

Rogério Lessa Horta¹<https://orcid.org/0000-0001-5195-8014>Thaís Caroline Guedes Lucini¹<https://orcid.org/0000-0001-8474-5875>Laura de Brizola Perdonssini¹<https://orcid.org/0000-0003-3072-6067>Talia Greici Sette¹<https://orcid.org/0000-0002-4478-0761>Dalton Guimarães¹<https://orcid.org/0000-0002-8814-6375>Natacha Rocha Guterres¹<https://orcid.org/0000-0003-1671-721X>Gabriela Roldo Tieppo¹<https://orcid.org/0000-0003-0416-4726>Ana Laura Eggers¹<https://orcid.org/0000-0002-0761-3526>Luíza de Souza Dalpiaz¹<https://orcid.org/0000-0003-2101-1959>Marlene Neves Strey¹<https://orcid.org/0000-0003-3030-5668>

Famílias, gênero e hospitalizações psiquiátricas compulsórias

Families, gender and compulsory psychiatric hospitalizations

DOI: 10.1590/0047-2085000000392

RESUMO

Objetivo: Os papéis relacionados a cuidados nos grupos familiares têm sido, historicamente, uma atribuição de mulheres. Este artigo aborda as especificidades de gênero no cuidado com pacientes no contexto de avaliações por demandas de hospitalizações psiquiátricas compulsórias, a fim de verificar se, nesse contexto, as tarefas de cuidado são, ainda, atribuídas predominantemente a mulheres. **Métodos:** Este é um estudo observacional, descritivo, de casos múltiplos, que acompanhou 80 atendimentos de famílias em avaliações em processos de hospitalização psiquiátrica compulsória de junho de 2020 a fevereiro de 2022, no município de Alvorada-RS. **Resultados:** Mulheres estiveram diretamente envolvidas, como requerentes, em 78% dos casos. Em apenas 18 atendimentos não havia mulheres presentes como acompanhantes, mas 14 desses casos não tiveram qualquer rede familiar ou social identificada. A participação predominante de mulheres não pode ser associada à renda do familiar e nem a características dos pacientes ou de sua condição clínica. Em análise de entrevistas de seguimento com familiares, reitera-se que o ato de cuidar se mantém atribuído às mulheres. O acúmulo de papéis a serem desempenhados também foi evidenciado. **Conclusões:** A delegação do cuidado gera sobrecarga nas mulheres, gerando sentimentos como medo, apreensão e insegurança. Capacitação e sensibilização de equipes para um olhar sistêmico e de gênero, propondo ativamente a inclusão de demais familiares e redistribuição de tarefas, parece fazer parte das possibilidades de cuidado com quem cuida também nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE

Gênero, mulheres, saúde mental, compulsória, famílias.

ABSTRACT

Objective: Care roles in family groups have historically been assigned to women. This paper addresses gender specificities in patient care in the context of assessments due to compulsory psychiatric hospitalizations, in order to verify whether, in this context, care tasks are still predominantly assigned to women. **Methods:** This is an observational, descriptive, multiple-case study that followed 80 family visits in evaluations in compulsory psychiatric hospitalization processes from June 2020 to February 2022, in the city of Alvorada-RS. **Results:** Women were directly involved, as applicants, in 78% of cases. In only 18 consultations there were no women present as companions, but 14 of these cases did not have any family or social network identified. The predominant participation of women can not be associated with family income or characteristics of patients or their clinical condition. In the analysis of follow-up interviews with family members, it is reiterated that the act of caring remains attributed to women. The accumulation of roles to be performed was also evidenced. **Conclusions:** the delegation of care generates overload in women, generating feelings such as fear, apprehension and insecurity. Training and sensitization of teams for a systemic and gender perspective, actively proposing the inclusion of other family members and the redistribution of tasks, seems to be part of a possible caregivers caring strategy also in this context.

KEYWORDS

Gender, women, mental health, compulsory admission, families.

Received in: Apr/22/2022. Approved in: Oct/27/2022

¹ Universidade FEEVALE, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

Address for correspondence: Rogério Lessa Horta. Rua Jari, 671, ap. 703, Passo d'Areia – 91350-170 – Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: rogeriohortamed@gmail.com



INTRODUÇÃO

Os lugares das mulheres nas diferentes culturas ao longo da história variaram, dependendo de inúmeros fatores sociais e econômicos entre as possibilidades e necessidades de cada época e lugar¹. A partir da Revolução Industrial e da consolidação do capitalismo, um lugar foi se tornando central e naturalizado: o de cuidadoras².

Cuidar não é inerente à mulher³, foi uma construção histórica, social e cultural manipulada pelas sociedades patriarcais até hoje, apesar da argumentação crítica vigente ao patriarcado⁴⁻⁷. Mulheres foram sendo definidas principalmente pela atividade de cuidados: das crianças, da família e dos enfermos. Essa associação impregna qualquer atividade profissional, esperando sempre um olhar feminino e maternal diferenciado⁸.

A partir da entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho remunerado, inúmeros modelos familiares foram modificados, comportando o papel de trabalhadora, já que o trabalho doméstico, desvalorizado no capitalismo, não era e ainda não é considerado propriamente um trabalho^{9,10}. As conquistas de maior independência e liberdade pelas mulheres, possibilitadas pelo trabalho remunerado, não isentaram as mulheres do trabalho doméstico, do cuidado e do gerenciamento familiares. Aparecem, aí, duplas ou triplas jornadas, com mulheres circulando em todas as esferas da vida pública e institucional, mas ainda respondendo por cuidados domésticos. Qualquer dessas tarefas pode trazer satisfação e realização, mas, juntas, sob a responsabilidade de uma única pessoa, podem e provavelmente se transformarão em sobrecarga e sofrimento emocional^{3,8,11-16}.

No cuidado familiar de pessoas que apresentam problemas de saúde mental, o gênero é um fator preponderante¹⁷, já que ali também se espera que sejam as mulheres as provedoras de cuidado, sendo também as que demonstram maior sentimento de sobrecarga. A sobrecarga envolve uma dimensão objetiva e outra, subjetiva¹². A dimensão objetiva refere-se às consequências negativas que se observam no ato de cuidar, dentre as quais se podem destacar as alterações na rotina, a diminuição da vida social e profissional, as perdas financeiras e a dificuldade de realizar determinadas tarefas por acúmulo delas. A segunda dimensão relaciona-se ao aspecto subjetivo da sobrecarga, como percepções, preocupações e sentimentos negativos e desagradáveis gerados na ação de cuidar de um paciente psiquiátrico. Essas condições aparecem no desenrolar das jornadas femininas, quer sejam duplas ou triplas¹⁷.

Após a reforma psiquiátrica, que se iniciou em 1980 no Brasil, houve mudanças significativas na relação de cuidado com as pessoas com transtornos mentais¹⁷. A reforma tem sua origem como movimento social que reivindica mudanças profundas nos modelos de cuidado ofertados e se desdobra, institucionalmente, como política pública que propõe

a ampliação da oferta de serviços, mantendo a previsão de hospitalizações, quando necessário, mas privilegiando o cuidado em dispositivos extra-hospitalares. Surge, entre outras coisas, o conceito de hospitalização compulsória, como uma medida de exceção. Prevista na lei que institui a reforma psiquiátrica no Brasil (Lei nº 10.216/2001)¹⁸, a hospitalização compulsória é decorrente de determinação judicial, diante da necessidade de proteção do indivíduo e da sociedade, por episódio crítico de maior gravidade e com riscos definidos, na impossibilidade de prover outras medidas terapêuticas¹⁹. A crise é, também, familiar, pois há um conflito evidenciado entre a manifestação da necessidade de hospitalização com a qual a pessoa indicada como paciente não concorda¹⁹.

Este estudo desenvolve-se no contexto dos cuidados em demandas por hospitalização psiquiátrica compulsória na rede pública de saúde, o que permite buscar compreender a complexidade dos papéis familiares no âmbito do cuidado em saúde mental, claramente atravessados por expectativas e papéis de gênero, mas em momento especialmente crítico. Não foram encontrados, em revisão recente da literatura, estudos anteriores focados exatamente nessa mesma delimitação temática. O objetivo desta análise é verificar se o cuidado com pacientes que tiveram pedidos de hospitalizações compulsórias encaminhados é distribuído entre membros do grupo familiar ou se persiste a concentração entre mulheres. Busca-se conhecer, também, as jornadas exercidas por quem tem o papel de cuidar e a sobrecarga eventualmente decorrente dessas atribuições.

MÉTODOS

Estudo observacional, descritivo, do tipo estudo de casos múltiplos^{20,21}, no qual atendimentos de famílias com demandas de hospitalização psiquiátrica compulsória foram acompanhados entre junho de 2020 e fevereiro de 2022, no ambulatório de saúde mental (Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS) em Alvorada-RS. O CAIS é referência para avaliação de demandas de hospitalização compulsória no município para pacientes não vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ao longo do período em que a equipe de pesquisa esteve acompanhando a atividade do serviço, todas as famílias avaliadas foram convidadas a participar do estudo, com vistas à maior diversidade possível das condições vividas pelos participantes das cenas familiares que se apresentavam.

Ao ser intimado a proceder à avaliação, o serviço faz contato com a pessoa identificada como requerente e propõe atendimento conjunto de familiares e do paciente identificado. O atendimento pode ser realizado no ambulatório ou em visitas domiciliares. O modelo tem fundamentação sistêmica e visa incluir no atendimento o núcleo familiar, promovendo

conversações, que possibilitam emergir posições em relação ao que está ocorrendo, em busca de consenso, consolidando um contexto de autonomia e colaboração, que pode confirmar a indicação de hospitalização por ser esse o consenso ou por falta dele, ou, ainda, encontrar alternativas a essa medida²². No primeiro encontro, era informada a natureza da pesquisa e, se estivessem de acordo, os participantes assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as famílias que ingressavam no programa eram elegíveis para o acompanhamento no estudo.

Durante o estudo, no primeiro atendimento, era solicitado que o grupo familiar e alguém da equipe técnica respondessem às questões de um formulário previamente elaborado, padronizado e revisado. O modelo teórico proposto tem como desfecho de interesse o encaminhamento final do caso (hospitalização ou outro modelo de cuidado) e como variáveis independentes: variáveis demográficas (idade, sexo, residência, escolaridade) do paciente e de seus familiares, variáveis socioeconômicas (renda, emprego, condições da moradia e saneamento básico), composição do núcleo familiar (considerando quem reside com o paciente) e rede de apoio familiar (que busca identificar quem são os demais familiares ou pessoas próximas envolvidas, mesmo que não residam com o paciente), além da condição clínica atual do paciente e antecedentes de saúde (uso de medicação, diagnóstico, internações anteriores, atendimento em demais unidades de saúde e o tempo decorrido desde a última consulta). Além disso, é registrada a avaliação de quem atende o caso sobre adaptabilidade e coesão familiar segundo o modelo circunplexo²³⁻²⁶.

A equipe produzia diários de campo, no qual quem acompanhava os atendimentos relatava impressões e observações, como padrões de expressão emocional, movimentos e comunicação não verbal na cena terapêutica. Foram realizadas entrevistas em profundidade, como seguimento de cada caso, nos intervalos de 30, 90 e 180 dias após o atendimento, via chamada telefônica. Quem respondia à entrevista era de livre escolha da família e era proposto que falasse sobre a situação do paciente e da família, tendo como questões norteadoras: como chegaram ao atendimento, a organização da família nos cuidados, o caminho percorrido até a avaliação e depois dela, a resposta da família à avaliação e aos atendimentos que se sucederam. As entrevistas foram gravadas em arquivos de áudio e transcritas na íntegra.

Este artigo examina dados iniciais do acompanhamento de 80 casos e de 12 entrevistas de seguimento, focado no estudo de especificidades de gênero percebidas no exercício de cuidado das famílias no contexto das avaliações por demandas de hospitalizações psiquiátricas compulsórias. Uma única família recusou o acompanhamento da equipe de pesquisa e seus dados não foram aproveitados e nem os atendimentos acompanhados.

A análise qualitativa foi interrompida com base nos critérios de repetição e saturação²⁷. Todas as respondentes eram mulheres, com idade entre 21 e 63 anos. Para situar quem lê o artigo sobre quem fala em cada citação, será sempre mencionado o parentesco em relação a quem era dirigida a requisição de hospitalização compulsória, seguido da idade de quem respondia e do período da entrevista de seguimento (30, 90 ou 180 dias).

Entrevistas com familiares e diários de campo foram submetidos à análise argumentativa, que consiste em identificação, em cada parágrafo ou porção de fala, de proposição principal, dados, apoios e refutações. A análise de cada arquivo foi feita sempre por duas pessoas da equipe de pesquisa. Após comparadas suas marcações, as dúvidas foram sanadas com o julgamento de um terceiro membro, sempre que necessário. O objetivo da análise argumentativa é condensar grande quantidade de material em uma quantidade significativamente menor que permita a análise sem perda da essência²⁸. A análise adota referencial teórico sistêmico, em que o interesse central é o foco na relação entre participantes das cenas familiares e entre estes e seu ambiente²². As categorias apresentadas aqui emergiram do próprio trabalho de análise, sem definições *a priori*.

Os dados coletados nas entrevistas de ingresso foram submetidos a análises descritivas e algumas estimativas de associação entre variáveis, pelo teste do qui-quadrado de Pearson. Variáveis não categóricas foram agrupadas segundo sua mediana. A verificação de consistência e a análise dos dados estatísticos foram realizadas em *softwares* SPSS 20.0. O nível de significância de 5% ($p < 0,05$) foi considerado para detectar associações em todos os casos. Foi utilizada a estratégia de triangulação concomitante, que consiste na validação cruzada dos dados, dando o mesmo peso entre as duas abordagens: quantitativa e qualitativa²⁹. O procedimento viabiliza uma compreensão ampliada dos resultados obtidos, o que favorece a exploração dos dados, considerando os temas de pesquisa envolvidos neste estudo.

A investigação obedece aos critérios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade FEEVALE, com parecer nº 3.966.928, de 13 de abril de 2020, e vem sendo desenvolvido com recursos próprios dos pesquisadores e da Universidade FEEVALE.

RESULTADOS

As distribuições de pacientes ($n = 80$) e familiares requerentes ($n = 63$) quanto a variáveis sociodemográficas são apresentadas na tabela 1. Dos 80 casos acompanhados, 17 tiveram como requerente o Ministério Público Estadual (MP).

Tabela 1. Distribuição absoluta e relativa dos casos de demandas de hospitalização psiquiátrica compulsória segundo características de pacientes e requerentes – Alvorada, 2022 (N = 80)

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo de paciente	Feminino	22	27
	Masculino	58	73
Idade de paciente	Até 35 anos	40	50
	36 anos ou mais	40	50
Escolaridade de paciente	Até 6 anos	36	45
	7 anos ou mais	39	49
	Não informada	5	6
Paciente tem renda	Não	48	60
	Sim	32	40
Proponente da ação	Ministério Público	17	21
	Familiar	63	79
Sexo do familiar requerente*	Feminino	49	78
	Masculino	14	22
Idade do familiar requerente*	Até 45 anos	29	46
	46 anos ou mais	34	54
Requerente tem renda*	Não	8	17
	Sim	55	83

Obs.: em função do N < 100 sujeitos, optou-se por evitar o uso de decimais em %.

* As distribuições de variáveis relativas a familiares requerentes têm como N o número de casos em que o processo foi requerido por familiar (N = 63).

A análise inicial dos dados quantitativos demonstrou que as mulheres têm papel ativo nos processos de hospitalização compulsória. Além dos dados apresentados na tabela 1, verificou-se que, dos 80 casos acompanhados, estiveram presentes, ao todo, 107 familiares (não computados aqui os pacientes identificados), dos quais 81 (76%) eram mulheres. A tabela 1 mostra que 49 casos tiveram mulheres como requerentes, portanto a condição de acompanhante não se restringe à condição de ter sido quem deu encaminhamento à solicitação de ordem judicial. Como requerentes, mulheres representaram 78% dos responsáveis pelos pedidos de internação gerados por familiares (Tabela 1). Entre pacientes, essa realidade é oposta, e as mulheres eram apenas 27% (n= 22) do grupo e os homens, 73% (n = 58).

Em 18 (22%) dos 80 atendimentos não havia mulheres presentes como responsáveis, requerentes ou acompanhantes, e em 14 dos 17 casos propostos pelo MP nenhuma rede de apoio ou grupo familiar foi identificado e o mesmo ocorreu para 4 dos 10 casos de pacientes em condição de rua, todos eles propostos pelo MP. Isso indica que em 14 dos 18 casos em que não foram encontradas mulheres atuando na cena familiar havia uma ruptura de vínculos proeminente, a ponto de nenhuma rede familiar ou social poder ser acionada. Para 6 pessoas identificadas como em condição de rua, conseguiu-se identificar e mobilizar algum familiar ou grupo de apoio comunitário.

Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no teste do qui-quadrado de Pearson para as

condições com e sem renda segundo o sexo de pacientes ($p = 0,821$) e nem de familiares requerentes ($p = 0,769$). De 49 mulheres requerentes, 7 (14%) informaram não ter renda própria, o que parece desvincular o papel de requerente do fato de não ter renda própria. Em outras palavras, mulheres seguem responsáveis pelos cuidados, mesmo que também sejam detentoras de renda e provedoras em seus domicílios.

Os resultados obtidos na análise argumentativa das entrevistas em profundidade parecem acompanhar o que as estatísticas descritivas apontam, percebendo-se mulheres no centro das ações de cuidado. As 12 entrevistas aqui analisadas foram respondidas por mulheres, mas isso não foi definido por quem entrevistava. Assim como mulheres predominaram como requerentes e como familiares presentes nos atendimentos, foram, também, mulheres que estiveram disponíveis para atender as pesquisadoras nos contatos de seguimento.

Na análise qualitativa destacaram-se duas temáticas principais. A primeira delas, *Mulheres no papel de cuidar*, coincide e ilustra de forma qualificada o que já foi explicitado até aqui em números. A segunda, *A sobrecarga do cuidar*, agrega a essa abordagem dados relativos ao fato de como estar à frente dos cuidados onera as mulheres.

Mulheres no papel de cuidar

O protagonismo das mulheres na busca por hospitalizações compulsórias de familiares indica a persistência do estereótipo da mulher cuidadora na dinâmica das interações de cuidado, mesmo em situações de maior gravidade e risco, como nestes casos. Algumas manifestações contribuem no entendimento desse papel:

“Fui eu sozinha que fui atrás das coisas, porque meu pai é idoso, a minha mãe também.” (Irmã, 41 anos – 90 dias)

“Tudo, tudo eu [...] Enquanto ele tava com os problemas dele, ninguém se envolveu, eu que tive que segurar a barra sozinha!” (Mãe, 43 anos – 30 dias)

Mesmo quando as mulheres recebem ajuda no cuidado, esse auxílio advém de outra figura feminina, redistribuindo parte do esforço entre mulheres:

“Eu, a filha, fui atrás das questões relativas à internação. [...] Algumas vezes minha mãe foi junto [...], porque tenho um bebê pequeno. (Filha, 35 anos – 30 dias)

“Ela (mãe) não desistiu, ela tá fazendo a correria, eu (irmã) tô até ajudando ela com tudo” (Irmã, 21 anos – 30 dias)

Os compromissos pessoais ou profissionais não parecem afastar as mulheres do compromisso de prover o cuidado. Algumas falas explicitam eventuais conflitos entre a tarefa de cuidar e suas responsabilidades em outras esferas:

“Esse ano tentaram que fosse no CAIS. Daí eu disse, eu não posso. Eu tô trabalhando e não tem como eu ir.” (Irmã, 41 anos – 30 dias)

“Eu voltei a trabalhar. Eu saio 7 da manhã, daí eu volto pra casa 6 horas da tarde. Normalmente, já passou o horário do

primeiro remédio e do segundo. *Aí eu só consigo mesmo dar o da noite.*" (Irmã, 41 anos – 30 dias)

Nem a gravidade dos quadros, algumas vezes com agressividade ou riscos dessa ordem, parece modificar as cenas familiares, e mulheres seguem se descrevendo como protagonistas do cuidado e do enfrentamento:

"O problema maior era a agressividade. [...] Xingava todo mundo [...] Pegou álcool, queria botar fogo na casa e na minha mãe (Filha, 35 anos – 30 dias)

"Porque ele tava... antes dele ser internado, ele tava muito agressivo, né, ele queria bater em todo mundo, né." (Mãe, 60 anos – 90 dias)

"A mãe dele estava com medida protetiva contra ele [...] só que, mesmo assim, ela não desistiu de internar ele. Daí ela conseguiu achar ele na rua, ela armou [...] uma janta, [...] ele conseguiu vir. (Irmã, 21 anos – 30 dias)

Os conflitos inerentes à condição e ao papel assumido são marcantes e suas responsabilidades como cuidadoras parecem gerar importante desgaste, como relatado a seguir.

A sobrecarga no processo de cuidar

Diante da tarefa de cuidar, adaptações são necessárias, mas pode surgir acúmulo de atividades. Foram encontrados relatos de adaptação, incluindo renunciar a outras atividades ou, ainda, tentar conciliar todas elas. Em casos mais graves, isso ficou impossível, pois o cuidado precisa ser em tempo integral ou quase:

"Eu não trabalho fora como antes. Faço diárias [...] fico mais por casa pra controlar (paciente)" (Mãe, 60 anos – 90 dias)

"Eu aluguei uma casa pra ele na frente da minha, pra ele ficar mais perto de mim e eu saber como é que ele tá." (Mãe, 43 anos – 30 dias)

"Eu passei o dia todo com ela no hospital, das 8 às 5 da tarde." (Sobrinha, 43 anos – 90 dias)

Pelo exposto acima, ou por outras razões, a dedicação ao cuidar pode acarretar conflitos financeiros, uma sobrecarga que intensifica crises familiares:

"Roubo também tá acontecendo, [...] muito mesmo, de casa assim. E tá mexendo nas minhas coisas, é o vício, né..." (Mãe, 43 anos – 30 dias)

"Minha mãe esconde [...] do meu pai [...] que ele rouba, que ela ainda inventou de dar dinheiro pra ele..." (Irmã, 41 anos – 90 dias)

Algumas vezes é a própria responsabilidade de cuidar, em outras dimensões, que se sobrepõe:

"Eu levei ela [...] bem cedo [...] eu preciso me organizar que eu tenho duas crianças e tão bem pequenas." (Sobrinha, 43 anos – 90 dias)

"... eu tenho uma criança de 4 anos, eu to grávida de 4 meses, [...] não tem como..." (Mãe, 38 anos – 90 dias)

A sobrecarga aparece como medo e insegurança:

"O psiquiatra disse que ia marcar uma psicóloga pra mim, [...] e eu preciso pra conversar. Eu falo as coisas assim, só quando to bem desorientada assim." (Mãe, 43 anos – 90 dias)

"Espero que até a próxima entrevista não aconteça o pior. Porque minha preocupação é essa... a cada dia é uma tortura..." (Mãe, 43 anos – 180 dias)

E o cansaço é notável nas falas, junto com sentimento de impotência diante de um percurso que pode ser longo e de sucesso restrito:

"A situação fugiu do meu controle, eu confesso que eu tava bem desgastada já." (Irmã, 34 anos – 90 dias)

"A minha mãe acorda bem cedo e ele não deixava ela dormir a noite toda." (Filha, 35 anos – 30 dias)

Os conflitos familiares e o cansaço, algumas vezes, são o que leva famílias a optarem por hospitalizações compulsórias. Isso aparece como queixa principal:

"Pra família, a internação foi um alívio. Estava bem pesado o ambiente aqui, bem complicado. Todo dia tinha briga..." (Filha, 35 anos – 30 dias)

"Mas eu já fiz de tudo. Só a única solução é essa, mas aí tem que ir pra ser essa internação dele entendeu?" (Mãe, 43 anos – 90 dias)

"...Eu não sei mais o que eu vou fazer, né, aí eu consegui uma compulsória [...] e agora ele tá lá" (Mãe, 43 anos – 180 dias)

DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo mostra, nestes 80 casos acompanhados de avaliações por demandas de hospitalização psiquiátrica compulsória, que mulheres predominam como personagens a quem se atribuem as tarefas de cuidado nas cenas familiares. Em suas falas, isso parece naturalizado como uma capacidade específica, ou até exclusiva, da mulher, mas se trata, na verdade, de uma construção sócio-histórica atrelada à moralidade que rege ações de indivíduos na sociedade³⁰. Quem geralmente assume essa responsabilidade são filhas, esposas, noras, irmãs, ou outras mulheres³¹. Este estudo contribui para o debate sobre o tema ao demonstrar que, nesse campo bastante peculiar, dos cuidados em saúde mental, em situações críticas e envolvendo riscos, também se reproduzem tais estereótipos de gênero. Mesmo que o processo do cuidado nas famílias possa ser realizado por mais de uma pessoa, as tarefas tendem a ser concentradas em mulheres e divisões de encargos envolvem outras mulheres, corroborando achados da literatura³¹.

A designação de uma mulher da família como cuidadora não pareceu associada a nenhuma das variáveis sociodemográficas estudadas, como renda, por exemplo, e não depende do gênero de quem está identificado como paciente. O que se relata aqui pode ser caracterizado como desigualdade e parece não decorrer de outras desigualdades. Esses arranjos familiares acarretam sobrecarga por um trabalho ininterrupto, que aumenta os riscos à saúde e o isolamento social, além de ter repercussões sobre sua vida financeira. O risco de empobrecimento tem sido percebido como relacionado

à sobrecarga em todos os tipos de cuidados familiares por mulheres (não apenas em demandas de saúde mental), pois, além de não ser uma atividade remunerada, está relacionada a perdas materiais e limitação de disponibilidade para o trabalho remunerado³²⁻³⁴, como referido em algumas entrevistas aqui também.

Mesmo os cuidados sendo efetivos e os encaminhamentos adequados, o que é pouco comum em casos que chegam como hospitalizações compulsórias, as mulheres com esse encargo deveriam ter suas demandas priorizadas por equipes de saúde mental³⁵, pois acabam por também ser acometidas por transtornos mentais decorrentes do processo do cuidado³⁶. Já foi relatado, por exemplo, que mulheres cuidadoras tinham o indivíduo de quem cuidavam como centro de suas vidas e não conseguiam se perceber separadas dele³⁵. Isso pode contribuir para que, embora com queixas de sobrecarga no cuidar, cuidadoras possam estar altamente investidas na função e manifestar dificuldades em dividir a carga, centralizando ações e delegando apenas tarefas consideradas periféricas, o que aumenta o risco de esgotamento e patologização do cuidado^{36,37}.

Sensibilizar equipes de saúde mental quanto a questões de gênero e mostrar o quanto sua influência aparece nas cenas familiares e terapêuticas parece compor um elenco de medidas de prevenção do adoecimento de quem cuida e pode ser decisivo para a percepção desses arranjos e uma acolhida cuidadosa. Ao compreender que o exercício do papel de cuidar é atribuição social e histórica, que pode ser assumido como escolha individual, mas pode assumir formas exacerbadas e prejudiciais, o olhar de profissionais que atentem a isso pode ser decisivo. Qualquer intervenção profissional que pareça descredibilizar ou atacar quem está no papel de cuidar ampliará conflitos e pode cegar famílias e equipes para os arranjos que levam a tais desigualdades. Segundo Carvalho e Dimenstein³⁸, as mudanças em papéis de gênero ao longo do século XX não têm sido consideradas pelos serviços de saúde, e a alteração no estilo de vida altera também as necessidades de assistência à saúde, assim como a persistência de estereótipos em algumas áreas.

Este estudo tem como limitações o tamanho da amostra e seu caráter local. O poder estatístico é limitado pelo tamanho reduzido da amostra ($n = 80$). Não se pode afastar a possibilidade de erro tipo II nas análises estatísticas. O estudo, porém, acompanha e colhe dados de todos os casos que chegam ao serviço que mantém a proposta apresentada aqui de atendimento familiar nas avaliações por demandas de hospitalização compulsória, gerando contribuições importantes e relevantes, especialmente por seu caráter censitário, envolvendo um fenômeno bastante peculiar e relativamente raro. O evento estudado é de baixa prevalência na comunidade e seu estudo de outra forma seria pouco viável.

CONCLUSÕES

O estudo evidencia que mulheres seguem à frente das tarefas de cuidados em situações de adoecimento, mesmo tendo renda própria e, algumas vezes, nem compartilhando a mesma casa que o familiar identificado como adoecido. A busca pelo Poder Judiciário, como requerente da demanda, não encontra barreiras de gênero, porém os cuidados em casa e o acompanhamento em atendimentos, sim, com arranjos predominantemente tradicionais.

As cuidadoras precisam de atenção, pois o contexto do cuidado em situações de crise é complexo e solitário. Cuidar de quem cuida tem caráter preventivo e, nesse contexto, implica olhar para questões de gênero também. Esse olhar e mais estudos no tema poderão fomentar a proposição de políticas públicas que promovam valorização e suporte a quem cuida em casa, contribuindo para sua qualidade de vida e maior equalização na distribuição das tarefas entre homens e mulheres nos domicílios. Mais que isso, embasa a possibilidade de equipes de saúde mobilizarem os grupos familiares para uma participação mais ampla e com compartilhamento de tarefas, como prioridade do planejamento terapêutico.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Rogério Lessa Horta – Principal responsável e coordenador geral do estudo, coordenação da coleta e análise de dados e redação e aprovação do manuscrito.

Thaís Caroline Guedes Lucini – Auxiliar na coordenação da coleta e análise de dados, revisão bibliográfica, redação e aprovação do manuscrito.

Laura de Brizola Perdonssini – Auxiliar na coordenação da coleta e análise de dados, revisão bibliográfica, redação e aprovação do manuscrito.

Talia Greici Sette – Coleta e análise de dados, revisão bibliográfica, redação e aprovação do manuscrito.

Dalton Guimarães – Coleta e análise de dados, revisão bibliográfica, redação e aprovação do manuscrito.

Natacha Rocha Guterres – Coleta e análise de dados, revisão bibliográfica, redação e aprovação do manuscrito.

Gabriela Roldo Tieppo – Coleta e análise de dados, revisão bibliográfica, redação e aprovação do manuscrito.

Ana Laura Eggers – Coleta e análise de dados, revisão bibliográfica, redação e aprovação do manuscrito.

Luíza de Souza Dalpiaz – Coleta e análise de dados, revisão bibliográfica, redação e aprovação do manuscrito.

Marlene Neves Strey – Análise de dados, revisão bibliográfica, redação e aprovação do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse a destacar.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos pela acolhida e pelo apoio das instâncias diretas e de todo o corpo técnico da Direção de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Alvorada-RS, especialmente do Ambulatório de Saúde Mental (CAIS Mental), sem a qual este trabalho não teria sido possível.

REFERÊNCIAS

1. Strey MN. Aprendendo a ser inferior. As hierarquias de gênero. In: Strey MN, Lyra AV, Ximenes LMS (Orgs.). Gênero e questões culturais: a vida de mulheres e homens na cultura. Recife: Editora UFPE; 2002.
2. Faleiros VP. Desafios de cuidar em serviço social: uma perspectiva crítica. *Rev Katálysis*. 2013;16(spe):83-91.
3. Fava MC, Silva NR, Silva ML. Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. *Barbaroi*. 2014;(4):41-55.
4. Silva BCSL. Patriarcado e teoria política feminista: possibilidades na ciência política (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG; 2019.
5. Miguel LF. Voltando à discussão sobre capitalismo e patriarcado. *Estudos Feministas*. 2017;25(3):1219-37.
6. Morgante MM, Nader MB. O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico. Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio: Saberes e Práticas Científicas. Rio de Janeiro; 2014.
7. Souza TMS. Patriarcado e capitalismo: uma relação simbiótica. *Temporalis*. 2015;15(30):475-94.
8. Silva JMS, Cardoso VC, Abreu KE, Silva LS. A feminização do cuidado e a sobrecarga da mulher-mãe na pandemia. *Rev Feminismos*. 2020;8(3):149-61. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/42114/23913>. Acesso em: 28 abr. 2021.
9. Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(3):560-72. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300010. Acesso em: 28 abr. 2021.
10. Leonardo FAM, Moraes AGL. Família monoparental feminina: a mulher como chefe de família. *Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília*. 2017;3(1):11-22. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/RIPPMAR/article/view/7386>. Acesso em: 28 abr. 2021.
11. Silva DM, Lima AO. Mulher, trabalho e família na cena contemporânea. *Contextos Clínicos*. 2012;5(1):45-51. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2012.51.05>. Acesso em: 28 abr. 2021.
12. Gomes MLP, Silva JCB, Batista EC. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Rev Psicol Saúde*. 2018;10(1):3-17.
13. Gomes BCQ, Souza MG, Souza YG, Araújo RCF, Costa RSL. Sobrecarga de cuidadores de indivíduos em tratamento psiquiátrico. *DêCiência em Foco*. 2019;3(2):131-43.
14. Kebbe LM, Rôse LBR, Fiorati RC, Carretta RYD. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde em Debate*. 2014;38(102):494-505.
15. Santos AFO. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: sobrecarga e satisfação com serviço (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP; 2010.
16. Borsa JC, Nunes MLT. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicologia Argumento*. 2011;29(64):31-9. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19835>. Acesso em: 28 abr. 2021.
17. Kantorski LP, Jardim VMR, Treichel CAS, Andrade APM, Silva MSSJ, Coimbra VCC. Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. *Cad Saúde Coletiva*. 2019;27(1):60-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000100060&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2021.
18. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Senado Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 28 abr. 2021.
19. Azevedo AO, Souza TP. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Physis*. 2017;27(3):491-510. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300491&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2021.
20. Habigzang LF, Petersen MGF, Maciel LZ. Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psi*. 2019;13(2):249-64. Disponível em: <https://revistas.uca.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/1882>. Acesso em: 2 out. 2022.
21. McDonnell A, Lloyd JM, Read S. Practical considerations in case study research: the relationship between methodology and process. *J Adv Nurs*. 2000;32(2):383-90. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10964186/>. Acessado em: 2 out. 2022.
22. Aun JG, Vasconcellos MJE, Coelho SV. Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais. Vol. 3 – Desenvolvendo práticas com a Metodologia de Atendimento Sistêmico. Belo Horizonte: Ed Arte & Prosa; 2010.
23. Olson D. FACES IV and the circumplex model: Validation study. *J Marital Fam Ther*. 2011;37(1):64-80.
24. Pereira MG, Teixeira R. Portuguese validation of FACES-IV in adult children caregivers facing parental cancer. *Contemporary Family Therapy*. 2013;35(3):478-90.
25. Rebelo JMC. Relações familiares e toxicodpendência (Dissertação – Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra: Portugal; 2008. 117p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/11784>. Acesso em: 5 abr. 2021.
26. Santos PL, Bazon MR, Carvalho AMP. Family adaptability and cohesion evaluation scale IV (FACES IV): adaptação brasileira. *Aval Psicol*. 2017;16(2):120-7. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712017000200002#:~:text=A%20Family%20Adaptability%20and%20Cohesion,a%20avaliarem%20o%20funcionamento%20familiar. Acesso em: 2 out. 2022.
27. Fontanella BJB, Ricas JT, Egberto R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 2 out. 2022.
28. Bauer B, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
29. Creswell JW. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
30. Guedes OS, Daros MA. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Serv Soc Rev*. 2009;12(1):122-34.
31. Krmpotic CS, Ileso LC. Los cuidados familiares: aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. *Rev Katálysis*. 2010;13(1):95-101. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802010000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2021.
32. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(5):1509-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2021.
33. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Supl 2):1-9.
34. Minayo MCS. Estudo situacional dos idosos dependentes que residem com suas famílias visando a subsidiar uma política de atenção e de apoio aos cuidadores. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro; 2019.
35. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc*. 2008;17(2): 82-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2021.
36. Rosa LCS. Transtorno mental e o cuidado na família. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2011. Serviço Social e Saúde. 2015;12(1):119-24. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635761>. Acesso em: 28 abr. 2021.

37. Pegoraro RF, Caldana RHL. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicol Estud.* 2006;11(3):569-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2021.
38. Carvalho LF, Dimenstein M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estud Psicol.* 2004;9(1):121-9. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2021.