

SOBRECARGA EM ACOMPANHANTES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS EM HOSPITAL GERAL

BURDEN EXPERIENCED BY THE COMPANIONS OF PSYCHIATRIC PATIENTS HOSPITALIZED IN A GENERAL HOSPITAL

SOBRECARGA PARA ACOMPAÑANTES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL

Nathália Freitas Fernandes Rezende ¹
Marciana Fernandes Moll ²
Carla Aparecida Arena Ventura ³
Fabiana Cristina Pires ¹

¹ Universidade de Uberaba. Uberaba, MG – Brasil.

² Universidade de Uberaba. Uberaba, MG – Brasil; Universidade de São Paulo – USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

³ USP, EERP. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Marciana Fernandes Moll. E-mail: mrcna13@yahoo.com.br
Submetido em: 21/07/2017 Aprovado em: 05/03/2018

RESUMO

Com o objetivo de identificar indicadores de sobrecarga referidos por cuidadores de pacientes psiquiátricos hospitalizados em um hospital geral do interior de Minas Gerais, desenvolveu-se este estudo qualitativo e descritivo, realizado durante três meses do ano de 2016, com amostra por conveniência de 10 familiares de pessoas hospitalizadas em leitos psiquiátricos. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada e os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Evidenciou-se que cuidar de um familiar com transtorno mental pode desencadear abalos físicos e emocionais, bem como gerar alterações na rotina dos cuidadores durante o período de internação. Entre as perspectivas diante do cuidar de uma pessoa adoecida, destacam-se o desejo de melhora ou mesmo cura do transtorno mental, sentimento de culpa e o desejo de compartilhamento de responsabilidades na lida com o familiar com transtorno mental. Os dados obtidos indicam sobrecarga e demonstram que a família necessita de intervenções que contribuam para minimizar seu sofrimento.

Palavras-chave: Transtornos Mentais; Cuidadores; Família.

ABSTRACT

With the objective to identify indicators of burden among the caregivers of psychiatric patients hospitalized at a general hospital in the interior of Minas Gerais, Brazil, this qualitative and descriptive study was conducted over a period of three months in 2016 and addressed a convenience sample of 10 family caregivers of individuals hospitalized in a psychiatric unit. Data were collected through a semi-structured interview and analyzed using content analysis. Results show that providing care to a family member with a mental disorder may physically and emotionally affect the health of caregivers as well as impose changes in their routines during hospitalization. The experiences of caregivers include a desire for the condition of the mental patient to improve or heal completely, a feeling of guilt, and a desire to share the responsibility of caring for a family member with a mental disorder. The results indicate that these caregivers experienced burden and that families need interventions intended to minimize distress.

Keywords: Mental Disorders; Caregivers; Family.

RESUMEN

El objeto del presente estudio fue identificar los indicadores de sobrecarga mencionados por los cuidadores de pacientes psiquiátricos internados en un hospital general del interior del estado de Minas Gerais. Se trata de un estudio cualitativo y descriptivo realizado durante tres meses de 2016, con una muestra por conveniencia de 10 familiares de pacientes. Se utilizó la entrevista semi-estructurada para la recogida de datos y el análisis de contenido como método de investigación. Se observó que el cuidar de un familiar con trastorno mental puede causar daños físicos y emocionales, además de generar alteraciones en la rutina de los cuidados durante el período de internación. Entre las perspectivas que generan dichos cuidados se destacan el anhelo de que el paciente mejore o que se cure del trastorno mental, sentimientos de culpa y deseos de compartir las responsabilidades de atender al familiar internado. Los datos obtenidos indican la presencia de sobrecarga y que la familia necesita intervenciones que contribuyan a minimizar su sufrimiento.

Palabras clave: Transtornos Mentales; Cuidadores; Família.

Como citar este artigo:

Rezende NFF, Moll MF, Ventura CAA, Pires FC. Sobrecarga em acompanhantes de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral.

REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em ____ ____];22:e-1081. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20180011

INTRODUÇÃO

A palavra "hospital", proveniente do latim, traz o significado de hospedagem, hospedaria e hospitalidade. Tal instituição foi criada na Idade Média, com a finalidade inicial de realizar atos de caridade e abrigo a mendigos e doentes. A partir do século XVII, a concepção do espaço hospitalar foi reinterpretada, não mais como instituição exclusivamente filantrópica e religiosa, passando a cumprir função de ordem social e política, com internações ocorrendo por meio de mandados reais e judiciários. No início do século XVIII, a finalidade do hospital foi vivenciando transformações, até ser compreendida como uma instituição médica, um local de análises, tratamentos e reprodução do saber.¹

Nesse período, o médico francês Phillipe Pinel (1745-1826), no seu processo de estudo e reconhecimento das doenças, passou a conceber a loucura - que assumiu diferentes significados ao longo da história - como uma doença passível de intervenção médica. O tratamento proposto por Pinel baseava-se em terapêuticas pautadas no princípio do isolamento social e, como resultado, no enclausuramento do paciente no hospital para que fosse possível observar, tratar e curar. Sua proposta foi reconhecida na época por meio da criação de espaços específicos para o tratamento do adoecimento mental. Surgiu a partir de então uma separação estrutural e nosográfica entre o Hospital Geral (HG) e centros especializados, sendo o HG voltado para o tratamento de doenças físicas e o manicômio centrado no tratamento das doenças da mente.¹

No Brasil, em meados do século XIX, foram criados os primeiros hospitais psiquiátricos em São Paulo e Rio de Janeiro. Posteriormente, foram criados hospitais psiquiátricos em outros estados do país. Contudo, a terapêutica proposta repercutiu negativamente no bem-estar físico, psíquico e social dos internados. Muitos jamais chegaram a sair do manicômio devido à cronificação ou ao surgimento de outras doenças, perda de vínculo com familiares e sequelas provenientes de tratamentos impostos.^{1,2} As condições dos hospitais psiquiátricos eram insalubres e precárias, faltavam alimentação, condições de higiene e até mesmo vestimentas.^{3,4}

Baseadas nas experiências negativas de tratamentos, as reivindicações da reforma psiquiátrica no Brasil defendiam mudanças no modelo assistencial vigente. A principal vertente vivia a desinstitucionalização e consequente desconstrução dos manicômios, acompanhada pela criação de novas práticas terapêuticas efetivas. O movimento identifica as inconveniências do modelo que sustentava o paradigma da psiquiatria clássica que via na institucionalização a única forma de tratamento, favorecendo, por outro lado, a exclusão social, o agravamento de doenças e a perda de vínculos familiares.⁵

Para a reversão do modelo asilar de tratamento estão sendo implantados, gradativamente, no Brasil, alguns dispositivos assistenciais. Neste estudo, enfatizam-se os leitos psiquiátricos

em hospital geral, cuja regulamentação se deu pela Portaria Ministerial nº 224 de 1992. De acordo com essa legislação, a internação hospitalar de pessoas com transtornos mentais em episódios agudos (crise) deve ocorrer após tentativas malsucedidas de atendimentos em serviços extra-hospitalares. O número de leitos psiquiátricos limita-se a 10% da capacidade do hospital e restringe-se a um máximo de 30 leitos, sendo que durante o período de hospitalização a pessoa é acompanhada por uma equipe multiprofissional. Além do tratamento medicamentoso individual, indicam-se o suporte psicológico, avaliação social, abordagem à família para orientações quanto ao diagnóstico, programa de tratamento intra e extra-hospitalar, além de preparar o paciente para a alta hospitalar, realizando articulação com outros serviços da rede de saúde para que haja continuidade do tratamento de acordo com a necessidade dessa pessoa.⁶

Nessas unidades psiquiátricas insere-se a pessoa com transtorno mental em um espaço de tratamento ocupado também por pessoas acometidas por diferentes doenças clínicas. Isso possibilita a diminuição do estigma e do preconceito ainda presente em nossa sociedade e que constituem fontes de sofrimento para o sujeito, além de acarretar obstáculos para concretização de projetos de vida. A imagem social pode reduzi-lo a características violentas, comportamentos imprevisíveis ou mesmo responsabilizá-lo pelo próprio adoecimento. Nessa perspectiva, essa proposta inclusiva, além de trazer ganhos com a diminuição do preconceito, proporciona-lhes o acesso a outros recursos terapêuticos essenciais para um cuidado integral, como exames clínicos e atendimento multidisciplinar.^{7,8} Ressalta-se, portanto, que o alcance da efetividade dos objetivos dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais relaciona-se diretamente à fundamentação do modelo psicossocial que visa à multidimensionalidade do sujeito, exercendo ações de integralidade que abarquem as esferas biológicas, psicossociais e culturais inerentes ao processo de adoecimento.⁹

Pensando nessa nova proposta de tratamento e compreendendo o adoecimento psíquico como um processo multideterminado, o contexto em que o sujeito está inserido e as pessoas com as quais convive desempenham papéis igualmente relevantes para a reabilitação psicossocial.¹⁰ O convívio com a família pode trazer ganhos importantes, como a diminuição dos períodos de internação, estreitamento de vínculos e inserção em atividades sociais. Sendo assim, em muitos casos o cuidador é um familiar responsável pelos cuidados da pessoa com transtorno mental.¹¹

Com a permanência da pessoa com transtornos mentais no meio familiar, o cuidador passa a ser responsável por auxiliar atividades diárias, administrar medicação, acompanhar serviços de saúde, conviver com comportamentos instáveis, lidar com momentos de crise, arcar com gastos financeiros, prestar suporte emocional e acompanhar internações, entre outras atividades. Nota-se assim que tais alterações da vida podem influenciar

o desenvolvimento de sobrecarga.¹² Segundo recente estudo,¹³ o adoecimento psíquico de um familiar traz forte impacto para os demais integrantes da família. Desse modo, comumente a família vivencia sentimentos de angústia, culpa e tristeza.

Considerando as novas práticas de tratamento existentes como reflexo do processo de desinstitucionalização, acontece concomitantemente uma transferência da responsabilidade de cuidado para a família, que vem desempenhando papel fundamental no tratamento e melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental. Desse modo, considera-se importante também voltar o olhar para esse grupo que, por vezes, depende elevada carga horária diária para auxiliar nos cuidados em momentos de crise ou mesmo de internação. Nesse sentido, torna-se relevante investigar a sobrecarga física e emocional dos cuidadores. Este estudo tem como objetivo identificar indicadores de sobrecarga referidos por cuidadores de pacientes psiquiátricos hospitalizados em um hospital geral do interior de Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo fundamentado na abordagem qualitativa de pesquisa. O estudo foi desenvolvido em uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, com aproximadamente 300 mil habitantes. O cenário desta investigação é classificado como um hospital de média e alta complexidade, prestando atendimento à macrorregião do Triângulo sul. O hospital dispõe de seis leitos psiquiátricos, sendo divididos igualmente para pessoas do sexo feminino e masculino.

PARTICIPANTES

Participaram do estudo 10 familiares de pessoas hospitalizadas nos leitos psiquiátricos, os quais constituem uma amostra por conveniência. Todos os participantes se enquadravam nos critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, autodenominavam-se cuidadores primários (principais responsáveis pelos cuidados) ou secundários (auxiliavam em eventuais necessidades) da pessoa hospitalizada, residiam com o familiar e estavam como acompanhante principal durante o período de internação.

Realizou-se levantamento por meio do prontuário eletrônico, das pessoas internadas nos leitos psiquiátricos, sendo posteriormente averiguada a presença de acompanhante e seu nível de relação com a pessoa hospitalizada. Todos os que se enquadravam nos critérios de inclusão aceitaram participar da pesquisa.

INSTRUMENTOS

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada elaborado pelas autoras,

a partir de informações que possibilitariam delinear as características dos participantes (idade, estado civil, religião, renda, doenças diagnosticadas) e, com base em um levantamento bibliográfico, foram elaboradas questões envolvendo possíveis indicadores de sobrecarga tais como: engajamento em atividades de lazer, percepção de qualidade de vida, atribuições que desenvolvia como cuidador, nível de dependência do ente adoecido, sobrecarga e autopercepção da saúde. Para testar o roteiro, foram realizadas duas entrevistas-piloto.

COLETA DE DADOS

Para fins de coleta de dados utilizou-se entrevista pautada em um roteiro semiestruturado, visando abordar aspectos objetivos e subjetivos relacionados ao ato de cuidar de familiar com transtorno mental. As entrevistas foram realizadas por uma das pesquisadoras durante três meses do ano de 2016 nas dependências do próprio hospital e as respostas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise.

ANÁLISE DE DADOS

Para a caracterização dos participantes e de suas atividades diárias, assim como das doenças de seus familiares, foi utilizada estatística descritiva. A análise dos dados das entrevistas foi realizada por meio da análise de conteúdo. As entrevistas foram analisadas atentando-se aos procedimentos preconizados por Bardin¹⁴, de análise de conteúdo. Primeiramente, foram analisadas as falas de cada representante. Na sequência, foram salientados os pontos de semelhança e diferença entre os conteúdos, bem como aquilo que pôde ser destacado como relevante para alcançar os objetivos da pesquisa. Os resultados foram reunidos em categorias, discutidas com base em revisão de literatura sobre o tema.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente trabalho desenvolveu-se a partir de um grande projeto intitulado "Assistência de enfermagem ao portador de transtorno mental internado na clínica médica por intercorrência clínica" cuja aprovação se deu sob o Parecer 447.029. Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para formalizar que concordavam em participar da pesquisa.

RESULTADOS

Dos 10 familiares entrevistados, houve predomínio do sexo masculino (70%), genitor da pessoa (50%), cuidador principal (80%), com idade média de 58,8 anos, casado (60%), não tra-

balhavam por estarem aposentados ou afastados do emprego (60%), com renda mensal aproximada de dois salários mínimos (50%) e escolaridade de zero a oito anos de permanência na escola (60%). As doenças das pessoas internadas que estavam sendo acompanhadas pelos participantes do estudo eram: depressão (30%), esquizofrenia (60%) e abuso de drogas ilícitas (10%).

A própria saúde foi avaliada pela maioria como regular (50%), com problemas de saúde (60%). Em relação à sobrecarga, 70% dos entrevistados negaram, afirmando que a pessoa demanda cuidados apenas em situações de crise e/ou internação (70%). A maioria ressalta engajar-se em atividades de lazer (70%), professar religião (90%) e ser praticante regular (70%).

A análise dos dados permitiu identificar as dificuldades vivenciadas pela família no convívio com o familiar com transtorno mental, resultando nas seguintes categorias temáticas: "alterações na rotina durante período de crise ou internação"; "repercussões na saúde física e emocional provenientes do convívio com familiar com transtorno mental", "perspectivas de melhora do adoecimento" e "anseios diante do familiar com transtorno mental".

ALTERAÇÕES NA ROTINA DURANTE PERÍODO DE CRISE OU INTERNAÇÃO

Identificou-se que o período de internação repercute na rotina familiar, fazendo com que os cuidadores abneguem de suas responsabilidades pessoais para acompanhar e cuidar do familiar com transtorno mental.

"Tem que deixar tudo de qualquer jeito (as galinhas, o boteco que tenho) para ficar aqui no hospital com ele" (F1).

"Tive que parar de trabalhar para ficar como acompanhante na internação. Fico longe das crianças também. Quando as meninas adoecem, ela não leva no médico, eu tenho que levar. Na escola, ela também não acompanha, eu tenho que acompanhar. E nas coisas de casa também" (F2).

Mas, não é somente nos períodos de hospitalização que os familiares vivenciam reflexos do adoecimento psíquico. No cotidiano do cuidador com a pessoa com transtorno mental também existem alterações nas atividades da vida diária.

"Cansaço, pouco recurso financeiro, prefiro atender às necessidades dela. Muito desgaste emocional" (F5).

"Atrapalha no emprego, muita preocupação" (F7).

Diante dos relatos, nota-se que as alterações provenientes do papel assumido são percebidas como prejuízos que acometem

as atividades laborais, as relações sociais e familiares. Essa realidade também afeta a saúde dos familiares/cuidadores.

REPERCUSSÕES NA SAÚDE FÍSICA E EMOCIONAL PROVENIENTES DO CONVÍVIO COM FAMILIAR COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Cuidar de um familiar com transtorno mental pode desencadear abalos físicos e emocionais. Entre as intercorrências emocionais expressas pelos participantes desta investigação, destacaram-se os sentimentos de tensão, preocupação e tristeza.

"Me sinto mais triste, preocupada" (F8).

"Fico preocupado por tá acontecendo. É ruim, a gente fica triste, fica sabendo que ele vai adoecer se continuar mexendo com isso" (F10).

Os prejuízos na saúde física também foram pontuados pelos familiares que evidenciam repercussões negativas advindas do cansaço e pouco tempo para autocuidado.

"Estou mais é cansado, não durmo direito, não tenho sossego. Ela toda hora queria sair e eu tinha que sair junto" (F2).

"Sinto pior, pouco autocuidado, pouco tempo pra mim, sinto cansada" (F5).

Alguns participantes identificaram prejuízos emocionais, envolvendo sentimentos de estresse e preocupação e déficits na saúde física, advindos do cansaço e surgimento de doenças.

"Acho que houve prejuízo na minha saúde, é muita preocupação" (F3).

"Quando ele está em crise, fica nervoso, conversa sozinho. Me sinto sozinha, as vezes é difícil cuidar dele, sinto medo durante as crises. Evito falar as coisas pra ele, para não ficar mais nervoso. Depois dos problemas dele me sinto mais enfraquecida" (F4).

"Saúde era melhor antes. Hoje tem muita preocupação, estresse, cansaço, problemas familiares e outros adoecimentos" (F6).

A maioria dos participantes queixou-se de comprometimento em sua saúde emocional devido a recorrentes preocupações e sentimentos de medo e ansiedade. Déficits na saúde física também compreendem prejuízos resultantes da função ocu-

pada. Nota-se, ainda, a concomitância de problemas na saúde mental e física. Com o intuito de amenizar a sobrecarga, os participantes expressaram desejo de reversão do adoecimento do familiar, como pode ser observado na próxima categoria temática.

PERSPECTIVA DIANTE DO CUIDAR DE UMA PESSOA ADOECIDA

As perturbações comportamentais de um ente com transtorno mental ocasionam muitos impactos na vida do familiar cuidador. O desejo de mudar a situação de adoecimento revela as dificuldades e encargos em conviver com as transformações provenientes da doença.

“Querida que ele ficasse bom, seria bom demais ele arrumar uma crioula para cuidar dele” (F1).

“Seria bom se tivesse um tratamento efetivo pra ela voltar a ser como antes, carinhosa, educada, ativa” (F5).

“Queira que Deus preparasse um remédio que curasse essa depressão” (F8).

“Fazendo o tratamento dele pra ele voltar a ser como era antes” (F10).

Como se pode observar nessas falas, os familiares sustentam perspectivas de melhora ou mesmo cura do transtorno mental de seu ente, revelando o impacto das transformações comportamentais. Apresentam, ainda, anseios decorrentes da responsabilidade assumida, o que é delineado a seguir.

ANSEIOS DIANTE DO FAMILIAR COM TRANSTORNO MENTAL

O discurso dos familiares revela uma carga de anseio em conviver com o familiar com transtorno mental, o que pode gerar angústias diante da demanda de cuidado apresentada e a aptidão ou disponibilidade em prestar auxílio.

“Acho que eu devia ter cuidado mais dela (não ter mentido para os médicos), porque hoje ela estaria melhor” (F2).

“Gostaria de ter outras pessoas que pudessem ajudar” (F4).

“Gostaria de ter mais tempo para ficar com ele” (F9).

Identificaram-se anseios inerentes à posição de cuidador, que incluem sentimento de culpa, autocobrança e desejo de compartilhamento de responsabilidades.

DISCUSSÃO

A reforma psiquiátrica traz avanços nos cuidados em saúde mental, com destaque para o deslocamento do tratamento institucionalizado para serviços substitutivos e para o domicílio dos pacientes. Essa nova forma de compreender o adoecimento mental valoriza a desospitalização, a inclusão e a reinserção social. Nesse novo cenário, a família passa a ocupar papel fundamental no tratamento, assumindo responsabilidades de cuidado para com seu ente com transtorno mental. Embora a internação não seja uma medida terapêutica frequentemente indicada, por vezes se faz necessária, assumindo a função complementar no suporte em situações de emergência psiquiátrica.^{9,15}

A rede de atenção psicossocial conta com vários serviços comunitários extra-hospitalares que mantém articulação entre si e com serviços especializados em hospitais gerais (HG). A hospitalização em leitos de saúde mental em HG é um dispositivo que visa à inclusão - uma vez que o paciente se encontra em um espaço de tratamento com amplo perfil de pessoas com diferentes tipos de doenças. Além disso, permite a manutenção de laços familiares, devido à indicação para o paciente permanecer acompanhado integralmente. Tal proposta reforça o importante papel da família nos diferentes contextos de tratamento.⁹ Neste estudo, os familiares entrevistados encontravam-se como acompanhantes a maior parte do tempo, o que gerou importantes repercussões em suas vidas.

Verificou-se, a partir dos depoimentos que a imprevisibilidade da internação acarreta alterações na rotina e na vida profissional e social do sujeito que abnega de suas responsabilidades pessoais para sanar as demandas do familiar adoecido. Nessa perspectiva, o participante F1 ressalta possíveis prejuízos em deixar seu comércio sob responsabilidade de outras pessoas, enquanto F2 relata ter abandonado o emprego para acompanhar sua esposa no período de internação. Considerando que a família é a unidade básica, historicamente configurada como núcleo das experiências humanas, as mudanças vivenciadas nesse sistema podem levar a uma cisão do equilíbrio e acarretar alterações em diferentes esferas da vida. Em situações em que o adoecimento mental requer hospitalização, pode não haver tempo de preparação para o enfrentamento da circunstância.

As alterações cotidianas vivenciadas ocasionam, muitas vezes, sobrecarga, compreendida como a vivência de problemas, dificuldades e eventos adversos oriundos do convívio com um familiar com transtorno mental.¹⁶ Em uma questão estruturada da entrevista, observou-se que a sobrecarga não foi reconhecida por alguns participantes. Contudo, a análise dos relatos revelou algum grau de sobrecarga para a maioria dos cuidadores entrevistados, o que pode ser verificado nas falas que denunciavam consequências negativas relacionadas aos cuidados prestados ao seu familiar com transtorno mental. Percebe-se que as consequências ocorrem no nível emocional, por meio de preo-

cupações, estresse, sentimentos de tristeza e angústia. Estudos mostram que tais sentimentos denunciam uma condição de sofrimento por parte dessas pessoas e refletem os desafios advindos do papel de cuidador que é compreendido como a pessoa que assume a responsabilidade de cuidado pelo familiar adoecido, o que representa um papel extra, além daquele(s) que já exerce no núcleo familiar. Já o familiar que demanda cuidados é considerado frágil e vulnerável, o que justifica a necessidade de apoio e atenção para o exercício das funções da vida adulta.¹⁷

Diante desse binômio constituído pelo cuidador-familiar e a pessoa com transtorno mental a ser cuidada, evidenciou-se precariedade ou superficialidade nos conhecimentos dos familiares/cuidadores sobre as particularidades do transtorno mental, tais como: sinais, sintomas e prognóstico, o que acarreta insegurança e dificuldades durante a prestação de cuidados, sobretudo nos momentos de crise. Essa realidade pode desencadear sobrecarga subjetiva na percepção do familiar sobre sua experiência cotidiana em razão do sofrimento revelado e sentimentos vivenciados.^{16,17}

Notam-se, ainda, relatos de prejuízos físicos e sociais, provenientes da sobrecarga objetiva, relacionados às consequências concretas da presença de uma pessoa com transtorno mental na família e suas repercussões.¹⁵ Nesse sentido, o abandono das atividades laborais, redução na jornada de trabalho, prejuízo financeiro, necessidade de prestar suporte e perturbações nos planos de vida foram algumas das situações citadas. A sobrecarga pode contribuir para déficits na saúde física e psicológica do cuidador, interferindo no bem-estar e qualidade de vida. Dessa forma, comumente dedicam pouco tempo ao autocuidado, vivenciam cansaço, tensão, estresse, tornando-se vulneráveis ao acometimento de doenças.¹⁸ Restrições às atividades sociais e de lazer são mudanças permanentes que contribuem para o prejuízo na qualidade de vida e para o aumento da sobrecarga dos familiares cuidadores.¹⁶

Embora os participantes enfrentem desafios diferentes em decorrência dos distintos diagnósticos, observa-se que há similaridade nos impactos vivenciados e nas formas de enfrentamento. Devido à amplitude e multidimensionalidade do conceito de sobrecarga, nota-se que os sintomas e comportamentos do familiar adoecido desencadeiam prejuízos na estrutura familiar¹⁸ e foram relatados como aspectos que dificultam a relação, desorganizam a rotina e, conseqüentemente, levam ao desejo de reverter a atual condição do familiar na esperança de ajudá-lo e também de amenizar os encargos provenientes da sua posição de cuidador. Destaca-se em algumas falas a perspectiva de melhora dos sintomas ou mesmo cura do transtorno, desejo de que o paciente retorne ao estágio anterior ao surgimento ou agravamento do transtorno, evidenciando a transformação da pessoa outrora conhecida. Esse pode ser um aspecto que alimenta o comprometimento em cuidar, de estar presente durante a internação e colocar as necessidades do familiar em pri-

meiro plano. Contudo, a possibilidade de cura para alguns representa um ideal ainda distante de ser alcançado, reforçando a necessidade de mais compreensão do adoecimento mental, assim como das possibilidades de intervenção a serem realizadas por meio da rede de serviços de saúde mental.¹⁹

Em decorrência do papel assumido, foram ainda observados anseios relacionados ao ato de cuidar. Alguns familiares assumem, sem o auxílio de outras pessoas, total responsabilidade pelo cuidado, revelando precário suporte social e sobrecarga. Expressam anseios em dispor de mais tempo para passar junto do familiar e carregam sentimento de culpa pela situação atual do doente. Assumir a responsabilidade pelos cuidados oferecidos muitas vezes advém da falta de opção em poder compartilhar os afazeres com outros membros do núcleo familiar. O preconceito, estigma e desinformação sobre o transtorno mental levam ao distanciamento de alguns membros da família e trazem conseqüências diretas para a vida do familiar cuidador.^{18,20}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O importante papel assumido pela família no processo terapêutico de seu familiar, que se estende desde o cuidado na própria residência até em momentos de hospitalização, reforça o envolvimento e responsabilidade dessas pessoas. Os resultados deste estudo destacam a sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes internados em leitos psiquiátricos de um hospital geral. Alterações da rotina doméstica, prejuízos laborais, sociais, afastamento de familiares e déficits na saúde física e emocional foram algumas conseqüências pontuadas como advindas da posição de cuidador. Os dados obtidos demonstram que a família também carece de intervenções que contribuam para amenizar os encargos sofridos.

Nessa perspectiva, visando compreender melhor o impacto da desinstitucionalização na dinâmica familiar, estimula-se o desenvolvimento de investigações que considerem o processo de transição do cuidado advindo da desinstitucionalização e que levantem a realidade do cuidador que tem seu familiar hospitalizado em hospital geral, onde há um cenário menos estigmatizante e com menos tempo de internação.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. Bielemann VLM, Kantorski LP, Borges LR, Chiavagatti FG, Willrick JQ, Souza AS, et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enferm*. 2009[citado em 2016 nov. 15];18(1):131-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>
3. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
4. Maciel SC. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cad Bras Saúde Mental*. 2012[citado em 2017 jan. 18];4(8):73-82. Disponível em: <http://stat.elogo.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/2021/2307>

5. Gonçalves AM, Sena RR. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007[citado em 2016 nov. 15];9(2):48-51. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1551/1596>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação à Saúde Mental. Portaria SNAS/MS/ INAMP/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 1992.
7. Machado AL, Colveiro L. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2003[citado em 2017 jan. 18];11(5):672-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000500016&script=sci_abstract&lng=pt
8. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2009.
9. Paes MR, Silva TL, Chaves MMN, Maftum MA. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Ciênc Cuid Saúde*. 2013[citado em 2016 nov. 15];12(2):407-12. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14207>
10. Braga NG, Fernandes NFC, Rocha THR. A família no acompanhamento de sujeitos psicóticos: os encargos subjetivos oriundos do sofrimento psíquico. *Aletheia*. 2014[citado em 2017 jan. 18];43(44):227-38. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000100017
11. Carniel IC, Moreira AP, Gonçalves Neto F, Gonçalves L, Antônio L, Vitriani L. As representações do familiar cuidador em relação ao cuidado em saúde mental. *Saúde Transform Soc*. 2016[citado em 2016 nov. 15];6(3):76-87. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3506>
12. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007[citado em 2017 jan. 18];34(6):270-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03>
13. Zanetti ACG, Galera SAF. O impacto da esquizofrenia para a família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007[citado em 2017 jan. 02];28(3):385-92. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4689>
14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
15. Cardoso L, Galera SAF, Vieira MV. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta Paul Enferm*. 2012[citado em 2017 jan. 18];25(4):517-23. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n4/v25n4a6.pdf>
16. Bandeira M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr*. 2005[citado em 2017 jan. 02];54(1):34-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03>
17. Kebbe LM, Rôse LBR, Fiorati RC, Carretta RYD. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde Debate*. 2014[citado em 2017 jan. 18];38(102):494-505. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0494.pdf>
18. Schein S, Boeckel MG. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno. *Saúde Transform Soc*. 2012[citado em 2017 jan. 18];3(2):32-42. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1474>
19. Bessa JB, Waidman MAP. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm*. 2013[citado em 2016 nov. 15];22(1):61-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf
20. Oliveira EB, Mendonça JLS. Visão de familiares de usuários de um hospital psiquiátrico sobre a visita domiciliar. *Rev Pesqui Cuid Fundam online*. 2013[citado em 2017 jan. 18];5(1):3531-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897034.pdf>