamente relacionada à uma falta de cuidado, ou ainda à uma falha, do familiar em papel de cuidador, que é, por vezes, o principal ou único mediador envolvido na solicitação pela hospitalização compulsória. A rede de saúde tem como papel, além de oferecer cuidado ao paciente em questão, fornecer apoio aos familiares destes pacientes a fim de que a demanda do cuidado seja atenuada, contribuindo para a diminuição do fator de sobrecarga ao cuidador.

O CUIDADO QUE SE IMPÕE

A tarefa de cuidar foi descrita por familiares como uma necessidade que se impõe, algumas vezes com mais de um familiar demandando cuidado. O cuidado dos demais ganha prioridade, podendo se sobrepor às próprias necessidades pessoais de quem exerce o cuidado, inclusive no que diz respeito a questões financeiras e profissionais.

Familiares ativamente envolvidos no processo de hospitalização psiquiátrica compulsória manifestam o envolvimento com a demanda de cuidado sem terem, por vezes, com quem contar para dividir as tarefas. Essa constatação se dá ao considerarmos os seguintes extratos de fala:

“E ele ficou bem, fiquei dando remédio pra ele... Vivendo pra ele mesmo assim, sabe?” (mãe de DCN, 180 dias)

“Eu tive vontade só de sumir, de desaparecer, mas ao mesmo tempo a gente sentiu vontade de não... Fazer o contrário porque eu acho que aquela pessoa vai precisar... Eu tinha muito medo dele fazer uma besteira.” (mãe de LDSR, 30 dias)

Por vezes, há demanda de que o cuidado se dê integralmente, ou demanda sacrifícios de tempo e espaços pessoais por parte daquele que fornece o cuidado. Quando isso acontece, o cuidador tende a renunciar aos cuidados consigo mesmo. Assim, a sobrecarga do cuidador informal muitas vezes é manifestada através do seu próprio adoecimento, mas não o isenta da tarefa com quem está identificado como paciente, o que se destaca nas frases:

“Tô num tratamento de depressão a mais de 90 dias, eu tô afastada do meu trabalho...” (mãe de CWSE, 30 dias)

“Eu tava internada lá no São Pedro [...]. Eu não vou mais admitir, porque eu não vou enlouquecer, me matar por causa dos meus filhos.” (mãe de CWSE, 30 dias)

A imposição da tarefa de cuidar algumas vezes é composta de múltiplas demandas simultâneas, com vários familiares necessitando de cuidados, mas recaindo sobre um único familiar cuidador, o que se torna evidente ao considerarmos a frase a seguir:

“Não tem mais condições, não tem, meu marido trabalha. Eu tenho duas crianças pequenas em casa, ele tá chegando bem desnorteado de manhã e eu vou fazer o que? Botar ele dentro do pátio com duas crianças pequenas, sozinha e ele berrando, gritando e fazendo e acontecendo.” (cunhada de AAL, 30 dias)

E essa imposição do cuidar, outras vezes, assumiu também o caráter de dificuldades financeiras. A dedicação ao cuidar pode gerar conflitos ou prejuízos financeiros, que aumentam a exaustão vivenciada pelos familiares cuidadores. Essa constatação se justifica pelas seguintes frases:

“Cheguei a abandonar o emprego, eu paguei a dívida. Eu fiz muita coisa, quase terminei com minha vida por causa dele, mas aí tem uma hora que a gente acordá” (mãe de LDSR, 30 dias)

“Ele não me respeita, ele quer dinheiro, dinheiro, dinheiro, dinheiro... E eu não aguento, tô cheia de conta, tô morando com a minha filha.” (mãe de DCN, 180 dias)

“As coisas tá difícil, quase fui despejada, que eu tava desempregada, só com uma faxina... Né, não é fácil.” (mãe de JPS, 30 dias)

DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO

Entre as complicações associadas à dificuldade de comunicação entre os familiares e o paciente em processo de hospitalização, destaca-se a impossibilidade de impor limites. Aqueles fornecendo cuidado manifestam sofrimento ao tentarem, através da comunicação, impor limites que possam interferir positivamente no quadro clínico expresso, não obtendo contato adequado, nem resposta significativa ou favorável por parte dos pacientes. Esse fato pode ser observado na seguinte colocação:

“A gente tinha medo de dizer ‘não’ pensando que a pessoa vai fazer alguma coisa errada, né? [...] Tu fica com pena, tu acha que eles são coitadinho. A gente sofre dizendo um ‘não’, mas a gente tem que dizer não!” (mãe de LDSR, 30 dias)

A dificuldade de comunicação ainda expressa, a partir de obstáculos na manutenção adequada do vínculo entre a família e o paciente, circunstâncias que corroboram para a diminuição da adesão ao cuidado. O distanciamento entre a rede de cuidado e o centro de assistência em saúde se intensifica nessas circunstâncias, o familiar na linha de frente do cuidado passa a lidar com sintomas de sobrecarga e de *burnout* e, por vezes, o cuidado passa a ser transferido para outro indivíduo, como fica evidente:

“Porque daí eu quero saber dele também, mas eu não... Eu não pergunto diretamente, sabe? [...] Não sei. É... Mas ela diz que ele tá firme. Eu acredito que ele não esteja usando droga. Agora, o tratamento eu acho que ele não tá, não sei... Né? Não tenho conhecimento.” (mãe de CWSE, 90 dias)

RISCOS PERCEBIDOS

A sobrecarga pode ainda se manifestar por meio de preocupações, medos, receios e inseguranças. Esse fator interfere de forma significativa na adesão do vínculo de cuidado entre o paciente, a família e o próprio serviço de saúde, uma vez que preocupações e inseguranças atuam negativamente sobre a comunicação e na viabilidade de estabelecer um relacionamento que permita a continuidade do cuidado. Os extratos de fala a seguir, ilustram o quadro acima citado:

“Porque a minha preocupação é essa, que ele esteja andando com pessoas erradas e ele leve as coisas... E aí a casa tá vazia, daqui a pouco até tomam, porque ele é o tipo de pessoa que não é de maldade, sabe?” (mãe de EFG, 30 dias)

“Tá bem complicado, assim, olha, eu não sei, se não internarem ele de uma vez vão acabar matando ele na rua” (cunhada de AAL, 30 dias)

EXPECTATIVAS MÁGICAS

As preocupações, em alguns casos, podem ser associadas a uma aflição e ansiedade no que diz respeito às expectativas atribuídas a uma melhora da situação enfrentada pelo núcleo familiar e pelo paciente. Por vezes ainda, as expectativas são associadas à esperança de cura e culminam em frustração e sofrimento quando não corroboram a realidade vivida. Isso é representado nas frases que seguem:

“Eu penso que ele volte da internação curado que ela tire a medida protetiva contra ele, que ele retorne pro pátio, pra casa, para o ambiente de família que ele sempre teve, sabe?” (irmã de FLC, 30 dias)

“Eu queria que ele tivesse com as cabeça boa de querer parar de usar.. E trabalhar e voltar a estudar, tudo...” (mãe de MDO, 30 dias)

AFASTAMENTO

A análise das falas permite a percepção do afastamento do cuidador com o paciente em grupos familiares que vivenciaram a sobrecarga de cuidados. Contudo, apesar de um distanciamento aparente expresso nas falas dos familiares, destaca-se ainda a determinação pelo não abandono do paciente que requer e demanda o cuidado. Isso pode ser ilustrado pelas frases:

“E aí só falemo só por telefone mesmo. Não temos muito contato, não mais... Mas eu sei que ele tá bem por causa dessa irmã dela.” (mãe de LDSR, 30 dias)

“Eu acabei me distanciando um pouco, mas a gente sempre acaba tendo um... Retrospecto ali... Da família, né, referente ao que ela anda aprontando atualmente, né.” (primo de LRV, 180 dias)

A partir do processo de distanciamento entre o cuidador, núcleo familiar e paciente, torna-se perceptível a melhora significativa dos sintomas de sobrecarga, assim como das queixas associadas ao adoecimento e a perpetuação dos conflitos intrafamiliares, como se observa abaixo:

“Eu também mudei, eu também tô morando de aluguel, aluguei a minha casa, então a gente se distanciou, tanto eu como ele, entendeu? A gente saiu do lugar e.. Pra mim foi melhor.... Pra mim e ele também.” (mãe de LDSR, 30 dias)

“Eu estou mais tranquila, né... Ele tá cuidando da vida dele, parece que ele tem os projeto de alugar casa, de vim pra ir, pra trabalhar e tudo mais... Longe de mim, né.” (mãe de CWSF, 90 dias)

DISCUSSÃO

O estudo apresenta como as famílias em processo de hospitalização psiquiátrica compulsória manifestam a sobrecarga no cuidado a quem está identificado como paciente. Foram evidenciadas, principalmente, manifestações sobre demandas de cuidado, dificuldades de comunicação, percepção de riscos, expectativas mágicas e afastamento. Esses achados podem indicar focos prioritários para um planejamento terapêutico que inclua as famílias como alvo da atenção também, não discriminando apenas um personagem da cena familiar, então identificado como paciente.

Ao assumir o papel de participante no processo de cuidar, a família passa por mudanças e transformações complexas. Para Andrade et al. (2021), a responsabilidade do cuidar ainda é realizada por um único familiar, fator que contribui para a sua sobrecarga e adoecimento. A análise do trabalho permite a identificação dos principais fatores envolvidos no processo de desgaste físico, emocional e social dos cuidadores, mediados por meio de demandas excessivas de cuidado e intensificados por complicações na comunicação.

Ademais, identifica-se a influência significativa de preocupações no processo terapêutico, destacando os receios familiares quanto aos riscos a serem enfrentados que, por vezes, são acompanhados de expectativas mágicas no que diz respeito à esperança por um tratamento efetivo e a busca por uma cura imediata. Com isso em mente, torna-se evidente o desgaste do cuidador sobrecarregado, que adota,

como mecanismo de preservação pessoal, uma postura de afastamento em relação ao paciente.

Pedreira & Oliveira (2012) traz a sobrecarga como consequência da não divisão de prestação de cuidados, pois a responsabilidade sobressai sobre o mediador principal, ou único. O familiar cuidador, por vezes, altera a sua rotina em benefício ao familiar portador de transtorno mental (Souza, Sousa, Parente, & Martins, 2010). A síndrome de Burnout se faz cada vez mais presente entre cuidadores e muitas vezes está relacionada com o afastamento do responsável de suas atividades de cuidado. Essa síndrome se manifesta sintomática, psicológica e fisicamente, resultados de um processo de exaustão exacerbado, consequentemente dificultando o manejo da vida pessoal do cuidador. Os prejuízos são significativos, afetando o desenvolvimento do trabalho, organização e relações sociais, tendo como manifestação a vontade de se afastar da situação (Silva, 2016).

Para Tabeleão, Tomasi e Quevedo (2014), toda essa responsabilidade atribuída ao cuidador principal, aliada ao despreparo para suprir as necessidades do paciente, sobrecarrega o cuidador de maneira física e psicológica. Os familiares sentem a dualidade de ser ora culpabilizados, ora reféns do quadro psiquiátrico do paciente, o que resulta em um profundo mal-estar (Paula & Tachibana, 2019). A demanda do cuidado que o paciente com transtorno mental necessita não é compatível com os requisitos do mercado de trabalho, e isso resulta em repercussões financeiras (Pedreira & Oliveira, 2012). Os achados relacionados a dificuldades financeiras foram encontrados em outros estudos relacionados à sobrecarga familiar, interferindo no cuidado (Buriola, Vicente, Zurita, & Marcon, 2016; Pegoraro & Caldana, 2009; Ribeiro; Martins; & Oliveira, 2009). Paula et al. (2019) também percebem que as dificuldades financeiras intensificam a sobrecarga, com a manifestação do desejo e a busca pela hospitalização, como um modo de cuidado.

Para Pedreira & Oliveira (2012), o cuidador principal é sobrecarregado pelas responsabilidades atribuídas pelo cuidado integral, muitas vezes sem a possibilidade de discussão sobre suas decisões com outros familiares, pelo seu desinteresse ou indisponibilidade. O paciente psiquiátrico é fonte de exigências psicossociais para seus cuidadores (Navarro-Abal, 2019) pela demanda do cuidado intenso e contínuo, o que evidencia a necessidade de ajuda (Souza et al., 2010). O familiar cuidador de pacientes com transtorno mental manifesta preocupações e medos que aumentam a demanda do cuidado (Buriola et al., 2016). Essas preocupações e inseguranças familiares influenciam na comunicação entre paciente-família-serviço e na continuidade do cuidado.

Desse modo, é necessário um suporte psicológico para os cuidadores, nos seus conflitos e demandas (Souza et al., 2010). Ribeiro et al. (2009) citam que a família que cuida das pessoas com transtorno mental necessita ser assistida e cuidada pela equipe de saúde e seu serviço. É necessária a inclusão dos familiares cuidadores de pessoas que sofrem transtorno mental nos serviços de saúde (Buriola et al., 2016), ainda que esses não tenham o costume de solicitar ajuda (Paula & Tachibana, 2019). Os serviços podem direcionar os cuidadores a desenvolver estratégias de adaptação que atenuem o sofrimento no processo do cuidado (Navarro-Abal, 2019).

Buriola et al. (2016) afirma que o apoio dos profissionais de saúde pode minimizar a sobrecarga vivida pelos familiares cuidadores. Para Paula et al. (2019), as práticas assistenciais que dedicam maior amparo aos familiares cuidadores contribuem para uma aproximação do paciente-família-serviço. A família incluída no modelo de atenção psicossocial permite o vínculo do paciente e o serviço de saúde como um núcleo estratégico no enfrentamento da quebra do paradigma da doença mental, além de contribuir com a adesão ao tratamento psiquiátrico (Bezerra et al., 2020).

Como limitações, cabe apontar que os dados emergem de um único serviço de saúde, porém, o presente estudo acompanhou um número elevado de casos, com um alto número de atendimentos realizados em ambulatório e visitas domiciliares. Mais estudos, em diferentes realidades e contextos, podem qualificar e ampliar a compreensão do fenômeno.

CONCLUSÕES

O estudo auxilia a compreender como os familiares em processo de hospitalização compulsória manifestam a sobrecarga vivenciada. O afastamento percebido nas falas ocorre não pelo fato de desistirem, mas por adoecer psicologicamente na condição de cuidadores. A demanda por hospitalização compulsória não decorre apenas da percepção de riscos, que também impõe sobrecarga, mas de expectativas consideradas mágicas, à medida que fogem de seu alcance ou da realidade. As dificuldades de comunicação que vão se tornando evidentes na cena familiar à medida que o cuidado é percebido como uma imposição também contribuem para o esgotamento de possibilidades e, eventualmente, para uma invisibilidade de alternativas à demanda de hospitalização.

Políticas públicas de atenção à saúde mental e serviços da rede extra hospitalar, além das equipes que atuam em unidades hospitalares, engajadas em promover cuidados não centrados no retorno à hospitalização, precisam estar atentos à oferta de dispositivos de cuidado às famílias, incluindo-as nas cenas terapêuticas. Estratégias de ampliação do olhar terapêutico, minimização de prejuízos e manejo de situações que envolvam risco para os familiares envolvidos nos processos de adoecimento e cuidado se tornam necessários nesse cenário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, J. J. C., Silva, A. C. O., Frazão, I. S., Perrelli, J. G. A., Silva, T. T. M., & Cavalcanti, A. M. T. S.** (2021). Funcionalidade familiar e sobrecarga de cuidadores familiares de usuários com transtornos mentais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1061>.
- Aun, J. G., Vasconcellos, M. J. E., & Coelho, S. V.** (2010). *Desenvolvendo práticas com a Metodologia de Atendimento Sistêmico*. Belo Horizonte, MG: Arte & Prosa.
- Bauer, B., Gaskell, G.** (2017). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 13 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bezerra, K. M. G., Leandro, A. C. C., Brito M. G. J. P., Oliveira, S. R. P. B., Silva, T. T. M. & Frazão, I. S.** (2020). Repercussions of Mental Disorders in the Family Context. *American Journal of Psychiatric Research and Reviews*, 3 (14). <https://escipub.com/Articles/AJPRR/AJPRR-2020-02-0905.pdf>.
- Buriola, A. A., Vicente, J. B., Zurita, R. C. M., & Marcon, S. S.** (2016). Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem de transtorno mental no município de Maringá - Paraná. *Escola Anna Nery*, 20 (2), 344–351. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160047>.
- 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*, 25 (4), 517-523. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400006>.
- Esteves de Vasconcellos, M. J.** (2015). Desenvolvendo práticas colaborativas no contexto das políticas públicas, com a aplicação da metodologia de atendimento

- sistêmico. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 24(51), 7–24. <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/171>.
- Ferreira, T. P. S., Sampaio, J., Oliveira, I. L., & Gomes, L. B.** (2019). A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. *Saúde Em Debate*, 43(121), 441–449. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912112>
- Navarro-Abal, Y., López-López, M.J., Climent-Rodríguez, J.A., & Gómez-Salgado, J.** (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 268-271. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>.
- Paula, C. A. G., & Tachibana, M.** (2019). E como estão os familiares cuidadores dos pacientes psiquiátricos internados?. *Vínculo*, 16(2), 44-67. <https://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p44-67>.
- Paula, M. L., Jorge, M. S. B., & Vasconcelos, M. G. F.** (2019). Desafios no cuidado familiar aos adolescentes usuários de crack. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29 (01). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290114>.
- Pedreira, L. C., & Oliveira, A. M. S.** (2012). Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 730-736. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500003>.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L.** (2008). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (25), 295-307. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200006>.
- Pinho, L. B., Hernández, A. M. B., & Kantorski, L. P.** (2010). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14, 103-113. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100009>.
- Ribeiro, M. B. S., Martins, S. T. F., & Oliveira, L. R.** (2009). Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo psiquiátrico assistencial. *Estudos De Psicologia*, 14 (2), 133–140. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000200006>.
- Rosa, L. C. S.** (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 205-218. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200005&lng=pt&tng=pt
- Silva, A. P., Soares, P. F. C., Costa, E. S., Silva, L. G. S., Silva, R. G., & Silva L. B.** (2021). O cuidado a pessoa em sofrimento mental: sob a ótica dos familiares. *Nursing (São Paulo)*, 24 (281), 6280-6289. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i281p6280-6289>.
- Silva, J. M. F.** (2016). *Burnout em Cuidadores Formais*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Fernando Pessoa, Porto. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5321/1/Tese.pdf>.
- Sin, J., Elkes, J., Batchelor, R., Henderson, C., Gillard, S., Woodham, L. A., Chen, T., Aden, T., & Cornélio, V.** (2021). Saúde mental e experiências de cuidado de cuidadores familiares que apoiam pessoas com psicose. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30. <https://doi.org/10.1017/s2045796020001067>.
- Souza, M. D. F., Sousa, A. O., Parente, A. C. B. V., & Martins, M.C.C.** (2010). Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. *Psicologia Em Estudo*, 15 (3), 639–647. <https://www.scielo.br/j/pe/a/MB9YNzrYc4XQVrwBybD5G6M>.
- Tabeleão, V. P., Tomasi, E., & Quevedo, L. Á.** (2014). Burden on relatives of people with psychic disorder: levels and associated factors. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 41 (3), 63-66. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000012>.

MANUELLA CARDINAL

Acadêmica de Medicina da Universidade Feevale, atuou como bolsista de Iniciação Científica e de Extensão.

<https://orcid.org/0000-0001-9987-5920>

E-mail: manucardinalfeevale@gmail.com

ANA LAURA EGGERS

Acadêmica do último semestre de Medicina da Universidade Feevale, atuou como bolsista de Iniciação Científica e de Extensão.

<https://orcid.org/0000-0002-0761-3526>

E-mail: anaegg82@gmail.com

THAÍS CAROLINE GUEDES LUCINI

Psicóloga e Mestranda em Psicologia (CAPES/CNPQ) pela Universidade Feevale.

<https://orcid.org/0000-0001-8474-5875>

E-mail: thaisglucinipsi@gmail.com

GABRIELA RUMI GROSSI HARADA

Acadêmica do último semestre de Medicina da Universidade Feevale, atuou como bolsista de Iniciação Científica e de Extensão.

<https://orcid.org/0000-0002-1446-854X>

E-mail: gabrielarumigrossi@gmail.com

TAUANE PICININI

Psicóloga, Especialista em Avaliação Psicológica (Faccat), mestre em Desenvolvimento humano e saúde mental pela Universidade Feevale.

<https://orcid.org/0000-0002-2083-2205>

E-mail: taupicinini@gmail.com

ROGÉRIO LESSA HORTA

Médico psiquiatra e terapeuta familiar, mestre e doutor em Psicologia.

<https://orcid.org/0000-0001-5195-8014>

E-mail: rogeriohortamed@gmail.com