



Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em familiares de pessoas internadas na unidade de emergência hospitalar

Prevalence of Common Mental Disorders in families of in-house people in the hospital emergency unit

Prevalencia de Trastornos Mentales Comunes en familiares de personas ingresadas en urgencias hospitalarias

Claudiane Silva Pereira Cedraz¹, Kátia Santana Freitas¹, Geysimara Santos Silveira Souza¹, Pollyana Pereira Portela¹, Paloma de Sousa Pinho¹, Aloísio Machado da Silva Filho¹, Jéssica Esteves Martins Boaventura¹, Monneglesia Santana Lopes Cardoso¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em familiares de pessoas internadas na unidade de emergência hospitalar. **Métodos:** A amostra foi constituída por 143 familiares de pessoas internadas na unidade de emergência clínica de um hospital público de grande porte na cidade de Feira de Santana - Bahia. Para a mensuração de suspeição e rastreamento para TMC do TMC foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* considerando o ponto de corte para a suspeição de TMC a presença de sete ou mais respostas positivas. **Resultados:** Dos familiares entrevistados 52,4% sofriam com TMC, destes 78,3% eram do sexo feminino e a maioria, 60,1%, residia em Feira de Santana. **Conclusão:** o impacto causado pela hospitalização de um parente na unidade de emergência pode desencadear sintomas psíquicos que prejudicam a integridade mental dos familiares, requerendo da equipe interdisciplinar em saúde a busca por preparo específico para o reconhecimento dessas fragilidades e intervenção.

Palavras-chave: Família, Emergência, Transtornos Mentais Comuns.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) in family members of people admitted to the hospital emergency unit. **Methods:** The sample consisted of 143 family members of people admitted to the clinical emergency unit of a large public hospital in the city of Feira de Santana/Bahia. The instrument used was the Self- Reporting-Questionnaire (SRQ-20) which is a suspicion and tracking instrument for CMD. The cutoff point used for suspicion of CMD was the presence of seven or more positive responses. **Results:** The results showed that 52.4% of the interviewed family members suffered from CMD. Among the study participants, 78.3% were female and the majority 60.1% lived in Feira de Santana. **Conclusion:** the

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana – BA.

impact caused by the hospitalization of a relative in the emergency unit can trigger psychological symptoms that impair the mental integrity of the family, which leads the interdisciplinary health team to seek specific preparation in view of the recognition of these weaknesses and intervention.

Keywords: Family, Emergency, Common Mental Disorders.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la prevalencia de Trastornos Mentales Comunes (DMC) en familiares de personas ingresadas en la unidad de urgencias hospitalarias. **Métodos:** La muestra estuvo conformada por 143 familiares de personas ingresadas en la unidad de emergencia clínica de un gran hospital público de la ciudad de Feira de Santana - Bahía. El instrumento utilizado fue el Self Reporting-Questionnaire (SRQ-20) que es un instrumento de sospecha y seguimiento de la DMC. El punto de corte utilizado para la sospecha de DMC fue la presencia de siete o más respuestas positivas. **Resultados:** Los resultados mostraron que el 52,4% de los familiares entrevistados padecían CMD. Entre los participantes del estudio, el 78,3% eran mujeres y la mayoría del 60,1% vivía en Feira de Santana. **Conclusión:** el impacto que ocasiona la hospitalización de un familiar en la unidad de urgencias puede desencadenar síntomas psicológicos que perjudiquen la integridad mental de los familiares, lo que lleva al equipo interdisciplinario de salud a buscar una preparación específica ante el reconocimiento de estas debilidades e intervención.

Palabras clave: Familia, Emergencia, Trastornos Mentales Comunes.

INTRODUÇÃO

O contexto familiar é de vital importância nas questões referentes ao processo saúde/doença. Quando uma pessoa precisa hospitalizar-se ocorre um rompimento da rede familiar; a separação entre o indivíduo doente e sua família é imposta pelas circunstâncias rígidas criadas pela internação, sobretudo, na unidade de emergência (NEVES L, et al., 2018). O fato de não existir uma prática assistencial institucionalizada, especialmente em unidades de emergência, que também compreenda a família como foco dos cuidados em saúde, favorece o familiar a inevitavelmente vivenciar o sofrimento psíquico, resalta-se que número de familiares afetados por esses transtornos tem aumentado progressivamente (FRIZON G, 2011; SZARESKI C, 2009).

A família tem sido considerada um grupo auto identificado de dois ou mais indivíduos, cuja associação é caracterizada por relações de afeto e/ou consanguinidade, mas que funciona de forma organizada e dependente, guiada por objetivos que desejam o equilíbrio e a homeostase, sendo que o ambiente interfere em suas características e suas respostas diante das adversidades (SHELTON JÁ, et al., 2012).

O processo de hospitalização de um dos membros da família quase sempre é caracterizado como um evento inesperado e assustador e provoca sofrimento, mudanças na vida cotidiana e enfrentamento de novos desafios. Vivenciar esse processo pode se configurar em uma situação de desequilíbrio, no que se refere à redistribuição de papéis e responsabilidades no contexto familiar, além de problemas de relacionamento dentro da família e o adoecimento de outros membros da família (MOURA FF, 2020).

O adoecimento determina a interrupção do previsto, a desordem do cotidiano familiar, o enfrentamento de algo duvidoso e desconhecido, além do risco iminente da morte. Paralelamente, instala-se, quase sempre, uma crise, em latim “*crisis*”, referindo-se a um momento de mudança súbita, geralmente acompanhada de sentimentos de desconforto, inquietação e angústia frente à desorganização que se instala (MOURA FF, 2020; SCHULTZ VG, et al., 2019).

A crise pode ser explicada como uma mudança brusca em algum aspecto na vida de uma pessoa ou do grupo familiar; correspondendo a uma tensão perturbadora que pode atuar nas dimensões biológica, social, psíquica ou espiritual, e que exige esforço para manutenção do equilíbrio. Em diferentes momentos do ciclo

vital a família pode passar por situações de crise, a qual afeta o sistema familiar e os indivíduos (JAMISON TB, et al., 2017).

A dificuldade de adaptação enfrentada pela família frente a uma situação estressante, como o internamento de um parente, pode levar ao desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC), que se configuram em uma combinação de emoções, comportamentos e relacionamentos anormais na sua rede interpessoal (QUADROS LCM, et al., 2020).

O modelo biossocial proposto por Goldberg D e Huxley P (1992) dispõe que os TMC se relacionam com determinantes sociais e com os subsistemas biológicos subjacentes e podem se apresentar por múltiplos sintomas tais como insônia, cefaleia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, tristeza, ansiedade e preocupação somática alterando o funcionamento normal dos indivíduos e prejudicando a sua vida pessoal, familiar e social (DA SILVA PAS, et al., 2018; MURCHO N, et al., 2016).

A unidade de emergência, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, é destinada a promover serviços médicos imediatos requeridos com caráter de emergência e/ou urgência a fim de prolongar a vida e/ou prevenir consequências críticas (BARROS LM, et al., 2013).

Estudos comprovam que metade dos familiares de pessoas gravemente doentes experimentam sintomas psicológicos, incluindo: estresse agudo, estresse pós-traumático, ansiedade generalizada e depressão, tanto durante quanto após a doença crítica de um ente querido (ADELMAN RD, 2014; DAVIDSON JE, et al., 2012). As situações estressoras vivenciadas na hospitalização de um parente podem ser amenizadas quando a família se torna foco da atenção e assim suas necessidades tornam-se percebidas e atendidas pela equipe de cuidados (AZEVEDO AVS, et al., 2017).

O profissional de saúde, normalmente envolvido com o cuidado ao paciente, pode não perceber a angústia, o medo e o sofrimento vivenciados pelos familiares, no entanto, é fundamental que toda a equipe esteja preparada para acolher e estabelecer um relacionamento de confiança com a família. O atendimento integral em saúde deve abranger as necessidades dos familiares, que ao receberem cuidados individualizados pela equipe de saúde poderão sentir-se mais confortáveis, bem como, poderão desenvolver estratégias de enfrentamento frente à doença e hospitalização do parente (FETTERMANN FA, et al., 2019; FREITAS KS, et al., 2012a).

Apesar da importância da temática, evidencia-se a carência de trabalhos que abordem a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em familiares, sobretudo, no contexto da emergência. Empregando-se os descritores: família, emergência, *Self Reporting-Questionnaire* (SRQ-20), Transtornos Mentais Comuns e, posteriormente, *family, emergency, SRQ-20* e *common mental disorders* nas bases de dados Lilacs, Scielo, Acervo+ Index base, sem estabelecer limite de tempo, identificou-se muitos artigos que estavam associados ao uso do SRQ-20, porém, uma quantidade insignificante deles relacionava diretamente os Transtornos Mentais Comuns à familiares de pessoas internadas em unidades de emergência.

Evidenciou-se, portanto, uma lacuna na produção de estudos sobre a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em familiares durante a hospitalização de um parente na emergência hospitalar. Dessa maneira, conhecer os TMC e determinar o sofrimento de uma família frente a um processo de hospitalização pode contribuir para o avanço do conhecimento a respeito da temática e ajudar a equipe interdisciplinar em saúde no redirecionamento de práticas de cuidado à díade paciente-família. Isto posto, objetivou-se neste estudo, avaliar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em familiares de pessoas internadas na unidade de emergência hospitalar.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado na unidade de emergência clínica de um hospital geral público, de grande porte no interior da Bahia. A amostra de conveniência foi constituída por 143 familiares de pessoas internadas na emergência que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 19 anos; ser a pessoa mais próxima do indivíduo internado; ter o familiar internado num período superior a 48 horas na

emergência e ter visitado o familiar pelo menos uma vez no curso da internação. Os dados foram coletados de outubro de 2016 a março de 2017.

Em sala privativa era realizada a aplicação do instrumento, o qual continha na primeira parte questões objetivas sobre dados sociodemográficos do familiar; dados clínicos da pessoa internada e de relacionamento com o familiar e na segunda parte apresentava o *Self Reporting-Questionnaire* (SRQ-20), um instrumento utilizado para mensurar a suspeição diagnóstica dos Transtornos Mentais Comuns. O SRQ-20 permite a detecção precoce de sinais e sintomas de comprometimento da saúde mental, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um método para identificação de TMC (SANTOS GBV, et al., 2019).

Os itens do SRQ-20 são divididos em quatro dimensões específicas: *I – comportamento ansioso e depressivo; II – decréscimo de energia vital; III – sintomas somáticos e IV – humor depressivo*. O melhor ponto de corte para a classificação de TMC de uma população composta por 91 indivíduos residentes em áreas urbanas de Feira de Santana - Ba, foi 6/7, revelando desempenho razoável, desta forma firmou-se neste estudo o ponto de corte em 7 pontos (SANTOS KOB, 2011).

As respostas afirmativas foram pontuadas com valor um (01) e através da soma destes valores foi obtido o escore final. Os dados foram armazenados no banco de dados e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 plataforma Windows.

Para verificar a associação entre TMC e as características relativas à pessoa internada e aos familiares, foram calculadas as prevalências, razões de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%, através da planilha eletrônica OpenEpi. Adotou-se a significância estatística de 5% para todos os testes.

Os critérios éticos foram respeitados durante a coleta dos dados através da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como pela manutenção do anonimato e privacidade dos participantes, a fim de respeitar os preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Este trabalho está inserido num projeto matriz “Produção do Cuidado para a Promoção do Conforto de Famílias no Hospital Geral Clériston Andrade”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sob o parecer nº: 531.247/ CAAE: 25608213.8.0000.0053.

RESULTADOS

Conforme mostra a **Tabela 1**, a prevalência de TMC na amostra estudada foi de 52,4%.

Tabela 1 - Prevalência de TMC em familiares de pessoas internadas na unidade de emergência.

Variável	n	(%)
Casos de TMC	75	52,4
Não Casos de TMC	68	47,6
TOTAL	143	100

Fonte: Cedraz CSP, et al., 2023.

A **Tabela 2** mostra que, dentre os participantes do estudo, (78,3%) eram do sexo feminino e a maioria (60,1%) residia em Feira de Santana. O ensino médio foi o grau de escolaridade predominante entre os participantes (50,3%); o estado civil principal foi casado (39,2%) e a religião católica predominante (51,0%). Sobre a situação de trabalho, (54,5%) estava ativo no mercado; além disso, (62,2%) não morava com o familiar internado e o principal grau de parentesco foi filho/a com (54,5%).

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos familiares das pessoas internadas na unidade de emergência.

Variáveis	n	(%)	RP*	IC*
Sexo			1.895	1.499- 2.395**
Feminino	112	78,3		
Masculino	31	21,7		
Idade			0.766	0.656- 0.893
Até 40 anos				
Acima de 41 anos				
Cidade de residência			1.405	1.068-1.849**
Feira de Santana	86	60,1		
Outra	49	34,3		
Salvador	5	3,5		
Ausente no sistema	3	2,1		
Escolaridade			0.9165	0.775-1.083
Não estudou	3	2,1		
Fundamental	47	32,9		
Médio	72	50,3		
Superior	21	14,7		
Estado Civil			1.044	0.895-1.217
Casado	56	39,2		
Solteiro	48	33,6		
União Consensual	21	14,7		
Separado/Divorciado	11	7,7		
Viúvo	7	4,9		
Religião			1.458	1.071- 1.985**
Católico	73	51		
Evangélico	46	32,2		
Sem religião	20	14		
Outra	4	2,8		
Situação de trabalho atual			0.9082	0.783- 1.053
Desempregado	11	7,7		
Ativo	78	54,5		
Dona de casa	34	23,8		
Aposentado	20	14		
Mora com o familiar			1.22	1.033- 1.439**
Sim	54	37,8		
Não	89	62,2		
Grau de parentesco			0.8978	0.736- 1.095
Filho (a)	78	54,5		
Cônjuge	21	14,7		
Irmão	16	11,2		
Pais	12	8,4		
Outro	16	11,2		
Total	143	100		

Legenda: * RP = Razão de Prevalência, * IC = Intervalo de Confiança, **Valor $p < 0,005$.

Fonte: Cedraz CSP, et al., 2023.

Em relação às categorias do SRQ-20, a **Tabela 3** mostra que os itens que compõem a dimensão *Humor Depressivo – Ansioso* são os que possuem frequências mais altas, sendo que os itens: “Tem se sentido triste ultimamente” (88,8%) e “Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)” (86,6%) atingiram valores relevantes. A dimensão *Sintomas Somáticos* também obteve valores consideráveis, sendo que os itens “Dorme mal” (74,8%) e “Tem falta de apetite” (66,4%) alcançaram as maiores frequências dessa categoria. As duas dimensões que tiveram frequências mais baixas foram: *Decréscimo de Energia Vital*, cujos itens de maior destaque foram: “Se cansa com facilidade” (47,6%) e “Tem dificuldade de pensar com clareza” (39,2%). Quanto aos *Pensamentos Depressivos*, o item que mais se destacou foi: “Tem perdido o interesse pelas coisas” (27,3%) e apenas (3,5%) dos familiares afirmaram ter ideia de acabar com a própria vida.

Tabela 3 - Distribuição dos itens do SRQ-20 em familiares das pessoas internadas na unidade de emergência.

Categorias do SRQ-20	Itens do SRQ-20	n	(%)
Humor Depressivo-Ansioso	Tem se sentido triste ultimamente	127	88,8
	Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	123	86,6
	Tem chorado mais do que de costume	99	69,2
	Assusta-se com facilidade	85	59,4
Sintomas Somáticos	Dorme mal	107	74,8
	Tem falta de apetite	95	66,4
	Tem má digestão	49	34,3
	Tem sensações desagradáveis no estômago	52	36,4
	Tem tremores nas mãos	40	28
Decréscimo de Energia Vital	Tem dores de cabeça frequentemente	60	42
	Encontra dificuldade de realizar com satisfação suas tarefas diárias	54	38
	Se cansa com facilidade	68	47,6
	Tem dificuldade de pensar com clareza	56	39,2
	Tem dificuldade para tomar decisões	53	37,1
	Sente-se cansado o tempo todo	53	37,1
Pensamentos Depressivos	Tem dificuldade no serviço/ Seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento	30	21
	Tem perdido o interesse pelas coisas	39	27,3
	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	18	12,6
	Você se sente uma pessoa inútil em sua vida	18	12,6
	Tem tido ideia de acabar com a vida	5	3,5
Total		143	100

Fonte: Cedraz CSP, et al., 2023.

Na **Tabela 4**, evidencia-se que a maioria dos familiares não tinha problema de saúde física (69,9%) ou de saúde psíquica (96,5%) e (69,2%) não usava medicamento regularmente. A maioria não conhecia o serviço de psicologia do hospital (95,9%) e também nunca tinha sido atendido por um psicólogo durante o curso da internação do familiar (98,4%). Quanto a ter experiência de outras internações, (61,5%) informou ser a primeira vivência na emergência.

Tabela 4 - Prevalência de TMC segundo características clínicas dos familiares de pessoas internadas na unidade de emergência.

Variáveis	n	%	RP*	IC*
Problema de saúde física			1.095	0.9139- 1.312
Sim	43	30,1		
Não	100	69,9		
Problema de saúde psíquica			1.536	1.239- 1.905**
Sim	5	3,5		
Não	138	96,5		
Já foi atendido por algum psicólogo			0.9881	0.7614-1.282
Sim	2	1,6		
Não	121	98,4		
Experiência de internação de outros parentes na unidade de emergência			1.044	0.893- 1.22
Sim	53	37,1		
Não	88	61,5		
Ausente no sistema	2	1,4		
Total	143	100		

Legenda: * RP = Razão de Prevalência, * IC = Intervalo de Confiança, **Valor $p < 0,005$.

Fonte: Cedraz CSP, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Estudos apontam que a prevalência de transtornos mentais se situa entre 12 e 50% dependendo da população estudada e dos critérios de diagnósticos que forem estabelecidos. A maioria desses casos, aproximadamente 90%, é constituída por transtornos não psicóticos, os chamados TMC, com queixas somáticas, incluindo sintomas como fadiga, insônia, irritabilidade e dificuldade de concentração (VIDAL CEL, et al., 2014; GONÇALVES DM, et al., 2008).

A prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre familiares de pessoas hospitalizadas na emergência foi considerável (52,4%) e merece destaque. Os fatores sociodemográficos analisados nesse estudo revelaram associações com maiores probabilidades de desenvolvimento de TMC em familiares do sexo feminino, residentes na mesma cidade do hospital, casados, da religião católica, que trabalhavam e que nunca tiveram experiências anteriores na emergência, o que pode evidenciar que durante o processo de hospitalização de um parente, as respostas de cada um dos membros da família são particulares e devem ser consideradas suas singularidades (SOARES PSM e MEUCCI RD, 2020; PARREIRA BDM, et al., 2017).

Ressalta-se a importância do maior acometimento de TMC em mulheres, como demonstrou o estudo. Para Senicato C, et al. (2018); a maior vulnerabilidade feminina aos transtornos mentais comuns pode ser explicada por modificações do sistema endócrino, alterações hormonais constantes e as pequenas diferenças cerebrais que existem entre homens e mulheres. Além disso, deve-se considerar também, as desigualdades de gênero, sobretudo com relação à sobrecarga de trabalho doméstico e as taxas de violência que crescem consideravelmente contra mulheres.

No que tange à religião, a internação de um familiar em unidade de emergência pode promover ressignificação da espiritualidade, possibilitando a conversão religiosa, o fortalecimento de crenças ou até mesmo o desapego às tradições religiosas. Neste estudo, observou-se que a maioria dos familiares pertencia à religião católica, o que concerne com a necessidade dos mesmos de se aproximarem de alguma religião na tentativa de amenizar sua angústia (MOREIRA MMS, et al., 2020).

O indivíduo quando vivencia a incerteza da recuperação do seu familiar e presencia todo o seu sofrimento, pode começar a experimentar a antecipação da perda, o que se configura numa sensação de potencial desespero. A angústia da família ocorre por medo de que o desfecho dessa situação seja a morte do familiar. Neste contexto, a equipe interprofissional, focada em prestar atendimento à pessoa hospitalizada, pode minimizar os sintomas apresentados pelos familiares (FREITAS KS, et al., 2012a).

Dentre todos os aspectos avaliados pelo SRQ-20, a predominância dos sintomas relacionados à dimensão *Humor Depressivo-Ansioso* expressiva, a qual representa a presença significativa de sintomas de depressão e ansiedade, relacionados à tristeza, preocupação, nervosismo e fragilidade emocional. O item dessa dimensão que apresentou maior frequência foi: “*Tem se sentido triste ultimamente*”. A distância do parente, impossibilidade de prestar cuidados diretos, situação de incerteza e possibilidade constante de morte, assim como presenciar o sofrimento do ente querido, em alguns casos, traz um sentimento de angústia e tristeza para a família, entrelaçando-a a um processo de instabilidade emocional e sofrimento psíquico, algumas vezes, de forma irreversível (FREITAS KS, et al., 2012a; ALMEIDA AS, et al., 2009).

A dimensão *Sintomas Somáticos* representa uma manifestação de conflitos e angústias psicológicas por meio de sinais e sintomas do corpo (COELHO CLS e ÁVILA LA, 2007). Nesta categoria, os itens que tiveram maiores frequências, foram: “*Dorme mal*” e “*Tem falta de apetite*”. Em um estudo sobre conforto de familiares, há uma subcategoria que representa bem esse item, indicando que os familiares realmente não conseguem manter os hábitos de sono, isto é, tem o sono interrompido constantemente ou não conseguem dormir, diante das preocupações e angústias provocadas pela internação, as incertezas de recuperação do parente e as dificuldades de interação com ele (BARRETO MS, et al., 2019). Da mesma forma, o fato de não conseguir se alimentar representa a dificuldade enfrentada pelos familiares para comer, ou a perda total de apetite devido ao intenso sofrimento e possibilidade de perder o parente (FREITAS KS, et al., 2012a).

Quanto à dimensão *Decréscimo de Energia Vital*, o item: “*Se cansa com facilidade*” foi o que mais apresentou respostas afirmativas pelos familiares entrevistados, indicando que o cansaço está relacionado à dor emocional que eles sentem durante o processo de hospitalização e também, provocado pelas mudanças cotidianas impostas pela nova situação (BARRETO MS, et al., 2019). Associado a esse item está: “*Se sente cansado o tempo todo*”, demonstrando o esgotamento físico dos familiares em decorrência do sofrimento proveniente da hospitalização e do fardo que é conviver com o improvável (ANDRADE OCPB, 2007).

A dimensão *Humor Depressivo* propõe apresentar distorções de pensamentos e foi a que apresentou as menores frequências entre as demais, demonstrando que a família está de certa forma, desenvolvendo estratégias de enfrentamento, buscando reagir e se organizar de maneira que haja redução das desordens e tensões emocionais (LIMA FA, et al., 2012).

Dentre os itens dessa dimensão, o que obteve maior frequência foi: “*Tem perdido o interesse pelas coisas*”, indicando que se o indivíduo não for resiliente o suficiente para lidar com as fontes de estresse, poderá entrar num quadro de ansiedade e angústia diária e falta de vontade de fazer suas coisas, outrora, realizadas com amor e dedicação (CAMELO SHH e ANGERAMI EL, 2004).

O enfrentamento implica em uma reação diante de uma situação difícil, um problema ou um desafio, com função adaptativa do comportamento na relação entre o organismo e o ambiente conflitante, com algumas estratégias para lidar com a ameaça, no entanto, na maioria das vezes, essa tarefa precisa do apoio de alguém com expertise, nesse caso, do auxílio de um profissional de psicologia (AZEVEDO AVS, et al., 2016). Experiências anteriores com a internação de parentes na unidade de emergência podem desencadear desequilíbrios psíquicos, exacerbados por suas expectativas diante do estresse e sofrimento causados pela separação, desestruturação familiar e a mudança no cotidiano (NEVES L, et al., 2018).

Salienta-se que a atuação do psicólogo junto aos familiares que possuem um indivíduo em processo de hospitalização em unidade de emergência é imprescindível, tendo em vista que, este profissional abre espaço para o reconhecimento subjetivo de sintomas “imperceptíveis” pelos demais membros da equipe interprofissional. Diante disso, a equipe passa a ter mais clareza dos elementos objetivos e subjetivos vivenciados pelo familiar, colaborando para uma comunicação mais eficaz. Simultaneamente ressalta-se que

os membros da equipe também passam por incertezas e desconfortos causados pelo tratamento ao paciente, chegando a evitar o contato com a família como forma de autoproteção (NEVES L, et al., 2018).

Davidson JE, et al. (2017) fizeram 23 recomendações baseadas em evidências com o objetivo de fornecer estratégias para aperfeiçoar o apoio da família de pacientes graves sobre os respectivos temas: presença da família no ambiente hospitalar, apoio à família, intervenções focadas na melhoria da comunicação com a família, uso de consultas específicas e membros da equipe, questões operacionais e ambientais. Intervenções e abordagens estruturadas de apoio à família de pacientes graves podem reduzir o impacto da crise causada pelo adoecimento grave, preparando a família para as demandas de tomada de decisão e cuidados (NEVES L, et al., 2018).

Quando a família recebe suporte afetivo, esses sintomas podem ser diminuídos. Esse suporte está relacionado à provisão de assistência aos familiares, no intuito de propiciar aos mesmos, condições para expressar seus sentimentos e assim, enfrentar melhor a experiência traumática da hospitalização. O apoio de amigos, de profissionais e a ajuda espiritual funciona como uma rede de sustentação para as famílias (FREITAS KS, 2012a), as quais vivenciam experiências de hospitalização singulares apesar de terem em comum a vivência do internamento do seu ente delimitada pelo mesmo espaço da emergência hospitalar.

Destarte, compreende-se que a dinâmica de enfrentamento da situação de ter um familiar hospitalizado pode mudar de acordo com algumas características importantes, como o tempo e a fase em que se encontra cada pessoa. Por esse motivo, os ajustes realizados diante de determinada dificuldade deverão ocorrer no sentido de modificar a situação conflitante e adaptar-se à nova realidade que está sendo experienciada (NEVES L, et al., 2018).

CONCLUSÃO

As alterações psíquicas em familiares que enfrentam a hospitalização de um parente são muito frequentes e exigem cada vez mais, um preparo da equipe interprofissional em saúde para reconhecer e trabalhar com essas fragilidades, tomando como foco o cuidado centrado na pessoa e sua família. É necessário compreender os impactos que o período de hospitalização na unidade de emergência pode provocar nos aspectos físico, psicológico e social dessas pessoas. Apesar de reconhecer o desafio de atuar na unidade de emergência dadas as particularidades e complexidade do atendimento emergencial, espera-se que este estudo traga contribuições positivas para os profissionais de saúde, bem como para os serviços de emergência hospitalares, sensibilizando e incentivando a implementação de estratégias e o redirecionamento de posturas e práticas assistenciais voltadas para o cuidado ampliado no sentido de minimizar as chances de adoecimento mental nessa população durante a hospitalização de um familiar.

REFERÊNCIAS

1. ADELMAN RD, et al. Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, 2014; 311:1052-1060.
2. ALMEIDA AS, et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2009; 6: 844-849.
3. ANDRADE, OCPB. Os sentimentos de familiares de pacientes internados em UTI. Monografia (Especialização em Psicologia Hospitalar e Saúde da Família). Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste, Recife, 2007.
4. AZEVÊDO AVS, et al. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2017; 11: 3653-3666.
5. AZEVÊDO AVS, et al. A família no contexto da hospitalização: revisão sistemática. *Psicologia do desenvolvimento*, 2016; 3: 772-779.
6. BARRETO MS, et al. Presença da família durante o atendimento emergencial: vivência de pacientes e familiares. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 2019; 28: 1-15.

7. BARROS LM, et al. Internação em uma unidade de emergência hospitalar: vivência. *Revista Cogitare Enfermagem*, 2013; 2: 336-343.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em: 01 de julho de 2021.
9. CAMELO SHH e ANGERAMI ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2004; 1: 14-21.
10. CEDRAZ CSP, et al. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em familiares de pessoas internadas na unidade de emergência hospitalar, 2022; 1: 01-13.
11. COELHO CLS e ÁVILA LA. Controvérsias sobre a somatização. *Rev Psiquiatria Clínica*, 2007; 6: 278-284.
12. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília, nº 12, 59, 13 jun 2013.
13. DA SILVA PAS, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 2: 639-646.
14. DAVIDSON JE, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine*, 2017; 1: 103-128.
15. DAVIDSON JE, et al. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Critical Care Medicine*, 2012; 40: 618-624.
16. FETTERMANN FA, et al. Acolhimento e humanização dos familiares em unidade de tratamento intensivo adulto: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 11(12): e507.
17. FREITAS KS, et al. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Escola Anna Nery*, 2012a; 4: 704-711.
18. FRIZON G, et al. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 2011; 1: 72-78.
19. GOLDBERG D e HUXLEY P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock, 1992.
20. GONÇALVES DM, et al. Avaliação de desempenho do self – reporting questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM – IV – TR. *Caderno de Saúde Pública*, 2008; 2: 380-390.
21. JAMISON TB, et al. Unmarried coparenting in the context of poverty: understanding the relationship between stress, family resource management, and resilience. *Fam Econss*, 2017; 3: 439-452.
22. LIMA FA, et al. Estratégias de enfrentamento (Coping) de hijos que tienen la madre o el padre internado en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI). *Divers. Perspect. Psicol.*, 2012; 1: 151-164.
23. MARI JJ e WILLIAMS PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Brit. Jour. of Psych.*, 1986; 5: 23-26.
24. MARUITI MR, et al. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista Enfermagem*, 2008; 4: 536-542.
25. MARUITI RM e GALDEANO EL. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista Enfermagem*, 2007; 1: 37- 43.
26. MOREIRA MMS, et al. Transtorno mental comum em acompanhantes de pacientes em internação hospitalar de curto e médio período: um estudo transversal. *Revista Multidebates*, 2020; 4: 189-197.
27. MOURA FF, et al. Prevalência de sintomas de transtornos mentais comuns em pacientes internados em um Hospital Geral do Sul do Brasil. *Rev. SBPH*, 2020; 2: 139-148.
28. MURCHO N, et al. Transtornos mentais comuns nos cuidados de saúde primários: um estudo de revisão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2016; 15: 30-36.
29. NEVES L, et al. O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. *Escola Anna Nery*, 2018; 2: 170-304.
30. OMS. Guia de atenção à saúde. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acessado em: 01 de julho de 2021.
31. PARREIRA BDM, et al. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2017; 51: 1-8.

32. QUADROS LCM, et al. Transtornos mentais comuns e fatores contemporâneos: coorte de nascimentos de 1982. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 1: 162-180.
33. SANTOS GBV, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019; 11: 01-10.
34. SANTOS KOB, et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self Report Questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana Saúde Pública*, 2011; 3: 544-560.
35. SENICATO C, et al. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 8: 2543-2554.
36. SCHULTZ VG, et al. Sentimientos de los cuidadores familiares de pacientes adultos hospitalizados: Revisión Integrativa. *Revista Enfermería Actual*, 2019; 37: 01-13.
37. SHELTON JÁ, et al. Where are family theories in family-based obesity treatment? conceptualizing the study of families in pediatric weight management. *Int J Obes (Lond)*, 2012; 7: 891-900.
38. SOARES PSM, MEUCCI RD. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 8: 3087-3095.
39. SZARESKI C. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na perspectiva da equipe de Enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.
40. VIDAL CEL, et al. Preditores de prováveis transtornos mentais comuns (TMC) em prostitutas utilizando o *Self-Reporting Questionnaire*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2014; 3: 206-212.