



O IMPACTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NAS RELAÇÕES FAMILIARES: uma replicação sistemática

DOI: 10.22289/2446-922X.V9N2A17

Lariane **Gonçalves**¹
André Luíz **Ferreira**

RESUMO

O Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões que surgem de forma a consumir tempo excessivo dos indivíduos acometidos, ocasionando prejuízos funcionais e sofrimento significativo. Considerando que a família tem ocupado o papel de principal cuidadora no projeto psicossocial atual, o presente trabalho objetivou investigar a sobrecarga de familiares de pacientes diagnosticados previamente com TOC, visando ser uma replicação sistemática do estudo de Soares Neto et al. (2011), intitulado “Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo”. Para a coleta de dados foi utilizada a escala FBIS-BR e um questionário que levantou dados sociodemográficos e referentes à convivência familiar. Participaram desta pesquisa 07 familiares de sujeitos com TOC, selecionados por grau de proximidade, maiores de 18 anos e que não possuíssem transtornos mentais em curso. A pesquisa realizou um estudo de levantamento, com análise quantitativa e qualitativa dos dados. Seu intuito foi analisar e compreender o grau de sobrecarga objetiva e subjetiva desses familiares. Como principais resultados, encontraram-se graus elevados de sobrecarga, sobretudo nos itens abrangidos pela dimensão subjetiva da escala, embora o escore global objetivo tenha sido maior. A subescala A (referente à frequência de realização de atividades cotidianas) registrou o maior impacto na sobrecarga objetiva; enquanto a subescala E (referente à preocupação com os pacientes psiquiátricos), em comparação com todas as subescalas, obteve o maior escore médio. Diante disso, é essencial que haja maior respaldo dos serviços e profissionais de saúde às famílias, tendo em vista que ela tem ocupado a posição de principal cuidadora.

305

Palavras-chave: TOC; Família; Cuidadores.

THE IMPACT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER ON FAMILY RELATIONS: a systematic replication

ABSTRACT

Obsessive-compulsive Disorder (OCD) is characterized by the presence of obsessions and/or compulsions that arise in a way that consumes excessive time for affected individuals, causing functional impairment and significant suffering. Considering that the family has played the role of main caregiver in the current psychosocial project, the present study aimed to investigate the overload of family members of patients previously with OCD, aiming to be a systematic replication

¹ Endereço eletrônico de contato: goncalveslariane98@gmail.com

Recebido em 10/05/2023. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 14/09/2023.



of the study by Soares Neto et al. (2011), entitled “Overburden in family members of individuals with obsessive-compulsive disorder”. For data collection the Family Burden Assessment Scale (FBIS-BR) and a questionnaire that collected sociodemographic data and related to family life were used. Seven family members of subjects with OCD participated in this research, selected by degree of proximity, over 18 years old and without ongoing mental disorders. The research carried out a survey study, with quantitative and qualitative data analysis. Its purpose was to analyze and understand the degree of objective and subjective overload of these family members. As main results high levels of overload were found, especially in the items covered by the subjective dimension of the scale, although the overall objective score was higher. Subscale A (referring to the frequency of performing daily activities) recorded the greatest impact on objective burden; while subscale E (referring to concern for psychiatric patients), compared to all subscales, had the highest mean score. In view of this, it is essential that there is greater support from health services and professionals to families, considering that they have occupied the position of main caregiver.

Keywords: OCD; Family; Caregivers.

IMPACTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN LAS RELACIONES FAMILIARES: una replica sistemática

RESUMEN

El Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que se manifiestan de forma que consumen un tiempo excesivo de las personas afectadas, provocando un deterioro funcional y un sufrimiento significativo. Considerando que la familia ha jugado el papel de cuidador principal en el proyecto psicosocial actual, el presente estudio tuvo como objetivo investigar la sobrecarga de familiares de pacientes previamente con TOC, con el objetivo de ser una réplica sistemática del estudio de Soares Neto et al. (2011), titulado “Sobrecarga en familiares de personas con trastorno obsesivo-compulsivo”. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Evaluación de la Carga Familiar (FBIS-BR) y un cuestionario que recolectó datos sociodemográficos y relacionados con la vida familiar. Participaron de esta investigación siete familiares de sujetos con TOC, seleccionados por grado de proximidad, mayores de 18 años y sin trastornos mentales en curso. La investigación llevó a cabo un estudio de encuesta, con análisis de datos cuantitativos y cualitativos. Su propósito fue analizar y comprender el grado de sobrecarga objetiva y subjetiva de estos familiares. Como principales resultados se encontraron altos niveles de sobrecarga, especialmente en los ítems que abarca la dimensión subjetiva de la escala, aunque la puntuación objetiva global fue mayor. La subescala A (referida a la frecuencia de realización de las actividades diarias) registró el mayor impacto en la carga objetiva; mientras que la subescala E (que se refiere a la preocupación por los pacientes psiquiátricos), en comparación con todas las subescalas, tuvo la puntuación media más alta. Ante esto, es fundamental que exista un mayor apoyo de los servicios y profesionales de la salud a las familias, considerando que ellas han ocupado la posición de cuidador principal.

306

Palabras clave: TOC; Familia; Cuidadores.



1 INTRODUÇÃO

O Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) está incluso na categoria “Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos Relacionados” da 5ª edição do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), e é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões que levam ao consumo de tempo excessivo dos indivíduos acometidos, causando prejuízos funcionais e sofrimento significativo (Fernandes & Carvalho, 2016).

Especificamente no que se refere às obsessões, Fernandes e Carvalho (2016) informam que elas podem ocorrer por meio de ideias, pensamentos, imagens ou impulsos vivenciados pelos indivíduos como intrusivos, gerando desconforto e tentativas de ignorar, suprimir ou neutralizar tais estímulos. Diante disso, a tentativa de alívio das obsessões acontece, usualmente, por meio das compulsões, ou seja, comportamentos repetitivos ou atos mentais aos quais o indivíduo, acometido pelo TOC, atribui a neutralização ou prevenção de um evento temido relacionado ao conteúdo da obsessão apresentada.

Todavia, é importante ressaltar que esse processo pode vir a acarretar um impacto consideravelmente negativo no desempenho global dos sujeitos, ao passo em que eles podem evitar “gatilhos” de obsessões e/ou dedicar elevada atenção às compulsões (Fernandes & Carvalho, 2016). Desse modo, devido à gravidade para a qual os quadros de TOC podem evoluir, são necessárias intervenções para o manejo e um prognóstico positivo. Nesse sentido, Hemanny et al. (2012) trazem que a farmacoterapia, a terapia comportamental (TC) e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) são consideradas terapêuticas de primeira escolha no tratamento do transtorno.

307

No âmbito da farmacoterapia, os tratamentos medicamentosos com inibidores de serotonina e com antagonistas dos receptores dopaminérgicos fazem com que os sintomas do TOC tenham uma queda considerável. Porém, essa melhora pode demorar a aparecer, sendo que ela não costuma ser completa, resultando na redução de apenas 40% dos sintomas entre 40% e 60% dos casos (Martins & Guimarães, 2012).

Já no campo das psicoterapias, a terapia comportamental é descrita muitas vezes como sendo um modelo de significativa eficácia no tratamento dos sintomas (Vermes & Zamignani, 2002), bem como a terapia cognitivo-comportamental (Oliveira et al., 2018). A primeira, ao ter como embasamento a análise do comportamento, considera que o comportamento é fruto da interação que ocorre entre o organismo e o ambiente, e que um comportamento só pode ser identificado, de fato, ao analisar essa relação (Copque & Guilhardi, 2009).

Levando em consideração o quadro de TOC, Bortoli e Francke (2018) trazem os motivos pelos quais os comportamentos em questão estão sendo mantidos e quais as consequências para os pacientes. Os autores consideram que as obsessões produzem ansiedade e sofrimento aos



sujeitos, e que as compulsões são respostas repetitivas emitidas com o objetivo de preveni-las e eliminá-las. Logo, as compulsões, nesta perspectiva, acontecem sob controle de reforçamento negativo, ao passo em que eliminam as obsessões e a ansiedade.

Devido ao fato de os comportamentos característicos do transtorno serem comumente interpretados com função de esquiva, há uma tendência expressiva em utilizar a técnica de Exposição com Prevenção de Respostas (EPR), a qual consiste na exposição gradual aos estímulos aversivos como principal estratégia, sendo bastante empregada pelos terapeutas comportamentais. Entretanto, a aplicação desse procedimento de modo generalizado e sem uma análise funcional anterior pode gerar resultados negativos ou malsucedidos, o que torna essencial que a devida atenção seja dada às contingências de reforçamento que operam sobre os comportamentos obsessivos-compulsivos (Silveira & Vermes, 2014).

Já no modelo cognitivo-comportamental, os pensamentos disfuncionais e não realistas influenciam diretamente o humor das pessoas, bem como os seus comportamentos - sendo que, a maneira pela qual uma situação é compreendida, influencia a intensidade dos sentimentos. Dessa forma, os significados que são atribuídos pelos sujeitos aos diversos aspectos de suas vidas possuem uma relação mútua com os comportamentos, e é através dessas interpretações que o indivíduo formula hipóteses a respeito de si mesmo, de seu mundo e de seu futuro. Nessa perspectiva, as emoções e os comportamentos não são, portanto, gerados pelos eventos propriamente ditos, mas sim pelo que os sujeitos pensam sobre eles (Oliveira et al., 2018).

308

No que se refere ao TOC, Oliveira et al. (2018) informam que a formulação cognitiva para a sua compreensão é a de que “o comportamento obsessivo se mantém devido à evitação da reavaliação da experiência” (p. 35). As compulsões, e as experiências trazidas por elas, geram alívio ao portador do transtorno, as quais, ao serem repetidas frequentemente, o levam à conclusão de que este é o comportamento que o mantém em segurança. Assim, ao tratar o transtorno, a TCC busca focar “nos pensamentos automáticos, nas tentativas de neutralização, nas antecipações catastróficas e na flexibilização de crenças disfuncionais, além de utilizar-se de análises funcionais, técnicas de EPR, entre outras” (p. 36).

Contudo, apesar da existência de terapêuticas eficazes para o tratamento do transtorno em questão, Ferrão et al. (2007), estimam que aproximadamente 40 a 60% dos pacientes com o TOC não atingem um alívio satisfatório com relação aos sintomas, mesmo com o estabelecimento de um tratamento adequado. Dentre as causas mais frequentes de ausência de resposta têm-se: o uso de medicações que não são primeira escolha para o quadro; o uso de doses insuficientes e por um período escasso; características biológicas que podem modificar a farmacocinética das medicações; a falta de treinamento dos terapeutas e de motivação dos pacientes na psicoterapia; e, por fim, a falta de acesso a tratamentos adequados nos países em desenvolvimento (Ferrão et al., 2007).



Outra questão que pode causar interferências na eficácia das terapêuticas indicadas, diz respeito à influência exercida pela família, a qual pode conduzir tanto positivamente quanto negativamente a evolução e o tratamento da doença (Soares Neto et al., 2011), principalmente após a substituição do modelo asilar pelo comunitário, o qual pressupõe a inclusão social dos pacientes através do fortalecimento dos vínculos familiares e sociais (Reis et al., 2016).

Sabe-se que, se de um lado este modelo mostrou-se extremamente rico ao visar um tratamento humanizado, de outro, revelou desafios consideráveis, em especial no que se refere ao lugar e a função que os familiares passaram a ocupar neste novo projeto psicossocial (Reis et al., 2016). Logo, apesar de ser uma conquista, visto que se trata de um modelo de atenção que possibilita o resgate da cidadania e da reinserção social dos sujeitos acometidos por transtornos mentais (Randemark et al., 2004), existem críticas pelo fato de muitas destas famílias não receberem o devido preparo, suporte, conhecimento e apoio neste processo, apesar de terem se tornado as principais provedoras de cuidado aos familiares adoecidos (Soares Neto et al., 2011).

Falando especificamente a respeito do TOC, as principais interferências negativas apontadas são: a acomodação, entendida como sendo a participação direta dos familiares nos sintomas; e a hostilização, relacionada à maneira pela qual a família lida com os problemas apresentados pelos seus parentes. No primeiro caso, a família pode acabar reforçando os comportamentos interpretados como sintomas da doença, piorando o quadro; e, no segundo, pode contribuir para o aumento do desgaste familiar, provocando prejuízos na convivência (Soares Neto et al., 2011).

Ademais, ao abordar o sofrimento ocasionado pelo transtorno nos indivíduos que o possuem e até mesmo as dificuldades que podem estar presentes no curso do tratamento, é necessário olhar, também, para o familiar que presta apoio e/ou cuidado a esses sujeitos. Em muitos casos, diante do sofrimento e/ou incômodo do indivíduo com TOC, os familiares acabam sentindo certo desconforto e ansiedade, além de sensações de incapacidade e frustração. Com o intuito de diminuir essas emoções negativas, evitar ou reduzir conflitos, eles acabam se adaptando aos sintomas ocasionados pelo transtorno, alterando a própria vida de forma significativa (Fernandes et al., 2015).

Todavia, apesar do crescente interesse em pesquisas envolvendo a sobrecarga de cuidadores, a literatura ainda apresenta poucos estudos acerca da sobrecarga de familiares de sujeitos com o TOC (Soares Neto et al., 2011). Na literatura nacional, o único artigo encontrado que discorreu especificamente sobre essa questão, até então, foi o de Soares Neto et al. (2011), que teve como objetivo avaliar os graus de sobrecarga, objetiva e subjetiva, de familiares de sujeitos com o TOC em duas redes assistenciais de saúde mental: a privada e a pública, onde foram selecionados 15 pacientes e 15 familiares de cada local.

Ao utilizarem a Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares - FBIS-BR para o levantamento dos dados, os autores encontraram diferenças nos níveis de sobrecarga dos



familiares ao comparar os resultados das diferentes redes. De modo específico, houve maiores graus de sobrecarga objetiva na rede pública analisada (CAPS), e escores subjetivos mais elevados na amostra da clínica privada, indicando que os familiares da última rede apresentaram mais sentimentos de incômodo ao prestarem assistência (Soares Neto et al., 2011).

Dito isso, este estudo exploratório não visou realizar comparações entre os graus de sobrecarga das diferentes redes de assistência, como foi realizado pelo trabalho original citado acima, mas buscou se aprofundar, especificamente, nas percepções da família da pessoa com o TOC, tendo em vista a convivência familiar e os impactos gerados ao assumir o papel de principal cuidadora. Dessa forma, a pesquisa visa contribuir para a escassez de estudos sobre o tema, ao passo em que também aponta para a importância do desenvolvimento de pesquisas que se aprofundem na questão da sobrecarga, compreendendo que sua investigação pode beneficiar intervenções profissionais e indicar as necessidades e dificuldades familiares (Bandeira et al., 2008).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Participantes

310

Após o projeto de pesquisa ter sido submetido e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa (com o Parecer nº 5.415.509), foram selecionados para a realização deste estudo, por meio de publicações feitas pela pesquisadora em redes sociais (Facebook e WhatsApp) e de indicações de profissionais da área, sete familiares de sujeitos previamente diagnosticados com o TOC. Os critérios para participação dos indivíduos foram: ter mais de 18 anos de idade, ser o mais próximo com relação ao auxílio/assistência prestada, no tocante ao transtorno em questão, e não possuir nenhum transtorno mental em curso.

Anteriormente à coleta de dados, os familiares preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como responderam a um questionário sociodemográfico e de convivência familiar contendo 21 perguntas abertas, as quais tiveram, como embasamento, questões trazidas no estudo original. Em seguida, foi acordado entre as partes um dia e horário para a realização de uma entrevista remota, onde ocorreu a aplicação da Escala de Avaliação da Sobrecarga de Familiares (FBIS-BR), também utilizada no artigo original.

2.1.1 Caracterização dos participantes

Conforme os dados descritos na Tabela 1, a maioria dos familiares possuía de 47 a 51 anos, sendo todos do gênero feminino. A respeito da última informação, a prevalência de mulheres como



principais cuidadoras também é encontrada nos artigos de Bandeira et al. (2008); Eloia et al. (2018); Reis et al. (2016); e Soares Neto et al. (2011). Tal fato pode ter relação com a afirmação de Batista et al. (2013), ao considerar que, tradicionalmente, cuidar de sujeitos que possuem algum tipo de “incapacidade”, principalmente dentre aqueles que fazem parte do meio familiar, tem sido uma responsabilidade das mulheres.

Por fim, dentro da amostra também houve predomínio de sujeitos empregados (N=4); casados (N=4); cristãos (N=3); com ensino superior completo (N=4); e com renda familiar mensal de até 4 salários-mínimos (N=3).

Tabela 1: *Dados sociodemográficos dos familiares cuidadores.*

Variáveis sociodemográficas	Categorias de respostas	Familiares
Idade	32-36	01 (14,30%)
	37-41	00 (0%)
	42-46	01 (14,30%)
	47-51	03 (42,85%)
	52-56	01 (14,30%)
	57-61	01 (14,30%)
Gênero	Feminino	07 (100%)
Estado Civil	Casado (a)	04 (57,14%)
	Divorciado (a)	02 (28,60%)
	Viúvo (a)	01 (14,30%)
Escolaridade ^a	Ensino Médio Completo	02 (28,60%)
	Ensino Superior Completo	04 (57,14%)
	Ensino Superior	01 (14,30%)
Renda Familiar Mensal (salário-mínimo de 2022)	Não relatado	01 (14,30%)
	Até 3 salários-mínimos	01 (14,30%)
	Até 4 salários-mínimos	03 (42,85%)
	+ que 5 salários-mínimos	02 (28,60%)



Ocupação	Do lar	01 (14,30%)
	Pensionista	01 (14,30%)
	Empregado (a)	04 (57,14%)
	Autônomo (a)	01 (14,30%)

Religião	Cristão	(42,85%)
	Testemunha de Jeová	01 (14,30%)
	Espírita	02 (28,60%)
	Católico	01 (14,30%)

Nota: ^a Referente à escolaridade, a categoria “ensino superior” foi mantida, pois a participante não especificou.

FONTE: Elaborado pela autora

2.2 Local

Os dados foram coletados online pela internet.

312

2.3 Instrumentos e materiais

Além do questionário sociodemográfico e de convivência, utilizou-se a Escala FBIS-BR. O instrumento mencionado é constituído por cinco partes: 1) Assistência na vida cotidiana do paciente, 2) Supervisão aos comportamentos problemáticos do paciente, 3) Gastos financeiros do familiar com o paciente, 4) Impacto nas rotinas diárias da família, e 5) Preocupações do familiar com o paciente (Bandeira et al., 2005). A Escala FBIS-BR se propõe a avaliar tanto a sobrecarga objetiva, que se distingue pela consequência observável do cuidar, quanto a subjetiva, que diz respeito às reações emocionais e ao sentimento de estar sendo submetido a uma sobrecarga (Soares Neto et al., 2011).

Os domínios avaliados pela dimensão objetiva da escala incluem a frequência de assistências cotidianas (subescala A), de supervisões de comportamentos problemáticos (subescala B), e de alterações nas rotinas diárias das famílias (subescala D) (Oliveira et al., 2017). Essas frequências são mensuradas por meio de uma escala de cinco pontos, onde: 1 = nenhuma vez, 2 = menos que uma vez por semana, 3 = uma ou duas vezes por semana, 4 = de três a seis vezes por semana e 5 = todos os dias (Bandeira et al., 2005).

Já na dimensão subjetiva, os domínios avaliados abrangem o grau de incômodo sentido pelo familiar ao prestar assistência cotidiana ao seu familiar (subescala A) e ao precisar lidar com comportamentos entendidos como problemáticos (subescala B). Para avaliar esses graus de

Rev. Psicol Saúde e Debate. Set., 2023:9(2): 305-327.



incômodo, as categorias de resposta são: 1 = nem um pouco, 2 = muito pouco, 3 = um pouco e 4 = muito. Outro aspecto avaliado pela mesma dimensão da sobrecarga diz respeito à frequência com que o cuidador se preocupa com o seu familiar (subescala E), sendo que, para realizar sua avaliação, é utilizado uma escala de cinco pontos também, onde: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre ou quase sempre (Bandeira et al., 2005).

2.4 Procedimento

A coleta de dados teve início a partir do momento em que os participantes respondiam ao formulário de recrutamento. Em seguida, era efetuado o contato com eles e um dia e horário em comum com a entrevistadora era agendado para a realização da entrevista. No dia acordado, um link do Google Meet era enviado pelo WhatsApp para o participante agendado para aquele determinado horário. Ao conectar no link informado, a pesquisadora retomou com os participantes algumas questões que foram abordadas anteriormente pelo TCLE, como: o objetivo do estudo, que envolveu compreender as percepções dos familiares a respeito do impacto do TOC na vida familiar e pessoal; a obrigação de sigilo por parte da pesquisadora com relação à identidade dos entrevistados; a importância de os participantes estarem em um local que ofertasse privacidade para a entrevista; e o direito de poderem interrompê-la a qualquer momento.

313

Posteriormente, a pesquisadora explicou que a Escala utilizada (FBIS-BR) era composta por cinco partes, referia-se aos últimos 30 dias de convivência (com exceção de alguns itens), e que seu objetivo era avaliar a experiência de familiares de pessoas com transtornos mentais ao ofertar cuidado aos últimos, bem como o impacto gerado por essa vivência em termos de sobrecarga sentida (Bandeira et al., 2005). Após isso, a entrevistadora leu cada uma das questões e as esclareceu (quando necessário) aos participantes, anotando as respostas em seguida. Ao final da pesquisa, agradeceu a participação e colocou-se à disposição em caso de mais dúvidas a respeito do estudo.

2.5 Procedimento de análise dos dados

Referente à análise dos dados, foi utilizado um procedimento de análise estatística com o intuito de categorizar a frequência das respostas e agrupar quantitativamente os dados. Em específico a análise estatística descritiva, visando resumi-los de forma simples e clara (Morais, 2007). No que se refere à escala FBIS-BR e, tendo em vista as suas orientações (Bandeira et al., 2005), esta pesquisa aferiu, a partir da amostra coletada: a média aritmética de cada dimensão (subjetiva e objetiva), de cada subescala e de cada questão abordada dentro das subescalas, buscando identificar quais destes itens geraram maior e menor impacto na sobrecarga dos cuidadores.



É importante considerar, entretanto, que como a escala FBIS-BR não possui ponto de corte estabelecido (Reis et al., 2016), a sobrecarga elevada foi indicada considerando se as respostas se situaram entre os dois últimos pontos das escalas.

3 DISCUSSÃO

3.1 Percepções familiares acerca do convívio familiar

Dentre os dados coletados pelo questionário aplicado nesta pesquisa, tem-se que a maioria dos familiares entrevistados reside com o familiar afetado pelo TOC (85,71%); não possui outra pessoa sob seus cuidados com alguma questão de saúde física ou mental (85,71%); percebe a presença de sintomas físicos devido ao auxílio que é prestado (57,14%); e, por fim, indica também que todos os participantes relataram sentir sobrecarga ao prestar apoio ao familiar.

No que se refere ao fato de eles receberem orientações profissionais ou não sobre o auxílio que é prestado aos sujeitos com o TOC, uma pessoa disse que a orientação acontece raramente, três pessoas responderam que não a recebem, e outras três disseram recebê-la.

Soares Neto et al. (2011) indicam resultados semelhantes ao informarem que 76,67% de sua amostra relatou não ter outros sujeitos doentes sobre os seus cuidados; e que 60%, ou seja, a maioria residia com os familiares, dado que também está presente nos estudos de Reis et al. (2016) e Barroso et al. (2007). Referente ao último resultado é apontado, inclusive, que existe certa tendência no contexto nacional desta configuração, ou seja, do cuidador residir com o familiar adoecido, diferindo de pesquisas internacionais, onde ocorre o oposto. As hipóteses levantadas para esse fato são a de que esta seja uma característica cultural brasileira (Reis et al., 2016).

Ainda realizando comparações com o estudo original (Soares Neto et al., 2011), houve diferenças com relação à percepção de sintomas físicos, já que 83,33% dos sujeitos relataram não perceber essa questão; e também no que se refere à orientação profissional do cuidado ofertado, visto que 60% da amostra informou não a receber.

Considerando os impactos que esses resultados podem trazer nos níveis de sobrecarga dos cuidadores, Reis et al. (2016) compreendem que residir com o familiar adoecido pode aumentá-los, ao passo em que os afazeres nas tarefas diárias e a assistência que é prestada são intensificados. Ademais, o fato de os serviços de saúde mental ainda serem pouco efetivos no acompanhamento que é proposto pela política de saúde mental - a qual também pressupõe o atendimento às famílias -, pode colaborar para a sobrecarga destes familiares, pois muitos não recebem o preparo necessário e precisam lidar com ansiedades e preocupações advindas desse cuidado. Inclusive, como exposto acima, a maioria dos participantes (85,71%) residiam com os familiares e todos alegaram sentir ou já terem sentido sobrecarga ao prestarem apoio ao seu familiar.



3.2 Características clínicas dos sujeitos com o Transtorno Obsessivo-compulsivo

No que diz respeito às questões referentes ao familiar acometido pelo TOC, a maioria das pessoas realizava algum tratamento de saúde mental (85,71%), sendo que houve predominância e empate no uso de somente medicação (28,60%) e da medicação associada à psicoterapia (28,60%). Com relação ao início dos sintomas, duas pessoas relataram que seus parentes os tiveram inicialmente aos 16 anos, tornando-se a idade mais comum na amostra. A média total do início dos sintomas associados ao TOC foi de 14,16 anos, sendo 03 anos a idade menor e 24 a maior. Já no que se refere ao diagnóstico, novamente a idade de 16 anos foi a mais comum, e somente em um dos casos ele ocorreu no mesmo ano em que os sintomas iniciaram. Uma das pessoas, inclusive, levou cerca de 24 anos para o estabelecimento do diagnóstico de TOC. A média encontrada foi de 21 anos. É necessário considerar, contudo, que duas pessoas da amostra tinham apenas o quadro referido acima, e que as outras cinco possuíam algum outro transtorno associado, sendo o Transtorno do Espectro Autista e a Esquizofrenia os mais recorrentes.

O estudo original (Soares Neto et al., 2011) traz resultados divergentes ao apresentar que o tratamento exclusivamente farmacológico apresentou os maiores percentuais (86,67% na privada e 80,00% na pública), já que, embora tenha sido um dos mais frequentes na amostra deste estudo também, o uso associado de medicamentos mais psicoterapia obteve o mesmo percentual. A respeito do tempo médio de latência, tendo em vista o início dos sintomas do TOC até seu diagnóstico, os autores apontam 12,47 anos (desvio padrão = 8,22) na amostra da clínica privada e de 11,53 na pública (desvio padrão = 11,14). De novo, os dados diferem, ao passo em que o período de latência da amostra desta pesquisa foi de 6,83 (desvio padrão = 8,61), indicando que a obtenção dos diagnósticos foi realizada de forma mais rápida.

Relativo à presença de outros diagnósticos associados ao TOC, no estudo de Soares Neto et al. (2011), a depressão aparece como a mais frequente. Torres e Lima (2005), por outro lado, trazem que, além dos transtornos depressivos, os ansiosos também são um dos mais prevalentes nas amostras clínicas encontradas em estudos. Os dados desta pesquisa, no entanto, divergem do que é trazido por ambos os trabalhos, sendo que o diagnóstico de Esquizofrenia e de Transtorno do Espectro Autista foram os mais comuns. Todavia, é necessário considerar que não houve acesso a nenhum laudo dos familiares, sendo todos os diagnósticos considerados a partir dos relatos dos cuidadores sobre as avaliações profissionais que foram feitas.

Complementarmente, Torres e Lima (2005) trazem também que quanto maior o número de comorbidades, maior a interferência dos sintomas na realização de atividades diárias, pior a qualidade de vida e maior a chance de busca por tratamento. Pensando nisso e na subescala A “Assistência na vida cotidiana” da Escala FBIS-BR, que mensura a frequência em que os entrevistados (entendidos como principais cuidadores) prestam assistência ao seu parente em

atividades corriqueiras, foi possível constatar que os dois escores médios individuais mais elevados de sobrecarga nesse aspecto pertencem à indivíduos em que o familiar para o qual presta cuidado é acometido por mais de um transtorno, o que indica corroboração com a informação trazida.

Entretanto, são necessários mais estudos a respeito dessa questão, tendo em vista que outras variáveis podem afetar os graus de sobrecarga, como: a questão de residir ou não com o familiar; estar prestando cuidado/auxílio a outras pessoas; o gênero do cuidador, tendo em vista que as mulheres tendem a assumir um maior número de tarefas domésticas em casa (Batista et al., 2013); o estado clínico do familiar do cuidador, pois a sintomatologia do transtorno pode demandar maior cuidado (Eloia et al., 2018); dentre outros.

3.3 Graus de sobrecarga dos familiares cuidadores de acordo com a Escala FBIS-BR

Tabela 2: Graus de sobrecarga (escala FBIS-BR) de familiares cuidadores de sujeitos com TOC

Subescalas	Dimensões da sobrecarga	Graus de sobrecarga (médias)	Desvio padrão (DP)
A - Assistência na vida cotidiana	Objetiva	3,03	1,8
	Subjetiva	1,65	1,62
B - Supervisão aos comportamentos problemáticos	Objetiva	2,28	1,6
	Subjetiva	1,64	1,9
D - Impacto nas rotinas diárias da família	Objetiva	2,21	1,6
E - Preocupações com o paciente	Subjetiva	3,22	1,53
Escore global objetivo		2,51	0,11
Escore global subjetivo		2,17	0,17

316

Legenda: subescalas objetivas (A, B, D): 1 = nenhuma vez, 2 = menos que uma vez por semana, 3 = 1 ou 2 vezes por semana, 4 = de 3 a 6 vezes por semana, 5 = todos os dias. Subescalas subjetivas A e B: 1 = nem um pouco, 2 = muito pouco, 3 = um pouco, 4 = muito. Subescala E: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente, 5 = sempre ou quase sempre. **FONTE:** Adaptado de Soares Neto et al. (2011).

A Tabela 2 expressa os graus de sobrecarga (objetiva e subjetiva) dos familiares cuidadores, tendo em vista os escores globais e as subescalas que constituem o instrumento. Ao considerar os
Rev. Psicol Saúde e Debate. Set., 2023:9(2): 305-327.



escores globais na tabela, percebe-se que a sobrecarga é maior na dimensão objetiva (Média = 2,51 e DP = 0,11) do que na subjetiva (Média = 2,17 e DP = 0,17). Este resultado difere do que é encontrado no artigo original, onde a dimensão subjetiva obteve maior escore em ambas as redes de assistência (Soares Neto et al., 2011), bem como nos estudos de Batista et al. (2013); e Albuquerque et al. (2010).

Falando especificamente sobre as subescalas, na dimensão objetiva a que apresentou o maior escore médio foi a subescala A (Média 3,03 e DP = 1,8), denominada "Assistência na vida cotidiana", a qual avalia a frequência da assistência que é prestada ao familiar. Pode-se dizer que nos estudos de sobrecarga que utilizam a Escala FBIS-BR, há certa predominância de escores mais altos nesta subescala, como é aferido nos artigos de Barroso et al. (2007); Reis et al. (2016); Albuquerque et al. (2010); Eloia et al. (2018); Oliveira et al. (2017); e Soares Neto et al. (2011).

No entanto, apesar de a subescala A (objetiva) comumente possuir os graus de sobrecarga mais altos, frequentemente ela não possui os escores médios subjetivos mais elevados. Ou seja, embora sua frequência seja normalmente a mais alta, auxiliar os familiares em afazeres cotidianos não é a tarefa responsável por gerar os maiores graus de sobrecarga subjetiva. Este é um dado presente em todos os estudos mencionados no parágrafo acima, bem como nos resultados exibidos na Tabela 2 deste trabalho, que a classifica como a subescala que obteve o segundo menor escore médio na dimensão subjetiva. Barroso et al. (2007) trazem, inclusive, que este achado pode ser devido ao fato de que realizar tarefas com o intuito de cuidar de um familiar, sendo ele portador de um transtorno mental ou não, é algo característico da cultura brasileira, fazendo com que o grau de incômodo sentido por esses cuidadores seja baixo.

Já o menor escore de sobrecarga é representado pela subescala D, chamada "Impacto nas rotinas diárias" (Média = 2,21 e DP = 1,6), que mensura a frequência das alterações ocorridas na rotina familiar. Esta subescala também aparece como a que obteve o menor escore de sobrecarga nos estudos de Reis et al. (2016); Oliveira et al. (2017); Batista et al. (2013); Soares Neto et al. (2011); e Albuquerque et al. (2010). A respeito disso, Oliveira et al. (2017) presumem que dentre os fatores que possam ter relação com essa questão está a estabilidade clínica da pessoa com transtorno mental. Essa não foi uma variável abordada por este estudo, entretanto, ao realizar os cálculos das médias individuais nessa subescala, sugere-se que a quantidade de transtornos mentais seja considerada, ao passo em que o maior escore foi de uma cuidadora em que o familiar em questão possuía cerca de quatro transtornos: o transtorno obsessivo-compulsivo; o transtorno depressivo; o transtorno do espectro autista, e a esquizofrenia. O que, tendo em vista o número de diagnósticos, poderia influenciar no grau de sobrecarga.

No que diz respeito à dimensão subjetiva, a subescala com o escore médio mais elevado foi a E - "Preocupações com o paciente"; a qual avalia a frequência com que os familiares se preocupam com seus parentes (Média = 3,22 e DP = 1,53). Nos trabalhos de Soares Neto et al. (2011), Bandeira et al. (2008) e Batista et al. (2013), essa subescala também possui o escore mais



elevado nesta dimensão, enquanto que, nos artigos de Oliveira et al. (2017), Barroso et al. (2007) e Reis et al. (2016), ela aparece como sendo uma das subescalas de maior impacto. Esses dados expressam que a preocupação dos cuidadores a respeito de seus familiares costuma ser bastante frequente.

Complementarmente, a que registrou o menor escore foi a subescala B - "Supervisão aos comportamentos problemáticos" (Média = 1,64 e DP = 1,9), seguida de perto da subescala A - "Assistência na vida cotidiana" (Média = 1,65 e DP = 1,62). Com relação a isso, enquanto esta pesquisa aponta que a subescala B obteve o menor escore, a maioria dos artigos menciona a subescala A como a menos impactante, como é possível verificar nos estudos de Soares Neto et al. (2011), Bandeira et al. (2008) e Batista et al. (2013), indicando que essa configuração se trata de um achado específico desta pesquisa.

Tabela 3: Questões das subescalas objetivas que obtiveram os maiores e os menores escores médios.

Subescalas da dimensão objetiva	Questões com os maiores escores	Médias e desvio padrão
Subescala A - Assistência na vida cotidiana	A8a: Ocupação do tempo	4,6 (0,79)
Subescala B - Supervisão aos comportamentos problemáticos	B2a: Pedir atenção excessiva	3,6 (1,40)
Subescalas da dimensão objetiva	Questões com os menores escores	Médias e desvio padrão
Subescala B - Supervisão aos comportamentos problemáticos (dimensão objetiva)	B4a: Comportamento agressivo	1,3 (0,76)
	B6a: Consumo excessivo de álcool	1,14 (0,38)
	B8a: Uso de drogas ilegais	1,0 (0,0)

Legenda: As subescalas acima são mensuradas por escalas de 5 pontos, onde: 1 = nenhuma vez, 2 = menos que uma vez por semana, 3 = 1 ou 2 vezes por semana, 4 = de 3 a 6 vezes por semana, e 5 = todos os dias.

FONTE: Elaborado pela autora.



A Tabela 3 trouxe, especificamente, as questões com os maiores e menores escores das subescalas da dimensão objetiva da FBIS-BR. Dentre os itens, o que mais influenciou neste grau em específico foi o item referente à ocupação do tempo, presente na subescala A, e que registrou a média de 4,6 em uma escala que vai até 5 pontos. Dessa forma, a frequência em que os cuidadores precisam solicitar aos seus familiares para que se ocupem com alguma atividade (ler, se divertir, trabalhar, estudar, visitar alguém, etc.) é considerada alta, estando mais próxima da categoria de resposta “todos os dias”.

Os estudos de Barroso et al. (2007) e Reis et al. (2016), também apontaram esse item como um dos que gerou o maior escore de sobrecarga objetiva. De modo contrário, Soares Neto et al. (2011), não o trazem como o item de maior escore nesta dimensão. Na realidade, ao observar a Tabela 1 de seu estudo, nota-se que os itens objetivos com graus mais elevados foram: na amostra da rede pública, a questão relacionada à frequência de vezes em que o cuidador ajudou o familiar com transportes; e, na amostra da rede privada, o item referente à frequência de vezes em que o cuidador precisou insistir e/ou levar o sujeito acometido pelo TOC em consultas médicas e atividades em serviços de saúde mental.

Voltando ao item “ocupação do tempo” (A8a), graus mais elevados nessa questão indicam certa passividade dos sujeitos acometidos pelo TOC, o que pode ser um agravante da sobrecarga dos cuidadores, além de ser um indicativo da necessidade do desenvolvimento de atividades ocupacionais e recreativas para os primeiros nos serviços de saúde mental, devido ao fato de que a criação dessas atividades pode servir como um fator protetivo para a redução da sobrecarga familiar (Barroso et al., 2007).

Outro item que também se encontra elevado, é a questão B2a (Média = 3,6 e DP = 1,40), que diz respeito à frequência em que o cuidador precisa evitar ou impedir que seu parente solicite atenção excessiva de sua parte, a qual esteve mais próxima da categoria de resposta de 3 a 6 vezes por semana. Ao compreender o funcionamento do TOC, é possível relacionar o fato de esses itens (A8a e B2a) estarem mais elevados com o transtorno mencionado, tendo em vista que as obsessões e as compulsões presentes nesses casos podem consumir tempo excessivo dos sujeitos que o possuem (Fernandes & Carvalho, 2016); além de envolverem a acomodação familiar aos rituais do TOC e também solicitações “estranhas” por parte desses sujeitos à sua família (Torresan et al., 2008). Porém, devido à falta de estudos nesta área que utilizem a escala FBIS-BR, não é possível realizar afirmações; todavia, sugere-se para próximas pesquisas a utilização de questionários que permitam compreender os rituais do TOC, tendo em vista que caracterizá-los pode auxiliar a compreender se existe ou não participação por parte da família nos rituais e se essa questão pode colaborar com os níveis de sobrecarga.

Por fim, os itens que obtiveram as médias mais baixas referem-se às questões que mensuram a frequência com que os sujeitos cuidadores precisaram supervisionar o uso de drogas ilegais (1,0), consumo excessivo de álcool (1,14) e comportamentos agressivos (1,3). Todos eles,



no entanto, situam-se ou estão mais próximos, tendo em vista a categorização das respostas da escala, de “nenhuma vez”.

Tabela 4: Questões das subescalas subjetivas que obtiveram os maiores e os menores escores médios.

Subescalas da dimensão subjetiva	Questões com os maiores escores	Médias e desvio padrão
Subescala A - Assistência na vida cotidiana	A1b: Higiene e cuidados pessoais	2,71 (1,89)
	A8b: Ocupação do tempo	2,85 (1,35)
Subescala B - Supervisão aos comportamentos problemáticos	B1b: Comportamentos desconcertantes	2,71 (1,89)
	B2b: Pedir atenção excessiva	2,85 (1,46)
Subescala D - Impacto nas rotinas diárias	D2: Impacto permanente na vida do cuidador	3,0 (1,41)
Subescala E – Preocupação com o paciente	E3: Vida social	3,85 (0,90)
	E6: Sobrevivência financeira	4,3 (0,95)
	E7: Futuro	4,6 (0,79)
Subescalas da dimensão subjetiva	Questões com os menores escores	Médias e desvio padrão
Subescala A - Assistência na vida cotidiana	A2b: Administração de medicamentos	1,0 (1,41)



	B3b: Perturbações noturnas	0,6 (1,51)
Subescala B - Supervisão aos comportamentos problemáticos	B4b: Comportamento agressivo	0,6 (1,51)
	B5b: Tentativa ou ameaça de suicídio	1,0 (1,73)
	B6b: Consumo excessivo de álcool	0,6 (1,51)
Subescala E - Preocupação com o paciente	E5: Condições de moradia atual	1,42 (1,13)

Legenda: subescalas subjetivas A, B e item D2: 1 = nem um pouco, 2 = muito pouco, 3 = um pouco, 4 = muito. Subescala E e item C5: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente, 5 = sempre ou quase sempre. **FONTE:** Elaborado pela autora.

A Tabela 4, assim como a Tabela 3, trouxe a média de sobrecarga das questões com maiores e menores médias das subescalas, porém, considerando a dimensão subjetiva. Nota-se que o item que gerou maior sobrecarga nesse aspecto foi o E7, indicando que os cuidadores frequentemente sentem-se preocupados com o futuro de seus familiares. Os artigos de Eloia et al. (2018), Oliveira et al. (2017), Albuquerque et al. (2010) e Batista et al. (2013), trazem resultados semelhantes a este estudo ao apontarem a preocupação com o futuro dos familiares de cuidadores como sendo o item responsável por gerar maior sobrecarga subjetiva.

Barroso et al. (2007), ao citarem Tessler e Gamache (2000), observaram que, de fato, os familiares se preocupavam de forma frequente com o futuro dos seus parentes, especialmente em como seria a vida dos mesmos após as suas mortes. Pode-se dizer que essa apreensão possui relação com a questão de que, nas famílias, nem todos os membros se disponibilizam a auxiliar o sujeito com transtorno, acarretando maior sobrecarga às pessoas mais próximas. Dessa maneira, para que o impacto psicossocial e a sobrecarga na família sejam amenizados, é necessário que haja a corresponsabilização entre usuário, família e equipe de saúde (Demarco, 2014).

Ainda na subescala E, o item E6 também se encontra elevado, estando próximo da classe de resposta “frequentemente”, bem como o item E3 (Média = 3,85 e DP = 0,90), referente a preocupação dos cuidadores com a vida social de seus parentes. Dito isso, no que se refere à preocupação por parte dos entrevistados sobre a sobrevivência financeira dos parentes acometidos pelo TOC (e outros transtornos existentes na amostra), um dos motivos pelo qual essa apreensão



está presente, além do que foi exposto no parágrafo acima, pode envolver a dificuldade de as pessoas com transtornos mentais voltarem ao mercado de trabalho (Oliveira et al., 2017).

No que diz respeito ao item E3, que abrange as preocupações com relação à vida social de pacientes psiquiátricos, é possível relacioná-lo com o artigo de Torresan et al. (2008), que, ao realizar uma revisão de literatura acerca da qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo, traz que são consequências comuns do transtorno haver dificuldades de relacionamento, bem como menos amigos e menor capacidade de apreciação de atividades de lazer. Ademais, interferências negativas em vários âmbitos da vida (estudantil, profissional, familiar, afetiva e social) também são citadas, o que pode estar relacionado com a constatação de graus mais elevados de preocupação por parte dos cuidadores com a vida social, sobrevivência financeira e futuro de seus parentes.

Já nas subescalas A e B algumas questões também indicam sobrecarga elevada; são elas: A8b, que mensura o grau de incômodo sentido pelos cuidadores ao solicitarem que seus familiares ocupem o seu tempo (Média = 2,85 e DP = 1,35), a qual também se encontra elevada na dimensão objetiva; B2b, referente ao grau de incômodo sentido pelos cuidadores ao evitarem ou lidarem com o comportamento de pedir atenção excessiva de seus familiares (Média = 2,85 e DP = 1,46), questão que também está elevada na sobrecarga objetiva; A1b, sobre o grau de incômodo sentido a auxiliar os parentes a realizar tarefas relacionadas ao autocuidado e higiene (tomar banho, se vestir, etc.) (Média = 2,71 e DP = 1,89), a qual, embora não aconteça com frequência elevada, gera um grau de incômodo considerado alto; e, por fim, o item B1b, que discorre sobre o grau de incômodo sentido por parte dos cuidadores ao lidarem com comportamentos desconcertantes por parte de seus familiares (Média = 2,71 e DP = 1,89), item este que também não ocorre com muita frequência, apesar do incômodo sentido ser expressivo.

Na subescala D, o item D2, que discorre sobre o impacto permanente na vida do cuidador (abrangendo sua rotina diária, trabalho, e vida social) (Média 3,0 e DP = 1,41), também possui uma sobrecarga alta, situando-se na classe de resposta “um pouco”, a qual é entendida como elevada ao considerar que os dois últimos pontos da escala se referem a escores altos (Barroso et al., 2007).

Retornando à subescala E, o item que registrou o menor escore foi a pergunta E5, relacionada à condição de moradia atual (Média = 1,42 e DP = 1,13), apontando proximidade maior com a categoria de resposta “nem um pouco”. Tendo em vista que grande parte dos indivíduos com TOC residiam com os familiares cuidadores, é possível dizer que essa é uma variável que influenciou neste dado. O mesmo resultado é trazido por Barroso et al. (2007), ao apontarem essa relação e dizerem que, possivelmente, os entrevistados zelavam pessoalmente por suas condições de moradia, não constatando preocupação, portanto.

Já no que se refere às subescalas A e B, os itens que registraram os menores impactos nos graus de sobrecarga, não apenas nestas subescalas, mas na dimensão subjetiva de modo geral, foram os itens “B8b: Uso de drogas ilegais” (0,0), “B3b: Perturbações noturnas” (0,6), “B4b:



Comportamento agressivo” (0,6), “A5b: Preparo de refeições” (0,85), “A2b: Administração de medicamentos” (1,0), e, por fim, “B5b: Tentativa ou ameaça de suicídio (1,0)”.

Dito isso, embora existam algumas variações com relação à literatura analisada e esta pesquisa, pode-se dizer que alguns itens foram encontrados frequentemente, indicando aspectos que devem obter maior atenção dos serviços e profissionais de saúde. Pensando especificamente no transtorno obsessivo-compulsivo, Boarati e Malerbi (2018) trazem que a maioria das famílias participa dos sintomas (88,2%), normalmente com a intenção de ajudar seus familiares, mas obtendo resultados contrários devido ao fenômeno da acomodação familiar. Desse modo, estudos utilizando a Escala FBIS-BR podem ser úteis, ao passo em que compreendem diversos âmbitos de sobrecarga familiar, auxiliando no direcionamento de intervenções mais eficazes.

Mesmo porque esse auxílio por parte dos familiares sem a devida orientação profissional tende a acentuar ainda mais os sintomas do transtorno em questão, trazendo consequências negativas tanto para os sujeitos acometidos por ele (tendo em vista a piora do quadro); quanto para os familiares, que diante da intensificação dos sintomas, necessitam lidar com as consequências e podem, até mesmo, desenvolver alguns sintomas do TOC, muitas vezes sem que eles percebam o que está acontecendo (Fernandes et al., 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

323

O objetivo geral deste trabalho foi investigar os graus de sobrecarga dos familiares de pacientes com TOC por meio da escala FBIS-BR. Os resultados encontrados apontam para uma maior sobrecarga objetiva global, diferente do que foi encontrado no estudo original, onde a sobrecarga subjetiva obteve maior escore (global) em ambas as redes de assistência. A subescala A (que mensura a frequência de assistência cotidiana) foi a que obteve maior frequência dentre as subescalas dessa dimensão, semelhante ao artigo de Soares Neto et al. (2011) e a maioria dos estudos analisados acerca da sobrecarga familiar em pacientes psiquiátricos.

O fato de o item da dimensão objetiva de maior impacto ser a questão referente à frequência em que os cuidadores necessitam solicitar aos seus familiares que ocupem o seu tempo (A8a), indica que os primeiros gastam bastante tempo na tentativa de fazer com que os seus parentes ocupem o seu próprio, podendo ser um indicativo de certa “passividade” por parte dos sujeitos acometidos por transtornos psiquiátricos e da necessidade de desenvolvimento de atividades ocupacionais e recreativas para eles nos serviços de saúde mental. O artigo original não realizou uma análise específica das questões que obtiveram maior e menor sobrecarga; todavia, outros estudos o citaram como sendo um dos itens que gerou maior sobrecarga nesta dimensão.

No que se refere à dimensão subjetiva, embora a objetiva possua um escore global maior, a subescala de impacto mais elevado para os participantes foi a E, localizada na primeira categoria



(subjativa) e que mensura a frequência de preocupação dos cuidadores com relação aos seus familiares. Ademais, os itens com as médias mais elevadas também foram encontrados nesta dimensão. Esse resultado foi encontrado no estudo original e em outros trabalhos abordados nesta pesquisa, que a trazem como sendo uma das subescalas que mais acarretou sobrecarga.

O item de maior impacto encontrado nesta dimensão foi a questão E7, relacionada à preocupação com o futuro dos pacientes psiquiátricos, o qual também é considerado pelos estudos mencionados como sendo um dos que geram maior impacto. Sua frequência nas pesquisas pode estar relacionada ao fato de que muitos cuidadores não possuem auxílio de outros familiares durante o cuidado que é prestado, gerando preocupações sobre como seria a vida de seus parentes após as suas mortes. Foram descobertos ainda outros itens de sobrecarga elevada, como é observado nas tabelas 3 e 4, sendo possível dizer que foram encontrados níveis de sobrecarga importantes.

Ao longo deste trabalho foi possível estabelecer também algumas outras relações, tais como: o fato de que as mulheres ocupam a posição de principais cuidadoras; a prevalência na cultura brasileira do familiar cuidador residir com o parente para o qual presta cuidado, a qual difere dos estudos internacionais; o número de comorbidades possivelmente estar ligado a uma maior sobrecarga por parte dos cuidadores; e, por fim, o fato de que, embora a assistência na vida cotidiana seja a mais elevada na maioria dos estudos, não costuma demonstrar os maiores graus de incômodo, apontando, novamente, para uma característica da cultura brasileira.

Sendo assim, é plausível dizer que o objetivo geral foi alcançado, embora existam algumas limitações, como: a existência de outros transtornos na amostra (em cinco dos sete familiares dos entrevistados), não sendo possível considerar que os graus de sobrecarga se referem somente ao TOC; a falta de acesso aos laudos psicológicos desses sujeitos, sendo todas as confirmações de diagnósticos feitas pelos cuidadores principais, tendo em vista as avaliações realizadas por profissionais; o tamanho da amostra; a carência da perspectiva dos familiares acometidos pelo TOC no estudo; e o fato de não se ter buscado realizar análises considerando a gravidade do transtorno em questão.

Com relação às sugestões para próximos estudos, tendo em vista que os itens “ocupação do tempo” e “pedir atenção excessiva” encontram-se elevados, sugere-se a utilização de questionários que permitam caracterizar os rituais do TOC e a rotina dos pacientes, levando em consideração que alguns desses rituais podem acabar exigindo a atenção ou a mediação dos familiares cuidadores, causando a elevação das questões citadas. Outras indicações envolvem: a realização de pesquisas com indivíduos diagnosticados apenas com o transtorno obsessivo-compulsivo, para que se possa aferir melhor a questão da sobrecarga associada a este transtorno; e a realização de pesquisas que permitam averiguar o grau de sobrecarga (mensurado pela escala FBIS-BR) considerando outras variáveis, como: presença ou ausência de orientação profissional



destinada às famílias; realização ou não de tratamentos e os impactos na sobrecarga familiar; e, por fim, estudos que comparem os níveis de sobrecarga com a gravidade dos transtornos mentais.

Por fim, levando em consideração o papel de principal cuidadora que a família tem ocupado, é necessário que o novo modelo de atenção psicossocial passe a considerá-la uma parte importante do processo de tratamento de seus familiares, tendo em vista os impactos que podem ser gerados na convivência familiar para ambos os lados. Especificamente no que se refere aos cuidadores, muitas vezes o cuidado que é prestado ocorre sem que haja a devida orientação de profissionais de saúde, ocasionando maior sobrecarga nos envolvidos. Nesse sentido, é essencial que haja maior respaldo por parte dos serviços de saúde neste cenário, mesmo porque, ao ser devidamente orientada, a família pode, inclusive, tornar-se parceira no processo de tratamento de seus familiares, trazendo contribuições importantes.

6 REFERÊNCIAS

- Albuquerque, E. P. T., Cintra, A. M. O., & Bandeira, M. (2010). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (4), 308-316. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400007>
- Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., & Varella, A. A. B. (2005). Escala de Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos – FBIS-BR: adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (3), 206-214. https://www.researchgate.net/publication/311666949_Escala_de_sobrecarga_dos_familiares_de_pacientes_psiquiatricos_adaptacao_transcultural_para_o_Brasil_FBIS-BR
- Bandeira, M.; Calzavara, M. G. P., & Castro, I. (2008). Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (2), 98-104. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000200003>
- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. do. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34 (6), 270-277. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000600003>
- Batista, C. M. F., Bandeira, M. B., Quagila, M. A. C., Oliveira, D. C. R., & Albuquerque, E. P. T. de. (2013). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21 (4), 359-369. <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/nn7MmvztbC9rLJQwfdBj5Kp/?lang=pt#>
- Boarati, L. & Malerbi, F. E. K. (2018). Intervenção analítico-comportamental dirigida a familiares de portadores do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 14 (1), 44-53. <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v14i1.7158>
- Bortoli, B. A., & Francke, I. A. (2018). Tratamento psicoterápico do transtorno obsessivo-compulsivo: perspectivas da terapia cognitivo-comportamental e terapia analítico-



comportamental. *Aletheia*, 51 (1-2), 131-142.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942018000100012

Copque, H., & Guilhardi, H. J. (2009). O modelo comportamental na análise do TOC.

(Inter)subjetividades, 1-19.

https://itrcampinas.com.br/pdf/helio/Modelo_Comportamental_na_Analise_do_TOC.pdf

Demarco, D. A. (2014). *Fatores associados à sobrecarga familiar em Centros de Atenção*

Psicossocial do Sul do Brasil. Dissertação (Mestrado) (Pós-graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Pelotas.

<https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2015/10/5f93f983524def3dca464469d2cf9f3e.pdf>

Eloia, S. C., Oliveira, E. N., Lopes, M. V. O., Parente, J. R. F., Eloia, S. M. C., & Lima, D. dos S.

(2018). Sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtornos mentais: análise dos serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (9), 3001-3011.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.18252016>

Fernandes, J. B.; Kruehl, L. R. P., & Finkler, D. C. (2015). Repercussão da acomodação familiar no

tratamento do transtorno obsessivo compulsivo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11 (1), 50-56. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20150007>

Fernandes, P. A., & Carvalho, M. R. (2016). Alterações neurobiológicas verificadas a partir do

tratamento com Terapia Cognitivo-comportamental no Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32 (2), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322215>

Ferrão, Y. A., Diniz, J. B., Lopes, A. C., Shavitt, R. G., Greenberg, B., & Miguel, E. (2007).

Resistência e refratariedade no transtorno obsessivo compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29 (2), 66-76. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000059>

Hemanny, C., Iêgo, S. Sena, E. P., & Dunningham, W. A. (2012). Psicoterapia versus

farmacoterapia no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 11 (2), 239-244.

<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/11536>

Martins, J. P., & Guimarães, A. C. P. C. (2012). Transtorno Obsessivo-Compulsivo: repercussões na dinâmica familiar. *Mimesis*, 33 (2), 165-180.

https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/mimesis/mimesis_v33_n2_2012_art_04.pdf

Morais, P. R. (2007). *Estatística para psicólogos (que não gostam de números)*. ESETec Editores Associados.

Oliveira, A. J., Rosa, D. G. da, Ferro, L. A. M., & Rezende, M. M. (2018). Técnicas cognitivo-

comportamentais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: uma investigação baseada em evidências. *Revista de Psicologia da UNESP*, 18 (1), 30-49.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000100003



- Oliveira, E. N., Eloia, S. M. C., Lima, D. dos S., Eloia, S. C., & Linhares, A. M. F. (2017). A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9 (1), 71-78. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.71-78>
- Randemark, N. F. R., Jorge, M. S. B. & Queiroz, M. V. O. (2004). A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 13 (4), 543-550. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400006>
- Reis, T. L. dos, Dahl, C. M., Barbosa, S. M., Teixeira, M. R., & Delgado, P. G. G. (2016). Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, 40 (109), 70-85. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610906>
- Silveira, C. C., & Vermes, J. S. (2014). Relato de um caso de Transtorno Obsessivo-Compulsivo infantil à luz da Análise do Comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16 (3), 82-92. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.714>
- Soares Neto, E. B., Teles, J. B. M., & Rosa, L. C. dos S. (2011). Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. *Archives of Clinical Psychiatry*, 38 (2), 47-52. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000200001>
- Torres, A. R., & Lima, M. C. P. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. (2005). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27 (3), 237-242. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000300015>
- Torresan, R. C., Smaira, S. I., Ramos-Cerqueira, A. T. de A., & Torres, A. R. (2008). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35 (1), 13-19. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100003>
- Vermes, J. S. & Zamignani, D. R. (2002). A perspectiva analítico comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4 (2), 135-149. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000200006