Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Vivências de familiares no cuidado à pessoa em sofrimento mental: desafios, necessidades e estratégias de enfrentamento

Family members' experiences in caring for a person experiencing mental distress: challenges, needs, and coping strategies

Vivencias de familiares en el cuidado de la persona consufrimiento mental: desafíos, necesidades y estrategias de afrontamiento

Laila Vidigal de Souza[1], João Bosco Monteiro[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar as vivências e percepções dos familiares sobre o processo de cuidado às pessoas em sofrimento mental intenso, investigando os desafios, necessidades e estratégias de enfrentamento envolvidas. **Métodos:** Trata-se de estudo exploratório-descritivo, qualitativo, realizado em Clínica Psiquiátrica de um Hospital Geral, com aplicação de questionário sociodemográfico e realização de Grupo Focal com os familiares de pessoas internadas neste espaço. Foi utilizada Análise Temática de Bardin (2016). **Resultados:** Participaram 9 mulheres e 1 homem, com idades de 19 a 70 anos, maioria cor/raça pardo e com até o ensino fundamental. A partir dos Grupos Focais formulou-se as categorias e subcategorias: 1. Compreensões sobre o cuidado (auxílio nas atividades da vida diária; dimensões afetivas), 2. Desafios e necessidades no processo de cuidado (vivências diante da crise; rede de apoio fragilizada; sobrecarga da cuidadora) e 3. Estratégias de enfrentamento (Busca de apoio social e espiritualidade/religiosidade). **Conclusão:** Constatou-se a necessidade de ações que favoreçam a qualidade de vida dos cuidadores, além de limitações metodológicas que indicam a importância de novos estudos.

Palavras-chave: Saúde mental, Cuidador familiar, Transtornos mentais, Hospitais gerais.

ABSTRACT

Objective: To analyze the experiences and perceptions of family members regarding the care process for people suffering from intense mental distress, investigating the challenges, needs, and coping strategies involved. **Methods:** This is an exploratory-descriptive, qualitative study conducted in a Psychiatric Clinic of a General Hospital, using a sociodemographic questionnaire and a focus group with family members of people hospitalized in this space. Bardin's (2016) Thematic Analysis was used. **Results:** Nine women and one man participated, aged 19 to 70 years, mostly of mixed race/ethnicity, and with up to elementary school education. From the focus groups, the following categories and subcategories were formulated: 1. Understandings about care (assistance with activities of daily living; affective dimensions), 2. Challenges and needs in the care process (experiences during crisis; weakened support network; caregiver burden), and 3. Coping strategies (seeking social support and spirituality/religiosity). **Conclusion:** The study revealed a need for actions that improve the quality of life of caregivers, in addition to methodological limitations that indicate the importance of further research.

Keywords: Mental health, Family caregiver, Mental disorders, General hospitals.

RESUMEN

[1] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém – PA.

SUBMETIDO EM: 2/2026 | **ACEITO EM: 3/2026** | **PUBLICADO EM: 4/2026**

Objetivo: Analizar las experiencias y percepciones de los familiares respecto al proceso de cuidado de personas que sufren de sufrimiento mental intenso, indagando en los desafíos, necesidades y estrategias de afrontamiento involucradas. **Métodos:** Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo, cualitativo, realizado en una Clínica Psiquiátrica de un Hospital General, mediante un cuestionario sociodemográfico y un grupo focal con familiares de personas hospitalizadas en este espacio. Se utilizó el Análisis Temático de Bardin (2016). **Resultados:** Participaron nueve mujeres y un hombre, de 19 a 70 años, en su mayoría de raza/etnia mixta, y con educación hasta la escuela primaria. A partir de los grupos focales, se formularon las siguientes categorías y subcategorías: 1. Comprensiones sobre el cuidado (asistencia con las actividades de la vida diaria; dimensiones afectivas), 2. Desafíos y necesidades en el proceso de cuidado (experiencias durante la crisis; red de apoyo debilitada; carga del cuidador), y 3. Estrategias de afrontamiento (búsqueda de apoyo social y espiritualidad/religiosidad). **Conclusión:** El estudio reveló la necesidad de acciones que mejoren la calidad de vida de los cuidadores, además de limitaciones metodológicas que indican la importancia de futuras investigaciones.

Palabras clave: Salud mental, Cuidadores familiares, Trastornos mentales, Hospitales generales.

INTRODUÇÃO

A Lei n° 10.216/2001 apresenta como direito das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas o acesso a uma assistência em saúde que possua como objetivo alcançar a recuperação, por meio da inserção na família, no trabalho e na comunidade. As transformações culminaram em novas perspectivas sobre o lugar das famílias na atenção à saúde mental, entendendo que são fundamentais para o movimento da luta antimanicomial caso encontrem espaços para serem compreendidas em suas singularidades e apoiadas nos serviços de saúde (CAVALCANTE R e CARVALHO CO, 2020).

Assim, para compreender a relação existente entre família e cuidado, deve-se admitir a existência de formas plurais de composição de um núcleo familiar, o que ultrapassa vínculos de consanguinidade e descendência. Considera-se, família(s) como um conjunto de pessoas com laços de sangue, parentesco ou dependência, que possuem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto, compondo um grupo social que possui uma divisão interna de papéis com distribuição de privilégios, direitos e deveres (BRUSCHINI C, 1989).

Nesse viés, o cuidado é constituído como atitude fundamental que implica um modo-de-ser pelo qual a pessoa se direciona ao outro com diligência e solicitude (BOFF L, 2006). O cuidado ocorre na relação, sendo um fenômeno basilar à constituição do ser humano em sua relação com o mundo. Nesse quesito, cuidar das coisas implica acolhimento, respeito, sossego, repouso, em uma relação não de domínio, mas de convivência (BOFF L, 2006). Mas também, admitindo-se o cuidado como um trabalho fora das relações laborais do mercado de trabalho, que ocorre habitualmente na produção de bens e serviços fundamentais à sustentação e à reprodução da vida humana (BRASIL, 2024).

Ao assumir funções de cuidado fundamentais na rede de apoio da pessoa em sofrimento mental grave, os familiares demandam instrumentalização para lidar com os conflitos e as dificuldades que emergem. Logo, realizar a desinstitucionalização também é trabalhar junto às famílias, na tentativa de fortalecer vínculos, quando possível, auxiliar na compreensão crítica acerca do fenômeno da loucura e ajudá-las com a ressignificação das formas de cuidado e convívio (DESINSTITUTE, 2023).

Nesse contexto, a tentativa de manter este público demandante de cuidados sem a necessidade de internações envolve a gestão do sofrimento a partir de recursos disponíveis no território, entretanto, no atual contexto de precarização dos serviços e de redução do aparato Estatal, isso representa um aumento na sobrecarga das famílias (ANDRADE VCH, 2023). Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), há serviços que abrangem os diferentes níveis de atenção à saúde, sendo parte da Atenção Hospitalar e destaque para o presente estudo, as Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral (UREHG) que, conforme Portaria Nº 3.588/2017 e a Lei n° 10.216/2001, deve prestar retaguarda de leitos para internação de curta

duração quando os serviços extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para situações em que há a necessidade de proteção da vida ou de terceiros.

Desse modo, diferente do contexto hospitalar onde infere-se que os profissionais conseguem fazer a gestão da crise, o contexto de convivência familiar pode não apresentar recursos físicos, emocionais e sociais para tal, o que pode gerar situações de abandono ou violência. Por isso, as situações estressoras vivenciadas pelas famílias demandam o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento que minimizem os impactos físicos e psicossociais, tornando-se importante reconhecê-las para subsidiar a elaboração de intervenções capazes de contribuir com a promoção do bem-estar (MORERO JAP, et al., 2018).

Nesse cenário, identificou-se na prática profissional da psicologia em uma UREHG no Estado do Pará, a necessidade de aprimorar espaços de escuta, diálogo e psicoeducação de modo interprofissional e intersetorial direcionados às famílias. Um destes espaços se refere ao Grupo de Família (GF), o qual foi propulsor para a escolha do objeto de investigação, a fim de conhecer, a partir desta estratégia, as vivências e demandas dos familiares cuidadores. Com isso, elaborou-se as seguintes questões norteadoras: Como os familiares de pessoas em sofrimento mental intenso vivenciam o processo de cuidado? E quais os desafios, necessidades e estratégias de enfrentamento envolvidas?

Para tal, o objetivo geral consistiu em analisar as vivências e percepções dos familiares sobre o processo de cuidado às pessoas em sofrimento mental intenso, investigando os desafios, necessidades e estratégias de enfrentamento envolvidas. O que contou com os objetivos específicos: a) Compreender como se expressa a construção social do cuidado diante do adoecimento mental na percepção dos familiares. b) Identificar as estratégias de enfrentamento e recursos (de saúde, da comunidade, da assistência social e outros) mobilizados diante do sofrimento psíquico intenso do seu familiar. c) Conhecer os desafios e as necessidades dos familiares perante o processo de cuidado

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, realizada em uma UREHG do Estado do Pará, especificamente no Setor de Internação Breve (SIB), que recebe pacientes encaminhados da Emergência Psiquiátrica. A coleta ocorreu no Grupo de Família conduzido por psicólogos do setor, após autorização dos organizadores e comunicação aos familiares sobre a finalidade do encontro. A coleta ocorreu em maio de 2025, houve a participação de 10 familiares selecionados por conveniência, seguindo critérios de inclusão: possuir vínculo familiar ou afetivo com o paciente internado, ter mais de 18 anos, residir com o paciente, estar presente no dia do grupo e aceitar o TCLE. Foram excluídos indivíduos com comprometimentos que dificultassem a comunicação ou que optassem por não participar.

Utilizou-se um questionário sociodemográfico e Grupo Focal com roteiro semiestruturado e gravação de áudio, adotando-se o critério de saturação. Realizaram-se dois grupos, com duração média de 50 minutos. As gravações foram transcritas no *Microsoft Word* e os dados sociodemográficos organizados no *Microsoft Excel*. A Análise Temática (BARDIN L, 2016) orientou o tratamento das transcrições, preservando o anonimato dos participantes, considerando o grupo como unidade de análise (GONDIM SMG, 2003).

Figura 1 - Fluxograma da coleta/análise (qualitativo).



Fonte: Souza LV e Monteiro JB, 2026.

A pesquisa seguiu as normas éticas vigentes, Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n° 466/2012 e n° 510/2016, com aprovação pelo Comitê de Ética da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, sob o CAEE 87170225.5.0000.0016 e parecer nº 7.643.221.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

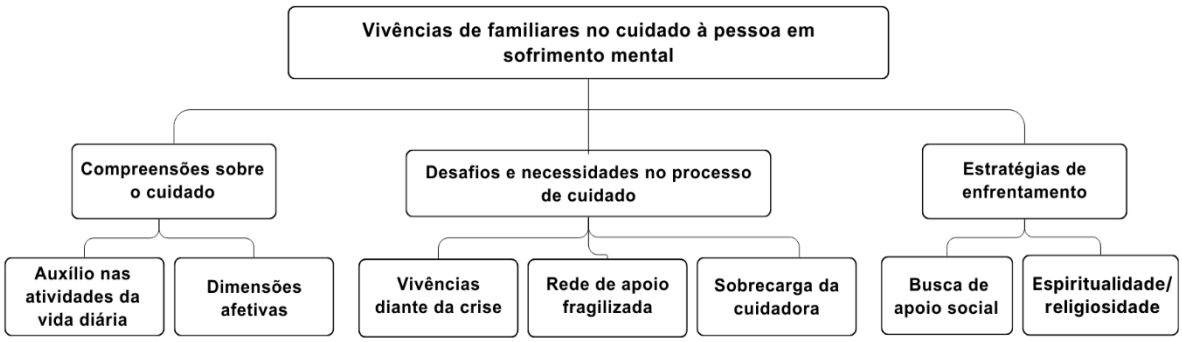
Participaram 9 mulheres e 1 homem, com idades entre 19 e 70 anos; 70% se declararam pardos, 20% pretos e 10% brancos. Quanto à escolaridade, 60% tinham até o ensino fundamental, 30% ensino médio e apenas uma pessoa possuía pós-graduação. Em relação à ocupação, 50% eram donas de casa, 20% domésticas, além de uma professora e um pedreiro.

Do ponto de vista econômico, 20% recebiam Benefício de Prestação Continuada, 20% Bolsa Família, 10% aposentadoria e 50% não tinham benefícios. A renda familiar geral foi de até um salário-mínimo, complementada por outros membros da casa. A maioria residia em área urbana,casa própria, com média de 3 moradores; apenas um participante vivia em região ribeirinha.

Assim como em estudos anteriores, observou-se predominância feminina, refletindo a histórica divisão desigual e sobrecarregada dos cuidados, especialmente entre mulheres em situação de pobreza e com menor acesso a políticas públicas (ANDRADE VCH, 2023; RAMOS AC, et al, 2019; BRAGA RB e PEGORARO RF, 2020; BRASIL, 2024).

Grupo focal

Figura 2 - Mapa temático das categorias e subcategorias identificadas nos grupos focais com familiares de pessoas internadas em clínica psiquiátrica de hospital geral.



Fonte: Souza LV e Monteiro JB, 2026.

Compreensões sobre o cuidado

Auxílio nas atividades da vida diária

Mostrou-se que o cuidado está relacionado à prestação de suporte em atividades da rotina da pessoa que apresenta o transtorno mental, sendo dispensada uma atenção constante, principalmente, na administração dos medicamentos, acompanhamento em consultas, incentivo à higiene, à alimentação e ao descanso.

> *"Pra mim, o cuidado é esse. Tomar o remédio na hora certa, né? Alimentação, né? A parte de higienização também, que é o banho, né? A hora que às vezes, assim, que eles ficam mais ruim pra dormir, tentar colocar eles pra dormir, né?" (G2)*

> *"É uma atenção também, né? Dar aquela atenção direta, né? Pra essas pessoas principalmente, né? (...) Olhando, verificando e pensando o que já vai fazer lá na frente." (G1)*

Torres LNL e Silva RS (2023) apontam que estas ações e preocupações caracterizam o cuidado parental exercido por meio de medidas de manutenção da vida cotidiana. Ainda segundo os autores, a presença da vigilância e do controle empreendidos nestas relações cotidianas, por meio da atenção constante, evidencia tanto uma forma de garantia da proteção do familiar adoecido quanto de evitação de comportamentos considerados inadequados.

> *"(...) ele bebeu uma Quiboa (...) só que não era daquela que é forte, que é ácida mesmo, que se tomava, olha...Só que pra falar, tudo tem que ter um jeito pra falar, principalmente com ele, porque ele é agressivo, porque ele não gosta de ser contrariado." (G1)*

Portanto, o entendimento das participantes sobre o cuidado passa pela compreensão de que o cuidar acontece a partir da relação de ajuda, em uma perspectiva de satisfação das necessidades fundamentais do demandante (BARBOSA JÚNIOR PN, 2014).

Contudo, o cuidado como vigilância e controle de riscos, também, pode indicar a restrição da saúde à noção de segurança, o que desconsidera a singularidade do sujeito que apresenta o transtorno mental e invalida sua autonomia e potencialidades (ANTONELI JRP e EMERICH BF, 2020).

Dimensões afetivas

O cuidado foi relacionado ao sentimento de empatia e o ato de se dedicar em prol da pessoa que vivencia o sofrimento mental intenso, com discursos marcados pela perspectiva do ato de cuidar como um caminho para obtenção da melhora do quadro de saúde do ente familiar.

> *"Acho que o cuidado ele passa por questão básica. É a empatia que é algo que deve ter." (G1)*

> *"Pra mim é viver cuidando, tenho paciência, né, essas pessoas não é fácil lidar com elas, né? Tendo paciência e procurando sempre dar o melhor pra que essa pessoa se prossiga muito bem e venha obter aquilo que é tão desejado, que é a saúde." (G1)*

Esta dimensão demonstra que o cuidado é um ato para além das rotinas de relações sociais cotidianas, podendo significar a solicitude e a preocupação pela pessoa com a qual se possui uma ligação de afeto e/ou parentesco (BOFF L, 2012 apud BARBOSA JÚNIOR PN, 2014). Assim, a prática do cuidado abrange a atenção e o ato de se importar e, em seguida, se tornar disposta a agir para atuar sobre a questão que se apresenta (CASTRO-SILVA CR, et al., 2021).

Todavia, as conotações de cuidado em torno da empatia e da dedicação, também, desvelam a carga moral imputada às cuidadoras, uma vez que admite a naturalização do sacrifício e da disponibilidade emocional (ANDRADE VCH, 2023). Dessa maneira, a forma como o cuidado é concebido pode se tornar gerador de sofrimento e mal-estar às cuidadoras e afastá-las da inclusão de si mesmas nas redes de cuidado.

Desafios e necessidades no processo de cuidado

Vivências diante da crise em saúde mental

Destacou-se a agudização dos sintomas do transtorno mental como aspecto presente e desafiador, devido a desorganização psíquica geradora de alterações no comportamento como autolesões, heteroagressão, insônia e isolamento.

> *"Ele tá aqui [hospital] mesmo porque ele tentou se matar e queria agredir meu tio." (G1)*

> *"Ele tem mais de 34, 35 anos de tratamento e ele tem apresentado assim, mais vindas pra cá [hospital], poucos em casa e mais vinda pra cá, as crises é constante (...) dificuldade de dormir, mesmo com os remédios, sabe? Toma remédio, eles trocam o remédio, volta pra cá, volta pra casa, e tipo assim, essa aí é a minha rotina." (G1)*

Braga RB e Pegoraro RF (2020) encontraram dados semelhantes, os quais apontam que o principal motivo das internações, segundo os familiares, são a agressividade, a agitação, a ideação suicida e o andar sem rumo. Tal contexto indica que a situação de crise pode compreender uma experiência de afetos,

memórias, medos e anseios acumulados em determinada ocasião da existência, acompanhada de profundo sofrimento que torna vulnerável a manutenção das condições e das funções psíquicas (DASSOLER VA e PALOMBINI AL, 2021).

Diante disso, o cotidiano da pessoa em crise e das pessoas do seu convívio são afetados, sendo desvelados os sentimentos de tristeza e impotência, na medida em que as famílias já não conseguem manejar sua relação com o ente adoecido.

> *"A partir do momento que eu vinha vindo com ela, começou parece um terror na minha vida, me deu uma tremedeira terrível, eu só vivia chorando (...)" (G1)*

> *"Era uma tristeza que tava dentro de mim, porque é uma tristeza tão grande da gente ver assim uma pessoa que a gente ama tanto. (...) E a gente não poder fazer nada, nada." (G1)*

Ramos AC, et al. (2019) corroboram que na condição de cuidadores de familiares com transtorno mental esses sentimentos são manifestados ao investigar aspectos da convivência familiar. Ainda conforme as autoras, estes resultados podem ter relação com o mau prognóstico e a impossibilidade de cura percebida por eles. Contudo, nesta pesquisa, os sentimentos foram relacionados às mudanças de comportamento apresentadas na situação de crise, o que se aproxima de um processo de luto simbólico ao vivenciar as alterações na relação com o familiar.

Rede de apoio fragilizada

A precarização do suporte familiar foi um aspecto presente nas rotinas das participantes, o que tornou o cuidado centralizado em uma única pessoa, a partir da omissão de outros membros. Isso, somou-se à compreensão da família como um vínculo de suporte a ser perpetuado, o que, porém, se tornou fragilizado diante do sofrimento mental intenso de um familiar.

> *"Tem muita gente em casa, mas eu não conto com ninguém, né? Então, muita das vezes eu digo que eu quero uma ajuda, mas todo mundo fica calado." (G2)*

Estes resultados convergem com os achados por Salles MM, et al. (2019) ao apontar que uma das formas de exclusão social é o distanciamento dos familiares e a falta de apoio, criando conflitos exacerbados e de difícil resolução. Nesse contexto, outros fatores capazes de influenciar na fragilidade da rede de suporte familiar é a dificuldade das famílias em lidar com a complexidade que envolve o sofrimento mental, além dos sentimentos de medo e vergonha (SILVA AP, et al., 2021).

Assim, percebe-se que há um impacto no itinerário terapêutico da pessoa em sofrimento mental intenso, aumentando as chances de reinternação e as dificuldades para efetivar a desospitalização.

Sobrecarga da cuidadora familiar

A definição de sobrecarga do cuidador é multidimensional, pode ser caracterizada por respostas adversas relacionadas ao papel desempenhado, o que inclui aspectos objetivos como exaustão física e comprometimento ocupacional e financeiro, e subjetivos como impactos na saúde emocional e as preocupações (LIU Z, et al., 2020; CATTANI NA, et al., 2019).

Na pesquisa, emergiram discursos que indicaram sobrecarga objetiva e subjetiva diante das vivências relacionadas ao cuidado com o familiar em sofrimento mental agudo.

> *"Eu fiquei doente, adoeci mesmo, eu fui internada. Eu tava tão magra, tão, sabe? eu fiquei tão, não dormia e via ela naquela situação, sabe? não tinha quem ficasse com ela [paciente]. No caso eu era direto (...) aí eu fiquei doente, fui daqui e fui internada, fui internada pra tomar soro, tomar coquetel. Fiquei ruim mesmo, fiquei mal, é complicado." (G1)*

> *"Eu pelo menos não tenho muito tempo pra mim (...)" (G2)*

A presença de sobrecarga em familiares cuidadores é frequentemente encontrada em estudos da área. Silva AP, et al (2021) identificaram que o excesso de trabalho e o estresse consequente da convivência difícil com a pessoa em sofrimento psíquico são atribuídos a sobrecarga, assim como pode ser geradora de dificuldades para o cuidado de si (PORTO LFA, et al., 2019).

> *"(...) Quem cuida da gente, né? é uma pergunta... Eu não sei quem cuida de mim, da gente que lida com esse... Esse ambiente, né? Eu não sei. Eu não tenho resposta pra isso." (G1)*

Nessa perspectiva, a experiência de se tornar cuidadora evidenciou questionamentos sobre referências de suporte, achado esse que converge com Andrade VCH (2023) ao observar que, com destaque às mulheres como cuidadoras, este público manifesta sensação de desamparo e preocupação com o próprio adoecimento.

Estratégias de enfrentamento

Busca de apoio social

A percepção do apoio social se refere a quem o sujeito percebe como possível fonte de ajuda para atendimento de necessidades (GAINO LV, et al., 2019). Isso, culminou em uma categoria ao serem trazidos aspectos sobre o apoio social percebido diante do contexto de cuidado e sofrimento mental agudo. Nesse sentido, uma das dimensões do apoio social desveladas consistiu na relação com os serviços de saúde.

> *"Ela faz acompanhamento daqui. Vai no CAPS. Aí ela fica lá. Lá não tem como conter ela lá. E aí tem que internar pra cá." (G1)*

Identificou-se, principalmente, o CAPS, a Unidade Básica de Saúde e o hospital como serviços que se apresentam com maior frequência no itinerário terapêutico. Contudo, foram referenciadas, também, as fragilidades presentes nestes serviços para salientar a necessidade de melhorias e evitar as internações em leitos de hospital geral.

> *"Aqui é o hospital. Ele fica já por conta de não ter conseguido controlar as emoções (...) A gente fica imaginando. E o atendimento primário, diria assim, no CAPS, né, que são suportes, assim, que tá mais próximo, mas eles não conseguem responder as coisas, entendeu?" (G1)*

> *"Bora cuidar se puder cuidar na família, na comunidade, mas a gente quer suporte, (...) para que aquele paciente, não venha pro extremo, pra cá, que fique lá no seu município, que fique lá no seio da sua família, mas, infelizmente, não está acontecendo isso, sabe? Tá faltando muito, ele não tem nada lá (...)" (G1)*

Nesse cenário, percebeu-se as relações ambíguas existentes com os serviços, mas que podem atuar, conforme Pires RR, et al. (2020), como importante fonte de apoio ao dispor medicamentos, consultas, suporte emocional, orientações e informações. Porém, as dificuldades apresentadas evidenciaram uma desarticulação no cuidado no território, dado este semelhante ao observado por Nunes MO, et al. (2022) ao concluir que os serviços substitutivos, com frequência, se distanciam das redes sociais dos usuários e pouco atuam no contexto de convivência destas pessoas.

Ademais, o auxílio prestado por pessoas da comunidade e de amigos foi referido nos grupos como parte da rede de apoio social de alguns familiares em situações de crise, no cotidiano e para apoio emocional.

> *"Às vezes a gente conta com amigos, né? Com vizinhos." (G2)*

> *"(...) a gente encontra apoio em outras pessoas que não é nem família da gente e tá acolhendo as causas". (G1)*

Os resultados indicam que as funções dos vínculos presentes nestas redes de apoio social, de acordo com a perspectiva de Sluzki CE (1997) (apud MORÉ CLOO e CREPALDI MA, 2012), apontam para a regulação social, aconselhamento, ajuda material e emocional. Contudo, a qualidade desses vínculos

precisa de uma análise pormenorizada, para compreender as dinâmicas relacionais que impactam a realidade destas pessoas. O autor indica ser possível avaliar esses vínculos em suas características estruturais a partir da quantidade de pessoas que constituem a rede, da qualidade, da composição, da dispersão e das variáveis sociais. O que se percebeu, em geral, foram redes de apoio restritas e com vínculos frágeis, sem referência a serviços e espaços de cultura, lazer e trabalho.

Espiritualidade/religiosidade

A crença na melhora do familiar em adoecimento psíquico e na capacidade das próprias cuidadoras para superar as situações adversas foram associadas à realização de rituais religiosos e a construção de sentidos à realidade vivenciada.

> *"(...) eu não desisto do meu filho, eu vou pro culto, sou da Assembleia, ele vai comigo (...)" (G2)*

> *"A nossa força vem do Senhor, principalmente. A gente tem que buscar ele pra se fortalecer e levar adiante. Seja a dificuldade da vida que for, tem que ser com ele, sem ele nós não somos nada." (G2)*

> *"(...) a gente só tem que olhar e aí e dizer, meu Deus, em tuas mãos eu entrego tudo, o senhor sabe os motivos, porque não é fácil (...)" (G1)*

A religiosidade se refere ao modo como cada pessoa vivencia a religião que optou, enquanto a espiritualidade se relaciona ao sentido dado à vida, o sentimento de compor algo maior (ZANGARI W E MACHADO FR, 2018).

A partir disso, diante das experiências difíceis e complexas, a religião é tida como um dos caminhos para lidar com os anseios, as preocupações e a tristeza gerados (SCORSOLINI-COMIN F, et al., 2020). Dessa forma, evidenciou-se no estudo a espiritualidade religiosa em que os grupos apresentaram, no geral, um sentido transcendental às situações em questão.

CONCLUSÃO

A pesquisa alcançou seus objetivos ao acessar aspectos do cuidado vivenciado por familiares de pacientes internados em uma UREHG, o que revelou dificuldades, potencialidades, suportes e compreensões. Constatou-se que o trabalho com as famílias deve considerar as implicações na qualidade de vida de quem assume o papel de cuidador, bem como os marcadores sociais que atravessam este processo. As redes de apoio mostraram-se ambíguas, ao mesmo tempo restritas e frágeis, mas também importantes estratégias de enfrentamento. Entre as limitações, destacam-se o receio dos participantes em compartilhar vivências e o número reduzido da amostra, o que impede generalizações. Assim, sugere-se que futuras pesquisas incluam profissionais das UREHG para ampliar a compreensão das relações estabelecidas com as famílias.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Deixam-se os agradecimentos a Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna e à Universidade do Estado do Pará.

REFERÊNCIAS

1. AMARANTE P. Saúde mental e atenção psicossocial. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.
2. ANDRADE ACS, et al. Sentimentos de familiares de pacientes internados na emergência psiquiátrica: um olhar sobre a família. Ciência, Cuidado E Saúde, 2016, v. 15(2), p. 268 – 274.
3. ANDRADE VCH. Gênero e cuidado na Atenção Psicossocial: o cotidiano de mulheres cuidadoras em um CAPS no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro. Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

4. ANTONELI JRP, EMERICH BF. Entre o cuidado e o controle: Reflexões sobre o cuidado em Saúde Mental. Revista de Psicologia da UNESP, v. 19, n. Especial, 2020, p. 206-219.
5. BARBOSA JR PN. A pessoa com Esquizofrenia e o cuidador: uma relação de experiência na estrutura social da família. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Postgrado, Universidad de San Lorenzo, San Lorenzo, 2015.
6. BARDIN L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Almedina Brasil, 2016.
7. BOFF L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos.Pesquisa Brasileira Em Ciência Da Informação E Biblioteconomia, 2006, v. 1 n. 1.
8. BRAGA RB, PEGORARO RF. Internação psiquiátrica: o que as famílias pensam sobre isso?. Rev. Psicol. Saúde, 2020, v.12, n.1, p. 61 – 73.
9. BRASIL. Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados no Brasil. 2024. Disponível em: https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/7_Orgaos/SNCF_Secretaria_Nacional_da_Politica_de_Cuidados_e_Familia/Arquivos/Cartilha/Marco_Conceitual.pdf. Acessado em: 25 de agosto de 2025.
10. BRUSCHINI C. Uma abordagem sociológica de família. Revista brasileira de estudos de população, 1989, v. 6 n.1, p. 1-23.
11. CASTRO-SILVA CR, et al. Quando falamos de cuidado, do que estamos falando? Entrevista com Ilze Zirbel. Psicologia & Sociedade, 2021; v. 33.
12. CATTANI NA, et al. Família que convive com pessoa com transtorno mental: genograma e ecomapa. Revista Enfermagem UFSM, 2020, v. 10, n. 6, p. 1-19.
13. CAVALCANTE R, CARVALHO CO. Participação da família na saúde mental brasileira: acessórios da atenção psicossocial e sujeitos desta política. In: ROSA, LCS; VILARINHO, LS. (Org.). Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental. 1ª Ed. Piauí: EDUFPI, 2020, p. 47 – 70.
14. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Levantamento nacional - Profissionais da Psicologia e o cuidado em liberdade no cotidiano da RAPS e da rede intersetorial. Brasília: 2024.
15. DASSOLER VA, PALOMBINI ADL. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Saúde em Debate, 2021, v. 44, p. 278-291.
16. DESINSTITUTE. Desinstitucionalização: da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado. Brasília:[s.n.], 2023.
17. GAINO LV, et al. O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2019, v. 27:e3157.
18. GONDIM SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Revista Paideia, 2003, v. 12, n. 9, p. 149-161.
19. LIU Z, et al. Caregiverburden: A conceptanalysis. Internationaljournalofnursingsciences, 2020, v. 7, n. 4, p. 438-445.
20. MORERO JAP, et al. Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. Revista Cuidarte, 2018, v. 9(2).
21. MORÉ CLOO, CREPALDI MA. O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. Nova Perspectiva Sistêmica, 2012, v. 21, n. 43, p. 84-98.
22. NUNES MO, et al. O circuito manicomial de atenção: patologização, psicofarmaceuticalização e estigma em retroalimentação. Psicologia: Ciência e Profissão, 2022, v. 42.
23. PIRES RR, et al. Redes de apoio social à família de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas: percepção de familiares cuidadores. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020, v. 12, n. 10, p. e4490-e4490.
24. PORTO LFA, et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com a resiliência. Interação em Psicologia, 2019, v. 23 n. 3.
25. RAMOS AC, et al. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. Contextos clínicos, 2019, v. 12, n. 1, p. 282-302.
26. SALLES MM, et al. Relacionamentos familiares de pessoas com transtornos mentais: processos de exclusão e inclusão social. Revista Enfermagem UERJ, 2019, v. 27, p. e26923-e26923.
27. SILVA AP, et al. O cuidado a pessoa em sofrimento mental: sob a ótica dos familiares. Nursing Edição Brasileira, 2021, v. 24(281), p. 6280 – 6289.
28. SCORSOLINI-COMIN F, et al. A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2020, v. 10.
29. TORRES LNL, DA SILVA RS. Tipos de cuidado para pessoas com transtornos mentais na perspectiva de familiares. Enfermería (Montevideo), 2023, vol.12, n.1.
30. ZANGARI W, MACHADO FR (org.). Psicologia & Religião: Histórico, Subjetividade, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos Humanos. Interpsi – Laboratório de Psicologia Anomalística e Processos Psicossociais, 2018.