aurum
Revista Multidisciplinar

ISSN: 3085-7783

SAÚDE MENTAL DAS FAMÍLIAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: IMPACTOS, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

MENTAL HEALTH OF FAMILIES OF PEOPLE WITH DISABILITIES: IMPACTS, CHALLENGES AND COPING STRATEGIES

https://doi.org/10.63330/armv2n10-015

Submetido em: 26/10/2026 e Publicado em: 30/10/2026

ARM: e262536

Dayane Nunes de Almeida
Graduanda em Pedagogia – Universidade de Vassouras
E-mail: dayanenunesdealmeida73@gmail.com

Grasielle Fernandes de Souza
Graduanda em Pedagogia – Universidade de Vassouras
E-mail: grazybacaxa@gmail.com

Flaviane Melo de Anchieta
Docente do Curso de Pedagogia da Universidade de Vassouras
E-mail: flaviane.anchieta@univassouras.edu.br

Luciano Rapagnã
Docente do Curso de Pedagogia da Universidade de Vassouras
E-mail: lucianorapagna@id.uff.br

Resumo

Este artigo analisa a saúde mental das famílias de pessoas com deficiência, com ênfase nos impactos, desafios e estratégias de enfrentamento associados à rotina de cuidados contínuos. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, de natureza bibliográfica, desenvolvida a partir de um Trabalho de Conclusão de Curso e ampliada com literatura científica, documentos oficiais e legislação brasileira, localizados nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed. Os achados foram organizados em seis categorias temáticas: deficiência e reorganização familiar; sobrecarga e saúde mental; gênero e divisão do cuidado; impactos financeiros e sociais; estigma e isolamento; e redes de apoio e estratégias de enfrentamento. A literatura indica que a concentração das responsabilidades em um único cuidador, geralmente uma mulher, a redução da participação profissional, os custos do cuidado, o isolamento, o estigma e as barreiras de acesso aos serviços favorecem a sobrecarga e o sofrimento psíquico, e que cuidado intenso e menor renda se associam a sintomas depressivos e ansiosos. Redes de apoio e políticas públicas configuram-se como fatores modificáveis. Conclui-se que a saúde mental dos familiares cuidadores é questão de saúde coletiva e de proteção social e que o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, da

assistência social e das redes comunitárias é essencial para reduzir a sobrecarga: cuidar de quem cuida é parte integrante de uma política efetiva de inclusão.

Palavras-chave: Apoio social; Cuidadores; Família; Pessoas com deficiência; Saúde mental.

Abstract

This article analyzes the mental health of families of people with disabilities, focusing on the impacts, challenges and coping strategies associated with continuous caregiving. It is a qualitative, exploratory and descriptive bibliographic study, developed from an undergraduate thesis and expanded with scientific literature, official documents and Brazilian legislation retrieved from SciELO, the Virtual Health Library and PubMed. Findings were organized into six thematic categories: disability and family reorganization; caregiver burden and mental health; gender and the division of care; financial and social impacts; stigma and isolation; and support networks and coping strategies. The literature indicates that the concentration of responsibilities on a single caregiver, usually a woman, reduced participation in paid work, care-related costs, isolation, stigma and barriers to services foster burden and psychological distress, and that intensive caregiving and lower income are associated with depressive and anxiety symptoms. Support networks and public policies emerge as modifiable factors. The mental health of family caregivers is therefore a public health and social protection issue, and strengthening primary health care, social assistance and community networks is essential to reduce burden: caring for caregivers is an integral part of an effective inclusion policy.

Keywords: Caregivers; Family; Mental health; Persons with disabilities; Social support.

1 INTRODUÇÃO

A presença de uma pessoa com deficiência em uma família não deve ser interpretada apenas a partir da condição individual ou do diagnóstico que eventualmente a acompanha. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada ao ordenamento brasileiro, e a Lei Brasileira de Inclusão compreendem a deficiência como resultado da interação entre impedimentos de longo prazo e barreiras atitudinais e ambientais que podem obstruir a participação em igualdade de condições (Brasil, 2009; 2015). Essa concepção desloca o olhar da limitação individual para a relação entre sujeito e sociedade: quanto mais barreiras existirem nos serviços, no transporte, na educação, na saúde e na vida comunitária, maiores tendem a ser as responsabilidades assumidas pelas famílias.

Dessen e Polonia (2007) compreendem a família como contexto fundamental de desenvolvimento humano, constituído por relações afetivas, sociais e cognitivas inseridas em condições históricas e

materiais. Quando o núcleo familiar precisa organizar consultas, terapias, deslocamentos, medicações, atividades escolares, alimentação, higiene e mobilidade, as mudanças vividas por um de seus membros repercutem sobre os demais, com intensidade que varia conforme os recursos de cada família. A literatura descreve essa sobrecarga em duas dimensões: a objetiva, que abrange alterações na rotina, custos, restrições profissionais e sociais e concentração de tarefas; e a subjetiva, que envolve preocupações, percepção de responsabilidade e sofrimento emocional.

No Brasil, a legislação estabelece que a garantia dos direitos da pessoa com deficiência é responsabilidade compartilhada entre Estado, sociedade e família, e a Lei Brasileira de Inclusão determina que a assistência social destinada à pessoa com deficiência e à sua família contribua para a segurança de renda, a acolhida, a habilitação e reabilitação, a autonomia e a convivência familiar e comunitária (Brasil, 2015). Não é adequado, portanto, transformar a família na única responsável pelas necessidades de cuidado. O problema de pesquisa situa-se justamente na tensão entre a demanda de cuidado contínuo e os recursos familiares, sociais e institucionais disponíveis para sustentá-la, expressa na seguinte questão: quais são os principais impactos e desafios enfrentados pelos familiares de pessoas com deficiência em relação à sua saúde mental e de que maneira as redes de apoio podem contribuir para o enfrentamento dessas dificuldades?

O estudo justifica-se pela necessidade de reconhecer os familiares cuidadores como sujeitos que também demandam atenção. O cuidado pode expressar vínculo, afeto e solidariedade, mas não deve ser naturalizado como obrigação ilimitada. No plano acadêmico, o tema articula campos frequentemente tratados de forma separada, como estudos da deficiência, saúde mental, psicologia da família, saúde coletiva, gênero, trabalho de cuidado e políticas sociais. Adota-se como hipótese interpretativa que a sobrecarga familiar tende a ser maior quando as responsabilidades estão concentradas, os recursos são escassos e as redes de apoio são frágeis, ao passo que o suporte social, o acesso a serviços, a divisão das tarefas e o reconhecimento do cuidador funcionam como fatores de proteção.

O objetivo geral é analisar os impactos da rotina de cuidados à pessoa com deficiência sobre a saúde mental dos familiares. Os objetivos específicos são: identificar fatores associados à sobrecarga; examinar mudanças na dinâmica familiar; discutir a divisão de responsabilidades segundo o gênero; analisar impactos financeiros e sociais; compreender os efeitos do estigma e do isolamento; e identificar a função das redes de apoio e das estratégias de enfrentamento.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, de natureza bibliográfica, derivada do Trabalho de Conclusão de Curso de Almeida e Souza (2026) e ampliada com literatura científica especializada, documentos oficiais e legislação brasileira. A abordagem qualitativa é pertinente porque o

objeto envolve significados, experiências, relações familiares, percepções de sobrecarga e formas de enfrentamento. Não se pretendeu estimar prevalências nem produzir generalizações estatísticas, mas interpretar tendências e categorias presentes na produção científica e nos documentos selecionados. Como destaca Gil (2019), a pesquisa bibliográfica utiliza materiais já elaborados e é especialmente útil para mapear diferentes perspectivas sobre um problema.

A busca foi realizada nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed, com os descritores “Saúde Mental”, “Pessoas com Deficiência”, “Cuidadores”, “Família” e “Apoio Social” e seus equivalentes em inglês e espanhol, combinados pelos operadores booleanos AND e OR conforme a sintaxe de cada base. Consideraram-se publicações em português, inglês e espanhol. Foram incluídos artigos que abordassem a saúde mental de familiares e cuidadores de pessoas com deficiência em seus aspectos emocionais, sociais e relacionados à sobrecarga do cuidado, e excluídos estudos duplicados e publicações sem relação direta com o tema.

Os documentos foram analisados qualitativamente e agrupados em seis categorias temáticas relacionadas aos objetivos: a) deficiência e reorganização da vida familiar; b) sobrecarga do cuidado e saúde mental; c) gênero e divisão do cuidado; d) impactos financeiros e sociais; e) estigma, preconceito e isolamento; e f) redes de apoio e estratégias de enfrentamento. O Quadro 1 apresenta os estudos de referência que fundamentam a análise, com seu foco e sua contribuição para a discussão.

Quadro 1 – Estudos de referência que fundamentam a análise, segundo autoria, tipo de documento, foco e contribuição para a discussão

Autor/ano	Tipo de documento	Foco do estudo	Contribuição para a discussão
Dessen e Polonia (2007)	Artigo teórico	Família e escola como contextos de desenvolvimento humano.	Fundamenta a compreensão da família como contexto relacional e de desenvolvimento.
Hirata e Kergoat (2007)	Artigo teórico	Divisão sexual do trabalho.	Oferece base teórica para discutir a distribuição desigual do trabalho de cuidado entre homens e mulheres.
Scherer, Verhey e Kuper (2019)	Revisão sistemática e meta-análise	Depressão e ansiedade em pais de crianças com deficiências intelectuais e do desenvolvimento.	Aponta associação entre cuidado e sintomas depressivos e ansiosos, com necessidade de cautela na interpretação causal.
Elangkovan e Shorey (2020)	Revisão sistemática de estudos qualitativos	Experiências e necessidades de pais que cuidam de crianças com paralisia cerebral.	Contribui para a discussão sobre necessidades de informação, apoio, acesso a serviços e inclusão social.
Liu et al. (2023)	Revisão sistemática	Fatores associados à sobrecarga de familiares cuidadores de crianças com paralisia cerebral.	Relaciona a sobrecarga a fatores do cuidado e do contexto familiar, com predomínio de estudos transversais.

Fonte: elaborado pelos autores com base nas referências citadas (2026).

3 RESULTADOS

Os resultados são apresentados segundo as seis categorias temáticas. Ao longo da seção, a Figura 1 representa o ciclo de vulnerabilidade associado aos impactos financeiros do cuidado, a Figura 2 descreve a composição da rede de apoio do cuidador e o Quadro 2 reúne as estratégias institucionais por setor; ao final, o Quadro 3 sintetiza os principais achados, os autores de referência e suas implicações para o cuidado e para as políticas públicas.

3.1 DEFICIÊNCIA E REORGANIZAÇÃO DA VIDA FAMILIAR

Como a família é uma unidade dinâmica de relações (Dessen; Polonia, 2007), novas demandas de cuidado modificam horários, papéis e expectativas: pais reduzem a jornada de trabalho, irmãos e avós assumem tarefas e o cuidador principal torna-se o interlocutor da família com os serviços. Essas demandas não dependem apenas da condição da pessoa com deficiência, mas também da existência de transporte acessível, serviços de reabilitação, profissionais preparados, educação inclusiva, tecnologias assistivas e proteção social. Quanto mais frágeis essas estruturas, maior a necessidade de mediação familiar.

Essas mudanças, contudo, não têm necessariamente caráter negativo. Famílias também desenvolvem vínculos, competências, solidariedade e novas formas de organização. A revisão de estudos qualitativos de Elangkovan e Shorey (2020) com pais de crianças com paralisia cerebral identificou, ao lado das exigências físicas e emocionais, o desejo de comunicação aberta, acesso a serviços, integração social e atitudes mais acolhedoras dos profissionais. O ponto crítico reside na distância entre a responsabilidade formal atribuída à família e os suportes efetivamente disponíveis.

3.2 SOBRECARGA DO CUIDADO E SAÚDE MENTAL

A sobrecarga do cuidador pode envolver esforço físico, tempo dedicado, interrupção do sono, preocupação permanente, redução de atividades pessoais, restrições profissionais e tensão emocional. Sua intensidade varia conforme a idade e o grau de dependência da pessoa cuidada, a necessidade de supervisão, a disponibilidade de tecnologias e serviços e as condições socioeconômicas da família. A revisão de Liu et al. (2023) associou maior sobrecarga a sintomas depressivos do cuidador e à maior gravidade da deficiência física da criança, embora o predomínio de desenhos transversais exija cautela quanto à causalidade. A meta-análise de Scherer, Verhey e Kuper (2019) identificou associação positiva entre cuidar de crianças com deficiências intelectuais e do desenvolvimento e sintomas depressivos e ansiosos, mais intensos diante de maior gravidade da deficiência e menor renda familiar, o que evidencia que a saúde mental não pode ser separada das condições materiais de existência.

A sobrecarga emocional manifesta-se como preocupação constante, culpa, medo do futuro, tristeza, irritabilidade, ansiedade e sensação de incapacidade. Cansaço e sofrimento diante de uma rotina exigente,

porém, não equivalem a transtorno mental; a avaliação clínica cabe a profissionais habilitados quando houver sinais persistentes ou incapacitantes. Também se observa que o cuidador tende a relegar o próprio descanso e autocuidado a segundo plano, lógica que, prolongada, amplia vulnerabilidades. A qualidade de vida do cuidador depende ainda da comunicação com os profissionais: informações claras, participação nas decisões e conhecimento dos caminhos para acessar direitos favorecem a autonomia, enquanto informações fragmentadas e serviços desarticulados ampliam a insegurança.

3.3 GÊNERO E DIVISÃO DO CUIDADO

A divisão das tarefas de cuidado não é neutra. Hirata e Kergoat (2007) demonstram que a divisão sexual do trabalho se organiza por dois princípios: o da separação, que distingue trabalhos considerados masculinos e femininos, e o da hierarquia, segundo o qual o trabalho masculino tem maior valor social. Nas famílias de pessoas com deficiência, mães, avós, irmãs e outras mulheres tendem a assumir a maior parte das atividades, como o acompanhamento de consultas e terapias, a higiene, a alimentação, a comunicação com a escola e a vigilância constante. A associação cultural entre cuidado e feminilidade faz essa distribuição parecer natural, quando ela resulta de relações sociais e históricas, e os dados do IBGE (2023) confirmam que as atividades domésticas e de cuidado permanecem desigualmente distribuídas entre homens e mulheres.

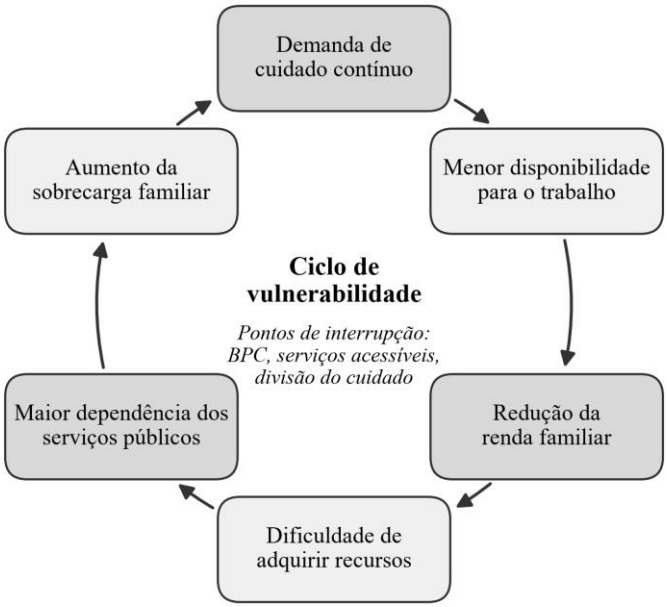
As consequências vão além da renda. A cuidadora pode reduzir a jornada, recusar oportunidades, abandonar o emprego ou deixar de investir em formação, com efeitos sobre sua identidade profissional, autonomia, participação social e projetos pessoais. Essas possibilidades são, ainda, atravessadas por classe, renda, território e raça: famílias com maior renda podem contratar serviços, enquanto as de baixa renda dependem mais intensamente das políticas públicas.

3.4 IMPACTOS FINANCEIROS E SOCIAIS

O cuidado gera despesas diretas, como transporte, medicamentos, alimentação diferenciada, equipamentos, adaptações e terapias, e impactos indiretos, como a redução da jornada, o afastamento do emprego e a perda de oportunidades profissionais. Forma-se, assim, um possível ciclo de vulnerabilidade, representado na Figura 1: a necessidade de cuidado reduz a disponibilidade para o trabalho, a menor renda dificulta a aquisição de recursos e a escassez de recursos aumenta a dependência dos serviços públicos e a sobrecarga familiar, o que, por sua vez, intensifica a demanda sobre o cuidador. No plano normativo, a Constituição Federal define a assistência social como política destinada a quem dela necessitar, com objetivos de proteção à família e de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência (Brasil, 1988), e a Lei Orgânica da Assistência Social regulamenta o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Brasil, 1993), o que situa a questão no campo dos direitos, e não da ajuda eventual.

No plano social, o cuidado intenso reduz a participação em atividades de lazer, encontros e trabalho, seja pela falta de alguém com quem deixar a pessoa cuidada, seja pela inacessibilidade dos ambientes. A perda de liberdade e as repercussões nas relações sociais aparecem como temas recorrentes nas experiências de pais de crianças com deficiência (Elangkovan; Shorey, 2020).

Figura 1 – Ciclo de vulnerabilidade decorrente do cuidado contínuo: a demanda de cuidado reduz a participação no trabalho e a renda, aumentando a dependência dos serviços e a sobrecarga; benefícios, serviços acessíveis e divisão do cuidado são pontos de interrupção do ciclo



Fonte: elaborada pelos autores com base em Scherer, Verhey e Kuper (2019), Elangkovan e Shorey (2020) e Brasil (1993; 2015) (2026).

3.5 ESTIGMA, PRECONCEITO E ISOLAMENTO SOCIAL

O estigma relacionado à deficiência assume formas explícitas ou sutis, como comentários, atitudes de piedade, subestimação de capacidades, exclusão, ausência de acessibilidade ou recusa de adaptações. A Lei Brasileira de Inclusão considera discriminação toda forma de distinção, restrição ou exclusão que prejudique ou impeça o exercício de direitos, inclusive a recusa de adaptações razoáveis e de tecnologias assistivas (Brasil, 2015). Para os familiares, presenciar a exclusão de um filho gera tristeza, indignação e preocupação com a segurança e o futuro, e leva muitas famílias a restringir sua circulação para evitar situações desagradáveis. O estigma também dificulta a procura por ajuda quando o próprio sofrimento é interpretado como fraqueza ou fracasso.

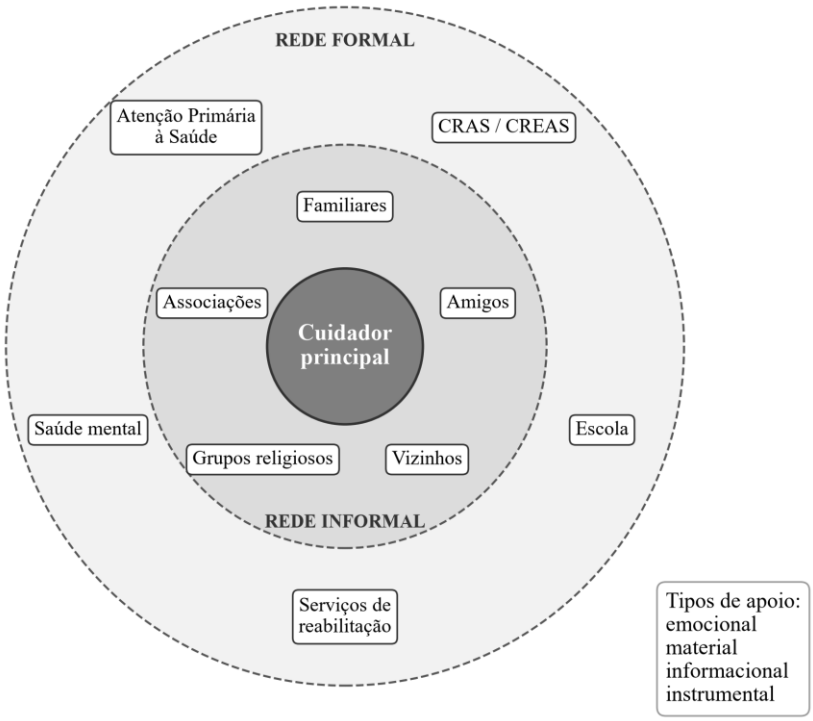
O isolamento social, por sua vez, não é mera escolha individual: decorre da combinação entre falta de tempo e de apoio, barreiras de acessibilidade, dificuldades financeiras e experiências negativas em

espaços públicos. Quando o cuidador perde contato com amigos, trabalho e lazer, diminuem as oportunidades de troca e descanso, e a experiência do cuidado torna-se mais solitária.

3.6 REDES DE APOIO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

As redes de apoio constituem o principal fator de proteção identificado. Sluzki (1997) define a rede social pessoal como o conjunto de relações significativas que participam da construção da identidade, do bem-estar e do suporte, oferecendo apoio emocional, material, informacional e instrumental. Como mostra a Figura 2, as redes informais incluem familiares, amigos, vizinhos, grupos religiosos e associações, e as formais envolvem serviços de saúde, assistência social, educação e reabilitação. Sua efetividade depende não apenas de sua existência, mas do acesso concreto e da qualidade do vínculo. O apoio nem sempre assume a forma de cuidado direto: uma conversa, ajuda no transporte, a companhia em uma consulta ou a substituição do cuidador por algumas horas podem fazer grande diferença.

Figura 2 – Rede de apoio do cuidador principal: rede informal (familiares e comunidade) e rede formal (serviços públicos e especializados), com os tipos de apoio que podem oferecer



Fonte: elaborada pelos autores com base em Sluzki (1997) (2026).

Entre as estratégias de enfrentamento, destacam-se a divisão das tarefas, ajustada às capacidades, aos horários e aos recursos de cada membro, o acesso a informações confiáveis, o acolhimento profissional e a possibilidade de descanso. No plano institucional, essas estratégias começam pela identificação das necessidades do cuidador por meio de escuta qualificada e de instrumentos de avaliação da sobrecarga que

considerem fatores de risco e de proteção, e desdobram-se em ações específicas de cada setor, sintetizadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Estratégias institucionais de cuidado ao cuidador identificadas na literatura, segundo o setor responsável

Setor	Estratégias	Finalidade
Atenção Primária à Saúde	Escuta qualificada; avaliação da sobrecarga; grupos educativos e rodas de conversa; acompanhamento domiciliar quando indicado	Identificar precocemente sinais de sofrimento e articular encaminhamentos na rede
Assistência social (CRAS e CREAS)	Orientação sobre benefícios, como o BPC; apoio para documentação e transporte; acompanhamento familiar	Reduzir vulnerabilidades e proteger os vínculos familiares e comunitários
Educação	Comunicação clara com a família; planejamento inclusivo; compartilhamento de responsabilidades	Evitar que o cuidador medeie sozinho todas as demandas escolares
Saúde mental	Reconhecimento de ansiedade, depressão e exaustão; psicoterapia; atendimento médico quando indicado; grupos terapêuticos	Oferecer cuidado individualizado, sem medicalizar o sofrimento decorrente das condições de vida

Fonte: elaborado pelos autores com base em Brasil (2015), Elangkovan e Shorey (2020) e Liu et al. (2023) (2026).

Quadro 3 – Síntese dos principais achados da revisão, autores de referência e implicações para o cuidado e as políticas públicas

Achado	Principais autores	Implicação
1. A sobrecarga resulta da relação entre demanda de cuidado e recursos disponíveis, e não apenas da quantidade de tarefas.	Dessen e Polonia (2007); Liu et al. (2023)	Avaliar o cuidador considerando rotina, grau de dependência e acesso a serviços.
2. Sintomas depressivos e ansiosos são mais frequentes entre familiares cuidadores, sobretudo diante de maior gravidade da deficiência e menor renda.	Scherer, Verhey e Kuper (2019); Liu et al. (2023)	Acolhimento e acompanhamento na Atenção Primária, sem medicalização automática do sofrimento.
3. O cuidado concentra-se nas mulheres, com menor reconhecimento econômico e social.	Hirata e Kergoat (2007); Pautassi (2007); IBGE (2023)	Estimular a corresponsabilidade familiar e políticas de conciliação entre trabalho e cuidado.
4. Custos diretos e redução da participação profissional comprometem renda e autonomia.	Brasil (1988; 1993; 2015)	Garantir proteção de renda (BPC) e acesso efetivo a benefícios e serviços.
5. O isolamento social agrava o sofrimento; redes significativas atuam como proteção.	Sluzki (1997); Elangkovan e Shorey (2020)	Fortalecer redes formais e informais e oferecer substituição temporária do cuidador.
6. O estigma e as barreiras atitudinais restringem a participação e afetam toda a família.	Brasil (2009; 2015)	Promover acessibilidade, educação social e atendimento não culpabilizador.
7. Redes de apoio, serviços e políticas públicas são fatores modificáveis.	Brasil (2015); Elangkovan e Shorey (2020)	Priorizar a articulação intersetorial entre saúde, assistência social e educação.

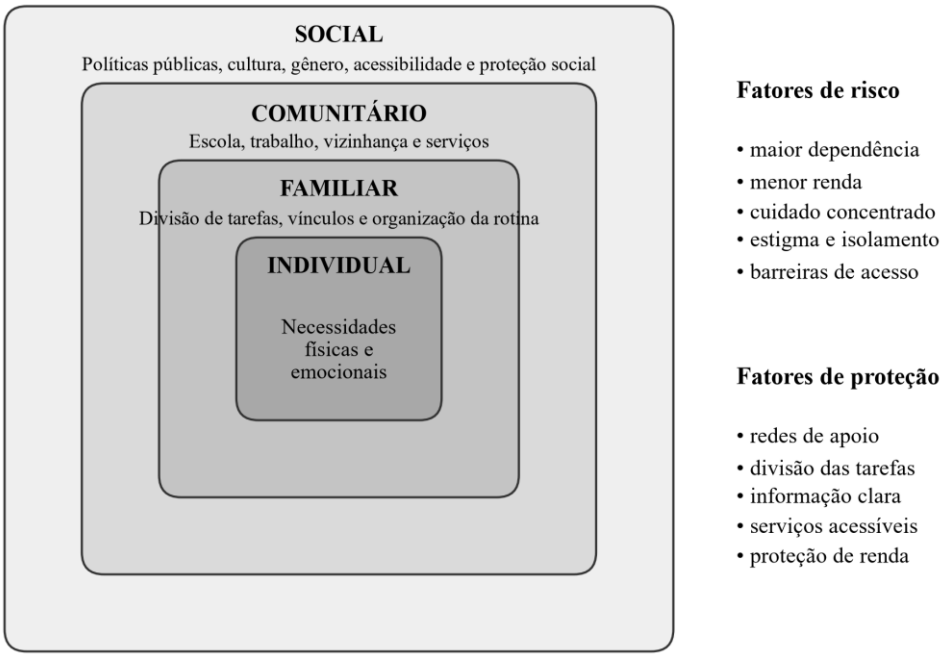
Fonte: elaborado pelos autores (2026).

4 DISCUSSÃO

Em conjunto, os resultados confirmam a hipótese interpretativa do estudo: a sobrecarga não decorre exclusivamente da quantidade de tarefas, mas da combinação entre a demanda de cuidado e os recursos

familiares, sociais e institucionais disponíveis. Famílias com acesso limitado a serviços vivenciam maior pressão porque precisam compensar lacunas institucionais. Essa leitura exige uma análise em diferentes níveis: no individual, situam-se as necessidades emocionais e físicas do cuidador; no familiar, a divisão de tarefas, as relações afetivas e a organização da rotina; no comunitário, a escola, o trabalho, a vizinhança e os serviços; e, no social, as políticas públicas, a cultura, as relações de gênero, a acessibilidade e a proteção social. A Figura 3 sintetiza esse modelo multinível e os fatores de risco e de proteção identificados.

Figura 3 – Modelo multinível dos determinantes da saúde mental do cuidador familiar, com os fatores de risco e de proteção identificados na revisão



Fonte: elaborada pelos autores com base nos achados sintetizados no Quadro 3 (2026).

Essa perspectiva evita duas reduções. A primeira seria responsabilizar a família pelo próprio sofrimento, como se bastasse desenvolver mais resiliência; a segunda, tomar a deficiência como causa automática de sofrimento. As evidências apontam para relações mais complexas, em que maior dependência, menor renda, baixo suporte, estigma e dificuldades de acesso aumentam os riscos, enquanto apoio social, informação e serviços adequados atuam como proteção (Scherer; Verhey; Kuper, 2019; Liu et al., 2023). Trata-se, portanto, de fatores em grande parte modificáveis por políticas públicas.

Superar a desigualdade de gênero no cuidado não significa retirar das famílias sua importância, mas reconhecer o cuidado como responsabilidade social. Pautassi (2007) propõe compreendê-lo como questão social e de direitos: se o cuidado é necessário à manutenção da vida, a sociedade precisa organizar mecanismos de corresponsabilidade, que incluem serviços públicos, proteção trabalhista, assistência social e políticas de conciliação entre trabalho e família. A participação de pais, irmãos e avós deve ser estimulada,

mas essa mudança não depende apenas de orientação individual; exige transformar os padrões sociais que definem o que seria “papel de mãe” ou “papel de pai”. Os serviços, por sua vez, precisam reconhecer o cuidador como interlocutor e sujeito de direitos, com horários compatíveis, orientação acessível e acompanhamento longitudinal que evitem repetições e deslocamentos desnecessários.

A saúde mental dos familiares deve, assim, ser compreendida no interior das condições sociais que determinam o bem-estar. A Organização Mundial da Saúde define a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social (Organização Mundial da Saúde, 1946), e a Constituição Federal a estabelece como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas (Brasil, 1988), o que impede tratar o sofrimento do cuidador como problema privado. Promover saúde mental, contudo, não significa medicalizar toda dificuldade: muitas situações exigem mudanças nas condições de vida, como mais apoio, acessibilidade, transporte, renda, descanso e divisão do cuidado. Intervenções psicológicas e psiquiátricas, quando indicadas, devem integrar uma resposta social mais ampla e intersetorial, já que nenhuma política isolada responde a todas as necessidades. O enfrentamento do estigma, do mesmo modo, requer educação social, acessibilidade e aplicação efetiva das normas de proteção, pois a inclusão não se limita ao acesso formal a um serviço, mas envolve permanência, participação, autonomia e respeito.

Algumas limitações devem ser consideradas. A literatura sobre familiares de pessoas com deficiência reúne diferentes condições, idades e níveis de dependência, de modo que as famílias não podem ser tratadas como grupo homogêneo: uma pessoa com alta dependência física gera demandas distintas das de uma pessoa com deficiência intelectual, sensorial ou transtorno do neurodesenvolvimento. Por isso, os achados devem ser lidos como tendências recorrentes, e as políticas precisam ser individualizadas, embora sustentadas por direitos universais. Além disso, o predomínio de estudos transversais permite identificar associações, mas limita conclusões sobre causalidade. Recomendam-se estudos brasileiros longitudinais e qualitativos que acompanhem as famílias ao longo do tempo, considerando a escolarização, a transição para a vida adulta, a inserção profissional e o envelhecimento dos cuidadores.

5 CONCLUSÕES

Este artigo analisou os impactos e desafios relacionados à saúde mental das famílias de pessoas com deficiência. Verificou-se que o cuidado contínuo reorganiza a rotina familiar e produz efeitos físicos, emocionais, sociais e econômicos, mas que a sobrecarga não é consequência inevitável da deficiência: ela emerge da interação entre as necessidades de cuidado e as condições sociais para atendê-las. Os riscos de sofrimento aumentam quando o cuidado se concentra em uma única pessoa, geralmente uma mulher, e quando há pouca renda, serviços insuficientes, isolamento ou estigma; diminuem quando existem redes de apoio, divisão das tarefas, informação e acesso aos direitos.

A Constituição Federal, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Lei Orgânica da Assistência Social e a Lei Brasileira de Inclusão oferecem bases jurídicas para proteger essas famílias; o desafio está em transformar direitos normativos em acesso efetivo a serviços. Recomenda-se fortalecer a Atenção Primária, ampliar as redes de apoio, criar espaços de escuta aos cuidadores, orientar sobre benefícios e direitos, estimular a divisão do cuidado e combater o estigma, em uma perspectiva preventiva, territorial e intersetorial. Conclui-se que cuidar de quem cuida é parte da própria inclusão, pois a pessoa com deficiência não vive isolada de sua família e a saúde mental dos familiares condiciona a sustentabilidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Dayane Nunes de; SOUZA, Grasielle Fernandes de. **Saúde mental das famílias de pessoas com deficiência**: impactos, desafios e estratégias de enfrentamento. 2026. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Universidade de Vassouras, Saquarema, 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 dez. 1993.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 ago. 2009.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

DESSEN, Maria Auxiliadora; POLONIA, Ana da Costa. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007.

ELANGKOVAN, Ian Thiruchelvam; SHOREY, Shefaly. Experiences and needs of parents caring for children with cerebral palsy: a systematic review. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, [*s. l.*], v. 41, n. 9, p. 730-739, 2020. DOI: https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000880.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005.

IBGE. **Estatísticas de gênero**: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

LIU, Fang *et al*. Factors associated with caregiver burden among family caregivers of children with cerebral palsy: a systematic review. **BMJ Open**, London, v. 13, n. 4, e065215, 2023. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065215.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova York: OMS, 1946.

PAUTASSI, Laura C. **El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos**. Santiago: CEPAL, 2007.

SCHERER, Nathaniel; VERHEY, Ibone; KUPER, Hannah. Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: a systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 14, n. 7, e0219888, 2019. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219888.

SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.